



Ministério da Saúde
Grupo Hospitalar Conceição
Serviço de Saúde Comunitária
Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação

Volume 15

Indicadores de Saúde

Relatório Anual 2020



Porto Alegre - RS
Agosto de 2021
Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A



© 2021. Indicadores de Saúde Relatório Anual 2020. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Serviço de Saúde Comunitária. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Publicação impressa e eletrônica com periodicidade anual.

ISSN **2595-5829** (impresso).

ISSN **2596-1853** (online).

Diretoria do Grupo Hospitalar Conceição

Diretor Superintendente – Cláudio da Silva Oliveira

Diretor Administrativo e Financeiro – Moises Renato Gonçalves Prevedello

Diretor Técnico – Francisco Antônio Zancan Paz

Serviço de Saúde Comunitária

Gerente do Serviço de Saúde Comunitária – Helena Beatriz Silveira Cunha

Coordenador do Serviço de Saúde Comunitária - Simone Faoro Bertoni

Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação de Ações de Saúde - Rui Flores

Organizadores

Rui Flores

Silvia Takeda

Djalmo Sanzi Souza

Autores

Daniela Montano Wilhelms

Djalmo Sanzi Souza

Maria Lúcia Medeiros Lenz

Rui Flores

Sandra Rejane Soares Ferreira

Silvia Takeda

Equipe do Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação de Ações de Saúde

Carla Maria Pinto da Silva

Daniela Montano Wilhelms

Djalmo Sanzi Souza

Fátima Delurjan Ferreira Neves

Giane Seixas Biondani

Maria Lúcia Medeiros Lenz

Rui Flores

Sandra Rejane Soares Ferreira

Silvia Takeda

Vera Terezinha Santos de Oliveira

Distribuição eletrônica

Gerência de Informática do GHC

Contato:

Hospital Nossa Senhora da Conceição

Serviço de Saúde Comunitária

Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde

Telefone (51)3255-1735

Av Francisco Trein 596, Prédio Administrativo, 2º andar.

Cristo Redentor

Email: monitoramentosscc@ghc.com.br

Porto Alegre – RS – 91350-200

Apresentação

O Relatório Anual apresenta um conjunto de indicadores e informações utilizados para monitorar e avaliar as ações de saúde desenvolvidas e os resultados alcançados, em 2020, pelo Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Tem como objetivo apoiar às Equipes, ao Colegiado de Coordenação e à Gerência de Saúde Comunitária no planejamento das ações de saúde.

Este material foi organizado pela Equipe do Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde, contando com a colaboração dos profissionais do SSC através das informações coletadas e registradas pelos integrantes das equipes de saúde.

Em 2020, a Pandemia de Covid-19 resultou em substancial interrupção na prestação de cuidados rotineiros na APS. Neste sentido, o SSC suspendeu os atendimentos dos pacientes crônicos, e as atividades coletivas, tornando-se prioritários os atendimentos aos pacientes suspeitos e portadores de Covid-19 e as situações de emergência. No atendimento das condições agudas foi necessário priorizar os usuários com sintomas respiratórios e nas condições crônicas suspendeu-se ou adiou-se muitos cuidados presenciais. Em virtude do alto risco de contágio, os atendimentos odontológicos prestados nas 12 unidades de saúde foram paralisados, restringindo-se fundamentalmente ao atendimentos às urgências.

Assim, em relação a 2019, tais limitações reduziram em 40% o número de consultas prestadas pelos profissionais de nível superior e em 30% os procedimentos realizados pelos técnicos de nível médio. Neste contexto o impacto na assistência e conseqüentemente em alguns indicadores foi inevitável.

Mas a estrutura da coletas dos dados e apresentação dos indicadores foi mantida com o objetivo de registrar o impacto da epidemia no conjuntos das nossas políticas de saúde.

Os indicadores descritos foram selecionados tendo como critério a sua capacidade de refletir um conjunto mais amplo das ações desenvolvidas no SSC, de indicar caminhos para aprimorar a atenção integral à saúde da população e de qualificar o ensino da Atenção Primária à Saúde (APS) no SSC.

As informações apresentadas foram obtidas em diversos sistemas de informação, a maior parte deles desenvolvidos no SSC com o propósito de acompanhar as linhas de cuidado dirigidas a problemas freqüentes, e também em outros sistemas de informação de âmbito nacional.

O Relatório de 2020 tem como objetivos específicos: a) disponibilizar os resultados dos indicadores para as equipes monitorarem as ações desenvolvidas e avaliarem a situação de saúde das populações dos diversos territórios do SSC e b) divulgar outros dados e informações de interesse ao planejamento e avaliação das ações.

Cada uma das oito seções do Relatório está organizada em três tópicos: 1º) objetivos da ação programática, indicadores para avaliação e descrição das metas; 2º) resultados dos indicadores e 3º) comentários sobre o resultado e as ações.

Espera-se que este material seja útil às equipes de saúde, à preceptoria, à coordenação, à gerência e às demais áreas, para o aprimoramento das atribuições do SSC: a atenção integral à saúde da população sob nossa responsabilidade; a formação multiprofissional e interdisciplinar e a produção de conhecimento e tecnologias para o SUS.

Rui Flores

Sumário

LISTA DE TABELAS	5
LISTA DE FIGURAS.....	7
LISTA DE QUADROS	7
LISTA DE GRÁFICOS.....	7
1 O CUIDADO PRÉ-NATAL	9
1.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS	9
1.2 RESULTADOS	9
1.2.1 Cobertura de pré-natal.....	9
1.2.2 Qualidade do pré-natal considerando-se o número de consultas e a época da primeira consulta	9
1.2.3 Hospitalizações de gestantes do território.....	11
1.2.4 Os hospitais do SUS e o HNSC como referência para o parto	11
1.2.5 Tipos de parto.....	12
1.3 COMENTÁRIOS.....	13
2 O CUIDADO À SAÚDE DAS CRIANÇAS: DO NASCIMENTO À ADOLESCÊNCIA	15
2.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS	15
2.2 RESULTADOS	15
2.2.1 Cobertura de puericultura e o SSC como referência para o acompanhamento	15
2.2.2 Época de início da primeira consulta de puericultura	16
2.3 COMENTÁRIOS.....	17
3. SAÚDE DA MULHER	19
3.1 VIGILÂNCIA DO CÂNCER DE MAMA.....	20
3.1.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS	20
3.1.2 RESULTADOS	21
3.1.2.1 Razão de mamografias	21
3.1.2.1 Cobertura de mamografias.....	21
3.2 VIGILÂNCIA DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO	23
3.2.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS	24
3.2.2 RESULTADOS	25
3.2.2.1 Cobertura de mulheres com exame citológico de colo uterino.....	25
3.2.2.2 Coletas de exame citológico por categoria profissional	27
3.2.2.3 Qualidade do exame citológico de colo uterino	27
3.2.2.4 Acompanhamento de mulheres cujos exames citológicos apresentaram lesões de alto grau	33
3.3 COMENTÁRIOS.....	33
4. ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETE MELITO, TABAGISMO E ASMA.....	37
4.1 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO, DIABETE MELITO E OUTROS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES	38
4.1.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS	40

4.1.2 RESULTADOS	41
4.1.3 COMENTÁRIOS.....	58
4.1.3.1. Cobertura e Controle.....	58
4.1.3.2. Fatores de Risco	60
4.1.3.3. Lesões em Órgãos Alvo	60
4.1.3.4. Qualidade do registro	61
4.1.3.5. Aspectos a serem aperfeiçoados	61
4.2 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM ASMA	62
4.2.1 OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	62
4.2.2 RESULTADOS	62
4.2.3 COMENTÁRIOS.....	63
4.3 O CONTROLE DO TABAGISMO	64
5. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICAS DAS DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	65
5.1 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC) E OUTROS AGRAVOS	65
5.1.1 COMENTÁRIOS.....	67
5.2 ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM TUBERCULOSE	68
5.2.1 PANORAMA DE TUBERCULOSE NO BRASIL E NO MUNDO	68
5.2.2 A DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À TUBERCULOSE NO SSC	72
5.2.3 OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	73
5.2.4 RESULTADOS	74
5.2.5 COMENTÁRIOS.....	80
6. MORBIDADE HOSPITALAR	93
6.1 INTERNAÇÕES EM TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS	93
6.2 MORBIDADE HOSPITALAR DO ADULTO	95
6.3 MORBIDADE HOSPITALAR NAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PROGRAMA DE VOLTA PRA CASA.....	98
6.3.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS	98
6.3.2 RESULTADOS	98
6.3.2.1 Hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária (CSAP).....	100
6.3.2.2 Tempo decorrido entre a internação e o contato da equipe com a família	104
6.3.2.3 Internações em menores de um ano de idade.....	104
6.4 COMENTÁRIOS.....	106
7. NECESSIDADES EM SAÚDE: DIAGNÓSTICOS E PROBLEMAS FREQUENTES NOS AMBULATÓRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE.....	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das gestantes com Índice de Kessner adequado, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	10
Tabela 2 - Distribuição dos motivos de internação, entre as gestantes do SSC, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	11
Tabela 3 - Distribuição dos recém-nascidos em 2020 dos territórios do SSC por local de nascimento, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	12
Tabela 4 - Distribuição do total de recém-nascidos vivos e crianças com primeira consulta no SSC, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	16
Tabela 5 - Distribuição das crianças nascidas no HNSC e HF que realizaram a 1ª consulta nos primeiros cinco, sete e dez dias de vida, entre as que consultaram no SSC, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	17
Tabela 6 - Distribuição do número de mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas, ½ desta população, total de mamografias realizadas, total de mamografias entre mulheres de 50 a 69, razão de mamografias realizadas, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS	21
Tabela 7 - Distribuição do número de mulheres entre 50 a 69 anos cadastradas, com ao menos uma mamografia realizada, uma mamografia nos últimos dois anos e coberturas, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	22
Tabela 8 - Distribuição do número e proporções mamografias realizadas em mulheres com menos de 50 anos, entre 50 e 69 anos, com mais de 69 anos e total, por US. SSC/GHC. Porto Alegre, RS.....	22
Tabela 9 - Distribuição do número de mulheres cadastradas entre 25 e 64 anos, 1/3 desta população, CPs coletados em todas as idades e razão de CPs coletados, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	25
Tabela 10 - Distribuição da população feminina de 25 a 64 anos cadastrada, número de mulheres com um exame CP coletado e um exame CP coletado nos últimos 3 anos, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	26
Tabela 11 - Distribuição do número e proporções de CPs coletados em mulheres com menos de 25 anos, entre 25 e 64 anos, com mais de 64 anos e total, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	27
Tabela 12 - Distribuição do número e percentuais de coletas de CP entre diferentes categorias profissionais, anos 2019 e 2020, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	27
Tabela 13 - Distribuição do número de CP coletados, proporção de amostras satisfatórias e proporção de CP com epitélio glandular (EG) representado na amostra, por mês e US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	28
Tabela 14 - Série histórica (2015 a 2020) da distribuição dos exames com alterações, tipo de alteração, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	30
Tabela 15 - Indicadores de avaliação da qualidade do laboratório de patologia nos exames citológicos do colo do útero coletados no SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	32
Tabela 16 - Distribuição dos usuários do SSC com 18 ou mais anos, estimativa de usuários hipertensos e diabéticos, número de usuários com diagnósticos de HAS e/ou DM que consultaram na US, número e proporção de usuários inscritos na ação programática até dezembro de 2020, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	42
Tabela 17 - Distribuição dos usuários com HAS conforme estágio da doença, no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	43
Tabela 18 - Distribuição dos usuários com HAS conforme fatores de risco para doença cardiovascular, no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	45
Tabela 19 - Distribuição dos usuários com HAS conforme ocorrência de lesões em órgãos alvo, no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	47
Tabela 20 - Distribuição dos usuários com DM conforme o controle glicêmico, no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	50
Tabela 21 - Distribuição dos usuários com DM conforme os fatores de risco para doença cardiovascular (DCV), no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	52
Tabela 22 - Distribuição dos usuários com DM conforme as lesões em órgãos alvo, no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	54
Tabela 23 - Distribuição dos diabéticos inscritos que realizaram HbA1C nos últimos seis meses, conforme o resultado da HbA1C, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	56
Tabela 24 - Distribuição dos usuários com HAS inscritos na ação programática, proporção de estratificados e distribuição segundo estrato de risco*, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	57
Tabela 25 - Distribuição dos usuários com DM, inscritos na ação programática, proporção de estratificados e distribuição segundo estrato de risco*, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	57
Tabela 26 - Série histórica (2015 a 2020) da distribuição dos diabéticos inscritos na ação programática que consultaram com dentista, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	58
Tabela 27 - Distribuição dos diabéticos inscritos na ação programática que consultaram com enfermeiro no ano de 2020, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	58

Tabela 28 - Número de menores de quinze anos cadastrados, estimativa de usuários com asma e distribuição dos casos diagnosticados, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	63
Tabela 29 - Série histórica (2007 a 2020) das internações por asma em usuários com menos de dezenove anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	63
Tabela 30 - Série histórica (2009 a 2020) da distribuição do número de doenças de notificação compulsória (DNC) e outros agravos notificados, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	66
Tabela 31 - Distribuição das Doenças de Notificação Compulsória (DNC) e outros agravos notificados por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	66
Tabela 32 - Distribuição mensal de casos confirmados de Covid-19 em usuários cadastrados nas US, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	67
Tabela 33 - Série histórica (2014 a 2020) da distribuição dos sintomáticos respiratórios (SR) examinados (investigados), em números absoluto e percentuais, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	74
Tabela 34 - Série histórica (2017 – 2020) da distribuição dos sintomáticos respiratórios (SR) com pelo menos duas baciloscopias (BAAR) de escarro e aqueles que tiveram resultado positivo, em números absolutos e percentuais, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	75
Tabela 35 - Número de casos novos (CN) de TB esperados e notificados, número total de casos de TB notificados no território das US da GSC/GHC, local de diagnóstico e de tratamento, em 2020, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	75
Tabela 36 - Série histórica (2013 a 2020) da distribuição dos casos novos (CN) de tuberculose, notificados no SINAN/ TB/ Porto Alegre, de residentes nos territórios sob responsabilidade das US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	76
Tabela 37 - Número de casos novos e total de casos de tuberculose notificados em 2020, em pessoas residentes nos territórios das US da GSC, local de tratamento, tratamento diretamente observado (TDO) e desfecho de todos os casos acompanhados nas 12 US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	77
Tabela 38 - Distribuição do número de casos de TB tratados nas US da GSC/GHC, estimativa do número de contatos, número de contatos identificados ¹ e investigados ² , em 2019 e 2020. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	78
Tabela 39 - Série histórica (2011 a 2020) da distribuição do número de pessoas em tratamento para infecção latente da tuberculose (ILTb), por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	79
Tabela 40 - Distribuição das internações dos cadastrados no SSC com 19 ou mais anos de idade e os de 0 a 18 anos de idade, nos quatro hospitais do GHC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	94
Tabela 41 - Distribuição do total das internações e das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária entre os cadastrados no SSC, nos quatro hospitais do GHC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	94
Tabela 42 - Série histórica (2010 a 2020) da distribuição das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em cadastrados no SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	95
Tabela 43 - Série histórica (2010 a 2020) da distribuição das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em usuários com 19 ou mais anos de idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	96
Tabela 44 - Distribuição das internações por condições sensíveis à APS em usuários com 19 ou mais anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	97
Tabela 45 - Distribuição das internações por COVID-19 (CID B342 e B972) dos usuários cadastrados no SSC com mais de 18 anos nos hospitais do GHC dos usuários cadastrados no SSC/GHC, por mês, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	98
Tabela 46 - Série histórica (2010 a 2020) da distribuição das internações dos usuários de 0 a 18 anos nos quatro hospitais do GHC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	99
Tabela 47 - Distribuição da população e das internações em usuários de zero a dezoito anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	99
Tabela 48 - Distribuição das internações em usuários de zero a dezoito anos de idade, por idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS. 100	
Tabela 49 - Distribuição das internações por condições sensíveis e não sensíveis à APS em usuários de zero a dezoito anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	101
Tabela 50 - Série histórica (2010 a 2020) da distribuição das internações por CSAP em usuários de zero a dezoito anos de idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	102
Tabela 51 - Distribuição das internações por CSAP em usuários de zero a 18 anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	103
Tabela 52 - Distribuição da frequência dos contatos ocorridos até 10 dias em usuários de zero a dezoito anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	104
Tabela 53 - Série histórica (2010 a 2020) da distribuição das internações no GHC de menores de um ano de idade do SSC por capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID). SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	105
Tabela 54 - Distribuição dos diagnósticos e problemas frequentes por capítulo da CID por mês. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	108
Tabela 55 - Distribuição dos diagnósticos e problemas frequentes por capítulo da CID, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	109
Tabela 56 - Distribuição dos trinta diagnósticos ou problemas mais frequentes, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	110

Tabela 57 - Distribuição dos trinta diagnósticos ou problemas mais frequentes com o agrupamento do 4º dígito da classificação, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	111
Tabela 58 - Distribuição dos trinta diagnósticos ou problemas mais frequentes com o agrupamento do 4º dígito da classificação, por CAPS. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	112
Tabela 59 - Distribuição do número de atividades coletivas e número de participantes (em parênteses) por tipo de atividade, por mês, por US. SSC/GHC. Porto Alegre, RS.....	113
Tabela 60 - Distribuição do número de grupos, por mês, por CAPS. SSC/GHC, Porto Alegre, RS,	115

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Adequação do pré-natal das gestantes dos territórios do SSC, segundo o Índice de Kessner modificado. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	10
Figura 2 - Distribuição das pessoas com hipertensão arterial sistêmica, inscritas e estratificadas conforme risco e capacidade para o autocuidado. Dezembro de 2020. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	39
Figura 3 - Distribuição das pessoas com diabetes melito, inscritas e estratificadas conforme risco e capacidade para o autocuidado. Dezembro de 2020. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Indicadores utilizados na avaliação do Programa da Asma	62
Quadro 2 - Distribuição das doenças de notificação compulsória (DNC) e outros agravos notificados nos anos de 2019 e 2020. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	65
Quadro 3 - Síntese da série histórica (2006 a 2020) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US da GSC/GHC, Porto Alegre, RS.	83
Quadro 4 - Síntese da série histórica (2006 a 2020) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US da GSC/GHC, Porto Alegre, RS.	85

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Série histórica (2000 a 2020) da proporção de gestantes cujo pré-natal realizado no SSC foi considerado adequado. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	11
Gráfico 2 - Série histórica (2002 a 2020) da distribuição anual de partos cirúrgicos entre as gestantes dos territórios do SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	13
Gráfico 3 - Distribuição dos percentuais de parto cirúrgico, por hospital, entre os recém-nascidos vivos do SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	13
Gráfico 4 - Série histórica do percentual das crianças nascidas no HNSC e HF que realizaram a 1ª consulta nos primeiros cinco e dez dias e de vida, entre as que consultaram no SSC (2011 a 2020). SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	16
Gráfico 5 - Distribuição do número de casos novos de mulheres com resultado de mamografia BIRADS maior do que III, por idade. SSC/GHC. Porto Alegre, RS.	22
Gráfico 6 - Distribuição do número de mulheres com histologia de câncer de mama, por idade. SSC/GHC. Porto Alegre, RS.....	23
Gráfico 7 - Série histórica (2002 a 2020) da distribuição do número de coletas de exames citológicos, por ano. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	26
Gráfico 8 - Série histórica (2003 a 2020) da proporção de exames citológicos de colo uterino alterados entre o total de exames citológicos realizados. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	32
Gráfico 9 - Série histórica de 2010 a 2020 da cobertura em hipertensão arterial sistêmica e proporção de hipertensos com a pressão arterial controlada, entre os inscritos. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	59
Gráfico 10 - Série histórica de 2010 a 2020 da cobertura em diabetes melito e da proporção de diabéticos com a glicemia controlada, entre os inscritos. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	60
Gráfico 11 - Série histórica das hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária em maiores de 18 anos (2007-2020). SSC/GHC, Porto Alegre, RS	61
Gráfico 12 - Série histórica (2006 a 2020) do percentual de Sintomáticos Respiratórios identificados e examinados (investigados) nos territórios das doze US da GSC/GHC, Porto Alegre, RS, 2021.	74
Gráfico 13 - Série histórica (2006 a 2020) do percentual de CN de TB nos territórios das doze US da GSC/GHC notificados ¹ no SINAN/ TB/ Porto Alegre, percentual dos CN de TB diagnosticados ² e tratados ³ nas US da GSC/GHC, Porto Alegre, RS, 2021.	76

Gráfico 14 - Série histórica (2006 a 2020) do percentual de cura e de abandono dos Casos Novos (CN) de TB tratadas nas US da GSC/GHC, incluindo todos os desfechos, em pessoas residentes no território sob responsabilidade deste serviço, Porto Alegre, RS, 2021.	77
Gráfico 15 - Série histórica (2006 a 2020) do percentual de casos de TB acompanhados nas US da GSC e que receberam tratamento diretamente observado (TDO). SSC/GHC, Porto Alegre, RS, 2021.....	78
Gráfico 16 - Série histórica (2006 a 2020) do número de contatos (identificados e examinados) dos casos de TB, tratados nas US da GSC/GHC, e percentual de contatos examinados. Porto Alegre, RS, 2021.	79
Gráfico 17 - Série histórica (2010 a 2020) da frequência de internação por condições sensíveis de atenção ambulatorial (CSAP) em usuários de zero a dezoito anos de idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	100

1 O CUIDADO PRÉ-NATAL

Maria Lucia Medeiros Lenz



1.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS

O pré-natal é uma ação prioritária para a redução da morbi-mortalidade materno-infantil e seus benefícios são inquestionáveis quando se alcança altas coberturas e boa qualidade da atenção.

Os indicadores atualmente utilizados no SSC para monitorar o cuidado pré-natal são: a) cobertura e b) índice de Kessner modificado (IK)¹. Neste relatório são descritos também os motivos de hospitalizações em gestantes e o tipo de parto.

1.2 RESULTADOS

1.2.1 COBERTURA DE PRÉ-NATAL

Em 2020, nasceram 1064 crianças no território de atuação do SSC. As equipes acompanharam 462 gestantes ou seja, aproximadamente 43% das gestantes do território. No entanto, identificou-se pelo Sistema Nacional de Nascidos Vivos que a cobertura de pré-natal no território é de 98%. Assim, as gestantes que não fizeram pré-natal nas Unidades de Saúde do SSC, realizaram em outro local.

1.2.2 QUALIDADE DO PRÉ-NATAL CONSIDERANDO-SE O NÚMERO DE CONSULTAS E A ÉPOCA DA PRIMEIRA CONSULTA

Segundo o IK modificado, o pré-natal é adequado quando a gestante inicia o acompanhamento antes da 20ª semana de gestação e realiza seis ou mais consultas. É considerado inadequado quando a gestante inicia o pré-natal após a 27ª semana de gestação ou realiza menos de três consultas. A qualidade do pré-natal é intermediária nas demais situações.

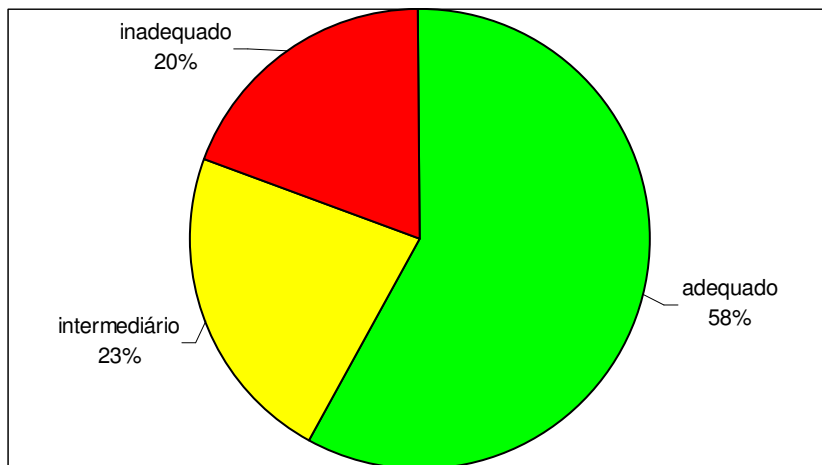
Em 2020, 297 gestantes foram avaliadas quanto ao IK e entre elas 58% apresentaram índice adequado (Figura 1). Em 2019, o IK adequado foi de 91%. A Tabela 1 apresenta a distribuição do IK nas unidades do SSC, que variou de 31 a 88%. A meta pactuada foi alcançar 89% das gestantes com IK adequado. O Gráfico 1 apresenta a série histórica do IK no SSC, de 2000 a 2020.

¹ O IK avalia a qualidade do pré-natal combinando três aspectos: a) o número de consultas pré-natais realizadas; b) a época em que foi realizada a primeira consulta pré-natal e c) o período gestacional em que as consultas foram realizadas. No SSC/GHC utiliza-se o IK simplificado, que considera apenas o número de consultas de pré-natal e a época da primeira consulta (IK modificado).

Figura 1 - Adequação do pré-natal das gestantes dos territórios do SSC, segundo o Índice de Kessner modificado. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

nº de consultas	< 20 semanas	20 a 27 semanas	28 ou + semanas
6 ou mais consultas	172	24	4
3 a 5 consultas	25	18	19
< 3 consultas	8	9	18

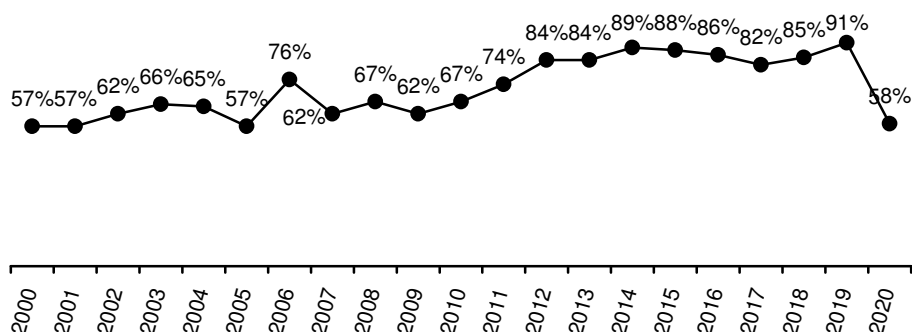
número total de gestantes avaliadas	297	
adequado	58%	172
intermediário	23%	67
Inadequado	20%	58

**Tabela 1** - Distribuição das gestantes com Índice de Kessner adequado, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	Gestantes com término da gravidez em 2020		Pré-natal adequado %
	Todas	Com pré-natal completo no SSC*	
Conceição	45	31	58
Vila Floresta	29	16	50
Divina Providência	41	23	52
Sesc	39	31	74
Barão de Bagé	17	8	63
Jardim Leopoldina	65	33	73
Parque dos Maías	51	36	50
Jardim Itu	23	8	88
Santíssima Trindade	58	44	52
NSA	47	31	48
Coinma	15	13	31
Costa e Silva	32	23	65
SSC	462	297	58

*Excluídas da análise as gestantes que foram acompanhadas em serviço especializado para pré-natal de alto risco, as que tiveram abortamento ou aquelas que mudaram de endereço.

Gráfico 1 - Série histórica (2000 a 2020) da proporção de gestantes cujo pré-natal realizado no SSC foi considerado adequado. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



1.2.3 HOSPITALIZAÇÕES DE GESTANTES DO TERRITÓRIO

Em 2020, ocorreram 24 (4%) hospitalizações por abortamento, 138 (22%) por complicações ocorridas na gestação ou puerpério e 480 (75%) hospitalizações por ocasião do parto, no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) ou Hospital Fêmina (HF), totalizando 642 hospitalizações em gestante no GHC (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos motivos de internação, entre as gestantes do SSC, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

Motivo	Conceição	Vila Floresta	Divina Providência	Sesc	Barão de Bagé	Jardim Leopoldina	Parque dos Maías	Jardim Itú	Santíssima Trindade	NSA	Coinma	Costa e Silva	SSC
Parto	44	33	32	35	15	70	62	23	57	51	17	41	480
Gestação ectópica	0	0	2	1	1	1	0	1	0	1	0	0	7
Abortamento	0	3	2	1	2	1	1	2	6	3	1	2	24
Hipertensão prévia ou gestacional	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	4
Ameaça de aborto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hiperemese gravídica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Infecção urinária	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diabete melito	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4
Trabalho de parto precipitado	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Trabalho de parto prolongado	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Falso trabalho de parto	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Complicações puerperais	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	3
Afeções não especificadas	11	12	14	9	3	19	13	3	9	5	4	11	113
Total	55	49	52	51	22	94	77	31	72	61	24	54	642

1.2.4 OS HOSPITAIS DO SUS E O HNSC COMO REFERÊNCIA PARA O PARTO

Em 2020, os hospitais do SUS foram referência para parto em 59% das famílias das nossas áreas de atuação (Tabela 3), um percentual menor que o encontrado em 2019 (68%). O HNSC é referência para o parto de 89% das mães de recém-nascidos das áreas de atuação do SSC e que tiveram seus filhos em hospitais que atendem exclusivamente pelo SUS.

Sabe-se que a atenção no momento do parto é tão importante para a redução da morbimortalidade materna e infantil quanto a atenção pré-natal. As informações deste Relatório referem-se apenas ao local de nascimento (Tabela 3) e aos tipos de parto (Gráficos 2 e 3).

Tabela 3 - Distribuição dos recém-nascidos em 2020 dos territórios do SSC por local de nascimento, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	Domicílio	Hospital Nsa Sra Conceição	Fêmea	Pres. Vargas	Hospital de Clínicas	Santa Casa	PUC	Divina Providência	Mãe Deus	Moinhos de Vento	Outros
Conceição	-	61	4	1	6	8	3	25	19	40	
Vila Floresta	-	40	6	1	3	5		16	13	56	
Divina Providência	-	43	3	2	4	2	1	10	2	10	1
Sesc	-	33	10		2	5	1	5		1	
Barão de Bagé	-	20	1		2	1	1	1	3	9	
Jardim Leopoldina	-	79	10	3	6	7	2	17	12	11	
Parque dos Maías	-	75	3	1	2	2		5	3	5	
Jardim Itu	-	30	3		5	6	4	6	3	19	
Santíssima Trindade	-	60		2	1						1
NSA	-	59	7	6	5	5		10	3	6	
Coinma	-	20	4	2	2	2		7	5	13	
Costa e Silva	-	38	2		1	1	2	1			
SSC	-	558	53	18	39	44	14	103	63	170	2
Tipo de internação		SUS 629 (59%)			SUS ou convênio ou particular 97 (9%)			Convênio ou particular 338 (32%)			

1.2.5 TIPOS DE PARTO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerado adequado o percentual até 15% de partos cirúrgicos (cesarianas). No Brasil, a prática da cesariana, inicialmente restrita às condições de risco de vida para mãe e recém-nascido, atualmente encontra-se em proporções muito acima do recomendado. O risco de morte materna e neonatal associado as cesarianas é respectivamente sete e três vezes maior. Em 2019, (ultimo dado disponível), os percentuais de partos cirúrgicos no Brasil e no Rio Grande do Sul foram de 56% e 63% respectivamente².

Entre as gestantes do SSC, 53% de seus partos em 2020 foram cirúrgicos. O gráfico 2 apresenta o percentual de partos cirúrgicos entre as gestantes do território do SSC, ao longo do tempo (2002 a 2020). Em 2013, o resultado apresentou declínio (45%) pois houve interrupção na digitação de Declarações de Nascidos Vivos (DNV) provenientes dos hospitais conveniados e particulares. O gráfico 3 apresenta o percentual de parto cirúrgico em 2020 por hospital de nascimento.

² <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

Gráfico 2 - Série histórica (2002 a 2020) da distribuição anual de partos cirúrgicos entre as gestantes dos territórios do SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

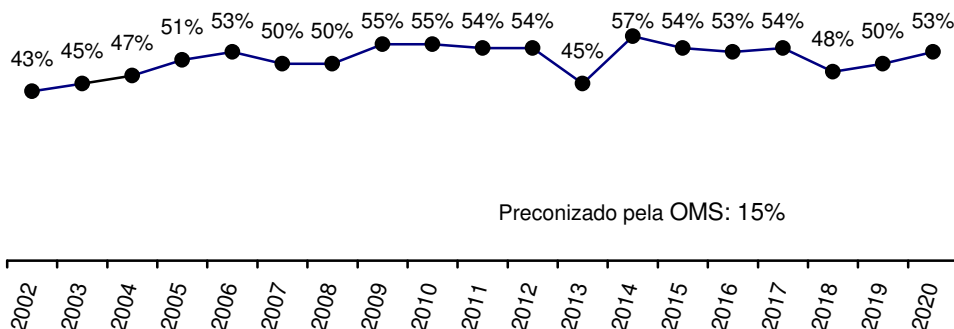
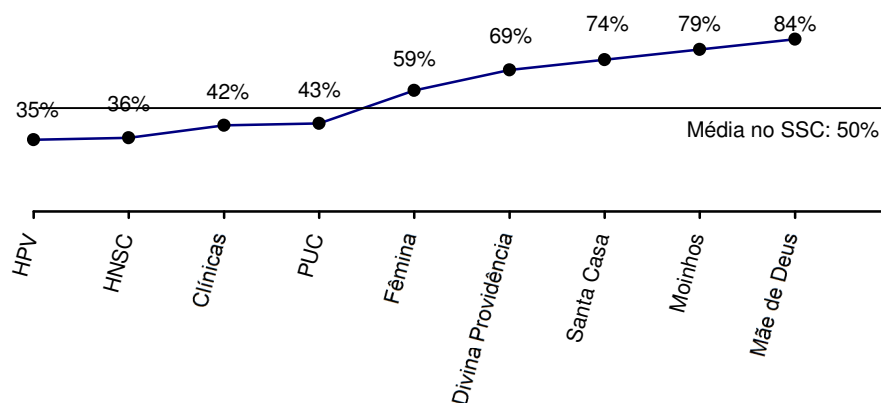


Gráfico 3 - Distribuição dos percentuais de parto cirúrgico, por hospital, entre os recém-nascidos vivos do SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



1.3 COMENTÁRIOS

Em 2020, a cobertura de pré-natal no SSC manteve-se alta e com o resultado de 98%. Confirmando o que refere a literatura, o acesso ao pré-natal no Brasil é um problema menor e o foco deve voltar-se para melhorar a sua qualidade. Em 2020, a Pandemia do Covid19 acelerou a implantação do prontuário eletrônico em todas as US do SSC o que possibilitará futuras avaliações da qualidade da atenção de forma sistemática.

Em relação ao local de realização do pré-natal, estima-se que 43% das gestantes fez pré-natal nas US do SSC. Esse percentual é estimado devido ao denominador tratar-se do número de recém-nascidos vivos e o numerador o número de gestantes inscritas pelas 12 equipes do SSC, mas, conforme relatórios anteriores e dados direto do SINASC, as gestantes que não realizam pré-natal no SSC realizam em serviços conveniados ou particulares.

Em relação à qualidade do pré-natal, avaliada pela época de início e o número de consultas, o IK foi adequado em apenas 59% das gestantes (variando de 31% a 88% entre as US). Esse resultado, muito diferente dos anos anteriores (91%, em 2019) não reflete a realidade, pois a mudança de prontuário em papel para prontuário eletrônico levou a um subregistro muito grande, não na evolução livre, mas na Linha de Cuidado Gestante, de onde se extrai o indicador. Em 2021, esse resultado deverá

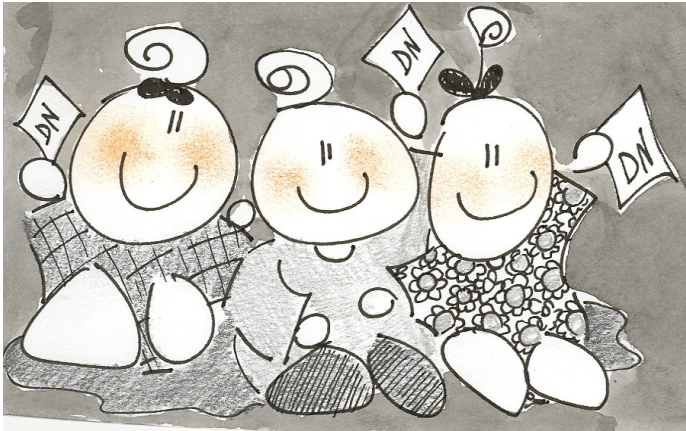
mudar e atingir percentual mais alto que em anos anteriores, pois será possível contabilizar eventuais consultas realizadas em outros serviços durante o acompanhamento pré-natal das gestantes do território.

O HNSC é o hospital mais procurado pelas gestantes do território do SSC, pois 89% dos partos no SUS ocorreram nesse hospital. O percentual de partos cirúrgicos entre as gestantes do SSC, em 2020, manteve-se em torno de 50% e com percentual menor que o encontrado para o RS (63%) e para o Brasil (56%). Entretanto, as diferenças extremamente significativas entre os nascimentos ocorridos nos hospitais públicos e privados permanecem demonstrando que critérios inadequados são empregados para indicação de cesária.

Espera-se que a implantação do prontuário eletrônico possibilite ênfase maior no monitoramento e avaliação da qualidade do pré-natal para além do IK, ou seja, no que diz respeito também às recomendações preconizadas.

2 O CUIDADO À SAÚDE DAS CRIANÇAS: DO NASCIMENTO À ADOLESCÊNCIA

Maria Lucia Medeiros Lenz



2.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS

Os indicadores utilizados para avaliar a atenção à criança no SSC são: a) cobertura de puericultura; b) época da primeira consulta de puericultura e c) proporção de hospitalizações (ver Seção 7). As metas estabelecidas são apresentadas junto aos resultados.

A atenção à saúde da criança e adolescente, para atender às necessidades atuais, precisa estar atenta às iniquidades que ainda persistem e, ao mesmo tempo, focar em um novo perfil de morbidade que inclui problemas comportamentais, de saúde mental, relacionados a violência urbana e doméstica, sobrepeso e obesidade e de ascensão das condições crônicas.

2.2 RESULTADOS

2.2.1 COBERTURA DE PUERICULTURA E O SSC COMO REFERÊNCIA PARA O ACOMPANHAMENTO

Em 2020, recebemos 1.064 Declarações de Nascidos Vivos (DNVs). Dessas, 660 (62%) são de crianças usuárias do SSC e, entre essas, 504 (76%) realizaram a primeira consulta de puericultura nas unidades do SSC. A Tabela 4 mostra o número e o percentual de crianças que realizaram primeira consulta por US em relação ao total de crianças usuárias; esse número variou de 66% a 91% entre as US.

Tabela 4 - Distribuição do total de recém-nascidos vivos e crianças com primeira consulta no SSC, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	Total de recém nascidos usuários	Crianças com primeira consulta no SSC	
	n	n	%
Conceição	59	47	80
Vila Floresta	50	36	72
Divina Providência	55	44	80
Sesc	52	43	83
Barão de Bagé	26	19	73
Jardim Leopoldina	100	77	77
Parque dos Maías	79	52	66
Jardim Itú	38	28	74
Santíssima Trindade	64	56	88
NSA	71	48	68
Coinma	31	22	71
Costa e Silva	35	32	91
SSC	660	504	76

2.2.2 ÉPOCA DE INÍCIO DA PRIMEIRA CONSULTA DE PUERICULTURA

Em 2020, 504 crianças menores de um ano realizaram consulta de puericultura no SSC. No entanto, algumas crianças que consultam no SSC nasceram em outros hospitais que não os do GHC e, nessa situação as equipes recebem tardiamente a informação do nascimento. Sendo assim, estabeleceu-se uma meta de 93% de consultas até o décimo dia de vida apenas para recém-nascidos no HNSC e HF (e que não hospitalizaram após o nascimento) (Gráfico 4 e Tabela 5). Em 2020, de acordo com o registro realizado na Linha de Cuidado Puericultura, 70% das crianças consultaram até o décimo dia de vida e esse resultado variou de 56% a 82% entre as US.

Gráfico 4 - Série histórica do percentual das crianças nascidas no HNSC e HF que realizaram a 1ª consulta nos primeiros cinco e dez dias e de vida, entre as que consultaram no SSC (2011 a 2020). SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

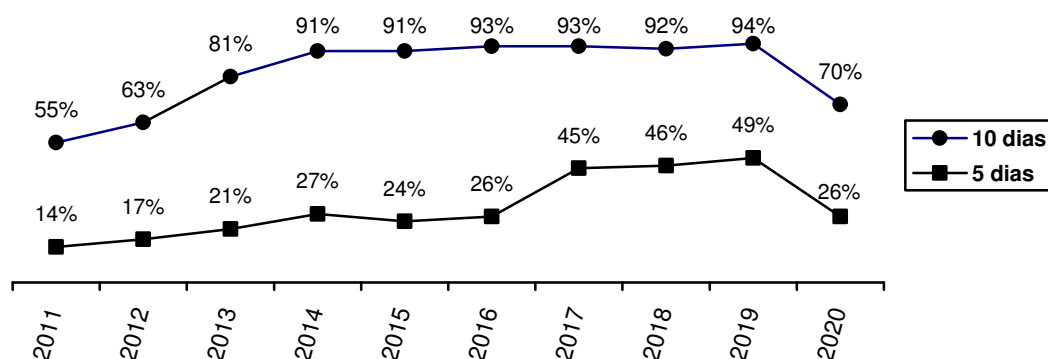


Tabela 5 - Distribuição das crianças nascidas no HNSC e HF que realizaram a 1ª consulta nos primeiros cinco, sete e dez dias de vida, entre as que consultaram no SSC, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	crianças nascidas no HNSC e HF que utilizaram as US	1ª consulta nos primeiros 5 dias		1ª consulta nos primeiros 7 dias		1ª consulta nos primeiros 10 dias	
	n	n	%	n	%	n	%
Conceição	32	7	22	10	31	18	56
Vila Floresta	18	1	6	7	39	13	72
Divina Providência	27	4	15	11	41	21	78
Sesc	23	9	39	16	70	18	78
Barão de Bagé	10	3	30	5	50	8	80
Jardim Leopoldina	53	8	15	16	30	36	68
Parque dos Maias	38	6	16	14	37	18	47
Jardim Itu	13	7	54	8	62	9	69
Santíssima Trindade	31	12	39	21	68	24	77
NSA	28	11	39	15	54	23	82
Coinma	13	6	46	9	69	10	77
Costa e Silva	24	8	33	14	58	19	79
SSC	310	82	26	146	47	217	70

2.3 COMENTÁRIOS

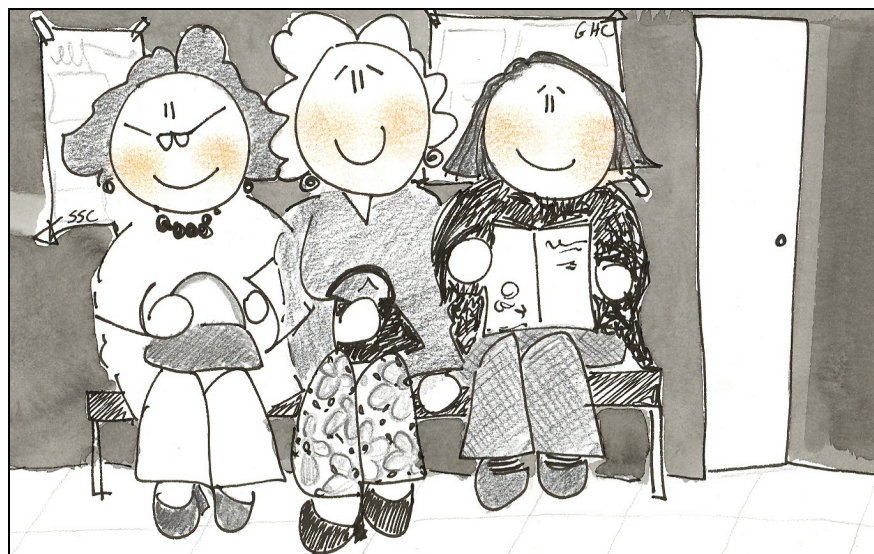
Em 2020, 1064 crianças nasceram no território. Destas, 660 (62%) são usuárias do SSC e 504 (47%) iniciaram puericultura nas US do SSC, proporção semelhante ao número de gestantes que realizaram pré-natal no SSC (43%).

Consultar logo após o nascimento é importante para que as famílias recebam, em tempo hábil, orientações sobre amamentação, imunizações, detecção precoce de problemas e de situações de maior risco. Em 2020, 70% das crianças nascidas no HF ou no HNSC, realizaram a primeira consulta nos primeiros 10 dias de vida. No entanto, esse percentual – muito inferior aos anos anteriores - não reflete a realidade. Em 2020 foi implantado um novo sistema de registro e de extração do dado e os profissionais encontram-se em processo de adaptação deste novo sistema de informação. A série histórica evidencia essa mudança.

Para os próximos anos, novos indicadores poderão ser monitorados, tais como: percentual de aleitamento materno exclusivo aos 4 meses de vida e percentual de crianças com sobrepeso e obesidade.

3. SAÚDE DA MULHER

Daniela Montano Wilhelms



Neste capítulo são apresentados indicadores relacionados ao controle dos cânceres de mama e colo do útero. Os processos e resultados das atividades desenvolvidas nas equipes de saúde do SSC são monitoradas e avaliadas sistematicamente. No “Pacto pela Vida” estão enumeradas seis prioridades básicas em saúde que os três entes federados devem perseguir, com metas e indicadores para avaliação anual, uma delas é o controle do câncer de colo de útero e de mama³.

O câncer da mama é o que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. É considerado um câncer de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente. O tipo histológico mais comum é o carcinoma de células epiteliais, que se divide em lesões in situ e invasoras. O carcinoma ductal é o tipo histológico mais comum e compreende entre 80 e 90% do total de casos.

No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões. Para o ano de 2020 foram estimados 66.280 casos novos, o que representa um risco estimado de 61,61 casos novos por 100.000 mulheres. No Brasil, ocorreram, em 2017, 16.724 óbitos por câncer de mama feminina, o equivalente a um risco de 16,16 por 100 mil. As regiões Sudeste e Sul são as que apresentam as maiores taxas de mortalidade.⁴

O rastreamento por meio da mamografia é a estratégia mais implementada no mundo para a detecção precoce do câncer de mama. E consiste na repetição periódica deste exame em mulheres na faixa etária onde se observa balanço favorável entre riscos e benefícios do rastreamento. O controle do câncer de mama tem sido uma das prioridades na agenda da Política Nacional de Saúde do Brasil. O Ministério da Saúde, por meio da publicação “Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil”, recomenda a identificação da doença em estágios iniciais por intermédio das estratégias de detecção precoce. A mamografia bienal para as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos é o exame indicado, enquanto o diagnóstico precoce é formado pelo tripé: população alerta para os sinais e

³ Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, Brasília, 2006.

⁴ Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2020. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

sintomas suspeitos; profissionais de saúde capacitados para avaliar os casos suspeitos; e sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna e com qualidade.⁵

O câncer de colo do útero é passível de prevenção primária (através da redução de alguns fatores de risco) e secundária (pela detecção precoce de lesões precursoras e Ca in situ). As ações para prevenção secundária são atribuições específicas da APS.

O câncer do colo do útero pode ser prevenido em quase 100% dos casos, embora estimativas mundiais indiquem que é o quarto tipo mais comum entre as mulheres. Uma provável explicação para altas taxas de incidência seria a inexistência ou a pouca efetividade dos programas de rastreamento. Em torno de 70% dos casos diagnosticados ocorrem em regiões menos desenvolvidas.

As taxas de incidência estimadas e de mortalidade apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturados. Países europeus, Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália apresentam as menores taxas, enquanto países da América Latina e, sobretudo, de regiões mais pobres da África, apresentam valores bastante elevados.⁶

No Brasil, a sua ocorrência apresenta diferenças regionais, sendo o primeiro mais incidente na Região Norte; nas Regiões Centro-Oeste e Nordeste está na segunda posição; no Sudeste e Sul ocupa a quarta posição.⁴

O controle do câncer do colo do útero também tem sido uma das prioridades na agenda da Política Nacional de Saúde do Brasil. O método para rastreio do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citológico (exame de Papanicolaou), que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que já tiveram atividade sexual.⁷

O SSC tem atuado para qualificar todas as etapas do rastreamento a fim de reduzir a ocorrência destas patologias. Os indicadores aqui apresentados têm por objetivo avaliar e subsidiar as ações desenvolvidas nas Unidades de Saúde.

3.1 VIGILÂNCIA DO CÂNCER DE MAMA

A seção apresenta informações sobre a vigilância relacionada ao câncer de mama. As atribuições da APS concentram-se especialmente na detecção precoce (detecção de alterações no exame clínico de mamas e/ou nos exames de imagem) e no monitoramento do diagnóstico e tratamento de casos alterados.

3.1.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS

Os objetivos das ações de controle do câncer de mama são: reduzir a morbidade e a mortalidade por câncer de mama; realizar detecção precoce; garantir o diagnóstico e tratamento precoce quando necessário para todas mulheres com rastreio positivo; estimular a continuidade e integralidade da atenção à saúde da mulher.

⁵ Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

⁶ <http://www.uptodate.com/contents/invasive-cervical-cancer-epidemiology> last updated: Jun 03, 2015.

⁷ Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

O indicadores sob monitoramento são: razão de mamografia e cobertura na população feminina entre 50 e 69 anos; número de mulheres com câncer de mama acompanhadas no ano de 2020.

3.1.2 RESULTADOS

3.1.2.1 RAZÃO DE MAMOGRAFIAS

Para o cálculo da razão considera-se o número de mamografias realizadas no GHC entre mulheres de 50 e 69 anos e como denominador a metade da população de mulheres, nesta faixa etária, moradora dos territórios do SSC e cadastrada na respectiva US. Em 2020, o SSC obteve 0,10, e a variação entre as equipes foi de 0,04 a 0,20 (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição do número de mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas, ½ desta população, total de mamografias realizadas, total de mamografias entre mulheres de 50 a 69, razão de mamografias realizadas, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS

	nº mulheres do cadastro	½ mulheres do cadastro	mamografias realizadas total	mamografias realizadas 50 a 69 anos	razão
	n	n	n	n	
Conceição	2473	1237	185	138	0,11
Vila Floresta	1201	601	88	60	0,10
Divina Providência	550	275	80	55	0,20
Sesc	628	314	34	24	0,08
Barão de Bagé	524	262	49	35	0,13
Jardim Leopoldina	2371	1186	155	119	0,10
Parque dos Maias	1192	596	38	26	0,04
Jardim Itu	1320	660	85	58	0,09
Santíssima Trindade	339	170	20	18	0,11
NSA	617	309	64	46	0,15
Coinma	755	378	47	34	0,09
Costa e Silva	536	268	29	20	0,07
SSC	12506	6253	874	633	0,10

3.1.2.1 COBERTURA DE MAMOGRAFIAS

Para o cálculo da cobertura considera-se a população de mulheres de 50 e 69 anos que realizou mamografia no GHC e como denominador o número total de mulheres nesta faixa etária, moradora dos territórios do SSC e cadastrada na respectiva US. O SSC obteve 35%, e a variação entre as equipes foi de 30 a 49%. Quanto à proporção de mulheres que tiveram uma mamografia realizada nos últimos dois anos a cobertura encontra-se em 12% e a variação entre as US foi de 9 a 19%. (Tabela 7).

A Tabela 8 mostra a faixa etária de realização da mamografia, 72% dos exames são realizados em mulheres entre 50 e 69 anos, com variação entre as US de 68 a 90%.

O Gráfico 5 apresenta a distribuição de mulheres com resultado de mamografia realizada no GHC, BIRADS maior ou igual a IV (13 casos novos), por idade.

Na análise dos resultados de histologia, 29 mulheres apresentaram resultado de carcinoma de mama identificados no GHC, destas, 8 (28%) com menos de 50 anos. (Gráfico 6) Todas as mulheres realizaram tratamento e estão em acompanhamento. Duas pacientes foram a óbito, sendo uma decorrente do Carcinoma.

Tabela 7 - Distribuição do número de mulheres entre 50 a 69 anos cadastradas, com ao menos uma mamografia realizada, uma mamografia nos últimos dois anos e coberturas, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS

	nº mulheres do cadastro*	Resultados			
		1 mamografia realizada		1 mamografia últimos 2 anos	
		n	%	n	%
Conceição	2473	887	36	312	13
Vila Floresta	1201	447	37	173	14
Divina Providência	550	266	48	107	19
Sesc	628	208	33	65	10
Barão de Bagé	524	216	41	72	14
Jardim Leopoldina	2371	746	31	251	11
Parque dos Maías	1192	369	31	102	9
Jardim Itu	1320	402	30	146	11
Santíssima Trindade	339	107	32	37	11
NSA	617	304	49	104	17
Coinma	755	276	37	124	16
Costa e Silva	536	207	39	70	13
SSC	12506	4435	35	1563	12

*Mulheres cadastradas excluindo-se as que tiveram alta da ação programática (motivos de atendimento em outro serviço, recusa atendimento e alta segundo programa).

Tabela 8 - Distribuição do número e proporções mamografias realizadas em mulheres com menos de 50 anos, entre 50 e 69 anos, com mais de 69 anos e total, por US. SSC/GHC. Porto Alegre, RS.

	< 50 anos		entre 50 e 69 anos		> 69 anos		total
	n	%	n	%	n	%	n
Conceição	15	8	138	75	32	17	185
Vila Floresta	10	11	60	68	18	20	88
Divina Providência	13	16	55	69	12	15	80
Sesc	6	18	24	71	4	12	34
Barão de Bagé	7	14	35	71	7	14	49
Jardim Leopoldina	20	13	119	77	16	10	155
Parque dos Maías	10	26	26	68	2	5	38
Jardim Itu	9	11	58	68	18	21	85
Santíssima Trindade	2	10	18	90	0	0	20
NSA	12	19	46	72	6	9	64
Coinma	8	17	34	72	5	11	47
Costa e Silva	6	21	20	69	3	10	29
SSC	118	14	633	72	123	14	874

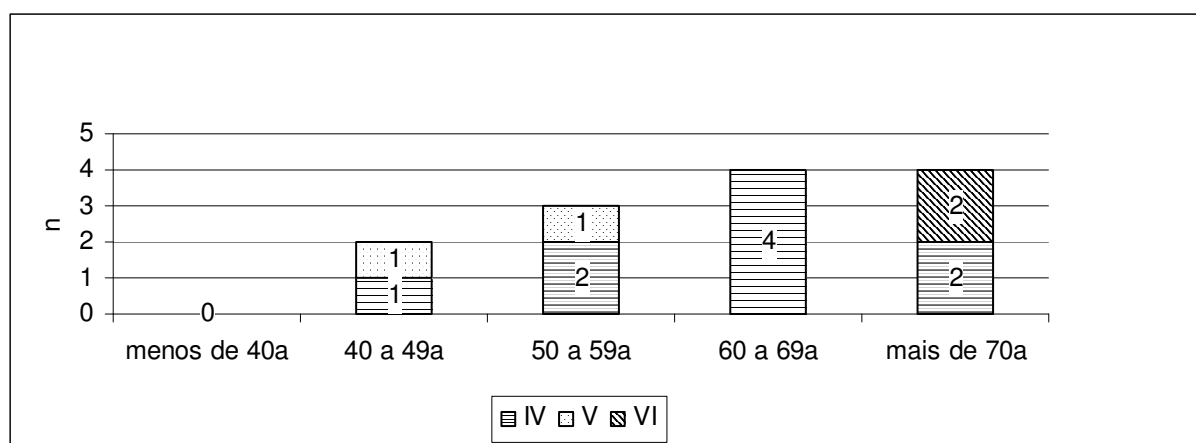
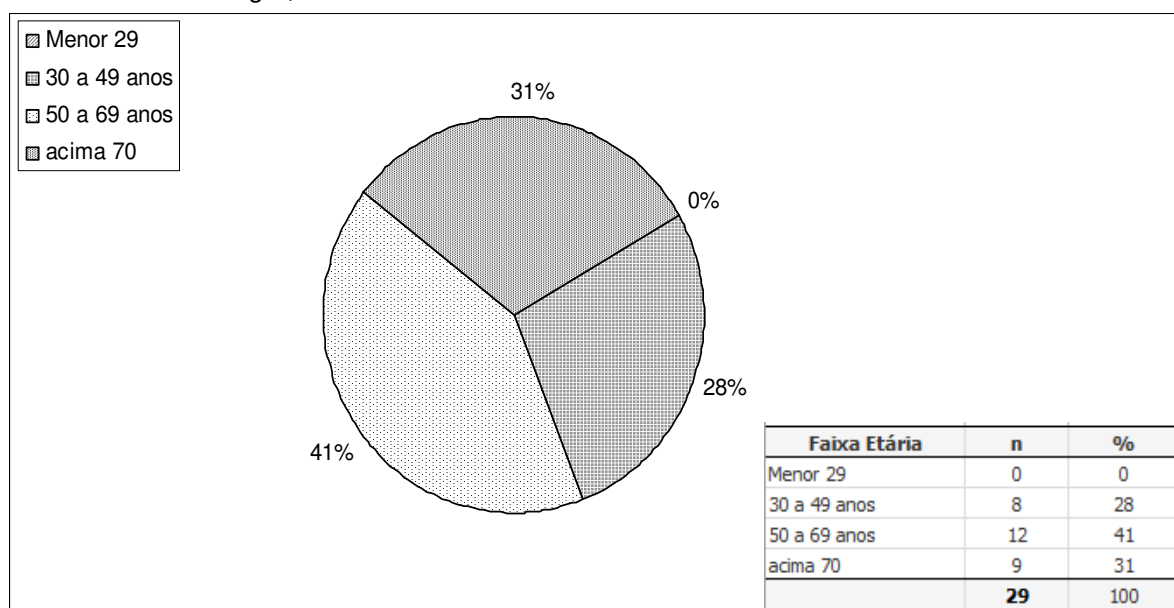
Gráfico 5 - Distribuição do número de casos novos de mulheres com resultado de mamografia BIRADS maior do que III, por idade. SSC/GHC. Porto Alegre, RS.

Gráfico 6 - Distribuição do número de mulheres com histologia de câncer de mama, por idade. SSC/GHC. Porto Alegre, RS.



3.2 VIGILÂNCIA DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO

A presente seção apresenta informações sobre a vigilância do câncer do colo de útero. As atribuições da APS concentram-se especialmente na detecção precoce de lesões precursoras e carcinoma e na continuidade do cuidado dos casos alterados. Ao longo dos anos, o SSC realiza o rastreio organizado e estimula os profissionais das equipes para tal prática.

Para avaliar os resultados desta ação, os seguintes aspectos são fundamentais: a cobertura e a qualidade do exame Papanicolaou (CP) nas mulheres entre 25 e 64 anos, o estadiamento no qual os casos são diagnosticados e tratamento precoce dos casos alterados. Os indicadores sobre as ações em saúde desenvolvidas no SSC para o controle deste câncer são os seguintes:

Razão de exames citopatológicos

A razão entre o número de CPs coletados nas mulheres de 25 a 64 anos e a população de mulheres cadastradas nesta faixa etária é um dos indicadores avaliados no Pacto pela Saúde.

Método de cálculo do indicador da razão de exames citológicos:

$$\frac{\text{Nº de exames citológicos realizados para detecção de lesão precursora do câncer do colo de útero na faixa etária de 25 a 64 anos no ano}}{\text{População feminina residente na faixa etária}}$$

Cobertura do exame Papanicolaou (exame citológico do colo do útero)

O cálculo da cobertura de CP considera como numerador o número de mulheres na faixa etária preconizada para o rastreio que realizaram pelo menos um CP na vida e como denominador a população geral de mulheres nesta faixa etária, moradoras dos territórios do SSC e cadastrada (usuárias das Unidades).

Qualidade do exame Papanicolaou

No SSC os indicadores relacionados à qualidade do CP são monitorados com o objetivo de reduzir o número de resultados falso-negativos deste exame. Os indicadores utilizados para avaliação da qualidade dos laboratórios de citologia são: Índice de positividade (IP), proporção de amostras insatisfatórias, percentuais de exames compatíveis com atipia de significado indeterminado em células escamosas (ASC) entre os exames satisfatórios, ASC entre os exames alterados, exames compatíveis com lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), razão ASC/ lesão intraepitelial escamosa (SIL).

Tratamento precoce dos casos alterados

O objetivo primordial do rastreio é identificar as mulheres com maior risco de desenvolvimento de câncer do colo do útero, para que sejam tratadas precocemente. Quando houver suspeita de alteração de alto grau faz-se necessária a confirmação diagnóstica através da histologia. Todos os casos suspeitos de alteração de alto grau devem ser encaminhados ao Serviço de Patologia Cervical com suporte da equipe do SSC. Procede-se ao tratamento específico de acordo com a avaliação ginecológica.

A seguir apresentamos resultados das ações de vigilância para controle do câncer do colo do útero no SSC.

3.2.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS

Os objetivos do programa de controle do câncer de colo do útero são: diminuir a incidência e a mortalidade por câncer de colo do útero; aumentar a cobertura do CP na população feminina (80%); detectar as lesões precursoras; garantir o tratamento ágil e adequado; estimular a continuidade e integralidade da atenção à saúde da mulher.

Os indicadores monitorados são: a) razão de exames citológicos b) cobertura de mulheres com pelo menos um exame citológico de colo do útero realizado na vida; c) cobertura de mulheres com um exame citológico de colo do útero realizado nos últimos três anos; d) proporção de exames coletados na faixa etária de rastreio; e) conjunto de indicadores para avaliação da qualidade do exame citológico de colo do útero e f) proporção de acompanhamento das mulheres que apresentaram alterações de maior grau nos seus exames citológicos.

As metas são: a) aumento progressivo da cobertura de mulheres com, pelo menos, um exame CP realizado na vida; c) aumento progressivo da cobertura de mulheres com um exame CP realizado nos últimos três anos; d) acima de 80% de exames coletados na faixa etária de rastreio; e) qualidade do exame CP - acima de 95% de exames satisfatórios e 70% de exames com epitélio glandular representado; f) acompanhamento de *todas* as mulheres que apresentam alterações de maior grau em seus exames citológicos de colo do útero.

3.2.2 RESULTADOS

3.2.2.1 COBERTURA DE MULHERES COM EXAME CITOLÓGICO DE COLO UTERINO

Os indicadores de cobertura consideram as mulheres que estão na faixa etária de 25 a 64 anos, e são: razão de CPs coletados (Tabela 9), coberturas do CP uma vez na vida e nos últimos três anos (Tabela 10), e CPs coletados por faixa etária (Tabela 11).

O SSC atingiu 0,22 de “razão de CPs coletados em mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos”. A Unidade Nossa Senhora Aparecida obteve razão maior do que 0,5 (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição do número de mulheres cadastradas entre 25 e 64 anos, 1/3 desta população, CPs coletados em todas as idades e razão de CPs coletados, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	nº mulheres do cadastro*	1/3 mulheres do cadastro	CPs coletados 25 a 64 anos	razão
	n	n	n	
Conceição	2807	936	171	0,18
Vila Floresta	1892	631	123	0,20
Divina Providência	1208	403	56	0,14
Sesc	1202	401	148	0,37
Barão de Bagé	895	298	83	0,28
Jardim Leopoldina	3936	1312	169	0,13
Parque dos Maías	2494	831	106	0,13
Jardim Itu	1899	633	115	0,18
Santíssima Trindade	1126	375	108	0,29
NSA	1151	384	197	0,51
Coinma	1194	398	96	0,24
Costa e Silva	1027	342	124	0,36
SSC	20831	6944	1496	0,22

*Mulheres cadastradas excluindo-se as que tiveram alta do programa (motivos de atendimento em outro serviço, recusa atendimento e alta segundo critérios do programa).

A cobertura de CPs baixou para 55% entre mulheres na faixa etária recomendada para o rastreio, considerando “ao menos um CP coletado na vida”, variando de 44 a 74% entre as equipes. As US Nossa Senhora Aparecida, Santíssima Trindade e Sesc apresentam coberturas superiores a 70%. Quanto à proporção de mulheres que tiveram um CP coletado nos últimos três anos as US Nossa Senhora Aparecida (57%) apresenta percentual superior a 50% (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição da população feminina de 25 a 64 anos cadastrada, número de mulheres com um exame CP coletado e um exame CP coletado nos últimos 3 anos, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

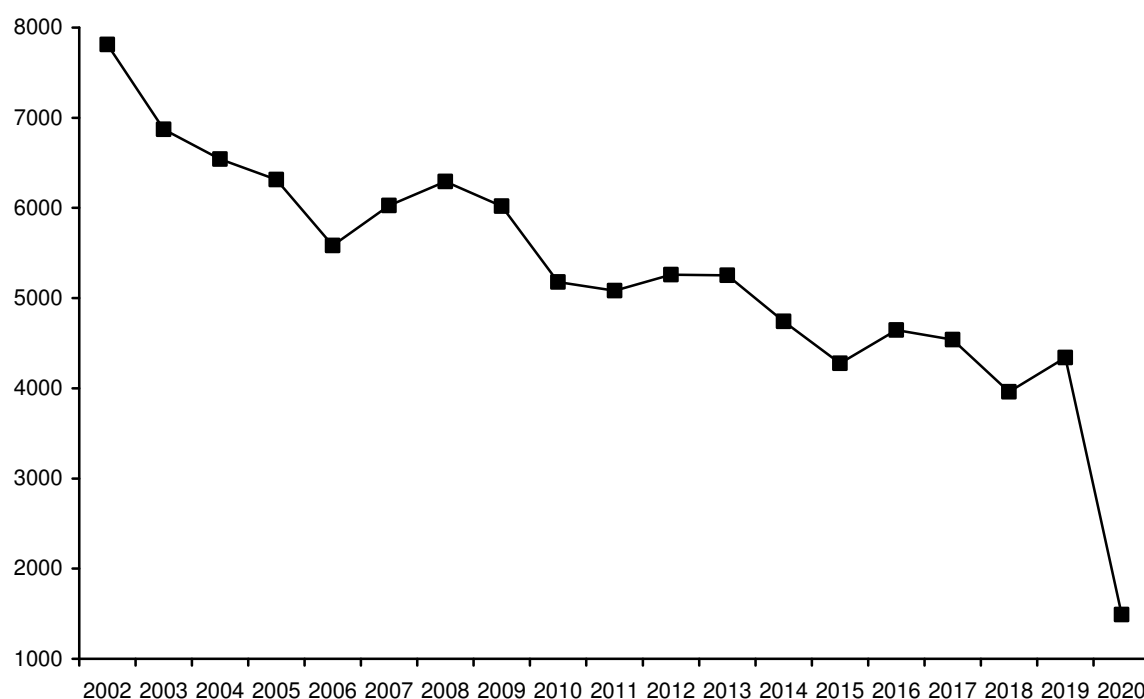
	nº mulheres do cadastro*	Resultados			
		1 cp coletado*		1 cp coletado últimos 3 anos	
		n	%	n	%
Conceição	2807	1548	55	844	30
Vila Florsta	1892	870	46	544	29
Divina Providência	1208	701	58	386	32
Sesc	1202	839	70	430	36
Barão de Bagé	895	593	66	360	40
Jardim Leopoldina	3936	1721	44	746	19
Parque dos Maías	2494	1254	50	685	27
Jardim Itu	1899	950	50	485	26
Santíssima Trindade	1126	802	71	507	45
NSA	1151	852	74	653	57
Coinma	1194	701	59	407	34
Costa e Silva	1027	699	68	386	38
SSC	20831	11530	55	6433	31

*Mulheres cadastradas excluindo-se as que tiveram alta do programa (motivos de atendimento em outro serviço, encaminhamento ao alto risco, recusa atendimento e alta segundo critérios do programa).

Nota: início da série em abril de 2000.

O Gráfico 7 apresenta a série histórica do número de exames citológicos coletados no SSC, período 2002 a 2020.

Gráfico 7 - Série histórica (2002 a 2020) da distribuição do número de coletas de exames citológicos, por ano. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



As coletas de CPs para rastreio deveriam estar concentradas na faixa etária de 25 a 64 anos. O SSC apresenta 88% dos exames coletados na faixa etária indicada. (Tabela 11)

Tabela 11 - Distribuição do número e proporções de CPs coletados em mulheres com menos de 25 anos, entre 25 e 64 anos, com mais de 64 anos e total, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	< 25 anos		entre 25 e 64 anos		> 64 anos		total
	n	%	n	%	n	%	n
Conceição	6	3	171	90	14	7	191
Vila Floresta	15	10	123	85	7	5	145
Divina Providência	3	5	56	89	4	6	63
Sesc	26	15	148	83	5	3	179
Barão de Bagé	10	10	83	84	6	6	99
Jardim Leopoldina	10	5	169	87	16	8	195
Parque dos Maias	8	7	106	91	3	3	117
Jardim Itu	8	6	115	89	6	5	129
Santíssima Trindade	10	8	108	89	3	2	121
NSA	17	8	197	91	3	1	217
Coinma	11	10	96	86	4	4	111
Costa e Silva	14	10	124	89	1	1	139
SSC	138	8	1496	88	72	4	1706

3.2.2.2 COLETAS DE EXAME CITOLÓGICO POR CATEGORIA PROFISSIONAL

A Tabela 12 apresenta o número de exames citológicos coletados por categoria profissional em 2019 e 2020. Enfermeir@s contratad@s foram responsáveis por 54% dos exames e residentes de enfermagem 21%, totalizando 75%. Medic@s contratad@s 13% e residentes de medicina 12%, totalizando 25%.

Tabela 12 - Distribuição do número e percentuais de coletas de CP entre diferentes categorias profissionais, anos 2019 e 2020, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	2019									2020								
	Médic@ Contratad@		Médic@ Residente		Enfermeir@ Contratad@		Enfermeir@ Residente*		Total	Médic@ Contratad@		Médic@ Residente		Enfermeir@ Contratad@		Enfermeir@ Residente*		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Conceição	21	4	2	0	455	95	1	0	479	5	4	10	8	116	87	2	2	133
Vila Floresta	54	15	47	13	265	72	1	0	367	8	6	56	43	66	51		0	130
Divina Providência	115	40		0	173	60		0	288	18	32		0	38	68		0	56
Sesc	10	4	21	8	130	50	100	38	261	3	2	9	5	86	51	72	42	170
Barão de Bagé	39	14	64	23	173	63		0	276	14	15	24	26	55	59		0	93
Jardim Leopoldina	13	3	6	1	316	61	179	35	514	4	3	9	6	86	54	61	38	160
Parque dos Maias	23	5		0	283	63	145	32	451	4	5	2	2	44	52	34	40	84
Jardim Itu	63	15	43	10	234	56	77	18	417	7	6	5	4	78	66	29	24	119
Santíssima Trindade	123	40	51	16	115	37	21	7	310	7	6	38	33	42	37	28	24	115
NSA	223	56	1	0	176	44		0	400	118	58	4	2	83	40		0	205
Coinma	36	11	10	3	216	63	80	23	342	1	1	2	2	63	62	36	35	102
Costa e Silva	4	2	26	11	123	52	83	35	236		0	26	21	52	42	46	37	124
SSC	724	17	271	6	2659	61	687	16	4341	189	13	185	12	809	54	308	21	1491

3.2.2.3 QUALIDADE DO EXAME CITOLÓGICO DE COLO UTERINO

No SSC a média de exames satisfatórios foi 95,2% e oito US apresentaram mais do que 95% de CP satisfatórios (Tabela 13). Em 64% dos exames identificou-se o epitélio glandular na amostra, pior resultado em relação ao ano anterior (67%).

A proporção de exames citológicos alterados em relação ao número total de CPs foi 3,5%. O Gráfico 8 apresenta a série histórica das alterações por ano.

A Tabela 14 apresenta a distribuição dos exames com alterações por tipo e por US. A US com o maior número de casos identificou 12 exames alterados. O resultado mais frequente é atípicas de significado indeterminado em células escamosas, possivelmente não neoplásicas (ASCUS) representa ~52% das alterações. Segue a diminuição de resultados de LBG em relação ao ano anterior (39 para 20). E a proporção de LAG identificada vem aumentando desde o ano de 2018.

Tabela 13 - Distribuição do número de CP coletados, proporção de amostras satisfatórias e proporção de CP com epitélio glandular (EG) representado na amostra, por mês e US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

		continua					
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Conceição	nº CPs	22	47	40	1	9	11
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	97,5	100,0	100,0	100,0
	% CP com EG	81,8	72,3	70,0	100,0	77,8	100,0
Vila Floresta	nº CPs	23	18	11	0	3	11
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	-	100,0	100,0
	% CP com EG	78,3	77,8	72,7	-	66,7	36,4
Divina Providência	nº CPs	8	11	17	1	1	2
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	% CP com EG	100,0	81,8	88,2	0,0	100,0	50,0
Sesc	nº CPs	22	25	17	1	5	8
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	94,1	100,0	80,0	87,5
	% CP com EG	63,6	76,0	58,8	0,0	60,0	62,5
Barão de Bagé	nº CPs	19	13	11	2	1	3
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	% CP com EG	68,4	69,2	90,9	100,0	100,0	100,0
Jardim Leopoldina	nº CPs	34	20	34	1	3	9
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	97,1	100,0	100,0	100,0
	% CP com EG	67,6	85,0	73,5	100,0	33,3	66,7
Parque dos Maias	nº CPs	31	20	13	1	1	3
	% CP satisfatórios	100,0	95,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	% CP com EG	93,5	85,0	69,2	0,0	100,0	100,0
Jardim Itu'	nº CPs	15	25	14	5	0	4
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0
	% CP com EG	80,0	60,0	64,3	40,0	-	50,0
Santíssima Trindade	nº CPs	22	14	13	3	5	7
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	66,7	80,0	100,0
	% CP com EG	77,3	85,7	100,0	33,3	20,0	71,4
NSA	nº CPs	18	16	9	0	6	5
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	-	100,0	60,0
	% CP com EG	88,9	100,0	55,6	-	83,3	20,0
Coinma	nº CPs	22	12	13	3	3	7
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	84,6	100,0	100,0	100,0
	% CP com EG	86,4	100,0	69,2	66,7	33,3	71,4
Costa e Silva	nº CPs	10	7	13	4	5	10
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	84,6	100,0	80,0	100,0
	% CP com EG	90,0	100,0	61,5	50,0	20,0	80,0
SSC	nº CPs	246	228	205	22	42	80
	% CP satisfatórios	100,0	99,6	96,6	95,5	92,9	96,3
	% CP com EG	79,7	79,4	72,7	50,0	57,1	67,5

Tabela 13 - Distribuição do número de CPs coletados, proporção de amostras satisfatórias e proporção de CPs com epitélio glandular (EG) representado na amostra, por mês e US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

		continuação						
		Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Conceição	Nº CPs	11	3	4	13	23	7	191
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	75,0	92,3	95,7	100,0	97,9
	% CP com EG	81,8	33,3	50,0	53,8	52,2	85,7	71,2
Vila Vila Floresta	Nº CPs	3	5	2	10	39	20	145
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	90,0	89,7	100,0	96,6
	% CP com EG	33,3	60,0	50,0	50,0	53,8	35,0	57,9
Divina Providência	Nº CPs	5	0	1	4	8	5	63
	% CP satisfatórios	100,0	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	% CP com EG	80,0	-	0,0	50,0	50,0	80,0	76,2
Sesc	Nº CPs	4	4	11	16	35	31	179
	% CP satisfatórios	75,0	100,0	100,0	75,0	82,9	77,4	88,3
	% CP com EG	25,0	0,0	54,5	43,8	42,9	38,7	51,4
Barão de Bagé	Nº CPs	1	4	7	9	15	14	99
	% CP satisfatórios	100,0	75,0	85,7	100,0	100,0	85,7	96,0
	% CP com EG	0,0	25,0	57,1	88,9	73,3	50,0	69,7
Jardim Leopoldina	Nº CPs	8	5	15	30	21	15	195
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	93,3	95,2	73,3	95,9
	% CP com EG	37,5	80,0	80,0	56,7	66,7	60,0	67,7
Parque dos Maias	Nº CPs	2	1	10	10	18	7	117
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	90,0	80,0	83,3	100,0	94,0
	% CP com EG	100,0	100,0	20,0	30,0	38,9	57,1	66,7
Jardim Itu	Nº CPs	4	0	7	17	25	13	129
	% CP satisfatórios	100,0	-	100,0	94,1	92,0	92,3	96,9
	% CP com EG	50,0	-	42,9	64,7	48,0	38,5	56,6
Santíssima Trindade	Nº CPs	5	3	3	13	17	16	121
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	92,3	100,0	93,8	96,7
	% CP com EG	80,0	66,7	66,7	84,6	58,8	43,8	70,2
NSA	Nº CPs	3	2	2	9	125	22	217
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	50,0	88,9	92,8	100,0	94,0
	% CP com EG	100,0	100,0	0,0	55,6	57,6	50,0	62,7
Coinma	Nº CPs	5	7	13	11	7	8	111
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	84,6	90,9	100,0	87,5	94,6
	% CP com EG	80,0	57,1	46,2	63,6	57,1	62,5	70,3
Costa e Silva	Nº CPs	0	8	19	14	26	23	139
	% CP satisfatórios	-	100,0	94,7	92,9	100,0	95,7	95,7
	% CP com EG	-	62,5	36,8	28,6	73,1	65,2	61,2
SSC	Nº CPs	51	42	94	156	359	181	1706
	% CP satisfatórios	98,0	97,6	92,6	90,4	92,8	90,6	95,2
	% CP com EG	64,7	54,8	47,9	55,8	56,0	50,8	64,2

Tabela 14 - Série histórica (2015 a 2020) da distribuição dos exames com alterações, tipo de alteração, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

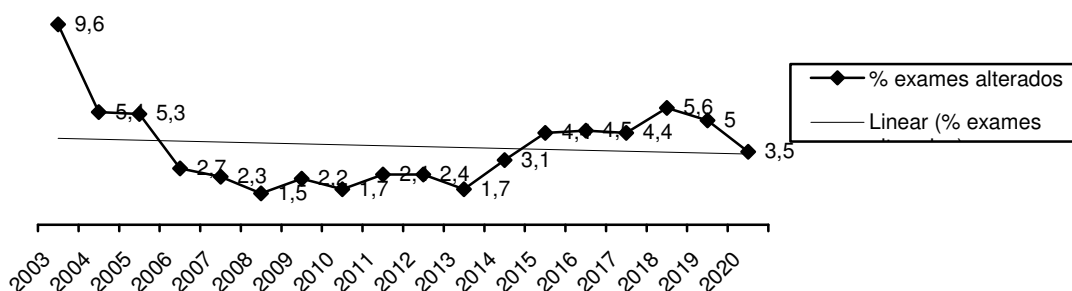
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2015-2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conceição														
ASC-US	11	52	7	39	14	56	20	83	20	69	3	60	75	61
Lesão BG	6	29	5	28	8	32	1	4	4	14	0	-	24	20
ASC-H	3	14	0	-	0	-	1	4	3	10	1	20	8	7
Lesão AG	0	-	4	22	2	8	2	8	2	7	1	20	11	9
AGUS	1	5	1	6	1	4	0	-	0	-	0	-	3	2
CA	0	-	1	6	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1
n alterações	21	-	18	-	25	-	24	-	29	-	5	-	122	-
Vila Floresta														
ASC-US	9	53	9	60	7	39	13	54	5	45	6	86	49	53
Lesão BG	4	24	2	13	4	22	3	13	1	9	0	-	14	15
ASC-H	1	6	1	7	2	11	2	8	2	18	0	-	8	9
Lesão AG	3	18	3	20	4	22	5	21	3	27	1	14	19	21
AGUS	0	-	0	-	1	6	1	4	0	-	0	-	2	2
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
n alterações	17	-	15	-	18	-	24	-	11	-	7	-	92	-
Divina Providência														
ASC-US	1	33	2	50	3	75	5	28	9	47	1	100	21	43
Lesão BG	0	-	1	25	0	0	7	39	6	32	0	-	14	29
ASC-H	0	-	1	25	1	25	3	17	2	11	0	-	7	14
Lesão AG	2	67	0	-	0	-	2	11	2	11	0	-	6	12
AGUS	0	-	0	-	0	-	1	6	0	-	0	-	1	2
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0
n alterações	3	-	4	-	4	-	18	-	19	-	1	-	49	-
Sesc														
ASC-US	9	39	9	64	15	71	5	45	17	68	3	75	58	59
Lesão BG	9	39	2	14	3	14	2	18	2	8	1	25	19	19
ASC-H	2	9	2	14	1	5	0	-	2	-	0	-	7	7
Lesão AG	3	13	1	7	1	5	3	27	4	16	0	-	12	12
AGUS	0	-	0	-	1	5	1	9	0	-	0	-	2	2
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0
n alterações	23	-	14	-	21	-	11	-	25	-	4	-	98	-
Barão de Bagé														
ASC-US	7	58	4	31	8	53	6	30	8	62	1	50	34	45
Lesão BG	3	25	8	62	5	33	8	40	3	23	0	-	27	36
ASC-H	0	-	0	-	0	-	4	20	1	8	1	50	6	8,0
Lesão AG	1	8	1	8	2	13	1	5	1	8	0	-	6	8
AGUS	1	8	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1
CA	0	-	0	-	0	-	1	5	0	-	0	-	1	-
n alterações	12	-	13	-	15	-	20	-	13	-	2	-	75	-
Jardim Leopoldina														
ASC-US	13	65	24	77	12	55	11	42	11	61	2	50	73	60
Lesão BG	5	25	4	13	6	27	7	27	5	28	0	-	27	22
ASC-H	0	-	1	3	2	9	2	8	0	-	1	25	6	5
Lesão AG	2	10	2	6	0	0	6	23	2	11	1	25	13	11
AGUS	0	-	0	-	1	5	0	-	0	-	0	-	1	1
CA	0	-	0	-	1	5	0	-	0	-	0	-	1	-
n alterações	20	-	31	-	22	-	26	-	18	-	4	-	121	-

Tabela 14 - Série histórica (2015 a 2020) da distribuição dos exames com alterações, tipo de alteração, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	continuação													
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2015-2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Parque dos Maia														
ASC-US	17	49	13	41	16	55	16	41	16	67	1	20	79	48
Lesão BG	11	31	10	31	10	34	8	21	1	4	4	80	44	27
ASC-H	4	11	2	6	0	-	8	21	1	4	0	-	15	9
Lesão AG	3	9	6	19	3	10	6	15	6	25	0	-	24	15
AGUS	0	-	1	3	0	-	1	3	0	-	0	-	2	1
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0
n alterações	35	-	32	-	29	-	39	-	24	-	5	-	164	-
Jardim Itu														
ASC-US	8	44	9	50	11	85	4	57	11	69	3	60	46	60
Lesão BG	8	44	6	33	0	-	2	29	5	31	2	40	23	30
ASC-H	2	11	1	6	1	8	1	14	0	-	0	-	5	6
Lesão AG	0	-	1	6	1	8	0	-	0	-	0	-	2	3
AGUS	0	-	1	6	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0
n alterações	18	-	18	-	13	-	7	-	16	-	5	-	77	-
Santíssima Trindade														
ASC-US	12	63	10	42	10	48	19	59	10	59	3	43	64	53
Lesão BG	4	21	3	13	7	33	3	9	0	-	1	14	18	15
ASC-H	0	-	4	17	0	-	4	13	2	12	0	-	10	8
Lesão AG	3	16	6	25	4	19	3	9	5	29	3	43	24	20
AGUS	0	-	1	4	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1
CA	0	-	0	-	0	-	3	9	0	-	0	-	3	2,5
n alterações	19	-	24	-	21	-	32	-	17	-	7	-	120	-
NSA														
ASC-US	7	78	10	63	12	63	11	41	9	39	4	33	53	50
Lesão BG	2	22	5	31	2	11	8	30	6	26	3	25	26	25
ASC-H	0	-	1	6	1	5	3	11	4	17	2	17	11	10
Lesão AG	0	-	0	-	3	16	3	11	4	17	3	25	13	12
AGUS	0	-	0	-	1	5	2	7	0	-	0	-	3	-
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0
n alterações	9	-	16	-	19	-	27	-	23	-	12	-	106	-
Coinma														
ASC-US	9	53	17	71	10	53	2	40	9	43	1	50	48	55
Lesão BG	6	35	4	17	3	16	1	20	4	19	0	-	18	20
ASC-H	0	-	1	4	3	16	2	40	4	19	0	-	10	11
Lesão AG	1	6	2	8	3	16	0	-	3	-	1	50	10	11
AGUS	1	6	0	-	0	-	0	-	1	5	0	-	2	2
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
n alterações	17	-	24	-	19	-	5	-	21	-	2	-	88	-
Costa e Silva														
ASC-US	7	54	10	67	12	80	11	73	12	60	3	50	55	65
Lesão BG	4	31	1	7	2	13	1	7	2	10	1	17	11	13
ASC-H	2	15	1	7	1	7	2	13	1	5	1	17	8	10
Lesão AG	0	-	3	20	0	-	1	7	5	25	1	17	10	12
AGUS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0
n alterações	13	-	15	-	15	-	15	-	20	-	6	-	84	-
SSC														
ASC-US	110	53,1	124	55,4	130	58,8	123	49,6	137	58,1	31	51,7	655	54,8
Lesão BG	62	30,0	51	22,8	50	22,6	51	20,6	39	16,5	12	20,0	265	22,2
ASC-H	14	6,8	15	6,7	12	5,4	32	12,9	22	9,3	6	10,0	101	8,4
Lesão AG	18	8,7	29	12,9	23	10,4	32	12,9	37	15,7	11	18,3	150	12,5
AGUS	3	1,4	4	1,8	5	2,3	6	2,4	1	0,4	0	0,0	19	1,6
CA*	0	0,0	1	0,4	1	0,5	4	1,6	0	0,0	0	0,0	6	0,5
n alterações	207		224		221		248		236		60		1196	

*O número de suspeita de cânceres de colo uterino, bem como das outras alterações identificados no SSC neste período, pode ser maior do que aqueles apresentados na Tabela 16. A Tabela refere-se especificamente aos resultados dos exames citológicos e não estão incluídos os casos que não tem CP no SSC, como aqueles diagnosticados fora da rede GHC.

Gráfico 8 - Série histórica (2003 a 2020) da proporção de exames citológicos de colo uterino alterados entre o total de exames citológicos realizados. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



O sistema de Qualificação Nacional em Citopatologia (QualiCito) utiliza uma série de indicadores para monitorar a performance dos laboratórios de patologia. Nesta seção são apresentados indicadores da fase pós-analítica dos exames solicitados pelo SSC (Tabela 15).

1 - Índice de positividade:

$$\frac{\text{CPs alterados} \times 100}{\text{CPs satisfatórios}}$$

CPs satisfatórios

2 - Percentual dos testes com células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC)

entre todos os resultados satisfatórios

$$\frac{\text{ASC-US} + \text{ASC-H} \times 100}{\text{CPs satisfatórios}}$$

CPs satisfatórios

3 - Percentual dos testes ASC entre todos os testes alterados

$$\frac{\text{ASC-US} + \text{ASC-H} \times 100}{\text{CPs alterados}}$$

CPs alterados

4 - Razão entre os testes ASC e as alterações escamosas (SIL)

$$\frac{\text{ASC-US} + \text{ASC-H}}{\text{LSIL} + \text{HSIL}}$$

LSIL + HSIL

5 - Percentual dos testes com alteração de alto grau (HSIL) entre todos os resultados satisfatórios

$$\frac{\text{HSIL} \times 100}{\text{CPs satisfatórios}}$$

CPs satisfatórios

Tabela 15 - Indicadores de avaliação da qualidade do laboratório de patologia nos exames citológicos do colo do útero coletados no SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

Indicadores	LAP/SSC (%)*	MS (%)
Índice positividade	3,7	Entre 3 e 10
Percentual de exames com ASC entre os exames satisfatórios	2,28	até 4
Percentual de ASC entre os exames alterados	61,7	Abaixo de 60
Razão ASC/SIL	1,61	até 3
Percentual de exames com LIEAG	0,68	superior a 0.4
Percentual de amostras insatisfatórias	4,8	até 5

*LAP/SSC – exames citológicos de colo de útero coletados no SSC, processados e analisados no laboratório de patologia do HNSC.

3.2.2.4 ACOMPANHAMENTO DE MULHERES CUJOS EXAMES CITOLÓGICOS APRESENTARAM LESÕES DE ALTO GRAU

O rastreamento nas Unidades de Saúde identificou 16 mulheres com alteração de maior grau em 2020. Nove delas são casos novos, sete já haviam apresentado alteração em anos anteriores. As alterações encontradas foram: 6 “ASC, não pode afastar alto grau” (ASC-H) e 10 casos de “alto grau”, estes últimos distribuídos em 5 HSIL, 3 HSIL sem excluir micro invasão, 1 célula glandular atípica de significado indeterminado, não pode afastar alto grau (AGUS) e 1 adenocarcinoma. Todas estas mulheres tinham mais do que 25 anos.

O acompanhamento destas mulheres avalia:

1 – Adesão ao rastreio – presença de CP anterior à alteração dentro do período de cinco anos – 9 mulheres não tem rastreio (56%).

2 – Diagnóstico – 10 mulheres (63%) realizaram procedimento diagnóstico. Entre as 6 (37%) sem diagnóstico, as equipes informam que 4 apresentam dificuldades de adesão ao seguimento, uma gestante e uma apresentou “pendência no sistema de referência”.

3 – Tratamento – entre as 10 mulheres com diagnóstico, todas finalizaram o tratamento.

4 – Tempo decorrido entre rastreio positivo e diagnóstico LIEAG – 159 dias/média.

5 – Tempo decorrido entre rastreio positivo e diagnóstico ASC-H/AGUS – 212 dias/média.

6 – Tempo decorrido entre diagnóstico e tratamento – 39 dias/média.

3.3 COMENTÁRIOS

O câncer de mama é o tipo mais frequente entre as mulheres. Ensaios clínicos sobre rastreio mamográfico apresentam balanço favorável entre benefícios e riscos, na faixa etária de 50 a 69 anos. O monitoramento e o controle da qualidade da imagem, dos laudos e da dose de radiação das mamografias são essenciais para manter a efetividade desta ação, assim como a garantia de acesso à confirmação diagnóstica e ao tratamento com qualidade.

A cobertura geral de mamografias ficou estável em relação ao ano anterior, 35%. Entretanto, decorrente do menor número de exames realizados (razão de 0,10), houve redução de 50% dos casos com BIRADS maior ou igual a IV identificados no ano (13).

Os casos com mamografia alterada são encaminhados para profissionais de saúde responsáveis pela solicitação do exame. Esse procedimento de vigilância tem a finalidade de tornar mais ágil o esclarecimento diagnóstico e acompanhamento adequado para cada situação, o que torna possível abordagem multiprofissional personalizada, qualificando o processo de acompanhamento. Todas as mulheres identificadas no GHC foram encaminhadas para avaliação por mastologista.

Estima-se que a cobertura desse exame na população seja maior, considerando que profissionais também encaminham as mulheres para a realização da mamografia em serviços fora da rede GHC. Ressalta-se que para estes casos este acompanhamento não é realizado.

No Sistema de Monitoramento de Neoplasias do GHC, através da histologia, foram identificadas 29 mulheres com carcinoma de mama. Destas, 41% encontram-se na faixa etária de recomendação para o rastreio com mamografia. Nessa direção, para que o diagnóstico ocorra em estágios iniciais é necessário que as mulheres estejam atentas para os sinais e sintomas suspeitos e que profissionais de saúde estejam capacitados para avaliar os casos suspeitos.

Todas as mulheres diagnosticadas encontram-se em tratamento. Duas foram a óbito, uma por motivo carcinoma mama e outra complicações da Covid.

O controle do câncer do colo do útero é prioridade da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Esse tipo de câncer é considerado causa básica de óbito evitável e a mortalidade por esta causa tem sido proposta como condição marcadora da qualidade do acesso aos serviços de saúde e de condições sociais de vida. Quanto maior o coeficiente de mortalidade, menor o acesso aos serviços e piores as condições de vida da população.⁸

A vacina contra o HPV auxilia na prevenção desta patologia, aliada a realização da citologia de colo do útero. Vale lembrar que a vacina não protege contra todos os subtipos oncogênicos, sendo eficaz contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. Os dois primeiros causam verrugas genitais e os dois últimos são responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero

O rastreamento através do exame Papanicolaou é estratégia reconhecida como segura e eficiente no declínio da incidência do câncer cervical. Tem como base estudos comparativos de tendências temporais, que demonstraram redução nas taxas de incidência desse câncer em alguns países, seguida à introdução de programas populacionais de rastreio⁹. Estudos epidemiológicos do tipo caso-controle indicam risco elevado de desenvolver câncer do colo do útero entre mulheres que nunca foram submetidas ao exame de Papanicolaou, além do aumento do risco ser proporcional ao tempo decorrido desde o último exame.¹⁰

O número de exames realizados na população que deveria fazer o rastreio é um dos fatores que indica a proteção para este tipo de câncer. O SSC apresenta 55% das mulheres na faixa etária recomendada para o rastreio com ao menos um CP realizado na vida, a variabilidade entre as US mantém-se ampla (44 a 74%).

A cobertura de mulheres com CP nos últimos três anos é de 31% apresentando também grande variação entre as US (19 a 57%). A US Nossa Senhora Aparecida apresenta a melhor cobertura. As coberturas ainda estão muito baixas em algumas US, diminuindo o potencial do rastreio no impacto sobre a incidência deste câncer. Sabe-se que cobertura maior do que 80% entre mulheres de 25 a 65 anos de idade reduz significativamente a morbi-mortalidade pela doença.

No SSC é necessário oferecer aproximadamente 7000 exames ao ano para realizar um CP a cada três anos para as mulheres cadastradas na faixa etária de 25 a 64 anos. O SSC apresentou razão de 0,22 CP coletados na faixa etária preconizada, um terço do resultado do ano anterior.

Na análise da idade de realização do CP, identificou-se que 88% dos exames são feitos nas mulheres na faixa etária recomendada, indicando um direcionamento da oferta de exames para a população-alvo do rastreio. Dados do INCA, referentes aos anos 2019 e 2020, mostram respectivamente em 80% e 81%.¹¹

⁸ Bottari CMS; Vasconcellos MM; Mendonça MHM. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. Cad. Saúde Pública [online]. 2008; vol.24, suppl.1 [cited 2017-10-26], pp.s111-s122.

⁹ Gustafsson L, Ponten J, Zack M, Adami HO. **International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening.** Cancer Causes Control. 1997;8(5):755-63.

¹⁰ Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, de Briton RC, Gaitan E, et al. **Screening for cervical cancer in Latin America: a case-control study.** Int J Epidemiol. 1992;21(6):1050-6.

¹¹ Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Informativo Detecção Precoce. Boletim ano 12, n 1, Janeiro/Junho de 2021.

Do total de exames, 12% foram coletados fora da faixa etária, sendo 8% em menores de 25 anos. Ressalta-se que o número de lesões com potencial de malignidade é baixo em menores de 25 anos. Aliado a isto, existe associação entre aumento de morbidade perinatal e intervenções decorrentes de tratamento de lesões nesta faixa etária que regredem espontaneamente na maioria dos casos.⁷ Recomenda-se avaliar a necessidade de coleta quando fora da faixa etária recomendada, principalmente em mulheres mais jovens.

A análise da coleta dos CPs realizada pelas diferentes categorias profissionais auxilia as equipes na programação das atividades assistenciais. Atualmente, a enfermagem é responsável por 75% das coletas. Considerando o papel de formação de profissionais do SSC, ainda é necessário estimular a realização deste exame para obter melhores resultados. Comparado a 2019, constatou-se que residentes de medicina e enfermagem aumentaram a proporção de coletas. Destaca-se que fazer esse procedimento reflete a habilidade para a realização de qualquer exame ginecológico e para adquirir habilidades é necessário aliar escala e qualidade.

No Brasil, apesar da redução de incidência e mortalidade em algumas regiões e mesmo sendo um dos primeiros países a introduzir o exame citológico (CP) para o seu rastreamento, o câncer de colo de útero ainda é um problema de saúde pública. Um programa eficaz deve compreender métodos para detecção que sejam de alta sensibilidade, especificidade e facilidade de implementação. Uma das estratégias adotadas para avaliar a confiabilidade dos exames citológicos são os Programas de Controle de Qualidade. O INCA tem monitorado estas ações.¹¹

Vários aspectos estão implicados na qualidade do CP, a saber: situação biológica da mulher, coleta propriamente dita e qualidade dos serviços de citologia responsáveis pelo processamento e leitura das lâminas. O Ministério da Saúde publicou Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013, que redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde.¹² No SSC, 4,8% dos exames foram insatisfatórios. A revisão de literatura indica que a proporção de resultado insatisfatório não deve ser superior a 5%. Quatro US apresentaram resultados insatisfatórios superiores a 5%. A recomendação é que as equipes de saúde revisem seus procedimentos de coleta.

A maioria das lesões precursoras se desenvolve na zona de transformação, assim um exame adequado deve ter epitélio metaplásico e/ou glandular representado na amostra. O SSC apresenta média de 64,2%. Esse resultado pode ser atribuído a diversos aspectos, tais como: maior número de coletas realizadas entre mulheres cujo epitélio glandular seja difícil de ser amostrado (estenose do canal cervical, por exemplo); problemas na técnica de coleta do exame e problemas no processamento e análise das lâminas.

Os indicadores de avaliação de qualidade dos CPs no SSC estão dentro dos parâmetros estabelecidos com exceção do percentual de atipias de significado indeterminado entre os exames alterados que ainda está elevado. As células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US e ASC-H) representam dúvida diagnóstica, quando é considerado que os achados citológicos não são

¹² Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia – 2. ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro, 2016.

suficientes para estabelecer um resultado mais preciso. O objetivo seria reduzir o número de diagnósticos imprecisos.

O índice de positividade (IP) indica a sensibilidade do CP para detectar lesões. Quanto maior o número de lesões precursoras identificadas, maior é a chance de tratar precocemente os casos, evitando o desenvolvimento do carcinoma. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) determinou a seguinte categorização do IP: muito baixa - inferior a 2%; baixa entre 2 e 2,9%; esperada entre 3 e 10%; e acima do esperado superior a 10%. O SSC apresenta resultado 3,7%, o que significa uma boa capacidade de detecção destas lesões, objetivo maior do rastreio e fato determinante para a prevenção do câncer do colo do útero.

Todas as equipes de saúde são notificadas sobre a ocorrência das mulheres que apresentam alterações e aquelas com lesões de maior grau são acompanhadas sistematicamente. Através do rastreio, identificou-se 16 casos novos com maior potencial de progressão. A “Lei dos 30 dias”, oficialmente chamada de Lei n.º 13.896/2019, determina que, caso haja uma suspeita de câncer, os exames para confirmar o diagnóstico devem ser realizados em até 30 dias. E a Lei nº 12.732/2012 determina que “o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico.

Nas mulheres com lesão de alto grau acompanhadas no GHC, a média de tempo entre rastreio e diagnóstico foi de 159 dias. A média de tempo para as lesões de significado indeterminado, mas que não pode excluir alto grau, foi maior, atingindo 212 dias. Acredita-se que com a reorganização dos serviços de saúde alcançaremos melhores resultados. O esclarecimento diagnóstico e tratamento em tempo oportuno desses casos modifica o desfecho negativo. O tempo decorrido entre diagnóstico e tratamento foi de 39 dias.

Até o período analisado, 63% das mulheres realizaram diagnóstico; todos os casos diagnosticados foram tratados.

Nos casos sem informação sobre o diagnóstico as equipes são notificadas novamente. O acompanhamento dos casos suspeitos no rastreio, tanto do colo do útero como de mama, têm sido prioridade no trabalho das equipes. O cuidado continuado às mulheres e adesão ao seguimento de casos alterados é fundamental para a redução da mortalidade por estes tipos de câncer.

4. ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETE MELITO, TABAGISMO E ASMA

Djalmo Sanzi Souza
Maria Lúcia Lenz
Sílvia Takeda



A atual situação de saúde no Brasil exige que os serviços de saúde se reorganizem para responder à tripla carga de doenças relacionada às transições demográfica e epidemiológica: (1) o aumento das doenças crônicas pelo envelhecimento populacional e aumento dos fatores de risco (fumo, sedentarismo, stress, sobrepeso e má alimentação); (2) o crescimento da violência e morbimortalidade por causas externas e (3) a presença das doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose, hanseníase, H1N1, dengue e malária, entre outras).

O número temático da revista “The Lancet”¹³ sobre a saúde no Brasil refere, no Capítulo sobre as doenças crônicas não transmissíveis, que o controle dessas condições e de seus fatores de risco constitui-se em um enorme desafio para os serviços. Em 2007, cerca de 70% dos óbitos foram atribuídos às doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, renais, diabetes e aos cânceres. Em termos de mortes atribuíveis, os fatores de risco são: pressão arterial elevada, tabagismo, altos níveis de glicose sanguínea, inatividade física, sobrepeso e obesidade. Em termos da carga de doenças medida em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, as doenças crônicas correspondem a 70,8%; as doenças transmissíveis, desnutrição e condições maternas e neonatais a 13,8%; e as causas externas, 15,4%¹⁶.

Os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, cânceres e doenças respiratórias crônicas) têm fatores de risco comuns (tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool).

¹³ Schmidt M I; Duncan BB; Silva GA.; Menezes AM; Monteiro CA; Barreto SM; Chor D; Menezes PR. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, 2011, n. 377.

¹⁷ Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017

Há evidências provenientes de diferentes países demonstrando que a forma de organização dos serviços de APS contribui de forma relevante não apenas para o alcance de melhores resultados, mas também diminui iniquidade em saúde^{14,15}.

As características da organização dos serviços relacionadas a melhores resultados incluem as abordagens individual e populacional e são as que seguem: respeito às preferências das pessoas, estratificação segundo riscos; uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências; medicamentos eficazes; apoio às mudanças de estilo de vida; orientação e apoio ao autocuidado; agendas dos profissionais abertas e com programação das consultas segundo a necessidade (conforme estrato de risco); realização de atividades coletivas; cuidado compartilhado entre profissionais das múltiplas disciplinas; gestão de caso; vinculação dos usuários a profissionais específicos da equipe de saúde (lista de usuários por profissional); sistema de registro, monitoramento e avaliação¹⁶.

4.1 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO, DIABETE MELITO E OUTROS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de risco para as doenças cerebrovasculares e tem uma prevalência mundial que varia entre 10 e 40% nas pessoas com 18 anos ou mais. A HAS tem sido responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 25% por doença coronariana (DC). A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg.¹⁷

Estudos regionais sobre a prevalência da HAS no Brasil apontam para prevalências de 22 a 44% na população com 18 anos ou mais e, em Porto Alegre, para aproximadamente 26%.

A prevalência do diabetes melito (DM) vem aumentando, sendo o DM tipo 2 o mais freqüente (90% dos casos). Calcula-se que, em 2025, serão cerca de 11 milhões de diabéticos no Brasil, mais que o dobro dos cinco milhões de diabéticos identificados no ano de 2000. Os dados do estudo multicêntrico de diabetes realizado em nove capitais brasileiras (1987-1989) demonstraram uma prevalência de 7,6% de diabetes na população de 30 a 69 anos e de 7,8% para a tolerância diminuída à glicose. Estudo realizado em Ribeirão Preto (SP) demonstrou uma prevalência de 12,1% de diabetes e de 7,7% de tolerância diminuída à glicose na faixa etária de 30 a 69 anos.¹⁸

A HAS e o DM constituem os principais fatores de risco para as DCV e apresentam vários aspectos em comum, entre eles o curso silencioso, a cronicidade, diversos fatores de risco e a freqüente associação das duas condições. Na população sob responsabilidade do SSC, 81% das pessoas com diabetes são também portadoras de HAS. Pesquisa de base populacional¹⁹ demonstrou que quase a

¹⁴ Hone T; Rasella D; Barreto ML; Majeed A; Millet C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. PLoS Med (Internet). 2017 May. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>

¹⁵ Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 18-37, setembro 2018 DOI: 10.1590/0103-11042018S102

¹⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. 162 p.

¹⁷ Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51

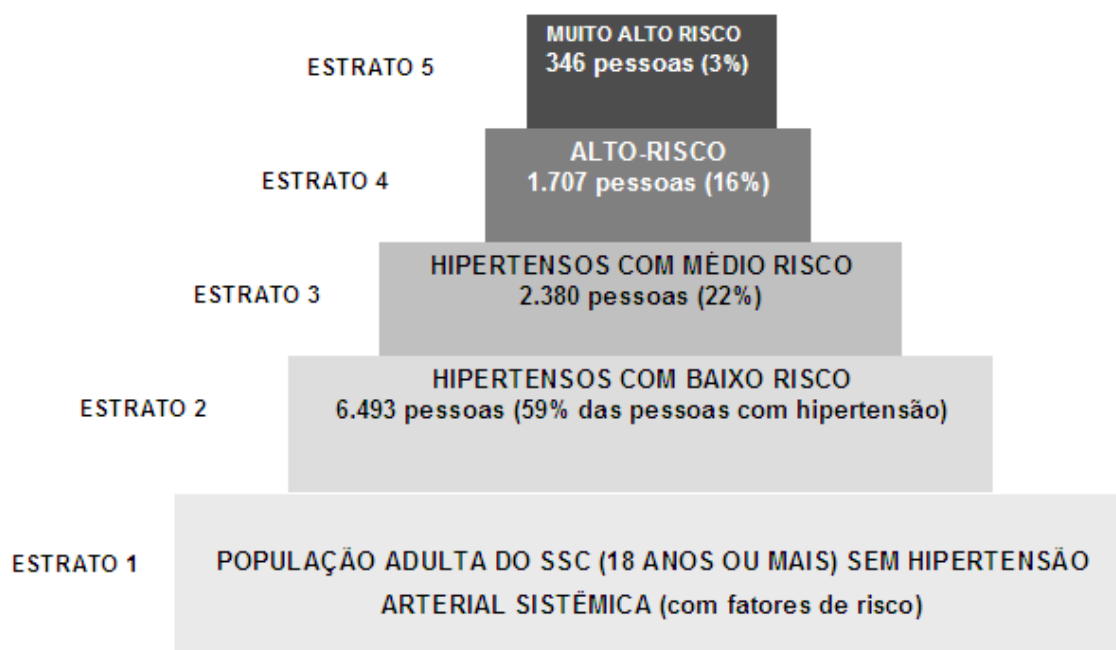
¹⁸ Torquato M.T.C.G. et al. Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance in the Urban Population Aged 30-69 Years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. São Paulo Med. J. 121(6), 2003.

¹⁹ Centro de Estudos e Pesquisa em Atenção Primária à Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do GHC. 2012.

metade dos hipertensos (43%) e 24% dos diabéticos convivem com outra pessoa hipertensa e/ou diabética, ratificando a importância da abordagem familiar.

As pirâmides a seguir apresentam a distribuição das pessoas com hipertensão e diabetes, inscritos na ação programática e estratificados conforme riscos, das 12 unidades de saúde. A classificação utilizada considera a severidade da doença e a capacidade de autocuidado (http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf). A estratificação permite diferenciar as necessidades em saúde e, assim, adequar as recomendações. Os estratos 4 e 5 exigem cuidados compartilhados entre atenção primária e secundária; os estratos 2 e 3, são de manejo próprio das equipes de APS através de um conjunto de ações, entre elas os cuidados clínicos baseados em protocolos, a abordagem familiar, e o cuidado compartilhado entre profissionais das diferentes disciplinas.

Figura 2 - Distribuição das pessoas com hipertensão arterial sistêmica, inscritas e estratificadas conforme risco e capacidade para o autocuidado. Dezembro de 2020. SSC/GHC, Porto Alegre, RS

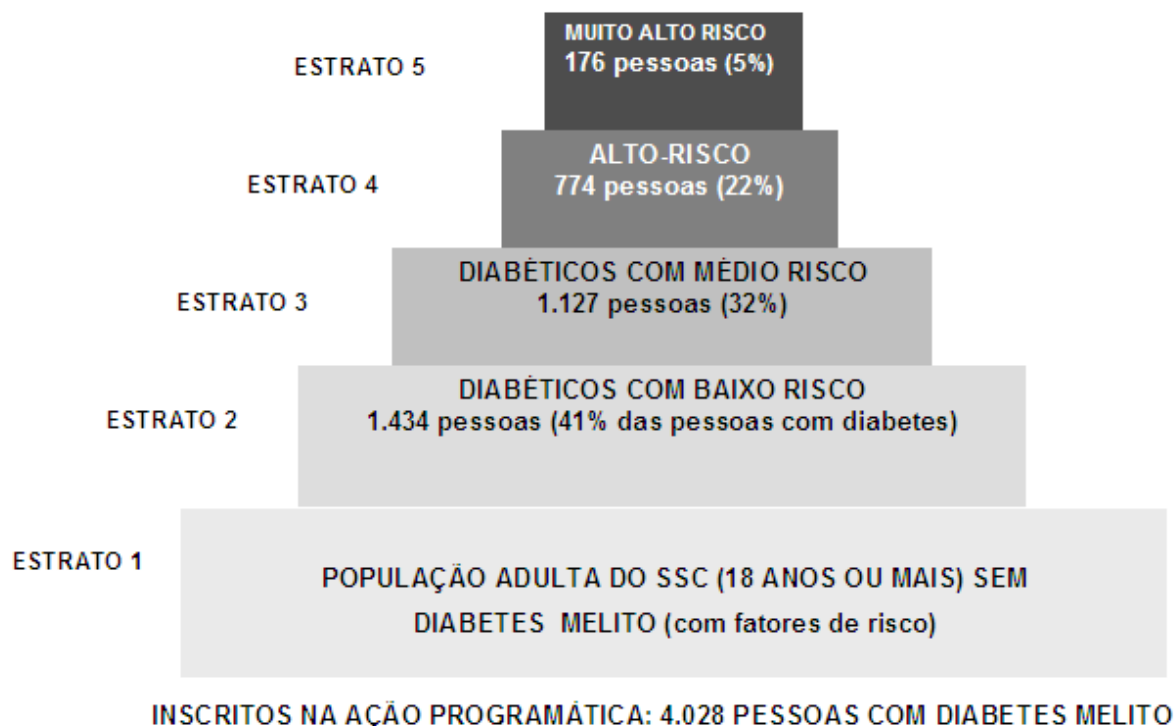


INSCRITOS NA AÇÃO PROGRAMÁTICA: 13.132 PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.

Notas:

1. O número de pessoas nos estratos 2 a 5 referem-se aos 10.926 hipertensos estratificados.
2. O estrato 1 corresponde às pessoas sem hipertensão arterial sistêmica. A este grupo populacional estão recomendadas ações de promoção da saúde.

Figura 3 - Distribuição das pessoas com diabetes melito, inscritas e estratificadas conforme risco e capacidade para o autocuidado. Dezembro de 2020. SSC/GHC, Porto Alegre, RS



Notas:

1. O número de pessoas nos estratos 2 a 5 referem-se aos 3.511 diabéticos estratificados.
2. O estrato 1 corresponde às pessoas sem diabetes melito. A este grupo populacional estão recomendadas ações de promoção da saúde.

4.1.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS

Um dos objetivos primordiais da atenção à saúde para as pessoas com diagnóstico de HAS e/ou DM é reduzir a morbimortalidade, o que pode ser buscado através de detecção precoce, diagnóstico preciso, tratamento e acompanhamento das pessoas portadoras destas enfermidades e outros fatores de risco para doença cardiovascular, de modo que metas clínicas sejam alcançadas. Estes objetivos definem indicadores. Os indicadores sob monitoramento são os seguintes:

Para hipertensão arterial sistêmica (HAS):

- (a) proporção de hipertensos inscritos na ação programática (cobertura de HAS);
- (b) proporção de hipertensos com pressão arterial (PA) controlada;
- (c) proporção de hipertensos com fatores de risco para DCV;
- (d) proporção de hipertensos com lesões em órgãos alvo (LOA);
- (e) proporção de hipertensos estratificados e sua distribuição por estrato de risco.

Para diabetes melito (DM):

- (a) proporção de diabéticos inscritos na ação programática (cobertura de DM);
- (b) proporção de diabéticos com níveis glicêmicos controlados (segundo informação do médico ou conforme o resultado da hemoglobina glicada para aqueles que realizaram o exame no GHC);
- (c) proporção de diabéticos com fatores de risco para DCV;
- (d) proporção de diabéticos com lesões em órgãos alvo (LOA);
- (e) proporção de diabéticos que consultaram dentista no último ano;
- (f) proporção de diabéticos estratificados e sua distribuição por estrato de risco.

Em 2005, as metas pactuadas para o SSC foram identificar, inscrever e acompanhar 50% das pessoas estimadas com HAS e 50% das pessoas estimadas com DM. Estas metas foram alcançadas em 2012; as proporções aumentaram lentamente, mas consistentemente até 2015, atingindo a cobertura de 66% para a HAS, e 67% para diabetes e estão nestes patamares desde então (Gráficos 9 e 10).

Atualmente estão pactuados, para alcance de metas gerenciais, os seguintes indicadores e metas:

- (a) *proporção de hipertensos inscritos cuja pressão arterial encontra-se controlada* (níveis tensionais < 140/90 mmHg) com meta de 77% para o SSC.
- (b) *proporção de diabéticos inscritos com glicemia controlada* (níveis glicêmicos conforme meta individualizada, sendo hemoglobina glicada - HbA1c < 7% para a maioria) com a meta de 59% para o SSC.
- (c) *proporção de diabéticos atendidos pelo dentista em relação aos inscritos*, com meta de 35%.
- (d) *proporção de diabéticos inscritos que consultaram com enfermeiros*, com a meta de 15%.

4.1.2 RESULTADOS

Coberturas: a Tabela 16 descreve o número de usuários com 18 ou mais anos, que estão cadastrados nas unidades de saúde, e as estimativas de usuários portadores de HAS e DM; quantos usuários consultaram e receberam diagnósticos de HAS e DM e quantos destes foram inscritos na ação programática.

Controle clínico em HAS: na Tabela 17 encontra-se a distribuição dos hipertensos conforme situação de controle clínico e estágio da doença e na última avaliação registrada.

Fatores de risco e lesões em órgãos-alvo em HAS: nas Tabelas 18 e 19 apresenta-se a distribuição dos fatores de risco para doença cardiovascular e das lesões de órgão-alvo na última avaliação registrada.

Controle clínico em DM: a Tabela 20 apresentam a distribuição dos inscritos com diagnóstico de DM e a situação de controle da glicemia no momento da inscrição e na última avaliação registrada na ação programática. Na Tabela 23 encontra-se a distribuição dos resultados da hemoglobina glicada entre os usuários que consultaram nos últimos seis meses e realizaram este exame no HNSC neste período.

Fatores de risco e lesões em órgãos-alvo em DM: nas Tabelas 21 e 22 apresenta-se a distribuição dos fatores de risco para doença cardiovascular e a distribuição das lesões de órgão-alvo na última avaliação registrada.

Atenção à saúde bucal: a Tabela 26 apresenta a série histórica (2012-2020) da proporção dos portadores de diabetes melito que consultaram com os dentistas do SSC.

Estratificação segundo riscos/vulnerabilidade: a Tabela 24 mostra a distribuição dos usuários com HAS, segundo estrato de risco, por US do SSC. A Tabela 25 mostra a distribuição dos usuários com DM, segundo estrato de risco, por US do SSC.

Tabela 16 - Distribuição dos usuários do SSC com 18 ou mais anos, estimativa de usuários hipertensos e diabéticos, número de usuários com diagnósticos de HAS e/ou DM que consultaram na US, número e proporção de usuários inscritos na ação programática até dezembro de 2020, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	usuários ≥ 18 anos cadastrados na unidade	estimativa ¹ do nº usuários com:		nº de usuários consultaram ² na US com:		usuários inscritos ³ na Ação Programática (cobertura)			
		HAS	DM	HAS	DM	HAS		DM	
						n	%	n	%
Conceição	13998	3639	1120	2932	1053	2490	68	661	59
Vila Floresta	7989	2077	639	1805	597	1437	69	406	64
Divina Providência	3549	923	284	781	337	653	71	262	92
Sesc	4690	1219	375	1091	471	880	72	279	74
Barão de Bagé	3218	837	257	719	319	588	70	172	67
Jardim Leopoldina	11447	2976	916	2316	886	1746	59	556	61
Parque dos Maías	7654	1990	612	1440	633	1101	55	342	56
Jardim Itu	7595	1975	608	1725	621	1413	72	420	69
Santíssima Trindade	3210	835	257	537	241	434	52	171	67
NSA	4744	1233	380	964	406	781	63	267	70
Coinma	4574	1189	366	919	401	720	61	212	58
Costa e Silva	3806	990	304	1052	474	889	90	280	92
SSC	76474	19883	6118	16281	6439	13132	66	4028	66

Nota:

1 Estimativas: nº estimado de pessoas com HAS (= 26% da população ≥ 18 anos no território do SSC) e DM (8% da população ≥ 18 anos no território do SSC).

2 Nº de usuários que consultaram nas unidades de saúde e receberam diagnóstico de HAS (I10, I11) ou DM (E10, E11).

3 Inscritos na Ação Programática: nº de usuários com HAS ou DM que foram incluídos - “inscritos” no banco de dados da Ação Programática de Atenção às Pessoas com HAS, DM e outros Fatores de Risco para DCV. O percentual de usuários inscritos na Ação Programática para acompanhamento é calculado em relação à estimativa de pessoas com HAS e DM na área de abrangência.

Tabela 17 - Distribuição dos usuários com HAS conforme estágio da doença, no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

	PA	Inscrição na AP	
		n	%
Conceição	Controlada	1870	75
	HAS Estágio I	307	12
	HAS Estágio II	155	6
	Ignorada	158	6
	Não informado	0	0
	Total	2490	100
Vila Floresta	Controlada	1126	78
	HAS Estágio I	170	12
	HAS Estágio II	132	9
	Ignorada	9	1
	Não informado	0	0
	Total	1437	100
Divina Providência	Controlada	512	78
	HAS Estágio I	113	17
	HAS Estágio II	25	4
	Ignorada	3	0
	Não informado	0	0
	Total	653	100
Sesc	Controlada	674	77
	HAS Estágio I	145	16
	HAS Estágio II	53	6
	Ignorada	8	1
	Não informado	0	0
	Total	880	100
Barão de Bagé	Controlada	377	64
	HAS Estágio I	136	23
	HAS Estágio II	67	11
	Ignorada	8	1
	Não informado	0	0
	Total	588	100
Jardim Leopoldina	Controlada	1332	76
	HAS Estágio I	297	17
	HAS Estágio II	109	6
	Ignorada	8	0
	Não informado	0	0
	Total	1746	100
Parque dos Maias	Controlada	655	59
	HAS Estágio I	255	23
	HAS Estágio II	148	13
	Ignorada	43	4
	Não informado	0	0
	Total	1101	100

Tabela 17 - Distribuição dos usuários com HAS conforme estágio da doença, no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

PA	Inscrição na AP	
	n	%
Jardim Itu		
Controlada	954	68
HAS Estágio I	282	20
HAS Estágio II	151	11
Ignorada	26	2
Não informado	0	0
Total	1413	100
Santíssima Trindade		
Controlada	285	66
HAS Estágio I	67	15
HAS Estágio II	52	12
Ignorada	30	7
Não informado	0	0
Total	434	100
NSA		
Controlada	557	71
HAS Estágio I	132	17
HAS Estágio II	77	10
Ignorada	15	2
Não informado	0	0
Total	781	100
Coinma		
Controlada	615	85
HAS Estágio I	54	8
HAS Estágio II	39	5
Ignorada	12	2
Não informado	0	0
Total	720	100
Costa e Silva		
Controlada	667	75
HAS Estágio I	128	14
HAS Estágio II	86	10
Ignorada	8	1
Não informado	0	0
Total	889	100
SSC		
Controlada	9624	73
HAS Estágio I	2086	16
HAS Estágio II	1094	8
Ignorada	328	2
Não informado	0	0
Total	13132	100

Tabela 18 - Distribuição dos usuários com HAS conforme fatores de risco para doença cardiovascular, no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

Fatores de risco - DCV	Avaliação Inicial				
	sim	não	ign	total	
	n	%	n	n	n
Conceição					
História Familiar	918	37	1413	159	2490
Diabete (tipo 1 ou 2)	526	21	1964	0	2490
Tabagismo	237	10	2016	237	2490
Sedentarismo	1561	63	718	211	2490
Dislipidemia	936	38	1316	238	2490
Obesidade	734	29	1534	222	2490
Vila Floresta					
História Familiar	869	60	493	75	1437
Diabete (tipo 1 ou 2)	321	22	1116	0	1437
Tabagismo	172	12	1214	51	1437
Sedentarismo	1063	74	313	61	1437
Dislipidemia	734	51	580	123	1437
Obesidade	502	35	845	90	1437
Divina Providência					
História Familiar	386	59	256	11	653
Diabete (tipo 1 ou 2)	653	100	653	-653	653
Tabagismo	120	18	519	14	653
Sedentarismo	520	80	119	14	653
Dislipidemia	269	41	364	20	653
Obesidade	249	38	389	15	653
Sesc					
História Familiar	503	57	352	25	880
Diabete (tipo 1 ou 2)	205	23	675	0	880
Tabagismo	135	15	682	63	880
Sedentarismo	539	61	278	63	880
Dislipidemia	218	25	591	71	880
Obesidade	249	28	562	69	880
Barão de Bagé					
História Familiar	298	51	203	87	588
Diabete (tipo 1 ou 2)	136	23	452	0	588
Tabagismo	60	10	363	165	588
Sedentarismo	284	48	119	185	588
Dislipidemia	126	21	216	246	588
Obesidade	191	32	178	219	588
Jardim Leopoldina					
História Familiar	1094	63	537	115	1746
Diabete (tipo 1 ou 2)	432	25	1314	0	1746
Tabagismo	227	13	1449	70	1746
Sedentarismo	1281	73	388	77	1746
Dislipidemia	809	46	814	123	1746
Obesidade	622	36	981	143	1746
Parque dos Maias					
História Familiar	498	45	563	40	1101
Diabete (tipo 1 ou 2)	258	23	843	0	1101
Tabagismo	152	14	906	43	1101
Sedentarismo	763	69	286	52	1101
Dislipidemia	519	47	505	77	1101
Obesidade	419	38	618	64	1101

Tabela 18 - Distribuição dos usuários com HAS conforme fatores de risco para doença cardiovascular, no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

	Fatores de risco - DCV	Avaliação Inicial				total n
		sim	não	ign		
		n	%	n	n	
Jardim Itu	História Familiar	787	56	549	77	1413
	Diabete (tipo 1 ou 2)	332	23	1081	0	1413
	Tabagismo	147	10	1193	73	1413
	Sedentarismo	969	69	365	79	1413
	Dislipidemia	547	39	770	96	1413
	Obesidade	464	33	854	95	1413
Santíssima Trindade	História Familiar	131	30	119	184	434
	Diabete (tipo 1 ou 2)	121	28	313	0	434
	Tabagismo	42	10	169	223	434
	Sedentarismo	169	39	45	220	434
	Dislipidemia	82	19	106	246	434
	Obesidade	106	24	98	230	434
NSA	História Familiar	460	59	298	23	781
	Diabete (tipo 1 ou 2)	223	29	558	0	781
	Tabagismo	95	12	643	43	781
	Sedentarismo	610	78	127	44	781
	Dislipidemia	403	52	328	50	781
	Obesidade	254	33	483	44	781
Coinma	História Familiar	394	55	304	22	720
	Diabete (tipo 1 ou 2)	139	19	581	0	720
	Tabagismo	88	12	593	39	720
	Sedentarismo	527	73	156	37	720
	Dislipidemia	286	40	388	46	720
	Obesidade	245	34	421	54	720
Costa e Silva	História Familiar	523	59	229	137	889
	Diabete (tipo 1 ou 2)	205	23	684	0	889
	Tabagismo	39	4	255	595	889
	Sedentarismo	231	26	70	588	889
	Dislipidemia	107	12	169	613	889
	Obesidade	111	12	177	601	889
SSC	História Familiar	6861	52	5316	955	13132
	Diabete (tipo 1 ou 2)	3551	27	9581	0	13132
	Tabagismo	1514	12	10002	1616	13132
	Sedentarismo	8517	65	2984	1631	13132
	Dislipidemia	5036	38	6147	1949	13132
	Obesidade	4146	32	7140	1846	13132

Tabela 19 - Distribuição dos usuários com HAS conforme ocorrência de lesões em órgãos alvo, no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

Lesões em órgão alvo	Avaliação Inicial				
	sim	não	ign	total	
	n	%	n	n	n
Conceição					
Cardiopatia isquêmica	218	9	1939	333	2490
AIT ou AVC	118	5	2040	332	2490
Pé diabético	3	0	119	2368	2490
Amputação por DM	4	0	332	2154	2490
Nefropatia	110	4	2028	352	2490
Doença arterial periférica	52	2	2109	329	2490
HVE ou ICC	117	5	2039	334	2490
Retinopatia	38	2	682	1770	2490
Vila Floresta					
Cardiopatia isquêmica	134	9	1069	234	1437
AIT ou AVC	63	4	1162	212	1437
Pé diabético	1	0	50	1386	1437
Amputação por DM	1	0	175	1261	1437
Nefropatia	60	4	1136	241	1437
Doença arterial periférica	20	1	1190	227	1437
HVE ou ICC	75	5	1122	240	1437
Retinopatia	13	1	306	1118	1437
Divina Providência					
Cardiopatia isquêmica	59	9	580	14	653
AIT ou AVC	34	5	604	15	653
Pé diabético	0	0	0	653	653
Amputação por DM	3	0	185	465	653
Nefropatia	20	3	619	14	653
Doença arterial periférica	17	3	622	14	653
HVE ou ICC	32	5	604	17	653
Retinopatia	15	2	170	468	653
Sesc					
Cardiopatia isquêmica	58	7	664	158	883
AIT ou AVC	39	4	701	140	883
Pé diabético	2	0	45	833	883
Amputação por DM	1	0	128	751	883
Nefropatia	28	3	704	148	883
Doença arterial periférica	18	2	715	147	883
HVE ou ICC	45	5	676	159	883
Retinopatia	12	1	274	594	883
Barão de Bagé					
Cardiopatia isquêmica	36	6	434	118	588
AIT ou AVC	25	4	447	116	588
Pé diabético	3	1	14	571	588
Amputação por DM	1	0	77	510	588
Nefropatia	20	3	436	132	588
Doença arterial periférica	21	4	435	132	588
HVE ou ICC	27	5	409	152	588
Retinopatia	11	2	195	382	588

Tabela 19 - Distribuição dos usuários com HAS conforme ocorrência de lesões em órgãos alvo, no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC,. Porto Alegre, RS.

continuação

		Avaliação Inicial				
Lesões em órgão alvo		sim		não	ign	total
		n	%	n	n	n
Jardim Leopoldina	Cardiopatia isquêmica	166	10	1507	73	1746
	AIT ou AVC	83	5	1586	77	1746
	Pé diabético	2	0	14	1730	1746
	Amputação por DM	4	0	303	1439	1746
	Nefropatia	65	4	1597	84	1746
	Doença arterial periférica	42	2	1615	89	1746
	HVE ou ICC	114	7	1546	86	1746
	Retinopatia	21	1	605	1120	1746
Parque dos Maías	Cardiopatia isquêmica	88	8	877	136	1101
	AIT ou AVC	42	4	930	129	1101
	Pé diabético	2	0	26	1073	1101
	Amputação por DM	1	0	150	950	1101
	Nefropatia	15	1	942	144	1101
	Doença arterial periférica	29	3	931	141	1101
	HVE ou ICC	29	3	926	146	1101
	Retinopatia	7	1	196	898	1101
Jardim Iru	Cardiopatia isquêmica	125	9	926	362	1413
	AIT ou AVC	51	4	998	364	1413
	Pé diabético	3	0	21	1389	1413
	Amputação por DM	5	0	173	1235	1413
	Nefropatia	31	2	999	383	1413
	Doença arterial periférica	25	2	1004	384	1413
	HVE ou ICC	69	5	958	386	1413
	Retinopatia	17	1	801	595	1413
Santíssima Trindade	Cardiopatia isquêmica	9	2	136	289	434
	AIT ou AVC	5	1	138	291	434
	Pé diabético	11	3	0	423	434
	Amputação por DM	1	0	28	405	434
	Nefropatia	3	1	137	294	434
	Doença arterial periférica	2	0	139	293	434
	HVE ou ICC	8	2	130	296	434
	Retinopatia	3	1	74	357	434
NSA	Cardiopatia isquêmica	71	9	624	86	781
	AIT ou AVC	46	6	646	89	781
	Pé diabético	7	1	0	774	781
	Amputação por DM	4	1	162	615	781
	Nefropatia	51	7	639	91	781
	Doença arterial periférica	28	4	665	88	781
	HVE ou ICC	95	12	600	86	781
	Retinopatia	19	2	469	293	781

Tabela 19 - Distribuição dos usuários com HAS conforme ocorrência de lesões em órgãos alvo, no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

Lesões em órgão alvo	Avaliação Inicial				
	sim		não		total
	n	%	n	ign	
Coinma					
Cardiopatia isquêmica	72	10	560	88	720
AIT ou AVC	34	5	600	86	720
Pé diabético	5	1	13	702	720
Amputação por DM	1	0	94	625	720
Nefropatia	21	3	610	89	720
Doença arterial periférica	14	2	618	88	720
HVE ou ICC	27	4	595	98	720
Retinopatia	10	1	426	284	720
Costa e Silva					
Cardiopatia isquêmica	72	8	621	196	889
AIT ou AVC	28	3	670	191	889
Pé diabético	1	0	11	877	889
Amputação por DM	0	0	127	762	889
Nefropatia	23	3	662	204	889
Doença arterial periférica	14	2	675	200	889
HVE ou ICC	45	5	636	208	889
Retinopatia	13	1	278	598	889
SSC					
Cardiopatia isquêmica	1108	8	9937	2087	13132
AIT ou AVC	568	4	10522	2042	13132
Pé diabético	40	0	313	12779	13132
Amputação por DM	26	0	1934	11172	13132
Nefropatia	447	3	10509	2176	13132
Doença arterial periférica	282	0	10718	2132	13132
HVE ou ICC	683	0	10241	2208	13132
Retinopatia	179	0	4476	8477	13132

Tabela 20 - Distribuição dos usuários com DM conforme o controle glicêmico, no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

	Glicemia	Avaliação Inicial	
		n	%
Conceição	Controlada	373	56
	Não Controlada	180	27
	Ignorada	108	16
	Não informado	0	0
	Total	661	100
Vila Floresta	Controlada	239	59
	Não Controlada	141	35
	Ignorada	26	6
	Não informado	0	0
	Total	406	100
Divina Providência	Controlada	78	30
	Não Controlada	65	25
	Ignorada	119	45
	Não informado	0	0
	Total	262	100
Sesc	Controlada	203	73
	Não Controlada	54	19
	Ignorada	21	8
	Não informado	1	0
	Total	279	100
Barão de Bagé	Controlada	102	59
	Não Controlada	56	33
	Ignorada	14	8
	Não informado	0	0
	Total	172	100
Jardim Leopoldina	Controlada	334	60
	Não Controlada	144	26
	Ignorada	78	14
	Não informado	0	0
	Total	556	100
Parque dos Maias	Controlada	201	59
	Não Controlada	85	25
	Ignorada	56	16
	Não informado	0	0
	Total	342	100
Jardim Itu	Controlada	259	62
	Não Controlada	121	29
	Ignorada	40	10
	Não informado	0	0
	Total	420	100
Santíssima Trindade	Controlada	92	54
	Não Controlada	51	30
	Ignorada	28	16
	Não informado	0	0
	Total	171	100

Tabela 20 - Distribuição dos usuários com DM conforme o controle glicêmico, no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

	Glicemia	Avaliação Inicial	
		n	%
NSA	Controlada	127	48
	Não Controlada	121	45
	Ignorada	19	7
	Não informado	0	0
	Total	267	100
Coinma	Controlada	146	69
	Não Controlada	62	29
	Ignorada	4	2
	Não informado	0	0
	Total	212	100
Costa e Silva	Controlada	163	58
	Não Controlada	74	26
	Ignorada	43	15
	Não informado	0	0
	Total	280	100
SSC	Controlada	2317	58
	Não Controlada	1154	29
	Ignorada	556	14
	Não informado	1	0
	Total	4028	100

Tabela 21 - Distribuição dos usuários com DM conforme os fatores de risco para doença cardiovascular (DCV), no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

	Fatores de risco -DCV	Avaliação Inicial				total n
		sim	não	ign		
		n	%	n	n	
Conceição	História Familiar	276	42	354	31	661
	Hipertensão	526	80	135	0	661
	Tabagismo	68	10	538	55	661
	Sedentarismo	462	70	153	46	661
	Dislipidemia	335	51	272	54	661
	Obesidade	260	39	350	51	661
Vila Floresta	História Familiar	252	62	128	26	406
	Hipertensão	321	79	85	0	406
	Tabagismo	49	12	336	21	406
	Sedentarismo	296	73	88	22	406
	Dislipidemia	254	63	116	36	406
	Obesidade	175	43	204	27	406
Divina Providência	História Familiar	161	61	96	5	262
	Hipertensão	199	76	63	0	262
	Tabagismo	51	19	205	6	262
	Sedentarismo	218	83	39	5	262
	Dislipidemia	136	52	120	6	262
	Obesidade	111	42	146	5	262
Sesc	História Familiar	153	55	122	4	279
	Hipertensão	205	73	74	0	279
	Tabagismo	35	13	221	23	279
	Sedentarismo	176	63	82	21	279
	Dislipidemia	81	29	175	23	279
	Obesidade	77	28	182	20	279
Barão de Bagé	História Familiar	100	58	50	22	172
	Hipertensão	136	79	36	0	172
	Tabagismo	12	7	114	46	172
	Sedentarismo	91	53	29	52	172
	Dislipidemia	43	25	63	66	172
	Obesidade	67	39	45	60	172
Jardim Leopoldina	História Familiar	374	67	147	35	556
	Hipertensão	432	78	124	0	556
	Tabagismo	50	9	482	24	556
	Sedentarismo	426	77	106	24	556
	Dislipidemia	324	58	198	34	556
	Obesidade	252	45	257	47	556
Parque dos Maias	História Familiar	166	49	164	12	342
	Hipertensão	258	75	84	0	342
	Tabagismo	36	11	292	14	342
	Sedentarismo	260	76	66	16	342
	Dislipidemia	194	57	124	24	342
	Obesidade	154	45	170	18	342

Tabela 21 - Distribuição dos usuários com DM conforme os fatores de risco para doença cardiovascular (DCV), no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

Fatores de risco - DCV	Avaliação Inicial				
	sim	não	ign	total	
	n	%	n	n	n
Jardim Itu					
História Familiar	240	57	154	26	420
Hipertensão	332	79	88	0	420
Tabagismo	46	11	348	26	420
Sedentarismo	295	70	96	29	420
Dislipidemia	180	43	205	35	420
Obesidade	159	38	229	32	420
Santíssima Trindade					
História Familiar	59	35	54	58	171
Hipertensão	121	71	50	0	171
Tabagismo	15	9	77	79	171
Sedentarismo	75	44	17	79	171
Dislipidemia	44	26	45	82	171
Obesidade	56	33	37	78	171
NSA					
História Familiar	164	61	87	16	267
Hipertensão	223	84	44	0	267
Tabagismo	24	9	223	20	267
Sedentarismo	209	78	37	21	267
Dislipidemia	169	63	76	22	267
Obesidade	88	33	157	22	267
Coinma					
História Familiar	115	54	89	8	212
Hipertensão	139	66	73	0	212
Tabagismo	25	12	176	11	212
Sedentarismo	162	76	39	11	212
Dislipidemia	105	50	96	11	212
Obesidade	83	39	113	16	212
Costa e Silva					
História Familiar	174	62	57	49	280
Hipertensão	205	73	75	0	280
Tabagismo	8	3	66	206	280
Sedentarismo	62	22	18	200	280
Dislipidemia	31	11	39	210	280
Obesidade	37	13	34	209	280
SSC					
História Familiar	2234	55	1502	292	4028
Hipertensão	3097	77	931	0	4028
Tabagismo	419	10	3078	531	4028
Sedentarismo	2732	68	770	526	4028
Dislipidemia	1896	47	1529	603	4028
Obesidade	1519	38	1924	585	4028

Tabela 22 - Distribuição dos usuários com DM conforme as lesões em órgãos alvo, no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

	Lesões em órgão alvo	Avaliação Inicial				total n
		sim		não		
		n	%	n	ign n	
Conceição	Cardiopatia isquêmica	81	12	510	70	661
	AIT ou AVC	35	5	555	71	661
	Pé diabético	3	0	45	613	661
	Amputação por DM	4	1	409	248	661
	Nefropatia	52	8	531	78	661
	Doença arterial periférica	31	5	557	73	661
	HVE ou ICC	31	5	557	73	661
	Retinopatia	29	4	164	468	661
Vila Floresta	Cardiopatia isquêmica	45	11	287	74	406
	AIT ou AVC	20	5	317	69	406
	Pé diabético	2	0	20	384	406
	Amputação por DM	1	0	212	193	406
	Nefropatia	31	8	296	79	406
	Doença arterial periférica	7	2	327	72	406
	HVE ou ICC	7	2	327	72	406
	Retinopatia	14	3	75	317	406
Divina Providência	Cardiopatia isquêmica	19	7	238	5	262
	AIT ou AVC	11	4	246	5	262
	Pé diabético	0	0	0	262	262
	Amputação por DM	3	1	244	15	262
	Nefropatia	6	2	251	5	262
	Doença arterial periférica	8	3	249	5	262
	HVE ou ICC	8	3	249	5	262
	Retinopatia	7	3	67	188	262
Sesc	Cardiopatia isquêmica	15	5	212	52	279
	AIT ou AVC	9	3	225	45	279
	Pé diabético	3	1	22	254	279
	Amputação por DM	2	1	159	118	279
	Nefropatia	17	6	212	50	279
	Doença arterial periférica	14	5	213	52	279
	HVE ou ICC	14	5	213	52	279
	Retinopatia	11	4	78	190	279
Barão de Bagé	Cardiopatia isquêmica	17	10	124	31	172
	AIT ou AVC	6	3	133	33	172
	Pé diabético	2	1	13	157	172
	Amputação por DM	1	1	99	72	172
	Nefropatia	7	4	129	36	172
	Doença arterial periférica	4	2	131	37	172
	HVE ou ICC	4	2	131	37	172
	Retinopatia	7	4	59	106	172

Tabela 22 - Distribuição dos usuários com DM conforme as lesões em órgãos alvo, no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

		Avaliação Inicial				
Lesões em órgão alvo		sim		não	ign	total
		n	%	n	n	n
Jardim Leopoldina	Cardiopatía isquêmica	69	12	463	24	556
	AIT ou AVC	31	6	499	26	556
	Pé diabético	3	1	8	545	556
	Amputação por DM	5	1	391	160	556
	Nefropatia	37	7	492	27	556
	Doença arterial periférica	22	4	506	28	556
	HVE ou ICC	22	4	506	28	556
	Retinopatia	23	4	149	384	556
Parque dos Maías	Cardiopatía isquêmica	34	10	270	38	342
	AIT ou AVC	10	3	295	37	342
	Pé diabético	2	1	11	329	342
	Amputação por DM	1	0	201	140	342
	Nefropatia	13	4	285	44	342
	Doença arterial periférica	15	4	286	41	342
	HVE ou ICC	15	4	286	41	342
	Retinopatia	8	2	43	291	342
Jardim itu	Cardiopatía isquêmica	41	10	264	115	420
	AIT ou AVC	23	5	281	116	420
	Pé diabético	3	1	10	407	420
	Amputação por DM	5	1	213	202	420
	Nefropatia	16	4	282	122	420
	Doença arterial periférica	11	3	289	120	420
	HVE ou ICC	11	3	289	120	420
	Retinopatia	12	3	220	188	420
Santíssima Trindade	Cardiopatía isquêmica	4	2	65	102	171
	AIT ou AVC	2	1	66	103	171
	Pé diabético	1	1	4	166	171
	Amputação por DM	1	1	44	126	171
	Nefropatia	3	2	63	105	171
	Doença arterial periférica	2	1	66	103	171
	HVE ou ICC	2	1	66	103	171
	Retinopatia	2	1	26	143	171
NSA	Cardiopatía isquêmica	32	12	202	33	267
	AIT ou AVC	12	4	221	34	267
	Pé diabético	0	0	5	262	267
	Amputação por DM	4	1	191	72	267
	Nefropatia	26	10	209	32	267
	Doença arterial periférica	15	6	220	32	267
	HVE ou ICC	15	6	220	32	267
	Retinopatia	20	7	121	126	267

Tabela 22 - Distribuição dos usuários com DM conforme as lesões em órgãos alvo, no momento da inscrição na ação programática, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

Coinma	Lesões em órgão alvo	Avaliação Inicial				total
		sim		não	ign	
		n	%	n	n	
	Cardiopatia isquêmica	23	11	164	25	212
	AIT ou AVC	13	6	171	28	212
	Pé diabético	7	3	3	202	212
	Amputação por DM	2	1	142	68	212
	Nefropatia	7	3	178	27	212
	Doença arterial periférica	4	2	182	26	212
	HVE ou ICC	4	2	182	26	212
	Retinopatia	3	1	131	78	212
Costa e Silva	Cardiopatia isquêmica	23	8	199	58	280
	AIT ou AVC	5	2	219	56	280
	Pé diabético	1	0	6	273	280
	Amputação por DM	0	0	170	110	280
	Nefropatia	14	5	203	63	280
	Doença arterial periférica	6	2	216	58	280
	HVE ou ICC	6	2	216	58	280
	Retinopatia	6	2	89	185	280
SSC	Cardiopatia isquêmica	403	10	2998	627	4028
	AIT ou AVC	177	4	3228	623	4028
	Pé diabético	27	1	147	3854	4028
	Amputação por DM	29	1	2475	1524	4028
	Nefropatia	229	6	3131	668	4028
	Doença arterial periférica	139	3	3242	647	4028
	HVE ou ICC	139	0	3242	647	4028
	Retinopatia	142	0	1222	2664	4028

Tabela 23 - Distribuição dos diabéticos inscritos que realizaram HbA1C nos últimos seis meses, conforme o resultado da HbA1C, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	diabéticos inscritos	realizaram HbA1C*		HbA1C							
				abaixo de 7		entre 7 e 7,4		entre 7,5 e 8		acima de 8	
				n	%	n	%	n	%	n	%
Conceição	661	129	20	55	43	12	9	15	12	47	36
Vila Floresta	406	97	24	36	37	9	9	12	12	40	41
Divina Providência	262	64	24	21	33	8	13	6	9	29	45
Sesc	279	63	23	23	37	3	5	4	6	33	52
Barão de Bagé	172	59	34	19	32	1	2	6	10	33	56
Jardim Leopoldina	556	145	26	54	37	19	13	15	10	57	39
Parque dos Maias	342	44	13	19	43	4	9	6	14	15	34
Jardim Itu	420	63	15	23	37	8	13	8	13	24	38
Santíssima Trindade	171	48	28	11	23	6	13	6	13	25	52
NSA	267	59	22	21	36	7	12	5	8	26	44
Coinma	212	29	14	10	34	1	3	5	17	13	45
Costa e Silva	280	83	30	32	39	8	10	10	12	33	40
SSC	4028	883	22	324	37	86	10	98	11	375	42

Nota:

* inscritos na ação programática e com resultado de HbA1C no HNSC nos últimos seis meses.

Tabela 24 - Distribuição dos usuários com HAS inscritos na ação programática, proporção de estratificados e distribuição segundo estrato de risco*, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	usuários inscritos na AP e % de usuários inscritos na AP e estratificados		estratos								
			usuários estratificados	2		3		4		5	
				n	%	n	%	n	%	n	%
	n	%	n	n	%	n	%	n	%	n	%
Hospital Conceição	2490	88	2181	1319	60	383	18	419	19	60	3
Vila Floresta	1437	92	1316	783	59	157	12	294	22	82	6
Divina Providência	653	99	647	425	66	104	16	90	14	28	4
Sesc	880	93	821	519	63	198	24	80	10	24	3
Barão de Bagé	588	74	438	249	57	119	27	51	12	19	4
Jardim Leopoldina	1746	95	1655	674	41	588	36	355	21	38	2
Parque dos Maias	1101	61	669	420	63	196	29	46	7	7	1
Jardim Itu	1413	86	1211	795	66	194	16	178	15	44	4
Santíssima Trindade	434	63	272	165	61	62	23	32	12	13	5
NSA	781	92	720	344	48	233	32	121	17	22	3
Coinma	720	42	300	196	65	77	26	20	7	7	2
Costa e Silva	889	78	696	604	87	69	10	21	3	2	0
SSC	13132	83	10926	6493	59	2380	22	1707	16	346	3

Nota:

*classificação desenvolvida no SSC/GHC que considera (1) a severidade da doença e (2) a capacidade de autocuidado.

Tabela 25 - Distribuição dos usuários com DM, inscritos na ação programática, proporção de estratificados e distribuição segundo estrato de risco*, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	usuários inscritos na AP	% de usuários inscritos na AP e estratificados	estratos								
			usuários estratificados	2		3		4		5	
				n	n	%	n	%	n	%	n
Hospital Conceição	661	90	594	246	41	159	27	161	27	28	5
Vila Floresta	406	94	381	160	42	65	17	114	30	42	11
Divina Providência	262	99	260	113	43	78	30	49	19	20	8
Sesc	279	94	263	117	44	106	40	30	11	10	4
Barão de Bagé	172	83	142	51	36	54	38	29	20	8	6
Jardim Leopoldina	556	96	536	95	18	258	48	167	31	16	3
Parque dos Maias	342	77	262	118	45	110	42	30	11	4	2
Jardim Itu	420	91	384	184	48	86	22	90	23	24	6
Santíssima Trindade	171	67	114	48	42	36	32	17	15	13	11
NSA	267	97	258	76	29	103	40	71	28	8	3
Coinma	212	53	112	66	59	37	33	7	6	2	2
Costa e Silva	280	73	205	160	78	35	17	9	4	1	0
SSC	4028	87	3511	1434	41	1127	32	774	22	176	5

Nota:

*classificação desenvolvida no SSC/GHC que considera (1) a severidade da doença e (2) a capacidade de autocuidado.

Tabela 26 - Série histórica (2015 a 2020) da distribuição dos diabéticos inscritos na ação programática que consultaram com dentista, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	inscritos na AP em 2020	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
		consultaram com dentista		consultaram com dentista		consultaram com dentista		consultaram com dentista		consultaram com dentista		consultaram com dentista	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conceição	661	-	21	-	22	-	23	-	23	-	21	59	9
Vila Floresta	406	-	42	-	34	-	34	-	38	-	41	52	13
Divina Providência	262	-	22	-	41	-	44	-	38	-	40	47	18
Sesc	279	-	37	-	32	-	48	-	46	-	48	52	19
Barão de Bagé	172	-	63	-	32	-	70	-	52	-	58	24	14
Jardim Leopoldina	556	-	23	-	36	-	29	-	20	-	32	49	9
Parque dos Maías	342	-	51	-	63	-	53	-	51	-	49	55	16
Jardim Itu	420	-	41	-	34	-	32	-	27	-	38	60	14
Santíssima Trindade	171	-	51	-	62	-	38	-	58	-	41	43	25
NSA	267	-	34	-	38	-	36	-	31	-	35	49	18
Coinma	212	-	43	-	44	-	39	-	37	-	36	20	9
Costa e Silva	280	-	28	-	39	-	26	-	29	-	33	29	10
SSC	4028	-	35	-	37	-	36	-	34	-	37	539	13

Tabela 27 - Distribuição dos diabéticos inscritos na ação programática que consultaram com enfermeiro no ano de 2020, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	diabéticos inscritos		consultaram com enfermeiro	
	n		n	%
Conceição	661		20	3
Vila Floresta	406		5	1
Divina Providência	262		22	8
Sesc	279		7	3
Barão de Bagé	172		12	7
Jardim Leopoldina	556		21	4
Parque dos Maías	342		2	1
Jardim Itu	420		8	2
Santíssima Trindade	171		9	5
NSA	267		9	3
Coinma	212		2	1
Costa e Silva	280		1	0
SSC	4028		118	3

4.1.3 COMENTÁRIOS

4.1.3.1. COBERTURA E CONTROLE

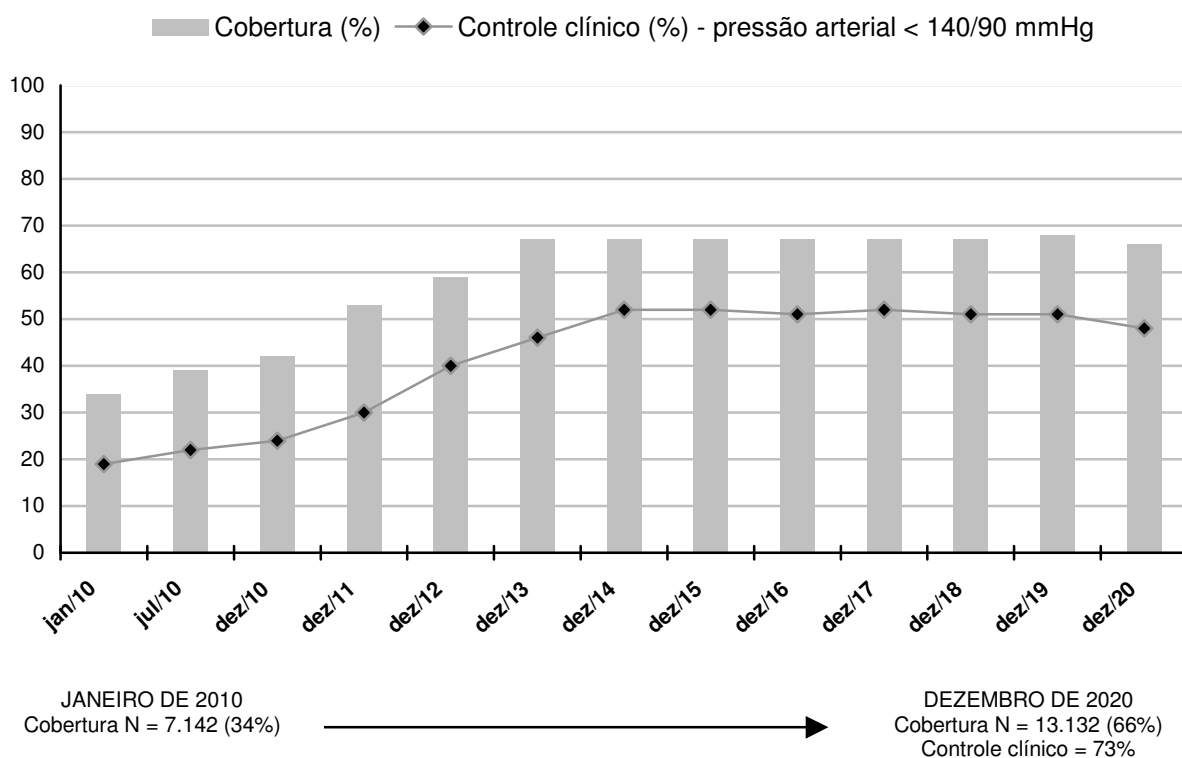
Hipertensão Arterial Sistêmica

Ao final de 2020, a cobertura atingida foi de 66%, equivalendo a 13.132 hipertensos inscritos na ação programática (Tabela 16). Encontra-se uma diferença não desejável entre o número de pessoas que consultaram e receberam diagnóstico de HAS (16.281) e o número de hipertensos inscritos (13.132) ou seja, são 3.149 pessoas que receberam um CID (código da classificação internacional de doenças) compatível com diagnóstico de hipertensão, mas não foram inscritos na ação programática.

Destes, 73% encontravam-se com a pressão controlada no momento da última avaliação registrada; 16% no estágio I (níveis tensionais entre 140-159/90-99 mmHg) e 8% no estágio II ($\geq 160/100$), conforme Tabela 17.

O Gráfico 9 mostra que a cobertura e a qualidade da atenção (observada através do controle da pressão arterial) aumentaram lenta e consistentemente de 2010 a 2014, e desde então se mantiveram nos mesmos patamares.

Gráfico 9 - Série histórica de 2010 a 2020 da cobertura em hipertensão arterial sistêmica e proporção de hipertensos com a pressão arterial controlada, entre os inscritos. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



Nota:

A estimativa para hipertensão arterial sistêmica na população com 18 ou mais anos é de 26%.

Cobertura = proporção de inscritos na ação programática em relação à estimativa de hipertensos.

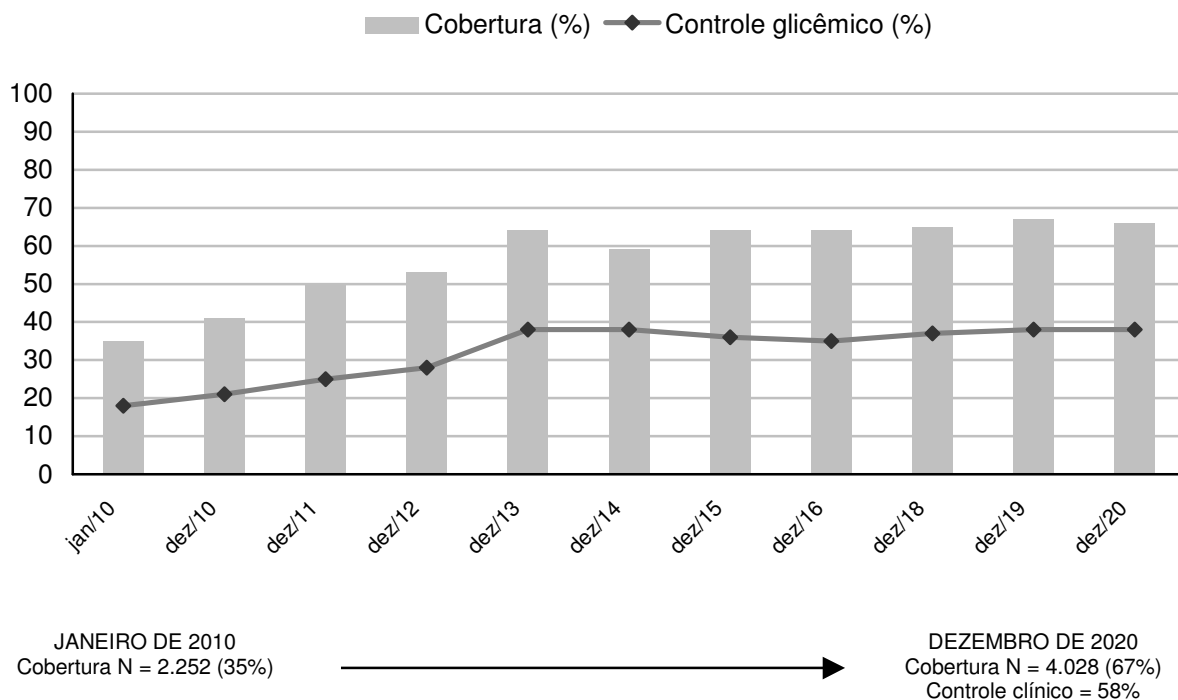
Controle = proporção de inscritos cuja pressão arterial encontra-se abaixo de 140/90 mmHg.

Diabetes melito

Ao final de 2020, o SSC alcançou a cobertura de 66% de inscritos (4.028 diabéticos) e a glicemia encontrava-se controlada em 58% destes (conforme as Tabelas 16 e 20 respectivamente). Constata-se uma diferença entre o número de diabéticos que consultaram (6.439) e o número de diabéticos inscritos (4.028), demonstrando que 2.411 pessoas que tiveram diagnóstico de diabetes durante uma consulta nas US do SSC mas não foram inscritas na ação programática.

O Gráfico 10 mostra que tanto a cobertura como a qualidade da atenção (observada através do controle da glicemia), estabilizaram em 2013 e vem se mantendo nestes patamares desde então.

Gráfico 10 - Série histórica de 2010 a 2020 da cobertura em diabetes melito e da proporção de diabéticos com a glicemia controlada, entre os inscritos. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



Nota:

Estimativa para diabetes melito na população com 18 ou mais anos: 8%

Cobertura: proporção de inscritos na ação programática, em relação à estimativa de diabéticos.

Controle glicêmico: obtida do registro médico, conforme meta individualizada ($HbA1c < 7\%$ para a maioria dos pacientes).

4.1.3.2. FATORES DE RISCO

É alta a proporção de pessoas com fatores de risco modificáveis (sedentarismo, tabagismo, dislipidemias e obesidade) tanto para HAS (Tabela 18), quanto para DM (Tabela 21). Estes fatores são passíveis de mudanças através do uso de um conjunto de tecnologias de comprovada eficácia citadas no item 5, a seguir, neste capítulo.

4.1.3.3. LESÕES EM ÓRGÃOS ALVO

As lesões em órgãos alvo (Tabelas 19 e Tabelas 22) são condições sensíveis à APS, e portanto podem ser diminuídas e/ou evitadas por ações das equipes de atenção primária. Manter a pressão arterial abaixo de 140/90 mm/hg, a glicemia conforme meta individualizada ($HbA1c$ abaixo de 7% para a maioria das pessoas com diabetes) e garantir orientações e apoio ao autocuidado são medidas fundamentais para evitar lesões em órgãos alvo.

O monitoramento do número de pessoas que hospitalizou no GHC por doença cérebro-vascular, insuficiência cardíaca, angina pectoris, diabetes melito e hipertensão arterial sistêmica revela que o número de casos diminuiu no período 2007 a 2018, mas os casos de doença cerebrovascular e diabetes melito aumentaram desde então. (Gráfico 11).

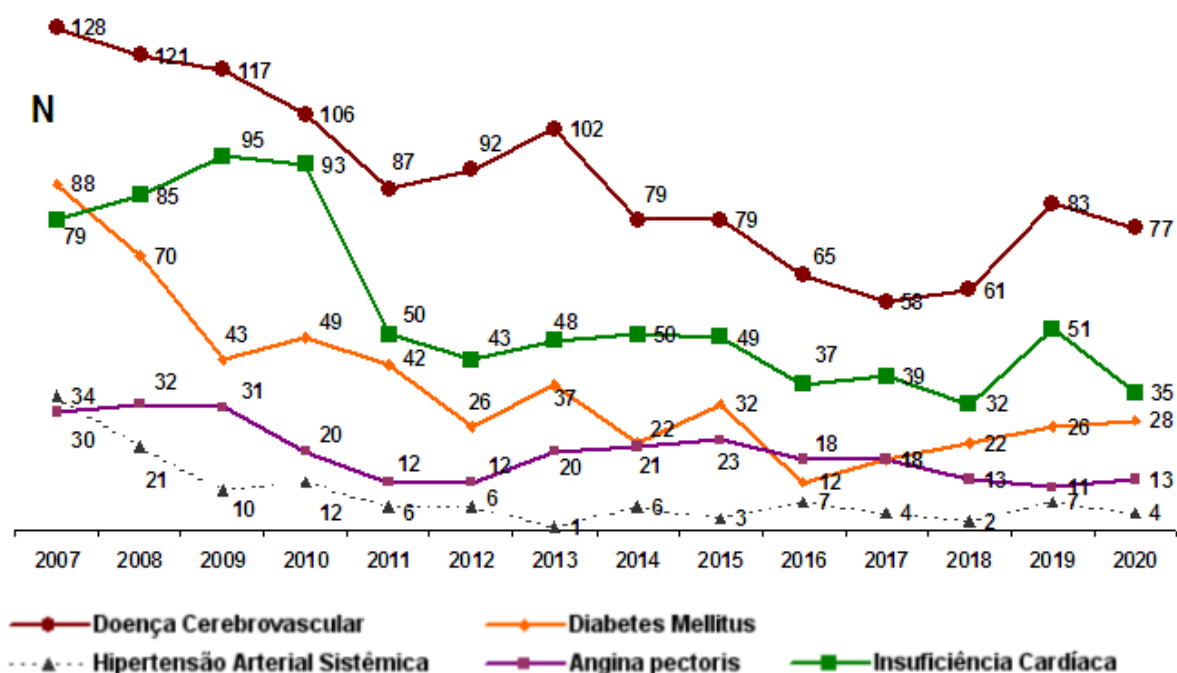
4.1.3.4. QUALIDADE DO REGISTRO

O sub-registro vem diminuindo discretamente nos últimos seis anos, mas nem todos os hipertensos e diabéticos acompanhados pelas equipes são inscritos na ação programática, o que leva a subestimar coberturas, desconhecer aspectos da qualidade da atenção e dificultar a vigilância dos não inscritos. É alta a proporção de hipertensos e diabéticos inscritos cuja a presença de fatores de risco e lesão em órgão alvo não foi registrada (Tabelas 18, 19, 21 e 22).

4.1.3.5. ASPECTOS A SEREM APERFEIÇOADOS

Algumas atividades são fundamentais para aumentar o acesso, aprimorar a vigilância e a qualidade da atenção às pessoas com condições crônicas. Entre elas destacam-se: a) inscrição de todas as pessoas que recebem diagnóstico de HAS e/ou DM no programa, para que se possa monitorar resultados e modificar atividades, quando necessário; b) preenchimento de todos os campos a serem informados no boletim para HAS e/ou DM, para que se conheça a real proporção de pessoas com fatores de risco e lesões de órgãos alvo, e c) ampliação das ações de saúde dirigidas às pessoas com condições crônicas, com emprego de novas tecnologias preconizadas pelo Modelo de Atenção às Crônicas. Estas tecnologias têm se mostrado eficazes, valendo referir: a estratificação segundo riscos; uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências; apoio à mudança de estilo de vida através de abordagens motivacionais e outras; orientação e apoio ao autocuidado; programação das consultas segundo as necessidades (estrato de risco); atividades coletivas e cuidado compartilhado entre profissionais das múltiplas disciplinas, planos conjunto de cuidado, gestão de caso, medicamentos eficazes.

Gráfico 11 - Série histórica (2007-2020) das hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária em maiores de 18 anos. SSC/GHC, Porto Alegre, RS



4.2 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM ASMA

4.2.1 OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

A asma é uma doença prevalente que acomete 24% das crianças em idade escolar e 19% dos adolescentes²⁰ e interfere de modo significativo na qualidade de vida das famílias. Trata-se de uma condição sensível à APS, ou seja, se adequadamente manejada não necessita de tratamento hospitalar. Além disso, é motivo frequente de consulta, pois encontra-se entre os seis primeiros CIDs mais registrados no SSC e é o primeiro motivo de hospitalização em menores de 19 anos nos últimos 15 anos. Prescrição do tratamento preconizado, técnica adequada e utilização de plano de ação são considerados os pilares para o controle da doença.²¹

Os indicadores utilizados para monitoramento do Programa da Asma no SSC estão descritos no quadro a seguir.

Quadro 1 - Indicadores utilizados na avaliação do Programa da Asma

a) Cobertura do Programa:
<u>Número de menores de 15 anos com asma diagnosticada</u> Número estimado de menores de 15 anos com asma (21% da população de 0-14 anos)
b) Acompanhamento regular
<u>Número de menores de 15 anos que consultaram por asma nos últimos 6 meses</u> Número de menores de 15 anos com asma diagnosticada

4.2.2 RESULTADOS

As coberturas do Programa da Asma no SSC por US podem ser observadas na Tabela 28 onde identifica-se, entre aqueles com diagnóstico de asma, o percentual de crianças com consultas regulares, ou seja, com data da última consulta inferior a seis meses.

²⁰ SOLÈ, D.; WALDASEN GF; CAMELO NUNES IC; NASPITZ CK. ISAAC – Grupo Brasileiro. Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis and atopic eczema among brazilian children and adolescents identified by the international Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISACC) Phase 3. J Pediatric (Rio J). 2006;82:341-6

²¹ BRITISH THORACIC SOCIETY; SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. **British Guideline on Management of Asthma**, 2016.

Tabela 28 - Número de menores de quinze anos cadastrados, estimativa de usuários com asma e distribuição dos casos diagnosticados, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS

	Usuários com menos de 15 anos	Estimativa de usuários com asma	Usuários com diagnóstico de asma		Usuários em acompanhamento regular	
	n	n	n	%	n	%
Conceição	1172	246	130	53	50	38
Vila Floresta	947	199	194	97	139	72
Divina Providência	718	151	205	136	140	68
Sesc	902	189	258	137	81	31
Barão de Bagé	572	120	157	131	75	48
Jardim Leopoldina	1782	374	355	95	111	31
Parque dos Maias	1590	334	527	158	187	35
Jardim Itu	1035	217	145	67	51	35
Santíssima Trindade	1366	287	470	164	184	39
NSA	1054	221	283	128	84	30
Coinma	635	133	162	122	71	44
Costa e Silva	649	136	194	143	66	34
SSC	12422	2609	3080	118	1239	40

A Tabela 29 descreve o número de internações por asma nos quatro hospitais do GHC, por US, no período de 2005 a 2020. Em 2020, 20 crianças pertencentes ao território do SSC internaram por asma.

Tabela 29 - Série histórica (2007 a 2020) das internações por asma em usuários com menos de dezenove anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Conceição	8	14	9	15	13	11	8	7	8	3	5	11	7	2
Vila Floresta	-	13	6	9	6	5	4	6	3	4	10	3	1	1
Divina Providência	10	3	10	11	16	7	4	4	1	3	6	4	4	
Sesc	8	7	10	8	10	4	3	2	4	8	8	7	13	3
Barão de Bagé	3	1	6	8	3	5	1	4	3	2	3	2	1	1
Jardim Leopoldina	8	14	17	19	11	13	8	8	5	5	12	9	6	2
Parque dos Maias	11	4	10	9	7	6	2	8	5	7	5	2	7	2
Jardim Itu	8	4	7	4	9	3	4	0	0	2	4	2	2	
Santíssima Trindade	29	29	29	24	21	13	8	12	18	8	11	15	12	4
NSA	9	7	8	10	12	9	8	7	3	8	11	5	4	2
Coinma	2	3	3	3	2	2	1	2	4	2	2	-		2
Costa e Silva	-	13	7	15	8	9	7	5	4	4	4	4	2	1
SSC	96	112	122	135	118	87	58	65	58	56	81	64	59	20

4.2.3 COMENTÁRIOS

A estimativa do percentual de crianças e adolescentes com asma em Porto Alegre é de 21%. Em 2020, a cobertura do Programa da Asma atingiu 118% portanto foram diagnosticadas com asma um número maior de crianças e adolescentes do que o estimado (Tabela 28). Estudos identificam que a asma é, simultânea e mundialmente, sub e super diagnosticada²², o que eleva os custos com o tratamento desta doença e, principalmente, expõe crianças e adolescentes ao risco de adoecer devido à falta de tratamento, ou de tratamento excessivo.

²² REDDEL HK, BATEMAN ED, Becker A, et al. A summary of the new GINA strategy: a roadmap to asthma control. The European Respiratory Journal. 2015;46(3):622-639. doi:10.1183/13993003.00853-2015. <http://erj.ersjournals.com/content/erj/46/3/622.full.pdf>

Em relação ao acompanhamento regular, em 2020, mesmo com a Pandemia, 40% das crianças portadoras de asma foram revisadas a cada seis meses (Tabela 28). Cabe destacar a importância de revisar o nível de controle da asma e evoluir na Linha de Cuidado a partir do CID J45 nas consultas de crianças e adolescentes que apresentam o problema, de seis em seis meses ou pelo menos uma vez ao ano. Estudos recentes evidenciam que, mesmo em crianças sem queixas respiratórias durante a consulta médica, o percentual de asma não controlada é elevado²³ e teve um acréscimo de 30% nos últimos 20 anos.

Observou-se uma redução de 31% das internações por asma, nos últimos cinco anos (2015-2019) em relação aos anos anteriores (2010-2013) e em 2020, provavelmente por conta da Pandemia, uma redução bastante significativa (> 50% do ano anterior). No Boletim de Informação em Saúde do SSC, foram melhor discutidas essa redução de internações (e também consultas na emergência por asma) no período da Pandemia do Covid-19²⁴.

Entre outras ações do Programa de Asma do SSC, algumas equipes passaram a adotar novas estratégias de atendimento (consultas coletivas e sequenciais) o que resultou em maior envolvimento de outros profissionais (enfermeiras, farmacêuticos, odontólogos e ACS) na assistência às crianças com asma, seguimos monitorando e enviando às equipes as crianças que necessitaram consultar na Emergência do HCC e uma linha de cuidado a pessoas com asma foi implementada no Prontuário Eletrônico do GHC (PEP).

4.3 O CONTROLE DO TABAGISMO

No ano de 2020 não foi possível manter as atividades estruturadas do controle de tabagismo, como as atividades coletivas, em decorrência da epidemia de COVID-19.

²³ GILSENAN, A.W. et al. Status of Asthma Control in Pediatric Primary Care: Results from the Pediatric Asthma Control Characteristics and Prevalence Survey Study (ACCESS). J. Pediatric.(Saint Louis), v 157, n2, p.276-281, 2010. Disponível em: [http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(10\)00141-1/abstract](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(10)00141-1/abstract) Acesso em: 2 agosto 2013

²⁴ BIS/GHC – Asma na Emergência e a Pandemia. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/arq.ptg.6.1.22127.pdf>

5. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICAS DAS DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Sandra R. S. Ferreira
Rui Flores



As atividades realizadas no SSC relacionadas as doenças infecto contagiosas integram o Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN) e as equipes notificam as doenças e outros agravos à saúde através dos formulários nacionais. As Tabelas abaixo apresentam a distribuição das situações notificadas pelas equipes do SSC.

5.1 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC) E OUTROS AGRAVOS

Quadro 2- Distribuição das doenças de notificação compulsória (DNC) e outros agravos notificados nos anos de 2019 e 2020. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

Diagnósticos	2019		2020	
	n	%	n	%
Sífilis	186	33	122	33
Sífilis - outras formas e não especificadas	(n=150)		(n=103)	
Sífilis em gestantes	(n=34)		(n=12)	
Sífilis congênita	(n=2)		(n=7)	
HIV/AIDS	105	18	95	25
AIDS	(n=62)		(n=72)	
HIV +	(n=41)		(n=22)	
Gestante HIV +	(n=2)		(n=1)	
Tuberculose	47	8	47	13
Mordedura por animais	39	7	36	10
Câncer ginecológico	59	10	28	7
Neoplasia maligna de mama	(n=40)		(n=24)	
Ca colo do útero	(n=14)		-	
Ca corpo do útero (endométrio)	(n=3)		(n=2)	
Ca ovário	-		(n=2)	
Ca vagina/vulva	(n=2)		-	
Hepatites virais	48	8	27	7
Hepatite viral crônica	(n=28)		(n=16)	
Hepatites virais não especificadas	(n=19)		(n=10)	
Hepatite viral aguda A	-		-	
Hepatite viral aguda B	-		(n=1)	
Hepatite viral aguda C	(n=1)		-	
Varicela	25	4	8	2
Caxumba	19	3	5	1
Dengue	29	5		
Outras	15	3	6	2
SSC	572	100	374	100

Tabela 30 - Série histórica (2009 a 2020) da distribuição do número de doenças de notificação compulsória (DNC) e outros agravos notificados, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Consultório na Rua	-	-	-	-	-	-	3	4	3	1	5	9
Conceição	51	50	55	57	86	67	73	103	101	88	79	34
Vila Floresta	44	40	36	49	72	48	51	89	87	49	55	38
Divina Providência	66	48	64	89	71	51	33	57	72	56	17	12
Sesc	38	31	54	63	67	52	50	65	76	53	25	29
Barão de Bagé	53	36	63	58	53	26	25	56	50	51	44	34
Jardim Leopoldina	66	83	63	92	153	79	48	99	80	56	91	58
Parque dos Maías	42	53	30	149	64	86	71	123	67	87	65	28
Jardim Itu	51	69	33	50	33	48	50	88	96	88	53	49
Santíssima Trindade	38	42	40	102	64	38	41	72	103	59	32	30
NSA	36	36	29	52	56	19	57	81	58	46	46	16
Coinma	29	50	25	26	51	21	27	40	47	18	29	19
Costa e Silva	25	58	41	46	34	21	29	59	79	43	31	18
SSC	539	596	533	833	804	556	558	936	919	695	572	374

Tabela 31 - Distribuição das Doenças de Notificação Compulsória (DNC) e outros agravos notificados por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	Consultório na Rua	Conceição	Floresta	Divina Providência	Sesc	Barão de Bagé	Jardim Leopoldina	Parque dos Maías	Jardim Itu	Santíssima Trindade	NSA	Coinma	Costa e Silva	Total
SÍFILIS OUTRAS FORMAS E NÃO ESPECIFICADAS		5	10	3	6	18	19	7	5	14	7	4	5	103
AIDS	5	10	14	1	6	2	12	6	5	3	2	1	5	72
TUBERCULOSE MORDEDURA POR ANIMAIS	3	7	5	4	8		8	1	2	2	2	3	2	47
NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA						5	4	5	19			3		36
HIV + HEPATITE VIRAL CRÔNICA		6	2	1			3	1	6	1	1	2	1	24
SÍFILIS EM GESTANTE	1	1	2	1	2		4		3	3	1	4		22
HEPATITES VIRAIS NÃO ESPECIFICADAS		2		1	2	2	2	2	3			1	1	16
VARICELA		1			1	3	1		3	1		1	1	12
SÍFILIS CONGENITA		1	1	1	2	2		1	1	1				10
PAROTIDITE = CAXUMBA		1	1					1		2			2	8
DOENÇA DE CHAGAS			1		1		3			1	1		1	7
HANSENIASE			1		1	1	1			1				5
CA CORPO DO UTERO (ENDOMÉTRIO)							1		1					2
CA OVÁRIO								2		1				2
HEPATITE VIRAL AGUDA														2
B									1					1
SARAMPO								1						1
GESTANTE HIV			1											1
COQUELUCHE										1				1
SSC	9	34	38	12	29	34	58	28	49	30	16	19	18	374

Tabela 32 – Distribuição mensal de casos confirmados de Covid-19 em usuários cadastrados nas US, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	Total
Consultório na Rua	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Conceição	-	-	-	-	-	-	10	21	28	26	58	76	219
Vila Floresta	-	-	-	-	-	10	13	29	47	48	55	57	259
Divina Providência	-	-	-	-	-	2	4	5	17	14	13	34	89
Sesc	-	-	-	-	-	5	6	14	6	12	20	24	87
Barão de Bagé	-	-	-	-	-	4	5	13	8	10	14	22	76
Jardim Leopoldina	-	-	-	-	3	3	12	25	14	21	54	46	178
Parque dos Maias	-	-	-	-	-	10	21	27	19	29	48	70	224
Jardim Itu	-	-	-	-	-	1	11	31	19	25	54	59	200
Santíssima Trindade	-	-	-	-	2	10	19	18	10	12	36	23	130
NSA	-	-	-	-	1	8	27	28	33	22	37	56	212
Coinma	-	-	-	-	-	1	6	18	14	12	18	24	93
Costa e Silva	-	-	-	-	-	4	25	7	16	13	26	32	123
SSC		-	-	-	6	58	159	236	231	244	433	523	1890

Fonte: GERCON /SMS/Porto Alegre

5.1.1 COMENTÁRIOS

Em decorrência da epidemia de COVID-19 ocorreu uma diminuição do número de doenças de notificação compulsória (DNC) (Quadro 2, Tabelas 30 e 31). Esta redução deve-se, em parte, a diminuição das doenças imunopreveníveis que não apresentaram surto nos últimos dois anos.

Na Tabela 32 apresenta-se o número dos casos confirmados de COVID-19 com a demonstração da dimensão da epidemia.

No Quadro 2 observa-se a redução do número de notificações de sífilis, embora permaneça sendo a principal DNC do SSC.

As doenças infecciosas crônicas (HIV/AIDS, hepatites virais e tuberculose) apresentam um número elevado de notificações, mas estável ao longo dos anos.

5.2 ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM TUBERCULOSE

5.2.1 PANORAMA DE TUBERCULOSE NO BRASIL E NO MUNDO

A tuberculose (TB) é uma doença causada por um bacilo de crescimento lento, aeróbio estrito, álcool-ácido resistente (BAAR), de transmissibilidade aerógena que, há mais de três mil anos, acomete a população mundial. É considerada um problema de saúde mundial pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelas Organização das Nações Unidas (ONU), tendo em vista as altas taxas de mortalidade, mesmo possuindo, desde 1976, tratamento em esquemas bem definidos e possibilidade de cura⁽¹⁾.

A OMS estima que 25% da população mundial está infectada pelo *M. tuberculosis* e aproximadamente 5% dela poderá desenvolver a doença nos primeiros anos após a primo infecção. Os outros 95% resistirão ao adoecimento após a infecção e desenvolverão imunidade parcial à doença. No entanto, permanecem com alguns bacilos vivos, embora bloqueados pela reação inflamatória do organismo – o que é definido como TB infecção ou infecção latente. Entre os 95% resistentes ao adoecimento nos primeiros anos, mais 5% poderão evoluir para a doença até o fim de suas vidas, dependendo do estado imunológico individual e de outros fatores (tabagismo, *diabetes mellitus*, uso de álcool e outras drogas, doenças que afetam a imunidade, má-nutrição, entre outros)⁽⁴⁾. A OMS recomenda expandir a aplicação do tratamento preventivo da TB entre as populações de maior risco, como contatos domésticos de pacientes, pessoas vivendo com HIV, crianças abaixo de cinco anos e outras pessoas em risco de ter imunidade reduzida ou viver em condições de superlotação habitacional. No entanto, a maioria das pessoas elegíveis para o tratamento da infecção latente da TB (ILTb) nem sempre consegue acessar os serviços de saúde e realizá-lo⁽²⁾.

No Relatório Global da Tuberculose de 2016⁽³⁾, a OMS destaca que três objetivos da estratégia “**StopTB**” para 2015 (redução de incidência, prevalência e mortalidade) foram alcançados em nove países com alta carga da doença - Brasil, Camboja, China, Etiópia, Índia, Myanmar, Filipinas, Uganda e Vietnã. A organização apontou avanços importantes a partir do ano 2000, relacionados as metas globais para o combate da doença entre elas a melhoria na atenção às pessoas e o declínio da mortalidade que caiu 47%, desde 1990. A OMS estima que o diagnóstico eficaz e o tratamento da TB salvaram 43 milhões de vidas no mundo, entre 2000 e 2014. Ressalta que a meta de deter e reverter a incidência da TB foi alcançada em cada uma das seis regiões do mundo e em 16 dos 22 países com elevada carga da doença (coletivamente responsáveis por 80% dos casos de TB). Globalmente desde 2000 a incidência média da TB caiu em torno de 1,5% ao ano e, em 2015, a incidência estava 18% menor se comparada aos dados de 2000⁽²⁾. A OMS aponta que a prevalência de TB no mundo, em 2015, foi 42% menor do que em 1990 com redução significativa em três regiões - Américas, Ásia Sul-Oriental, Pacífico Ocidental - e em nove países com alta carga da doença (Brasil, Camboja, China, Etiópia, Índia, Myanmar, Filipinas, Uganda e Vietnã). A meta de 2015 de redução de 50% da taxa de mortalidade por TB (em relação a 1990) foi atingida em quatro das regiões definidas pela OMS - Américas, Mediterrâneo Oriental, Sudeste da Ásia e Pacífico Ocidental - e em 11 países com alta carga da doença (Brasil, Camboja, China, Etiópia, Índia, Myanmar, Paquistão, Filipinas, Uganda, Vietnã e Zimbábue)⁽³⁾.

A partir desta análise, dando continuidade a resposta global a epidemia da TB, a OMS e a ONU definiram para o período 2016-2035, a estratégia “**End TB**” com o objetivo de acabar com a epidemia

global da doença. As novas metas incluem a redução de 90% das mortes e de 80% da incidência (casos novos TB/ano) até 2030, em comparação com 2015. Esses objetivos são parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da OMS e da declaração política da reunião de alto nível da ONU sobre TB, realizada em 2018, e para alcançá-los será necessária a provisão de cuidados dentro de um contexto mais amplo como o da cobertura universal da saúde, bem como ações multisetoriais que incluam a abordagem de questões sociais e econômicas que são consideradas como determinantes dos altos índices da TB⁽⁴⁾.

Globalmente, a taxa de incidência de TB entre 2015 e 2020 caiu, mas não o suficiente para atingir, em 2020, o primeiro marco da estratégia para acabar com a TB (redução de 20%). Em todo o mundo, a redução cumulativa de 2015 a 2019 foi de 9% (de 142 para 130 novos casos por 100.000 habitantes), incluindo uma redução de 2,3% entre 2018 e 2019. A Região Europeia da OMS quase atingiu o marco de 2020 (redução de 19% entre 2015 e 2019) e a Região Africana fez progressos (redução de 16%). As reduções em outras regiões da OMS foram de 3,5% na Região do Mediterrâneo Oriental, 8,7% na Região do Sudeste Asiático e 6,1% na Região do Pacífico Ocidental. Na Região das Américas, a incidência está aumentando lentamente, devido à tendência de aumento no Brasil⁽⁵⁾.

Em 2019, 54 países tinham uma baixa incidência de TB (<10 casos por 100.000 habitantes/ ano) estando bem posicionados para direcionar a eliminação da TB nas Regiões da OMS da Europa, de alguns países das Américas, do Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental⁽⁵⁾.

A OMS criou três listas, cada uma com 30 países com as mais altas cargas de: TB, coinfeção TB-HIV e TB-MDR. As três listas somam 48 países prioritários para a abordagem da doença e alguns países encontram-se em duas ou em três listas. Entre os países da América Latina estão nas listas o Brasil e o Perú; o Brasil, ocupa a 20ª posição quanto à carga da doença e a 19ª no que se refere à coinfeção TB-HIV. O Peru encontra-se apenas na lista de alta carga de TB-MDR⁽⁴⁾. Os 30 países com alta carga de TB foram responsáveis, em 2019, por 87% dos casos globais; oito desses países responderam por cerca de dois terços do total global da doença⁽⁵⁾.

A OMS estima que, em 2019, cerca de 10,0 milhões de pessoas adoeceram com TB (intervalo: 9,0–11,1 milhões). A doença afetou pessoas de ambos os sexos em todas as faixas etárias, mas o maior ônus foi nos homens (com idade ≥ 15 anos), que representaram 56% de todos os casos de TB no mundo, as mulheres responderam por 32% e as crianças (<15 anos) por 12%. Entre todos os casos de TB 8,2% eram pessoas vivendo com HIV (PVHS)⁽⁵⁾. Em 2019, a TB causou 1,2 milhão de mortes, incluindo 209 mil entre pessoas vivendo com HIV e a doença permaneceu como principal causa de morte de doenças infecciosas e uma das 10 principais causas de morte em geral⁽⁶⁾. O número anual de mortes por TB caiu globalmente, mas não o suficiente para atingir o primeiro marco da estratégia para acabar com a TB, ou seja, uma redução de 35% entre 2015 e 2020. A redução acumulada entre 2015 e 2019 foi de apenas 14%, menos da metade do caminho para o marco⁽⁶⁾. Até o início da pandemia de Covid-19, a TB era a principal causa de morte por um único agente infeccioso, ficando acima do percentual de óbitos causados pelo HIV/AIDS, entretanto, em 2020, a Covid-19 foi a doença causada por um único agente infeccioso que mais matou⁽⁶⁾.

Segundo a OMS, em 2020, houve grande queda nas notificações de casos de TB em todo o mundo tendo em vista o impacto da interrupção da atenção à TB e diversos outros problemas de saúde

devido a crise sanitária ocasionada pela pandemia COVID-19⁽⁶⁾. Houve uma grande queda global no número de pessoas diagnosticadas e notificadas com TB. Comparando com o padrão de aumento nas notificações de casos de TB que ocorreram entre 2017 e 2019, houve uma queda acentuada de 18% entre 2019 e 2020⁽⁶⁾. Nas cinco das seis regiões da OMS ficou evidente as reduções absolutas e relativas no diagnóstico e notificação, especialmente no Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental. Em combinação, essas duas regiões representaram a maioria (84%) da redução global de notificações da TB, entre 2019 e 2020. Na Região Européia da OMS, houve uma descontinuidade clara na tendência existente de queda nas notificações (refletindo um declínio subjacente na incidência de TB), sugerindo que detecção e notificação de casos de TB nesta região foi também afetados pela pandemia COVID-19⁽⁶⁾.

Entre 2019 e 2020, os países que mais contribuíram para a queda global de notificações entre foram Índia (41%), Indonésia (14%), Filipinas (12%) e China (8%); estes e outros países responderam por 93% da queda total global de 1,3 milhões⁽⁶⁾. Esta redução substancial na detecção de casos de TB provavelmente reflete tanto as interrupções da oferta de serviços, quanto da procura destes serviços para o diagnóstico da doença. Exemplos de tais interrupções incluem: a capacidade reduzida do sistema de saúde para prover atenção à saúde com enfoque na Covid-19 e continuar a fornecer serviços para o diagnóstico precoce da TB; redução da busca dos serviços de saúde no contexto de lockdowns e de restrições da circulação, preocupações dos usuários quanto aos riscos de ir para serviços de saúde durante uma pandemia e o estigma associado a semelhanças nos sintomas relacionados a TB e a Covid-19⁽⁶⁾.

O acesso reduzido ao diagnóstico e tratamento de TB, em 2020, resultou em um aumento nas mortes pela doença. As melhores estimativas para 2020 são de 1,3 milhão de mortes por TB entre pessoas HIV negativas e um adicional de 214 mil entre pessoas vivendo com HIV, portanto de volta ao nível de 2017. Os declínios na incidência de TB (o número de pessoas desenvolvendo TB a cada ano) alcançados nos anos anteriores quase pararam e a previsão é que esses impactos possam ser muito piores em 2021 e 2022. A pandemia da Covid-19 reverteu anos de progresso quanto a oferta de serviços de saúde para diagnóstico e tratamento precoce da TB impactando negativamente na redução da carga da doença. As metas globais de TB ficaram em segundo plano e o impacto mais óbvio foi a queda global significativa no número de pessoas diagnosticadas e notificadas com TB⁽⁶⁾.

Outros impactos incluem reduções entre 2019 e 2020 no número de pessoas recebendo tratamento para TB drogaresistente (-15%, de 177100 a 150359, cerca de 1 em 3 dos necessitados) e tratamento preventivo de TB (-21% , de 3,6 milhões para 2,8 milhões), e uma queda nos gastos globais em serviços de diagnóstico, tratamento e prevenção de TB (de US \$ 5,8 bilhões para US \$ 5,3 bilhões, menos da metade do que é necessário)⁽⁶⁾.

A OMS recomenda com urgência ações para mitigar e reverter esses impactos. A prioridade imediata é restaurar o acesso e a oferta de serviços de saúde para acolher, diagnosticar e tratar TB, recuperando os níveis de detecção e tratamento de casos até os níveis de 2019, especialmente nos países mais afetados⁽⁶⁾.

No Brasil estima-se que uma em cada quatro pessoas estejam infectadas pelo bacilo de Koch. O coeficiente de incidência (CI) da TB no país reduziu de 42,7, em 2001, para 32,4 casos/100 mil

habitantes, em 2016⁽⁴⁾. O Ministério da Saúde (MS) estima que no período de 21 anos (conforme proposto pela estratégia *End TB*), seriam evitados 138.440 casos incidentes no Brasil, uma média de 6.592 por ano. Nessa projeção, o CI de casos novos (CN) de TB seria de 20,7/100 mil hab., em 2035⁽⁷⁾. O Brasil se propôs a alcançar a meta para eliminação da TB como problema de saúde pública definida pela OMS que é de < 10 casos/ 100 mil habitantes⁽⁸⁾.

O MS informa que, no período de 2001 a 2019, houve um aumento na proporção de casos diagnosticados e acompanhados por serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no país, sendo que em 2019, 54% dos casos novos foram notificados por unidades de saúde classificadas como APS, e 61,4% foram acompanhados em unidades nesse mesmo nível assistencial⁽⁹⁾. Entretanto os maiores percentuais de notificação (70%) e acompanhamento (80%) dos casos novos pela APS estão nas Regiões Norte e Nordeste. Os estados de Santa Catarina (SC), Rio Grande do Sul (RS) e Distrito Federal (DF) ocupam respectivamente as três últimas posições no ranking com menos de 40% dos CN notificados e acompanhados por serviços de APS, refletindo uma concentração de CN nos demais níveis de atenção⁽⁹⁾.

Em 2020, o Brasil registrou 67.843 CN de TB⁽¹⁰⁾, com um coeficiente de incidência (CI) de 31,6 casos por 100 mil habitantes, uma queda de 16% se comparada com o ano de 2019 que registrou 76.988 CN de TB⁽¹⁰⁾ com CI de 37,4 casos por 100 mil habitantes⁽¹¹⁾. Em 2019, antes da pandemia de covid-19, foram registrados 4.532 óbitos em decorrência da doença, o que equivale a um coeficiente de mortalidade (CM) de 2,2 óbitos/100 mil hab., o mesmo CM dos dois anos anteriores. Desde 2010, o número anual de óbitos por TB no Brasil tem variado de 4.400 a 4.600, e o CM, de 2,3 a 2,2 óbitos por 100 mil habitantes.

Nesta situação de pandemia, algumas alterações importantes nos indicadores epidemiológicos e operacionais foram observadas, tais como: redução no total de notificações de TB nos três níveis de atenção, com queda mais pronunciada na atenção terciária, e redução de 14% no consumo de cartuchos da rede de teste rápido molecular para TB (TRM-TB), em comparação com o ano de 2019. Em maio de 2020, particularmente, a redução no consumo de cartuchos foi de 44% em relação ao mês de maio do ano anterior⁽¹¹⁾. A distribuição da doença no País e nos estados continua heterogênea.

Em 2020, o Rio Grande do Sul ocupou a 6ª posição entre os estados com maior incidência: Amazonas (64,8), Rio de Janeiro (60,0), Acre (52,9), Pernambuco (48,4), Pará (43,0) e Rio Grande do Sul (38,9)⁽¹¹⁾. No RS a maioria dos casos de TB estão concentrados em Porto Alegre e na sua Região Metropolitana. O risco de adoecimento por TB na população de Porto Alegre continua duas vezes maior do que o estadual e 2,5 vezes maior do que o nacional⁽¹¹⁾. Porto Alegre foi a sexta capital brasileira no ranking de maior CI de TB, em 2020, (74,0 casos por 100 mil hab)⁽¹¹⁾.

Na população atendida pelas US da GSC o CI varia de acordo com as condições socioeconômicas e a infra-estrutura urbana existentes em cada território atendido. O CI por bairros estimado em 2008 classificou os territórios das US da GSC da seguinte forma: Vila Floresta, Conceição e Jardim Itu o CI é de ~66/100 mil; Parque dos Maias e Jardim Leopoldina é de ~72/100 mil; Coinma e Barão de Bagé é de ~100/100 mil; Divina Providência, Santíssima Trindade, Nossa Senhora Aparecida, Costa Silva e Sesc é de ~140/100 mil⁽¹²⁾.

Quanto a coinfeção TB-HIV, em 2020, no Brasil o percentual foi de 8,4% (percentual de testagem 76,5%), no Rio Grande do Sul foi de 15,0% (percentual de testagem 79,1%) e, em Porto Alegre, foi de 19,1% (percentual de testagem de 81,8%)⁽¹¹⁾.

Em 2020, no Brasil o percentual de cura de CN de TB foi de 67,4% e o abandono de 11,4%. No Rio Grande do Sul a cura foi de 57,4% e o abandono 16,6% e, em Porto Alegre, a cura foi de 53,6% e o abandono 33,4%⁽¹¹⁾. Porto Alegre ocupou a primeira posição no ranking das capitais com maior taxa de abandono do tratamento⁽¹¹⁾. A OMS preconiza que para o controle da doença a meta de cura seja igual ou superior a 85% e a de abandono seja menor do que 5%⁽¹⁾. Observa-se nesses resultados que o Brasil ainda possui encerramentos aquém dos valores definidos pela OMS.

Faz-se urgente a implementação de políticas públicas que provoquem influências mais amplas nas condições socioeconômicas da população, que reduzam os níveis de pobreza, da infecção pelo HIV, da desnutrição e do tabagismo. Os países com maior carga de TB têm grandes desafios para atingir as metas de desenvolvimento sustentável, relacionadas a estes e outros determinantes, sendo necessário estimular o compromisso político dos nossos gestores e dos países doadores internacionais para a sustentabilidade da batalha contra a doença e, também, para colocarem-se lado a lado no caminho que possibilite acabar com a epidemia de TB⁽²⁾.

Quanto as condutas para novos diagnósticos, medicamentos, regimes de tratamento e as vacinas, a ONU sinaliza que pesquisas nestas áreas estão progredindo, mas lentamente. Houve aumento no investimento em pesquisa e desenvolvimento, mas é necessário mais investimentos para se alcançar os avanços tecnológicos necessário para o combate da doença até 2025 como prevê a estratégia “**End TB**”⁽²⁾. Apesar dos avanços e da possibilidade de cura de quase todos os casos, a TB continua sendo um grave problema de saúde pública permanecendo no ranking das doenças infecciosas que mais matam, mesmo que os fundamentos científicos para seu controle na comunidade sejam conhecidos há muito tempo. As fontes de infecção encontram-se, principalmente, entre os doentes pulmonares com baciloscopia positiva (P+), responsáveis pela cadeia epidemiológica de transmissão que ocorre, na grande maioria das vezes, por via aerógena, em ambientes fechados através de contatos íntimos e prolongados⁽¹³⁾.

5.2.2 A DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À TUBERCULOSE NO SSC

A TB é uma prioridade entre as políticas governamentais, assim como para a GSC que busca seguir as diretrizes e metas estabelecidas para os serviços relacionadas ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos. Portanto, a GSC, o Serviço de Pneumologia do Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre organizaram, em julho de 2002, um Projeto Piloto para descentralizar a atenção à TB em quatro unidades de saúde.

A implantação da Ação Programática (AP) para atenção às pessoas com TB⁽¹⁴⁾ em quatro US, até 2004, as equipes mostraram algumas dificuldades das equipes quanto ao diagnóstico e cuidados às pessoas com TB, especialmente a necessidade de matriciamento com especialistas para discutir casos e quanto às ações de Educação Permanente em Saúde. Entretanto, a avaliação da experiência foi considerada positiva e fundamental para a descentralização da assistência às pessoas com TB. Em 2007, foi possível retomar com a SMS de Porto Alegre a discussão sobre o processo de

descentralização do atendimento às pessoas com TB nas outras oito US na perspectiva de construir uma Linha de Cuidado⁽¹³⁾. Em 2008, com o apoio do Serviço de Pneumologia do HNSC, implantou-se o matriciamento por especialistas e o Programa de Educação Permanente, permitindo a efetiva descentralização da atenção à TB nas doze US, responsáveis pelo cuidado de 105.428 habitantes cuja maioria é cadastrada nas US da GSC (87%).

A Linha de Cuidado (LC) foi oficializada na instituição em 2010⁽¹¹⁾ e foram (re)pactuados entre as equipes e a GSC os objetivos, metas e indicadores para o Monitoramento e Avaliação (M&A) das ações realizadas nas US. A população alvo para cobertura da AP da TB e para a avaliação dos indicadores foi o número total de pessoas cadastradas (prontuário família) nas 12 US. Este número varia anualmente de acordo com a inclusão e exclusão de cadastros. Em 2020, a população cadastrada nas 12 US foi de 91.684 habitantes e a ocorrência de CN de TB/ano nessa população foi estimada em 83 CN.

5.2.3 OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

A TB, na grande maioria dos casos, é uma doença passível de tratamento por equipes da APS. O objetivo da LC da TB nas US da GSC é diminuir o número de casos da doença por meio da implantação das seguintes ações: a) prevenção primária através da investigação de contatos e atividades educativas; b) diagnóstico precoce da TB, através da identificação e investigação de sintomáticos respiratórios (SR); c) tratamento com esquema básico descentralizado nas 12 US de forma auto administrada e supervisionada; d) acompanhamento das pessoas com TB até a cura; e) diminuição da taxa de abandono de tratamento pelo acesso facilitado, oferta de tratamento diretamente observado (TDO) e ampliação do vínculo com a clientela; f) tratamento da infecção latente da TB (ILTb); g) investigação da coinfeção TB-HIV; h) tratamento compartilhado dos casos acompanhados por outros serviços e i) coordenação do cuidado e, quando necessário, o encaminhamento para outros níveis de atenção, por meio de fluxos construídos de forma integrada, na perspectiva de redes de atenção à saúde (RAS)⁽¹³⁾.

As **metas** adotadas para o SSC são: (a) investigar (examinar) 80% dos contatos de caso de TB identificados; (b) investigar 80% dos sintomáticos respiratórios (SR); (c) identificar (localizar) no território 90% do número de CN de TB esperados; (d) diagnosticar nas US 70% do número estimado de CN de TB; (e) acompanhar na US 70% dos casos de TB identificados; (f) dar alta por cura para 85% dos casos de TB acompanhados nas US; (g) reduzir para menos de 10% as altas por abandono de tratamento; (h) realizar TDO para todos os casos de TB com perfil vulnerável ao abandono (40% dos casos); (i) investigar a coinfeção TB-HIV em 90% dos casos acompanhados nas US; (j) realizar tratamento compartilhado dos casos de TB residentes no território do SSC e em acompanhamento em outros serviços e (l) incrementar a oferta e realização de tratamento para Infecção Latente da TB nas 12 US⁽¹³⁾.

A avaliação do cuidado à saúde em TB é realizada através do monitoramento mensal de **indicadores**, sendo os principais a proporção de: (a) contatos de caso de TB identificados e examinados; (b) SR identificados e examinados; (c) CN de TB localizados no território; (d) CN de TB diagnosticados nas doze US; (e) casos de TB acompanhados nas 12 US; (f) casos com exame anti-HIV realizado; (g) casos de TB com alta por cura; (h) casos de TB com alta por abandono do tratamento; (i)

casos de TB com alta por óbito; (j) casos de TB em tratamento diretamente observado (TDO); (l) casos em tratamento compartilhado com outros serviços e (m) pessoas em tratamento para ILTB⁽¹³⁾.

5.2.4 RESULTADOS

Tabela 33 - Série histórica (2014 a 2020) da distribuição dos sintomáticos respiratórios (SR) examinados (investigados), em números absoluto e percentuais, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	Nº estimado de SR, em 2020 ¹	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
		n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³
Conceição	172	72	37	57	33	62	36	105	54	99	51	89	46	21	15
Vila Floresta	89	62	78	69	77	37	41	52	63	62	76	58	71	42	50
D. Providência	43	19	45	25	58	26	60	32	74	35	81	51	119	15	35
Sesc	57	64	120	44	81	34	59	25	46	35	64	28	52	24	42
B de Bagé	39	35	88	32	77	35	89	28	71	32	82	45	115	11	28
J. Leopoldina	132	81	64	29	22	32	24	60	48	32	25	71	56	31	23
P. dos Maías	93	35	39	63	68	36	38	30	33	45	49	79	87	46	48
Jardim Itu	88	38	45	62	70	51	61	45	54	50	59	70	84	23	26
S. Trindade	47	53	124	54	114	38	80	41	88	32	68	35	75	10	20
NSA	57	28	54	32	56	28	49	38	69	37	67	51	93	12	20
Coinma	54	100	193	54	100	105	194	109	206	36	68	88	167	16	29
Costa e Silva	46	29	60	19	41	30	65	63	135	55	118	33	71	12	26
SSC	917	616	68	540	59	514	56	628	70	550	60	698	76	263	28

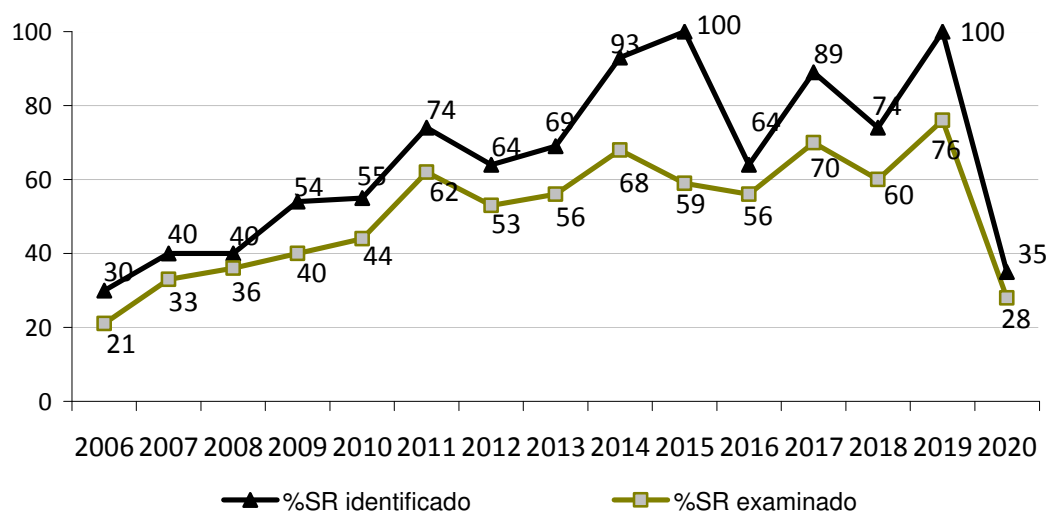
Notas:

¹ Nº estimado de SR no território: corresponde a 1% da população cadastrada nas US e muda anualmente. A referência para cada ano é a população cadastrada nas US em janeiro de cada ano. Em janeiro de 2020, a população cadastrada nas 12 US da GSC foi de 91.684 pessoas.

² Nº de SR examinado: nº de pessoas com tosse há três ou mais semanas, com ou sem expectoração, que realizaram pelo menos dois exames de BAAR no escarro ou um BAAR no escarro e um Raio X de tórax ou um teste rápido molecular para TB (TRM-TB).

³ % de SR investigados: a meta anual pactuada é investigar 80% da população estimada de SR.

Gráfico 12 - Série histórica (2006 a 2020) do percentual de Sintomáticos Respiratórios identificados e examinados (investigados) nos territórios das doze US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



Notas:

SR identificado: pessoas com tosse há 3 semanas ou mais, com ou sem expectoração, identificadas pela equipe de saúde.

SR examinado: pessoas com tosse há três ou mais semanas, com ou sem expectoração, que realizaram um TRM-TB ou dois exames de BAAR no escarro ou um exame de BAAR no escarro e um Raio X de tórax.

Tabela 34 - Série histórica (2017 – 2020) da distribuição dos sintomáticos respiratórios (SR) com pelo menos duas baciloscopias (BAAR) de escarro e aqueles que tiveram resultado positivo, em números absolutos e percentuais, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	2017				2018				2019				2020			
	2 amost de BAAR		BAAR +		2 amost de BAAR		BAAR +		2 amost de BAAR		BAAR +		2 amost de BAAR		BAAR +	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conc	98	51	3	3	90	47	2	2	82	48	1	1	18	12	2	11
VF	47	57	2	4	56	68	1	2	53	60	1	2	40	43	1	3
DP	28	65	4	14	25	58	2	3	42	97	-	-	13	22	1	8
Sesc	21	39	1	5	34	63	-	-	28	49	1	4	24	41	5	20
BB	26	66	1	4	25	64	-	-	30	76	1	3	11	28%	1	9
JL	48	38	5	10	24	19	1	4	65	49	5	8	28	20	2	7
PM	28	31	2	7	34	37	1	3	78	84	-	-	42	44	1	2
Jltu	41	49	3	8	39	47	1	3	60	68	-	-	22	24	-	-
ST	41	88	5	12	25	53	3	12	34	72	-	-	9	18	1	11
NSA	37	67	-	-	32	58	1	3	48	84	2	4	12	20	1	8
Coinma	107	202	5	5	31	59	-	-	88	163	3	3	16	29	1	6
CS	61	131	3	5	50	107	4	8	32	70	-	-	6	13	1	16
SSC	583	64	34	6	465	51	16	4	640	70	14	2	241	26	17	7

NotaS:

¹ N° Estimado de SR do território = 1% da população cadastrada nas US da GSC/GHC. Em janeiro de 2020, estavam cadastradas 91.684 pessoas nas 12 US da GSC/GHC.

² Estima-se que, em Porto Alegre, 8% dos SR investigados por baciloscopia de escarro terão resultado de BAAR positivo, se as amostras forem coletadas adequadamente. Em áreas com menor incidência de TB estima-se que 4% dos SR investigados terão resultado de baciloscopia positiva.

Tabela 35 - Número de casos novos (CN) de TB esperados e notificados, número total de casos de TB notificados no território das US da GSC/GHC, local de diagnóstico e de tratamento, em 2020, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	população total SSC ¹	n° CN esperados	notificados ² 2020			Local de Diagnóstico ⁴		Local de Tratamento ⁵	
			CN	Todos ³	Internação	Outros Ambul	GSC	Outro serviço	GSC e Compart
Conceição	15494	10	15	18	8	9	1	9	9 (50%)
Vila Floresta	9153	6	7	9	1	4	4	3	6 (67%)
D. Providência	4433	6	3	6	1	1	4	1	5 (83%)
Sesc	5777	8	7	11	4	3	4	1	10 (91%)
B de Bagé	3921	4	2	3	2	-	1	2	1 (33%)
J. Leopoldina	13586	10	8	10	5	3	2	2	8 (80%)
P. dos Maias	9547	7	4	5	2	1	2	4	1 (20%)
Jardim Itu	8863	6	3	4	3	1		2	2 (50%)
S. Trindade	4867	7	2	3	2	1		1	2 (67%)
N S A	6018	8	5	6	4	1	1		6 (100%)
Coinma	5393	5	2	3	3	-	-	1	2 (67%)
Costa e Silva	4632	6	3	3	1	1	1		3 (100%)
SSC	91684	83	61 (73%)	81	36 (44%)	25 (31%)	20 (25%)	26 (32%)	55 (68%)

NotaS:

¹ O número (n) esperado de CN de TB é calculado com base na incidência de TB da região e o número de usuários cadastrados nas US da GSC/GHC. A incidência estimada nos territórios das 12 US da GSC/GHC varia entre 66 e 140 casos/100 mil habitantes (Porto Alegre, em 2020, 74 /100mil).

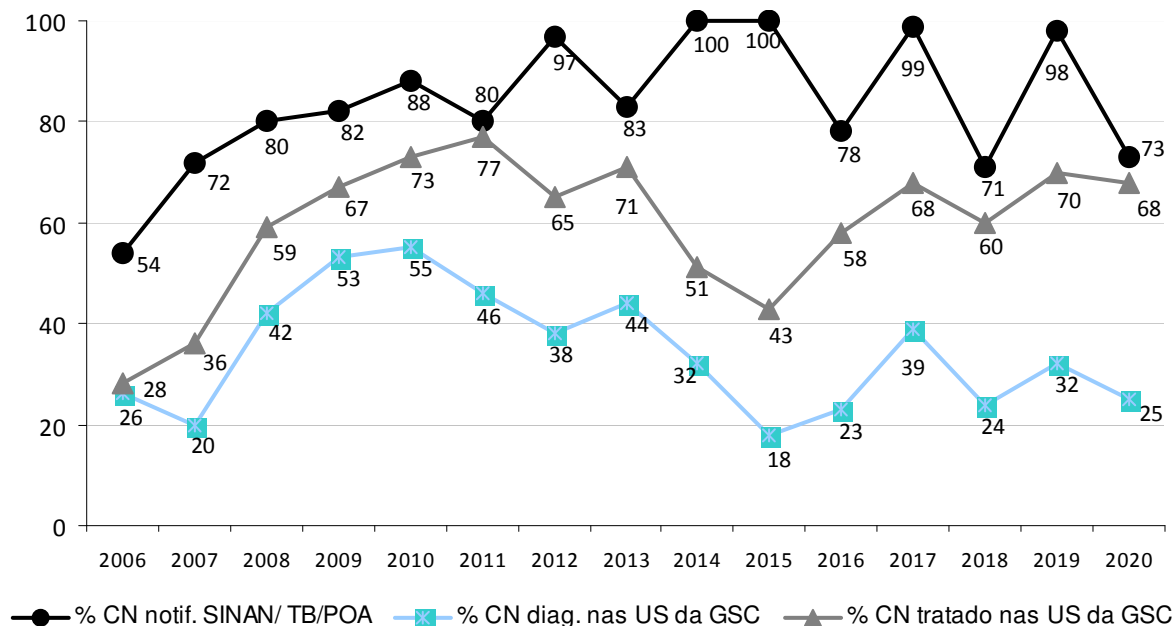
² Os casos de TB notificados foram identificados por meio do Banco SINAN/ TB/ Porto Alegre.

³ O total de casos de TB é a soma dos casos novos (CN) com os casos de retratamento (recidiva, retorno por abandono ou por falência).

⁴ Local de diagnóstico inclui: diagnóstico na internação dos hospitais de Porto Alegre. Outros Ambulatórios (unidades de saúde do município de PoA, emergência do HNSC, UPAS e serviços privados) e diagnóstico em uma das 12 US da GSC/GHC.

⁵ O local de tratamento da TB para análise foi dividido em US da GSC/GHC (exclusivo ou compartilhado com serviço de referência) e tratamento em outro Serviço em Porto Alegre.

Gráfico 13 - Série histórica (2006 a 2020) do percentual de CN de TB nos territórios das doze US da GSC/GHC notificados¹ no SINAN/ TB/ Porto Alegre, percentual dos CN de TB diagnosticados² e tratados³ nas US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



Notas:

¹ O percentual de CN de TB, em moradores dos territórios sob responsabilidade das US da GSC, foi calculado com base no número total de CN notificados no SINAN/ TB/ Porto Alegre e o número total de CN estimados para estes territórios (bairros). Em 2020 o nº estimado foi de 83 CN/ ano.

² O percentual de CN de TB diagnosticados nas US da GSC foi calculado com base no nº de CN com diagnóstico em uma das US da GSC e o nº de CN estimados para os territórios/ ano (83 CN).

³ O percentual de CN de TB tratados foi calculado com base no nº de CN com tratamento da TB em uma das US da GSC e o nº de CN estimados para os territórios/ano (83 CN).

Tabela 36 - Série histórica (2013 a 2020) da distribuição dos casos novos (CN) de tuberculose, notificados no SINAN/ TB/ Porto Alegre, de residentes nos territórios sob responsabilidade das US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

Nº CN esperado s em 2020 ¹		nº e % de Casos Novos TB notificados no SINAN-TB Porto Alegre ²															
		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
HC	10	6	43	13	92	10	71	13	92	10	71	11	86	10	77	15	150
VF	6	5	100	10	200	6	120	4	80	12	240	6	111	7	140	7	116
DP	6	10	165	10	165	12	200	2	34	6	100	5	83	2	33	3	50
Sesc	8	7	100	9	128	4	57	3	42	1	14	1	13	5	62	7	87
BB	4	2	50	6	150	2	50	3	75	3	75	1	26	2	50	2	50
JL	10	8	90	16	177	12	132	10	110	10	122	3	33	10	110	8	80
PM	7	9	150	3	50	17	280	1	15	7	116	4	61	8	114	4	57
Jltu	6	3	50	7	116	3	50	5	83	4	67	3	54	9	150	3	50
ST	7	5	83	9	150	2	33	4	67	6	100	8	122	5	71	2	28
NSA	8	5	71	2	28	6	85	7	100	4	57	4	52	12	150	5	62
Co	5	4	80	9	180	5	100	6	120	9	180	6	114	6	120	2	40
CS	6	4	57	7	100	4	57	6	85	9	128	7	107	5	71	3	50
SSC	83	68	83	101	123	83	102	64	78	81	99	59	71	81	97	61	73

Notas:

¹ Nº CN esperado = o número (n) estimado de CN de TB é calculado com base na incidência da doença na região e o número de usuários cadastrados nas US da GSC. A média anual da estimativa do número de CN de TB nos territórios das 12 US da GSC tem sido 83 CN/ ano.

Gráfico 14 - Série histórica (2006 a 2020) do percentual de cura e de abandono dos Casos Novos (CN) de TB tratadas nas US da GSC/GHC, incluindo todos os desfechos, em pessoas residentes no território sob responsabilidade deste serviço. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

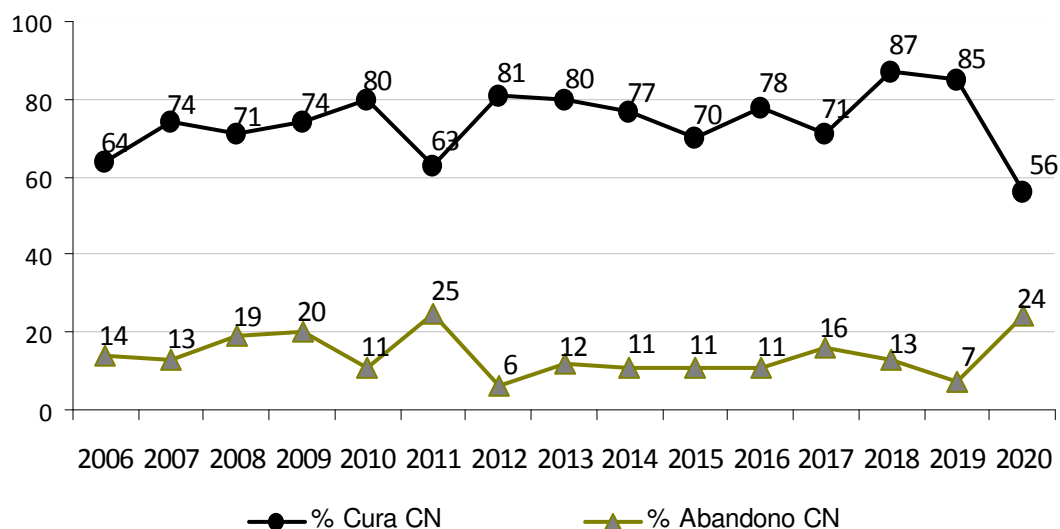


Tabela 37 - Número de casos novos e total de casos de tuberculose notificados em 2020, em pessoas residentes nos territórios das US da GSC, local de tratamento, tratamento diretamente observado (TDO) e desfecho de todos os casos acompanhados nas 12 US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

US	População total SSC ¹	Casos 2020 notificados ²		Mud. Diag. ³	Local de Tratamento		TDO ⁵	Desfechos dos casos acompanhados nas US do SSC				
		CN	Todos		Outro serviço ⁴	Na GSC e Comp		Cura	Aband	Óbito	Trans ⁶	Fal.
Conceição	15.494	15	18	2	8	8	3	6	2	-	-	-
VF	9.153	7	9	-	3	6	2	4	1	1	-	-
DP	4.433	3	6	-	1	5	1	2	2	1	-	-
Sesc	5.777	7	11	-	1	10	-	7	2	-	1	-
BB	3.921	2	3	1	1	1	1	-	1	-	-	-
JL	13.586	8	10	1	2	7	3	2	4	-	1	-
PM	9.547	4	5	-	4	1	-	1	-	-	-	-
Jitu	8.863	3	4	-	2	2	1	2	-	-	-	-
ST	4.867	2	3	-	1	2	-	1	1	-	-	-
N S A	6.018	5	6	-	-	6	-	2	2	2	-	-
Coinma	5.393	2	3	1	-	2	1	1	1	-	-	-
CS	4.632	3	3	-	-	3	1	3	-	-	-	-
SSC	91.684	61 (73%)	81	5 (6%)	23 (28%)	53 (66%)	13 (24%)	31 (58%)	16 (30%)	4 (8%)	2 (4%)	0

Notas:

¹ População alvo para cobertura da LC da TB: população cadastrada nas US (91.684 pessoas).

² Casos de TB notificados em 2020 no SINAN/TB / Porto Alegre: CN= número de Casos Novos; Todos = soma dos CN de TB com retratamentos por recidiva, abandono ou falência.

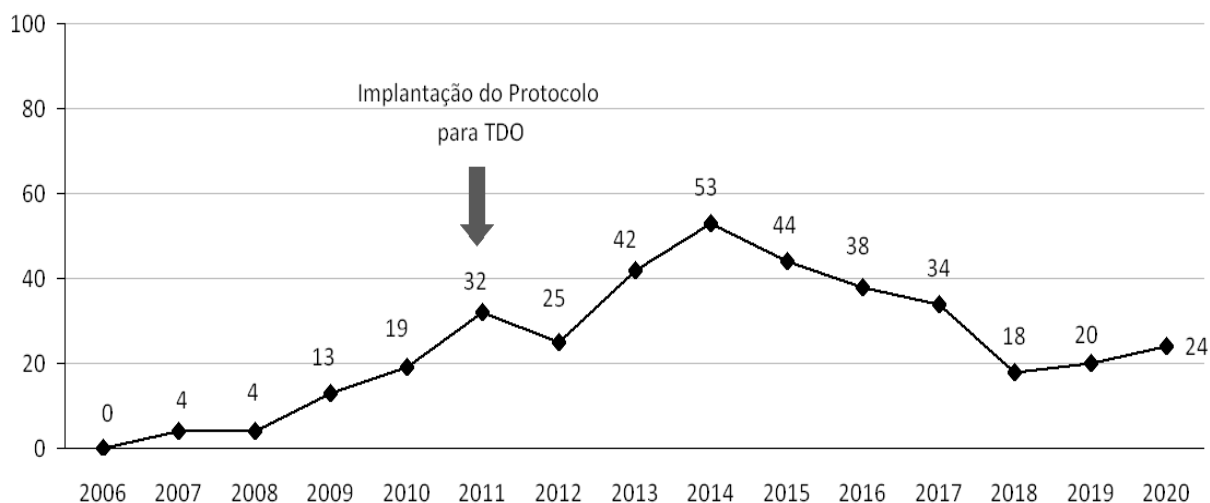
³ Mudança de Diagnóstico: número de pessoas que iniciaram tratamento empírico e a doença não foi confirmada, ocorrendo a suspensão do tratamento.

⁴ Tratamento em outro serviço: número de casos que trataram TB em unidades que não pertencem a GSC/GHC.

⁵ TDO – pessoas que receberam tratamento diretamente observado (supervisionado 5x na semana).

⁶ Transferências de casos: as US da GSC/GHC transferiram, em 2020, para acompanhamento em outro serviço dois casos: um devido a mudança de endereço e outro por hepatopatia medicamentosa.

Gráfico 15 - Série histórica (2006 a 2020) do percentual de casos de TB acompanhados nas US da GSC e que receberam tratamento diretamente observado (TDO). SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



Nota: ♦ % de realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) nas US do SSC/GHC.

Tabela 38- Distribuição do número de casos de TB tratados nas US da GSC/GHC, estimativa do número de contatos, número de contatos identificados¹ e investigados², em 2019 e 2020. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

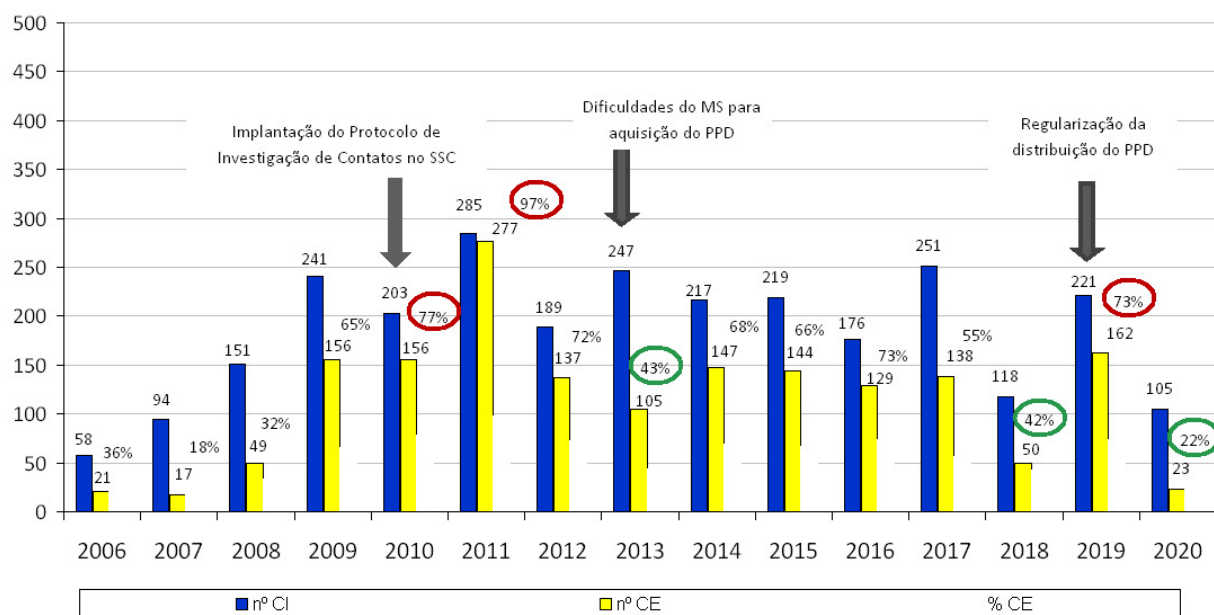
	2019				2020			
	Nº casos TB tratados na GSC	Nº estimado contatos TB	Contatos		Nº casos TB tratados na GSC	Nº estimado contatos TB	Contatos	
			identificado	investigado			identificado	investigado
Conceição	10	40	14	3 (21%)	9	36	8	-
Vila Floresta	5	20	10	3 (30%)	6	24	7	-
D.Providência	2	8	1	-	5	20	9	3 (33%)
Sesc	6	24	16	6 (37%)	10	40	25	-
Barão Bagé	2	8	9	8 (89%)	1	4	4	4 (100%)
J.Leopoldina	9	38	10	9 (90%)	7	28	12	2 (17%)
P Maias	5	20	23	23 (100%)	1	4	3	-
Jardim Itu	8	32	30	20 (67%)	2	8	8	8 (100%)
S.Trindade	3	12	9	3 (33%)	2	8	1	-
NSA	11	44	33	26 (79%)	6	24	13	2 (15%)
Coinma	3	12	50	50 (100%)	2	8	8	-
Costa e Silva	3	12	16	11 (69%)	3	12	7	4 (57%)
SSC	67	268	221 (82%)	162 (73%)	54	216	105 (47%)	23 (22%)

Notas:

¹ Considera-se contatos identificados todas as pessoas que convivem no mesmo ambiente com alguém que tenha TB ativa (doença), no momento em que foi feito o diagnóstico. O convívio deve ser prolongado (6 a 8 horas diárias em ambiente fechado, por pelo menos uma semana) e pode ocorrer em casa, no trabalho, escola ou outras instituições.

² Considera-se contatos investigados ou examinados aqueles que realizaram consulta clínica, teste tuberculínico (PPD) e radiografia de tórax e, se SR, baciloscopia de escarro para excluir doença ativa.

Gráfico 16 - Série histórica (2006 a 2020) do número de contatos (identificados e examinados) dos casos de TB, tratados nas US da GSC/GHC, e percentual de contatos examinados. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



Notas:

¹ Contato de caso de TB: toda pessoa que convive no mesmo ambiente com um caso de TB, no momento do diagnóstico.

² Contato identificado (CI): pessoas relacionadas na ficha clínica de acompanhamento do caso de TB.

³ Contato examinado (CE) ou investigado: pessoa que realizou uma consulta clínica para avaliação da presença de sinais e sintomas da TB e, quando indicado, teste tuberculínico (PPD) e radiografia de tórax para investigação da infecção latente da TB.

⁴ O % de CE apresentado tem como denominador o total de contatos identificados no respectivo ano.

Tabela 39 - Série histórica (2011 a 2020) da distribuição do número de pessoas em tratamento para infecção latente da tuberculose (ILTb), por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	Estimativa média do nº de contatos/ano ¹	Número de pessoas que realizaram tratamento da ILTB ²									
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Conceição	56	5	11	5	4	-	4	3	4	3	4
Vila Floresta	20	3	6	4	6	4	1	4	1	2	1
Divina Providência	24	4	-	3	6	4	-	4	1	-	2
Sesc	32	5	7	13	7	4	1	2	2	-	3
Barão de Bagé	16	11	3	5	1	1	-	2	4	3	1
J. Leopoldina	36	5	1	2	6	1	-	-	2	3	4
P. dos Maías	28	-	2	2	3	-	1	-	2	6	5
Jardim Itu	24	-	3	-	1	-	2	3	1	2	5
Sant. Trindade	28	1	3	13	31	8	5	2	3	1	-
NSA	32	1	-	-	-	-	-	1	-	8	2
Coinma	20	31	5	1	-	-	3	1	-	1	-
Costa e Silva	28	-	-	-	3	1	2	3	4	-	4
SSC	344	66	41	48	68	23	19	25	24	29	31

Notas:

¹ A estimativa média do número de contatos dos casos de TB/ano foi calculada com base no número estimado de CN de TB/ano por US, multiplicado por quatro. A média do número de contatos identificados nas 12 US da GSC, nos últimos 10 anos, foi em torno de 220 pessoas/ano.

² Em 2010 a GSC iniciou capacitação das equipes para implantar um Protocolo de investigação dos contatos de caso de TB e outro para o tratamento da Infecção Latente e passou a monitorar estes resultados.

5.2.5 COMENTÁRIOS

Na Tabela 33, observa-se que a investigação dos sintomáticos respiratórios (SR), ocorre de forma heterogênea nas 12 US da GSC. A meta de investigar 80% dos SR foi alcançada em 2014 e 2015, por cinco US (Vila Floresta, Sesc, Barão de Bagé, Santíssima Trindade e Coinma); em 2016, por três US (Barão de Bagé, Santíssima Trindade, Coinma); em 2017, por três US (Santíssima Trindade, Coinma e Costa e Silva); em 2018, por três US (Divina Providência, Barão de Bagé e Costa e Silva). Em 2019, seis US alcançaram a meta (Divina Providência, Barão de Bagé, Parque dos Maias, Jardim Itu, Nossa Senhora Aparecida e Coinma) e o conjunto de US da GSC alcançou 76% da estimativa de SR do território, sendo o percentual mais próximo da meta alcançado pela GSC. Em 2020, nenhuma US alcançou a meta e o SSC teve uma queda significativa da investigação dos SR (28% da estimativa de SR), em função da crise sanitária provocada pela pandemia da Covid-19.

Verifica-se no Gráfico 12 que, de 2006 a 2011, ocorreu uma tendência ascendente no percentual de identificação e investigação dos SR, que se reduziu e estabilizou-se em 2012 e 2013. Entretanto, houve o aumento significativo da “identificação de SR”, em 2014 e 2015, mas a curva de “SR examinados” não acompanhou o crescimento. Houve queda na investigação dos SR em 2015 e em 2016. Destaca-se que, no segundo semestre de 2014 e durante o ano de 2015, foi implantada a estratégia “Busca Oportuna de SR”, na qual os ACS incluíram em todas as visitas domiciliares realizadas a pergunta: “Na sua família, alguma pessoa está com tosse?” Nas famílias onde identificava-se pessoas com tosse há três semanas ou mais os ACS encaminhavam as mesmas para as US para serem examinadas pela equipe local. Em 2016, não houve melhora no desempenho deste indicador. Em 2017 houve melhora no indicador (aumento de 14%) mas, em 2018, a investigação voltou a cair (10%).

Em ano de 2019 obteve-se o melhor desempenho na investigação de SR (76%), desde a implantação da Ação Programática, chegando muito próximos da meta de 80%. Entretanto, em 2020, em função da pandemia da Covid-19 as US da GSC não conseguiram atuar na investigação da TB.

Na Tabela 34 apresenta-se a distribuição dos SR que realizaram pelo menos duas baciloscopias de escarro e aqueles que tiveram resultado positivo. Observa-se que a média de positividade foi de 6% (2017), 4% (2018), 2% (2019) e 7% (2020). Em Porto Alegre espera-se uma positividade entre 6 a 8% das amostras para a população de SR (1% da população total). Esse indicador mede a qualidade da coleta do escarro e, também, a investigação oportuna do sintoma respiratório na população. Entretanto, os resultados são heterogêneos entre as 12 US, pois em algumas o percentual de positividade foi baixo e/ou não tiveram nenhuma baciloscopia positiva, embora tenham alcançado um número adequado de SR investigados.

Na Tabela 35, observa-se que, em 2020, as US diagnosticaram, em média, 25% dos casos de TB do seu território (20 casos) e acompanharam 68% dos casos de TB (55 casos) notificados. Cinco US, apesar das limitações impostas pela pandemia da Covid-19 obtiveram excelentes resultados, pois acompanharam 80% ou mais dos casos notificados do território: Divina Providência, Sesc, Jardim Leopoldina, Nossa Senhora Aparecida e Costa e Silva. Apenas duas US acompanharam um percentual de casos de TB menor que 50% (Barão de Bagé e Parque dos Maias).

No Gráfico 13 observa-se que entre 2006 a 2010 as linhas de notificação SINAN/TB/ Porto Alegre, diagnóstico e acompanhamento dos casos em US da GSC foram ascendentes. Mas, a partir de

2011 até 2015 os percentuais de casos diagnosticados e tratados nas US da GSC tiveram uma curva descendente. Estas duas linhas (diagnosticados e tratados pelas US da GSC) voltaram a crescer, em 2016 e 2017, mas houve nova redução em 2018. Em 2019, obteve-se melhores resultados, de forma conjunta, em relação aos três indicadores. Observa-se que a variabilidade na curva dos CN notificados é bem menor, portanto os casos de TB estão sendo diagnosticados, notificados e tratados por outros serviços. Em 2020, verifica-se que houve queda da notificação de CN de TB no município de Porto Alegre, pois a média das US da GSC-GHC, nos últimos 14 anos, foi identificar 85% da estimativa de CN/ano dos seus territórios. Mais um impacto da pandemia da Covid-19 sobre o processo de trabalho das equipes de APS.

Na Tabela 36 observa-se que em 2014, 2015, 2017 e 2019 as metas pactuadas foram alcançadas, pois localizou-se por meio da notificação 90% ou mais do número de casos estimados de TB para o território. Nos anos de 2013, 2016, 2018 e 2020 o percentual médio de CN de TB do território notificados foi em torno de 76%. Analisando-se a série histórica por US identifica-se que essas variações não ocorreram de forma homogênea entre as doze US da GSC.

No Gráfico 14 apresenta-se a série histórica de cura e abandono dos CN de TB. Constata-se que se obteve os melhores indicadores de cura em seis anos - 2010, 2012, 2013, 2016, 2018 e 2019 (80% ou mais) e os piores, em 2006 (64%), antes da implantação da Ação Programática nas doze US e, em 2020 (56%), durante a pandemia da Covid-19. Após a implantação da Linha de Cuidado (2010) o menor percentual de cura (63%) ocorreu em 2011, enquanto que em 2014, 2015 e 2017 a cura foi maior ou igual a 70%. No Brasil a média do percentual de cura dos CN no período de 2006 a 2019 foi de 75,6%; em 2020, foi de 67,4% e no RS 57,4%. No Gráfico 14 observa-se que os menores percentuais ocorreram em 2012 (6%) e em 2019 (7%); em 2020, devido a pandemia da Covid-19, este percentual foi o mais alto (24%) desde a implantação da Ação Programática, em 2006. A média do o percentual de abandono do tratamento de TB, em 14 anos de trabalho descentralizado, foi 13,5%.

Na Tabela 37, observa-se os desfechos de todos os casos de TB (CN + retratamentos), de 2020, acompanhados nas US do SSC (53 casos), de forma exclusiva ou compartilhada, dentre os 76 casos notificados da doença no território (excluindo-se as 5 mudanças de diagnóstico). O percentual de cura dos casos acompanhados nas US da GSC foi de 58% e o de abandono foi de 30%. Ocorreram 4 óbitos (8%) e duas transferências para outro serviço (4%).

No Gráfico 15 verifica-se que o maior percentual de TDO (implantado em 2011), ocorreu em 2014 (53%); nos anos subseqüentes houve a redução gradativa da oferta e o pior desempenho ocorreu em 2018 (18%). Destaca-se que essa ação ocorre de forma heterogênea entre as doze US da GSC. O percentual de TDO, em 2019, foi de 20% entre todos os casos acompanhados e, em 2020, foi de 24%. No RS o percentual de realização do TDO, em 2020, foi de 21,9% dos CN⁽¹¹⁾ e, em Porto Alegre, foi de 6%¹¹⁾. Recomenda-se às equipes da GSC que, a medida que as US tenham condições físicas e estruturais de acolher as pessoas sem risco de exposição à Covid-19, voltem a realizar o TDO para dar suporte e promover a adesão ao tratamento de todas as pessoas com doença ativa, especialmente aquelas com perfil de risco para o abandono do tratamento.

Na Tabela 38, constata-se que a investigação de contatos ocorre de forma heterogênea nas doze US da GSC. Em 2019, com a disponibilização do teste tuberculínico houve melhora do indicador

(73%) e cinco US atingiram a meta de avaliar 80% dos contatos identificados: Barão de Bagé, Jardim Leopoldina, Parque dos Maias, Nossa Senhora Aparecida e Coinma. Em 2020, as equipes investigaram apenas 23 contatos de TB (22%), dentre os contatos de TB identificados (105). Este resultado demonstra uma queda significativa da investigação nos últimos 10 anos, que foi em torno de 70% do número de contatos de TB identificados pelas US.

No Gráfico 16 apresenta-se a série histórica (2006 a 2020) do número de contatos de TB identificados e examinados nas doze US. A GSC implantou, em 2010, o protocolo de investigação de contatos com consulta para avaliação clínica e identificação da presença de sinais ou sintomas da doença, bem como a investigação da infecção latente da TB (ILTB) e, quando indicado, teste tuberculínico e radiografia de tórax. Verifica-se que, em 2011, a GSC atingiu a meta de examinar 80% dos contatos identificados e que em 2012, 2014, 2015, 2016 e 2019 examinou em torno de 70% dos contatos. Em 2013 (43%) e 2018 (42%), houve uma queda significativa na investigação de contatos e acredita-se que a falta do Derivado Protéico Purificado (PPD), insumo utilizado para realização do teste tuberculínico (exame auxiliar para identificar contato recente com o bacilo da TB), que ocorreu nestes dois anos, em todo o Brasil, possa ter desestimulado a investigação. Em março de 2019 o MS restabeleceu o adequado abastecimento do insumo para o teste tuberculínico, em todo o país, e observa-se o aumento da investigação dos contatos identificados (73%). Em 2020, a modificação no processo de trabalho das equipes de APS para fazer frente ao acolhimento da população para orientação, investigação e diagnóstico da Covid-19 impactou as atividades de rotina realizadas e houve uma queda significativa em todos os indicadores da TB e das demais Linhas de Cuidado.

Na Tabela 39, apresenta-se a série histórica 2011 a 2020 da distribuição do número de pessoas que realizaram tratamento para a infecção latente da TB (ILTB) nas US da GSC. Em 2011, o SSC passou a investir sistematicamente na capacitação das equipes para a investigação de contatos e oferta do tratamento da ILTB. Em 2011 e 2014, obteve-se o maior número de tratamentos da ILTB mas, em 2015, houve uma queda significativa na indicação que se manteve até 2020. O tratamento da ILTB nas US da GSC ocorre na maior parte dos casos em decorrência da investigação nos contatos de caso de TB. Entretanto, se as equipes não realizarem a investigação dos contatos de caso de TB não haverá indicação do tratamento da ILTB.

Apresenta-se a seguir os Quadros 3 e 4 com a síntese da série histórica (2006-2020) das principais informações relativas a vigilância da TB nos territórios das doze US da GSC/GHC.

Quadro 3 - Síntese da série histórica (2006 a 2020) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1. Estimativa de SR no território	971	971	971	971	900	901
2. Nº e % de SR investigados nas US do SSC	205 (21%)	324 (33%)	353 (36%)	389 (40%)	398 (44%)	556 (62%)
3. Nº de CN de TB esperados no território das 12 unidades do SSC	89	89	89	89	87	87
4. Nº e % de CN do território notificados	48 (54%)	64 (72%)	71 (80%)	73 (82%)	77 (88%)	68 (78%)
5. Nº total de casos TB do território notificados SINAN (CN+ RA+ RR+RF)	60	79	84	84	90	96
6. Nº de casos com mudança de diagnóstico (excluídos da avaliação).	-	2 (1 SSC)	2 (1 SSC)	3 (3 SSC)	2 (1 SSC)	3 (2 SSC)
7. Nº e % do tipo de TB identificada	70% (42) Pulmonar 30% Extra	72% (57) Pulmonar 28% Extra	76% (64) Pulmonar 24% Extra	70% (59) Pulmonar 30% Extra	78% (70) Pulmonar 22% Extra	82% (76) Pulmonar 18% Extra
8. Nº e % de casos diagnosticados fora da GSC: - Por hospitalização de TB Pulmonar - Por hospitalização TB Extra Pulm. - Ambulatório, emergência ou serviço referencia.	44 (73%) 9 (15%) 6 (10%) 29 (48%)	63 (80%) 19 (24%) 14 (18%) 30 (38%)	48 (57%) 7 (8%) 13 (16%) 28 (33%)	42 (50%) 14 (33%) 14 (33%) 14 (33%)	41 (46%) 17 (19%) 8 (9%) 16 (18%)	54 (58%) 13 (14%) 9 (9%) 32 (32%)
9. Nº e % de casos de TB tratados por outros Serviços	43 (72%)	49 (64%)	33 (40%)	30 (37%)	24 (27%)	30 (32%)
10. Nº total e % de casos de TB com óbito - diagnóstico após óbito - óbito por outras causas - óbito por TB	9 (15%) 4 (7%) 8 (13%) 1 (2%)	8 (10%) 2 (3%) 7 (9%) 1 (1%)	8 (10%) 5 (6%) 6 (7%) 2 (2%)	7 (9%) 1 (1%) 4 (5%) 3 (4%)	10 (11%) 4 (4%) 3 (3%) 7 (8%)	12 (13%) 7 (8%) 8 (9%) 4 (4%)
11. Nº e % de casos de TB diagnosticados nas US da GSC	16 (26%)	16 (20%)	36 (43%)	42 (50%)	49 (54%)	39 (42%)
12. Nº e % de casos TB com tratamento nas US da GSC.	18 (28%)	28 (36%)	49 (60%)	51 (63%)	64 (73%)	63 (68%)
13. Nº e % de casos TB em tratamento compartilhado c/ as US da GSC.	0	0	0	0	0	2 (2%)
14. % e Nº de casos de TB c/ tra ^{to} nas US da GSC com testagem para o HIV realizada	72% (13)	86% (24)	90% (44)	90% (46)	91% (58)	92% (58)
15. % e Nº de casos de TB que não realizaram testagem para o HIV	28% (5)	14% (4)	10% (5)	10% (5)	9% (6)	8% (5)
16. % e nº de casos com coinfecção TB-HIV nos casos com tra ^{to} nas US da GSC.	15% (2)	25% (6)	30% (13)	24% (11)	22% (14)	29% (17)

Quadro 3 - Síntese da série histórica (2006 a 2020) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1. Estimativa de SR no território	901	901	901	901	902	902
2. Nº e % de SR Investigados nas US da GSC	480 (53%)	502 (56%)	616 (68%)	528 (59%)	505 (56%)	628 (70%)
3. Nº de CN de TB esperados no território das 12 US da GSC	82	82	82	82	82	82
4. Nº e % de CN do território notificados no SINAN-TB Porto Alegre	80 (97%)	68 (83%)	100 (121%)	83 (101%)	64 (78%)	81 (99%)
5. Nº total de casos TB território notificados SINAN (CN+RA + RR+ RF)	106	96	124	112	81	96
6. Nº de casos com mudança de diagnóstico (excluídos da avaliação).	2 (2 SSC)	3 (2 SSC)	9 (1 SSC)	2	0	6 (2 SSC)
7. Nº e % do tipo de TB identificada	70% (72) Pulmonar 30% Extra	75% (70) Pulmonar 25% Extra	79% (103) Pulmonar 21% Extra	76% (84) Pulmonar 24% Extra	80% (65) Pulmonar 20% Extra	80% (72) Pulmonar 20% Extra
8. Nº e % de casos diagnosticados fora da GSC: - Por hospitalização de TB Pulmonar - Por hospitalização TB Extra Pulm. - Ambulatório, emergência ou serviço referencia.	68 (65%) 17 (16%) 14 (13%) 37 (36%)	57 (61%) 19 (20%) 10 (11%) 28 (30%)	78 (69%) 18 (16%) 16 (14%) 44 (38%)	89 (80%) 28 (25%) 13 (12%) 48 (44%)	60 (74%) 24 (30%) 12 (14%) 24 (30%)	54 (61%) 21 (23%) 9 (10%) 24 (27%)
9. Nº e % de casos de TB tratados por outros Serviços	37 (36%)	28 (30%)	50 (43%)	62 (56%)	34 (42%)	25 (28%)
10. Nº total e % de casos de TB com óbito - diagnóstico após óbito - óbito por outras causas - óbito por TB	14 (13%) 4 (4%) 6 (6%) 8 (8%)	7 (8%) 1 (1%) 5 (5%) 2 (2%)	13 (11%) 7 (6%) 13 (11%) 0	17 (15%) 10 (9%) 11 (10%) 6 (5%)	12 (15%) 5 (6%) 6 (7%) 6 (7%)	8 (9%) 4 (4%) 4 (4%) 4 (4%)
11. Nº e % de casos de TB diagnosticados nas US da GSC	36 (35%)	36 (39%)	37 (32%)	21 (19%)	21 (26%)	36 (40%)

12. Nº e % de casos TB com tratamento nas US da GSC.	67 (65%)	65 (70%)	65 (57%)	48 (44%)	47 (58%)	65 (71%)
13. Nº e % de casos TB em tratamento compartilhado c/ as US da GSC.	0	4 (4%)	5 (4%)	1 (1%)	2 (2%)	1 (1%)
14. % e Nº de casos de TB c/ tra ^{to} nas US da GSC com testagem para o HIV realizada	97% (65)	92% (60)	94% (61)	94% (45)	96% (45)	97% (63)
15. % e Nº de casos de TB que não realizaram testagem para o HIV	3% (2)	8% (5)	6% (4)	6% (3)	4% (2)	3% (2)
16. % e nº de casos com coinfecção TB-HIV nos casos com tra ^{to} nas US da GSC.	20% (13)	30% (18)	23% (14)	18% (8)	20% (9)	22% (14)

Quadro 3 - Síntese da série histórica (2006 a 2020) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

	2018	2019	2020
1. Estimativa de SR no território	913	917	917
2. Nº e % de SR Investigados nas US do SSC	550 (60%)	698 (76%)	263 (28%)
3. Nº de CN de TB esperados no território das 12 unidades do SSC	83	83	83
4. Nº e % de CN do território notificados no SINAN-TB	59 (71%)	81 (98%)	61 (73%)
5. Nº total de casos TB território notificados SINAN (CN+RA + RR+ RF)	72	103	81
6. Nº de casos com mudança de diagnóstico (excluídos da avaliação).	4 (1 GSC)	4 (4 GSC)	5 (2 GSC)
7. Nº e % do tipo de TB identificada	72% (49) Pulmonar 28% Extra	80% (79) Pulmonar 20% Extra	72% (58) Pulmonar 28% Extra
8. Nº e % de casos diagnosticados fora da GSC:	53 (78%)	65 (66%)	53 (70%)
- Por hospitalização de TB Pulmonar	18 (26%)	26 (26%)	20 (26%)
- Por hospitalização TB Extra Pulm.	15 (22%)	13 (14%)	15 (20%)
- Ambulatório, emergência ou serviço referência.	20 (30%)	26 (26%)	18 (24%)
9. Nº e % de casos de TB tratados por outros Serviços	24 (35%)	31 (31%)	23 (28%)
10. Nº total e % de casos de TB com óbito	8 (12%)	12 (12%)	13 (17%)
- diagnóstico após óbito	2 (3%)	6 (6%)	4 (5%)
- óbito por outras causas	4 (6%)	8 (8%)	11 (14%)
- óbito por TB	4 (6%)	4 (4%)	2 (3%)
11. Nº e % de casos de TB diagnosticados nas US da GSC	15 (22%)	34 (34%)	20 (25%)
12. Nº e % de casos TB com tratamento nas US da GSC.	44 (65%)	68 (68%)	53 (66%)
13. Nº e % de casos TB em tratamento compartilhado c/ as US da GSC.	1 (1%)	5 (5%)	1 (2%)
14. % e Nº de casos de TB c/ tra ^{to} nas US da GSC com testagem para o HIV realizada	98% (43)	97% (66)	100% (53)
15. % e Nº de casos de TB que não realizaram testagem para o HIV	2% (1)	3% (2)	0
16. % e nº de casos com coinfecção TB-HIV nos casos com tra ^{to} nas US da GSC.	23% (10)	13% (9)	15% (8)

Notas explicativas dos quadros 4a, 4b, 4c:

- O número (nº) de SR do território é estimado em 1% da população. Nas 12 US da GSC pactuamos o indicador em 1% do nº de pessoas cadastradas no Prontuário Família das US (91.684 em 2020).
- Considera-se SR investigados aqueles que realizaram consulta de avaliação e pelo menos duas baciloscopias de escarro ou uma bacilosopia de escarro e uma radiografia de tórax ou um TRM-TB.
- O nº estimado de CN de TB (pessoas que tiveram TB pela primeira vez), em Porto Alegre é calculado com base na incidência da doença ao longo do tempo nos diferentes territórios. A incidência nos territórios atendidos pelas 12 US da GSC mantiveram-se entre 66 e 140 casos/100 mil habitantes.
- Nº e % de CN de TB do território das US da GSC notificados no SINAN-TB / Porto Alegre.
- Nº total de casos TB = pessoas residentes no território sob responsabilidade da GSC que tiveram TB (CN + retratamentos) e foram notificados no SINAN-TB / Porto Alegre.
- Mudança de Diagnóstico= nº de casos notificados como possível TB e que a doença não foi confirmada.
- Tipo de TB = nº e % de casos de TB pulmonar e extrapulmonar identificadas nos territórios das US da GSC/GHC.
- Nº e % de casos de TB com diagnóstico realizados fora das US da GSC, em hospitalização, serviços de referência de TB, ambulatórios especializados e serviços de emergência.

- 9 Nº e % de casos de TB (pessoas do território da GSC) tratados em outros serviços (fora das 12 US da GSC). Excluídos os casos de alta por mudança de diagnóstico.
- 10 Nº e % de pessoas com TB do território sob responsabilidade da GSC que foram a óbito, nº e % que foram a óbito antes do diagnóstico da doença (diagnóstico tardio na internação hospitalar); nº e % de óbitos por outras causas e nº e % de óbitos por TB.
- 11 Nº e % de casos de TB diagnosticados pelas 12 US da GSC.
- 12 Nº e % de casos de TB tratados nas US da GSC, independente do local de diagnóstico. Excluídos os desfechos por mudança de diagnóstico.
- 13 Nº e % de casos de TB com tratamento compartilhado entre as US da GSC e Serviços de Referência.
- 14 % e nº casos de TB tratados nas US da GSC testados para HIV. O percentual de testagem para o HIV nos CN, em 2020, foi de 76,5% (Brasil); 81,6% (RS) e 81,8% (Porto Alegre)⁽¹¹⁾.
- 15 % e nº de casos de TB tratados nas US da GSC que não aceitaram realizar o teste para o HIV.
- 16 % e nº de casos com coinfeção TB-HIV tratados nas US da GSC. O percentual de coinfeção TB-HIV nos CN, em 2020, foi de 8,4% (Brasil); 15% (RS) e 19,5% (Porto Alegre)⁽¹¹⁾.

Quadro 4 - Síntese da série histórica (2006 a 2020) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
17. Desfecho de TODOS OS CASOS que realizaram tratamento nas US da GSC						
Nº de casos de TB em tratamento nas US da GSC	18	28	49	51	64	63
Nº e % de casos transferidos da GSC para outro serviço	1 (5%)	1 (4%)	1 (2%)	3 (6%)	1 (2%)	6 (10%)
Nº e % de altas por cura	10 (56%)	21 (75%)	32 (66%)	37 (73%)	47 (74%)	40 (63%)
Nº e % de alta por abandono	5 (29%)	4 (14%)	12 (24%)	11 (21%)	9 (14%)	17 (27%)
Nº e % de alta por óbito	2 (11%)	2 (7%)	3 (6%)	-	4 (6%)	-
Nº e % de falência do EB	-	-	1 (2%)	-	3 (4%)	-
18. Desfecho dos CASOS NOVOS (CN) que realizaram tratamento nas US da GSC						
Nº e % de CN em tratamento nas US da GSC	14	23	42	49	56	52
Nº e % de casos transferidos da GSC para outro serviço	1 (7%)	1 (4%)	1 (2%)	3 (6%)	1 (2%)	6 (11%)
Nº e % de altas por cura	9 (64%)	17 (74%)	30 (71%)	36 (74%)	45 (80%)	33(63%)
Nº e % de alta por abandono	2 (14%)	3 (13%)	8 (19%)	10 (20%)	6 (11%)	13 (25%)
Nº e % de alta por óbito	2 (14%)	2 (9%)	2 (5%)	-	3 (5%)	-
Nº e % de falência do EB	-	-	1 (2%)	-	1 (2%)	-
19. Nº de CN com tratamento compartilhados	0	0	0	0	0	0
20. % e Nº de casos TB que realizaram TDO nas US	-	4% (1)	8% (4)	14% (7)	19% (12)	32% (21)

Quadro 4 - Síntese da série histórica (2006 a 2020) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
17. Desfecho de TODOS OS CASOS que realizaram tratamento nas US da GSC						
Nº de casos de TB em tratamento nas US da GSC	67	65	65	48	47	65
Nº e % de casos transferidos da GSC para outro serviço	6 (9%)	6 (9%)	6 (9%)	4 (8%)	3 (6%)	3 (5%)
Nº e % de altas por cura	50 (75%)	47 (72%)	47 (72%)	33 (69%)	35 (75%)	47 (72%)
Nº e % de alta por abandono	9 (13%)	11(16%)	9 (14%)	8 (17%)	8 (17%)	10 (15%)
Nº e % de alta por óbito	1 (1,5%)	1 (2%)	2 (3%)	3 (6%)	1 (2%)	4 (6%)
Nº e % de falência do EB	1 (1,5%)	-	1 (2%)	-	-	1 (2%)
18. Desfecho dos CASOS NOVOS (CN) que realizaram tratamento nas US da GSC						
Nº e % de CN em tratamento nas US da GSC	52 (67%)	49 (75%)	53 (57%)	36 (44%)	36 (58%)	56 (73%)
Nº e % de CN transferidos da GSC para outro serviço	6 (11%)	4 (8%)	4 (7%)	4 (11%)	3 (8%)	2 (4%)
Nº e % de altas por cura	42 (81%)	38 (80%)	41 (77%)	25 (70%)	28 (78%)	40 (71%)
Nº e % de alta por abandono	3 (6%)	6 (12%)	6 (11%)	4 (11%)	4 (11%)	9 (16%)
Nº e % de alta por óbito	1 (2%)	-	2 (4%)	3 (8%)	1 (3%)	4 (7%)
Nº e % de falência do EB	-	-	-	-	-	1 (2%)
19. Nº de CN com tratamento compartilhado	0	1	3	0	1	2
20. % e Nº de casos TB que realizaram TDO nas US	25% (17)	42% (28)	53% (36)	47% (24)	43% (21)	36% (24)

Quadro 4 - Síntese da série histórica (2006 a 2020) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

	2018	2019	2020
17. Desfecho de TODOS OS CASOS que realizaram tratamento nas US da GSC			
Nº de casos de TB em tratamento nas US da GSC	44	68	53 (66%)
Nº e % de casos transferidos da GSC para outro serviço	1 (2%)	2 (3%)	2 (4%)
Nº e % de altas por cura	35 (80%)	53 (78%)	31 (58%)
Nº e % de alta por abandono	5 (11%)	9 (13%)	16 (30%)
Nº e % de alta por óbito	2 (5%)	1 (2%)	4 (8%)
Nº e % de falência do EB	1 (2%)	3 (4%)	0
18. Desfecho dos CASOS NOVOS (CN) que realizaram tratamento nas US da GSC			
Nº e % de CN em tratamento nas US da GSC	31 (60%)	55 (72%)	39 (64%)
Nº e % de CN transferidos da GSC para outro serviço	-	2 (4%)	2 (5%)
Nº e % de altas por cura	27 (87%)	47 (85%)	23 (59%)
Nº e % de alta por abandono	4 (13%)	4 (7%)	10 (26%)
Nº e % de alta por óbito	-	-	4 (10%)
Nº e % de falência do EB	-	2 (4%)	-
19. Nº de CN com tratamento compartilhado	-	2 (4%)	-
20. % e Nº de casos TB que realizaram TDO nas US	38% (12)	20% (13)	24% (13)

Notas explicativas dos quadros 5a, 5b, 5c:

17 Apresenta o desfecho do acompanhamento de todos os casos de TB tratados nas US da GSC.

18 Apresenta o desfecho do acompanhamento dos CN de TB tratados nas US da GSC. Para referência da análise apresenta-se os indicadores operacionais de encerramento dos CN, em 2020, que foram⁽¹¹⁾: cura 53,6% (Porto Alegre), 57,4% (RS) e 67,4% (Brasil); o abandono do tratamento foi de 33,4% (Porto Alegre), 16,6% (RS) e 11,4% (Brasil). O MS recomenda uma taxa de abandono em torno de 5% dos casos. Os principais fatores associados ao abandono identificados no SSC foram: coinfeção TB-HIV, uso de álcool e outras drogas, pessoas em situação de rua e pessoas envolvidas com situações ilegais (tráfico de drogas, entre outros).

19 Apresenta o número de casos novos de TB com tratamento compartilhado entre as US da GSC e um serviço de referência secundária ou terciária.

20 Apresenta o percentual de realização de TDO para os casos de TB acompanhados nas US da GSC. Em 2020, o percentual de TDO para CN de TB foi: 6% (Porto Alegre), 21,9% (RS) e 41,9% (Brasil)⁽¹¹⁾.

Nos Quadros 3 e 4 constata-se que os indicadores epidemiológicos e operacionais de encerramento da TB, nas US da GSC, se alternam ao longo dos anos com períodos de melhora e outros de piora, entretanto, após a melhora em todos os indicadores que ocorreu em 2019, no ano de 2020 houve significativa piora que é relacionada as condições de trabalho durante a pandemia da Covid-19.

A crise sanitária ocasionada pela pandemia da Covid-19 modificou a rotina de trabalho das equipes nas doze US do SSC e interferiu em todas as atividades que vinham sendo rotineiramente desenvolvidas. Essas mudanças impactaram as ações de prevenção, promoção da saúde e diagnóstico precoce da Tuberculose (TB). No contexto geral observa-se que a(o):

- investigação de SR (linha 2) aumentou de 21% (2006) para 68% (2014), mas caiu para 59% (2015) e 56% (2016). Em 2017, 70% dos SR foram investigados, em 2018, apenas 60% e em 2019 houve um aumento para 76%; mas em 2020 nova queda para 28%;
- localização dos CN de TB identificados no território e notificados no SINAN Municipal (linha 4) era de 54% da estimativa de CN/ano (2006); chegou a 100% (2014 e 2015) caiu para 78% em 2016, subiu para 99% em 2017, foi para 71% em 2018, para 98% em 2019; mas em 2020 houve redução para 73%;

- c. a redução no decorrer do tempo do percentual de casos de TB tratados em outros serviços (linha 9), fora da APS, que era de 72% (2006) e passou para 27% (2010) oscilou na faixa de 30% de 2011 a 2013, voltou a crescer em 2014 (45%), em 2015 (56%) e em 2016 (42%). Houve redução de 2017 a 2020 ficando em média na faixa de 31% dos casos;
- d. o percentual de casos de TB diagnosticados na APS (linha 11) que era de 26% (2006) subiu para 54% (2010), mas não se manteve nesse patamar ficando na média de 37% no período de 2011 a 2014; em 2015 e 2016 houve novamente queda no percentual (média de 22%) igualando-se ao período de pré descentralização da atenção à TB nas US da GSC. No período de 2017 a 2020 a média de diagnósticos de TB nas US foi em torno de 30% dos casos. As equipes informam que os casos de TB, mesmo pulmonares, em função de comorbidades, tornam-se cada vez mais diagnósticos complexos que necessitam apoio da referência secundária ou terciária;
- e. a vinculação dos casos de TB nas US do SSC para tratamento (linha 12) aumentou de 28%, em 2006, para 73%, em 2010, manteve-se na média de 66% (2011 a 2014), mas caiu para 44% (2015) e 58% (2016). Entretanto melhorou em 2017 e vem mantendo-se na média de 68% nestes quatro últimos anos;
- f. a implantação do tratamento compartilhado entre APS e Serviços de Referência (linha 13) que iniciou com a implantação completa da Linha de Cuidado, em 2011, tem sido desde então, em média, 2% dos casos;
- g. houve ampliação do percentual de cura de todos os casos de TB (linha 17) que era de 56% (2006) e manteve-se de 2007 a 2019 na média de 73% dos casos. Em 2020 houve queda no percentual de cura ficando em 58%;
- h. a redução do abandono do tratamento de todos os casos de TB (linhas 17) que era de 28%, em 2006, variou entre 27% (2011) e 11% (2018), mas na maioria dos anos ficou na média de 16%. Em 2019 obtivemos melhora no indicadores em relação a média (13%), mas em 2020 subiu significativamente para 30%;
- i. houve a ampliação da cura dos CN de TB (linha 18) que em 2006 era de 64% e manteve-se de 2007 a 2019 na média de 76% dos casos. Em 2018 (87%) e 2019 (85%) atingimos a meta preconizada pelo Ministério da Saúde de pelo menos 85% de cura dos CN; entretanto, em 2020 a cura caiu para 59% dos CN;
- j. a redução do abandono do tratamento dos CN de TB (linhas 18) que foi de 14%, em 2006, variou entre 25% (2011) e 6% (2012), mas na maioria dos anos tem ficado na média de 13%. Em 2019 obtivemos um dos melhores indicadores de abandono de CN 7%, mas em 2020 voltou a subiu para 26%.

No Quadro 3 constata-se (linhas 14,15 e 16) que as US da GSC alcançam, desde 2008, um excelente percentual de investigação da coinfeção TB/HIV e que vem mantendo esse indicador na meta (90% ou mais de testagem para HIV). O percentual de coinfeção TB-HIV encontrado ao longo do tempo tem sido em média 21%, exceto em 2019 que foi de 13% e em 2020 de 15%. Em Porto Alegre a taxa de coinfeção TB/HIV nos CN, em 2020, foi de 19,5%⁽¹¹⁾.

No Quadro 3 deste Relatório, constata-se que dois indicadores da TB não melhoraram ao longo do tempo e pioraram nos últimos anos, são eles:

- a. a proporção de casos de TB diagnosticados em internação hospitalar, serviço de emergência e ambulatórios especializados (linha 8) passando de 73% (2006) para 46% (2010), voltando a crescer 58% (2011), 65% (2012), 61% (2013), 69% (2014), 80% (2015), 74% (2016), 61% (2017), 78% (2018), 66% (2019) e 70% (2020);
- b. o alto percentual de pessoas dos territórios da US da GSC com TB que foram a óbito (em média 12% dos casos), a maioria na internação hospitalar (linha 10), alguns antes de iniciar tratamento ou de confirmar o diagnóstico da doença (média de 5% dos casos). Os óbitos de pessoas com TB por outras causas (comorbidades) foram em média 8% dos casos (variação entre 3% e 14%) e os óbitos por TB foram em média 4% dos casos notificados do território (variação entre 1% e 8%).

Analisando o conjunto de indicadores epidemiológicos e operacionais de encerramento do acompanhamento dos casos de TB conclui-se que é possível implantar em US de APS o controle descentralizado da TB, desde que realizado com o suporte de uma Linha de Cuidado, de um Processo de Educação Permanente e de Protocolos Clínicos específicos para a APS. Observou-se, também, que houve o envolvimento e aceitação dessa atividade por um número significativo de profissionais das equipes o que produziu melhores resultados nas taxas de cura dos casos no SSC quando comparados com a série histórica dos dados de Porto Alegre. Entretanto, o desenvolvimento das ações previstas não ocorreu de forma homogênea nas 12 US, na medida em que algumas apresentam maior comprometimento e investimento por meio de ações concretas para alcançar os indicadores pactuados com a GSC-GHC.

Os esforços da maioria das equipes de saúde somados: (a) à decisão gerencial de descentralização das ações; (b) as atividades constantes de sensibilização sobre a TB realizadas pelo setor de M&A e Serviço de Pneumologia do HNSC; (c) as parcerias institucionais e interinstitucionais; (d) as atividades de educação permanente; (e) as ações de matriciamento realizadas por pneumologista do HNSC e (f) a supervisão indireta e direta realizadas nas US junto com o Serviço de Pneumologia do HNSC, constituem-se nos fatores que mantêm a Linha de Cuidado em funcionamento e permitem o seu aperfeiçoamento ao longo do tempo.

Tendo em vista que alguns indicadores da TB apresentaram resultados abaixo do pactuado é importante compreender os problemas enfrentados pelas equipes ao longo do tempo e os fatores que levaram e/ou impediram um trabalho mais integrado e uma melhor comunicação relacionada a esse tema. Existem interferências que prejudicam o processo de trabalho das equipes, dificultam ou impedem ações para a melhoria dos indicadores monitorados, entre elas: problemas na área física das US, a violência urbana nos territórios que vem interferindo em diversas atividades, a falta de insumos (ex.: PPD) e de recursos humanos (afastamentos, aposentadorias, entre outros), número insuficiente de ACS para os territórios, aumento da demanda geral da APS e fragilidade das redes de apoio como, por exemplo, as de saúde mental e assistência social que não conseguem desenvolver um trabalho integrado e contínuo com APS. É importante destacar que a complexidade do cuidado das pessoas com TB desafia as equipes a realizarem um trabalho que demanda mais tempo (gestão de caso), melhor

nível de comunicação, ações integradas e multidisciplinares. As deficiências referidas reduzem o investimento e a motivação de alguns profissionais para lidar com a vulnerabilidade social/econômica e a falta de rede social de apoio que a maioria das pessoas acometidas pela doença apresentam.

Espera-se que em 2021, com a chegada das vacinas para a Covid-19 e a expectativa da redução do número de casos da doença ocorra a reorganização do processo de trabalho na APS de forma a retomar o investimento das equipes na **busca ativa e oportuna dos SR**. As pessoas com sintomas respiratórios continuarão a ter um acesso diferenciado para avaliação da saúde nas US, por um longo tempo, pois provavelmente o coronavírus (Sars-cov-2) e suas variantes estarão presentes nas comunidades exigindo nossa atenção e cuidados. Entretanto, é necessário que as equipes recomecem a solicitar baciloscopia de escarro para todos SR ou Teste Rápido Molecular para TB (TRM-TB), especialmente aqueles com testagem para Covid-19 negativa. Também, é necessário retomar as atividades de **identificação e investigação dos contatos de caso de TB**, tendo em vista que essa população junto com os SR é onde encontra-se a maioria das pessoas com risco de doença ativa.

Acredita-se que estes dados estimulem a reflexão nas equipes de saúde sobre a necessidade de intensificar os esforços na busca ativa dos SR (integração do trabalho do ACS com a equipe) e no diagnóstico precoce dos casos pulmonares. O desafio para as US da GSC continua sendo intensificar a identificação e avaliação dos SR na comunidade e a investigação dos contatos de caso de TB para o diagnóstico precoce da doença e para instituir o tratamento; implementar tecnologias leves no cuidado como a gestão de caso e o tratamento diretamente observado (TDO) para todas as pessoas acometidas pela doença. Tais ações poderão, além de aumentar o diagnóstico e tratamento precoce de casos de TB na APS, ampliar a vinculação dos usuários com o serviço de saúde, reduzir os percentuais de abandono e falência do tratamento.

Referências

- 1- World Health Organization. The Global Plan to Stop TB 2011-2015: transforming the fight. Towards elimination of tuberculosis. Geneva: WHO; 2011. Disponível em:
http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf
- 2- WHO operational handbook on tuberculosis (Module 1 – Prevention): Tuberculosis preventive treatment . Geneva, World Health Organization. 2020. ISBN 978-92-4-000290-6 (electronic version). Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331525/9789240002906-eng.pdf>
- 3- World Health Organization. Global tuberculosis report 2016. Geneva: WHO; 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250441/9789241565394-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 4- World Health Organization. Global tuberculosis report 2019. Geneva: WHO; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565714>
- 5- World Health Organization. Global tuberculosis report 2020. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>
- 6- World Health Organization. Global tuberculosis report 2021. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre de Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf
- 8- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Vol 49, n 11, Mar. 2018. Disponível em:
<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Tuberculose: 2020. Número Especial, Mar. 2020. Disponível em:
<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/Boletim-tuberculose-2020-marcas--1-.pdf>
- 10- Brasil, Ministério da Saúde. DATASUS. TABNET. Tuberculose - casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação – Brasil. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercbr.def>
- 11- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. Tuberculose: 2021. Número Especial. Mar. 2021. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/24/boletim-tuberculose-2021_24.03
- 12- Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS-POA). Coordenadoria Geral de Vigilância à Saúde (CGVS). Boletim Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Ano X, nº 36, fevereiro de 2008.

13- Ferreira SRS, Ferreira RLT, Glasenapp R, Flores R. Linha de Cuidado da Tuberculose: trabalhando na perspectiva da construção de redes de atenção à Saúde. In Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Tuberculose na Atenção Primária à Saúde. organização Ferreira, Sandra Rejane Soares et al; 4. ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2017. p. 37-64.

14- Ministério da Saúde (Brasil). Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Serviço de Saúde Comunitária. Linha de Cuidado para atenção às pessoas com tuberculose na Gerência de Saúde Comunitária do GHC. Organizado por Ferreira, Sandra Rejane Soares. 3ª ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2018.

6. MORBIDADE HOSPITALAR

Maria Lucia Medeiros Lenz



A hospitalização, além de gerar sofrimento familiar importante, é um evento de custo elevado e que, muitas vezes, pode ser prevenida com ações na APS. Assim, o número de internações e os motivos pelos quais as pessoas hospitalizam são importantes indicadores para avaliar alguns resultados dos serviços de APS²⁵ e apontar aspectos que podem ser aperfeiçoados.

As informações apresentadas a seguir referem-se às internações de usuários do SSC, ocorridas nos hospitais do GHC, em 2020. São apresentadas as internações em todas as faixas etárias, e a seguir as internações ocorridas entre usuários com 19 ou mais anos de idade e os com 0 a 18 anos. Esse segundo grupo representa as crianças e adolescentes em vigilância pelo Programa De Volta pra Casa.

6.1 INTERNAÇÕES EM TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS

A distribuição de todas as internações dos usuários cadastrados no SSC, por US, ocorridas nos hospitais de GHC pode ser observada na Tabela 40.

²⁵ STARFIELD, B. PRIMARY CARE. **Concepts, Evolution and Policy**. Oxford University Press, New York, 1992.

Tabela 40 - Distribuição das internações dos cadastrados no SSC com 19 ou mais anos de idade e os de 0 a 18 anos de idade, nos quatro hospitais do GHC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	total de internações	com 19 ou + anos		de 0 a 18 anos	
	n	n	%	n	%
Consultório na Rua	51	51	100	-	-
Conceição	484	432	89	52	11
Vila Floresta	325	283	87	42	13
Divina Providência	176	145	82	31	18
Sesc	206	175	85	31	15
Barão de Bagé	110	100	91	10	9
Jardim Leopoldina	402	354	88	48	12
Parque dos Maías	333	277	83	56	17
Jardim Itu	243	227	93	16	7
Santíssima Trindade	211	159	75	52	25
NSA	242	202	83	40	17
Coinma	174	145	83	29	17
Costa e Silva	192	167	87	25	13
SSC	3149	2717	86	432	14

As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) referem-se àquelas condições em que a APS efetiva e a tempo pode evitar internações, prevenindo enfermidades (como as doenças imunopreveníveis), tratando precocemente doenças agudas (como a pneumonia) ou controlando as condições crônicas (como a asma).²⁶ As internações por CSAP são utilizadas para comparar o desempenho de diferentes serviços de saúde, avaliar efeitos de políticas de saúde e parte da sua resolutividade, qualidade e acessibilidade da APS.²⁷ A Tabela 41 apresenta o percentual de internação por CSAP por US do SSC e a Tabela 42 a série histórica dos motivos de internações por CSAP do SSC.

Tabela 41 - Distribuição do total das internações e das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária entre os cadastrados no SSC, nos quatro hospitais do GHC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	total de internações	Internações por CSAP		Internações por motivos não CSAP	
		n	%	n	%
Consultório na Rua	51	17	33	34	67
Conceição	484	78	16	406	84
Vila Floresta	325	48	15	277	85
Divina Providência	176	20	11	156	89
Sesc	206	30	15	176	85
Barão de Bagé	110	14	13	96	87
Jardim Leopoldina	402	54	13	348	87
Parque dos Maías	333	39	12	294	88
Jardim Itu	243	49	20	194	80
Santíssima Trindade	211	42	20	169	80
NSA	242	41	17	201	83
Coinma	174	27	16	147	84
Costa e Silva	192	26	14	166	86
SSC	3149	485	15	2664	85

²⁶ BILLINGS, J. ANDERSON, G. NEWMAN L. Recent findings on preventable hospitalizations. **Health Aff**; n.15, p. 239-49, 1996;

²⁷ ALFRADIQUE et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir desempenho do sistema de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun, 2009

Tabela 42 - Série histórica (2010 a 2020) da distribuição das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em cadastrados no SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1. Doenças infecciosas e parasitárias	28	37	35	21	25	19	13	13	18	15	14
1.1 Doenças imunizáveis	13	10	12	6	6	6	6	3	3	2	1
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	15	27	23	15	19	13	7	10	15	13	13
2. GEA infecciosas e suas complicações	41	43	29	27	21	24	22	34	23	28	25
3. Anemia ferropriva	2	2	2	3	3	7	2	3	4	4	1
4. Deficiências nutricionais	3	1	1	3	1	2	4	0	1	0	4
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	60	44	28	31	15	23	28	18	23	19	4
6. Pneumonias bacterianas	194	111	105	80	83	86	91	72	107	73	43
7. Asma	142	126	89	59	67	62	60	86	73	68	25
8. Doenças vias aéreas inferiores	58	45	33	23	19	25	40	27	36	31	31
9. Hipertensão	12	6	6	2	6	3	7	5	2	7	4
10. Angina pectoris	20	12	12	20	21	23	24	28	23	11	13
11. Insuficiência Cardíaca	93	50	43	48	51	49	52	57	57	51	35
12. Doenças cerebrovasculares	106	89	92	102	79	80	85	91	84	83	77
13. Diabetes Melito	52	47	27	38	25	35	21	28	28	29	28
14. Epilepsia	44	44	30	37	27	40	34	19	25	23	30
15. Infecção do rim e trato urinário	104	79	63	66	61	63	71	50	52	62	36
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	48	51	36	41	48	62	47	61	48	69	60
17. Doença inflamatória pélvica feminina	26	19	16	14	10	10	8	16	7	7	4
18. Úlceras gastrointestinais	38	30	21	20	26	24	26	23	50	20	26
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	24	10	12	13	16	17	22	15	18	10	22
19.1 Infecções urinárias na gestação	19	4	5	5	8	6	2	3	2	1	0
19.2 Sífilis congênita	5	6	7	8	8	11	20	12	16	9	22
19.3 Rubéola congênita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20. Câncer do colo do útero	7	9	3	12	5	-	7	3	5	3	30
Total de internações por CSAP	1102	855	683	660	609	654	664	649	684	613	485
	(24%)	(23%)	(21%)	(20%)	(20%)	(19%)	(19%)	(18%)	(19%)	(17%)	(15%)
Total de internações	4676	3711	3267	3365	3119	3405	3451	3573	3624	3534	3149

6.2 MORBIDADE HOSPITALAR DO ADULTO

Na Tabela 43, apresenta-se a distribuição das internações em maiores de dezoito anos, série histórica, cujos diagnósticos tratam-se de CSAP. E a Tabela 44 a distribuição das condições sensíveis por US do SSC.

Tabela 43 - Série histórica (2010 a 2020) da distribuição das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em usuários com 19 ou mais anos de idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1. Doenças infecciosas e parasitárias	13	27	22	16	22	15	10	10	16	14	14
1.1 Doenças imunizáveis	1	2	2	1	4	5	4	0	1	2	1
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	12	25	20	15	18	10	6	10	15	12	13
2. GEA infecciosas e suas complicações	13	12	9	5	8	11	7	18	14	12	18
3. Anemia ferropriva	1	2	2	3	2	7	2	2	4	4	1
4. Deficiências nutricionais	3	0	1	1	1	1	3	0	0	0	3
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	1	4	5	4	3	3	3	1	3	5	2
6. Pneumonias bacterianas	135	79	71	55	58	53	62	64	78	53	39
7. Asma	7	8	2	1	2	4	4	5	9	9	5
8. Doenças vias aéreas inferiores	57	43	32	22	19	25	40	26	36	31	31
9. Hipertensão	12	6	6	1	6	3	7	5	2	7	4
10. Angina pectoris	20	12	12	20	21	23	24	28	23	11	13
11. Insuficiência Cardíaca	93	50	43	48	50	49	52	56	57	51	35
12. Doenças cerebrovasculares	106	87	92	102	79	79	85	91	84	83	77
13. Diabetes Melito	49	42	26	37	22	32	21	23	28	26	20
14. Epilepsia	11	16	8	16	11	12	14	8	11	14	16
15. Infecção do rim e trato urinário	71	53	40	46	56	41	57	42	35	48	25
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	30	35	24	24	25	42	37	48	39	51	43
17. Doença inflamatória pélvica feminina	24	17	16	11	9	10	8	15	6	7	4
18. Úlceras gastrointestinais	37	30	21	20	26	24	26	23	50	20	25
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	15	2	2	3	7	5	2	3	2	1	0
19.1 Infecções urinárias na gestação	15	2	2	3	7	5	2	3	2	1	0
20. Câncer do colo do útero	7	9	3	12	5	0	7	3	5	3	3
Total de internações por CSAP	705	534	437	447	432	439	471	471	502	450	378
	(19%)	(19%)	(18%)	(17%)	(18%)	(17%)	(17%)	(16%)	(17%)	(15%)	(14%)
Total de internações	3623	2791	2464	2590	2449	2632	2733	2941	2920	2905	2717

Tabela 44 - Distribuição das internações por condições sensíveis à APS em usuários com 19 ou mais anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	Consultório na Rua	Conceição	Floresta	Divina Providência	Sesc	Barão de Bagé	Jardim Leopoldina	Parque dos Maia	Jardim Iú	Santíssima Trindade	NSA	Coima	Costa e Silva	Total
1. Doenças infecciosas e parasitárias	4	1	0	0	3	0	1	0	0	1	2	2	0	14
1.1 Doenças imunizáveis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	3	1	0	0	3	0	1	0	0	1	2	2	0	13
2. GEA infecciosas e suas complicações	4	4	3	3	0	0	0	2	1	0	0	1	0	18
3. Anemia ferropriva	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
4. Deficiências nutricionais	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
6. Pneumonias bacterianas	4	6	2	1	3	2	7	2	4	0	2	3	3	39
7. Asma	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	5
8. Doenças vias aéreas inferiores	0	4	8	0	0	0	2	1	3	3	7	2	1	31
9. Hipertensão	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4
10. Angina pectoris	0	2	2	1	0	0	1	0	0	4	3	0	0	13
11. Insuficiência Cardíaca	1	6	11	0	1	0	2	2	5	1	4	1	1	35
12. Doenças cerebrovasculares	0	13	9	0	4	2	12	8	14	4	5	3	3	77
13. Diabetes Melito	0	3	1	2	2	0	4	2	0	1	2	2	1	20
14. Epilepsia	0	2	1	0	2	0	1	2	3	1	1	1	2	16
15. Infecção do rim e trato urinário	0	11	0	2	0	0	2	1	0	3	2	3	1	25
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	1	3	5	1	5	5	3	4	5	4	1	2	4	43
17. Doença inflamatória pélvica feminina	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	4
18. Úlceras gastrointestinais	1	10	1	2	1	0	2	1	3	0	2	0	2	25
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19.1 Infecções urinárias na gestação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20. Câncer do colo do útero	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3
Total de internações por CSAP	17	69	45	14	22	11	39	26	40	24	32	20	19	378
Total de internações	51	432	283	145	175	100	354	277	227	159	202	145	167	2717

Tabela 45 - Distribuição das internações por COVID-19 (CID's B342 e B972) dos usuários cadastrados no SSC com mais de 18 anos nos hospitais do GHC dos usuários cadastrados no SSC/GHC, por mês, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	Total
Consultório na Rua	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Conceição	-	-	-	-	3	3	7	3	1	3	2	6	28
Vila Floresta	-	-	-	-	-	2	6	4	-	1	1	1	15
Divina Providência	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2
Sesc	-	-	-	-	-	-	2	1	1	-	-	2	6
Barão de Bagé	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2
Jardim Leopoldina	-	-	-	1	-	1	2	2	2	1	1	3	13
Parque dos Maias	-	-	-	-	-	3	1	2	1	1	4	2	14
Jardim Itu	-	-	1	-	-	-	2	3	2	4	-	-	12
Santíssima Trindade	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2
NSA	-	-	-	-	-	-	1	2	-	1	2	2	8
Coinma	-	-	-	1	-	-	4	2	-	-	-	1	8
Costa e Silva	-	-	-	-	-	-	2	1	-	2	1	-	6
SSC/GHC	-	-	1	2	3	9	27	22	8	14	11	20	117

6.3 MORBIDADE HOSPITALAR NAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PROGRAMA DE VOLTA PRA CASA

6.3.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS

O programa *De Volta pra Casa* é dirigido a menores de 19 anos de idade que hospitalizam e tem como objetivo diminuir o número de internações e reinternações, especialmente por CSAP, através da realização de adequadas ações de vigilância à saúde em APS.

Os indicadores acompanhados são: a) proporção de hospitalizações; b) proporção de internações por CSAP; c) tempo decorrido entre a hospitalização e o contato da equipe de saúde com a família.

O tempo decorrido entre a hospitalização e o contato com a família foi um dos indicadores pactuados pela coordenação do SSC em 2008 e 2009, e a meta estabelecida foi que 85% das famílias sejam contatadas em um período inferior a dez dias, a partir da data da internação. Quanto às proporções de hospitalização e de internações sensíveis à APS o programa não tem metas fixadas, mas busca-se a sua constante redução.

6.3.2 RESULTADOS

Nos últimos 11 anos ocorreram 8.087 internações em menores de 19 anos entre os usuários do SSC, nos hospitais do GHC. Sendo assim, uma média de 735 internações em menores de 19 anos ocorre a cada ano no GHC. Em 2020, houve 432 internações em menores de 19 anos de idade (Tabela 49). A distribuição das internações conforme a idade da criança/adolescente pode ser observada na tabela 46.

Tabela 46 - Série histórica (2010 a 2020) da distribuição das internações dos usuários de 0 a 18 anos nos quatro hospitais do GHC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

Ano	Internações	
	n	% de internações na população do território ¹
2010	1051	4,8
2011	920	4,2
2012	800	3,6
2013	774	3,5
2014	669	3,0
2015	773	3,5
2016	717	3,3
2017	619	2,8
2018	704	3,2
2019	629	2,9
2020	432	2,0
Total	8087	-

Notas:

1 – a população de 0 a 18 anos no SSC segundo IBGE 2010 é de 22.018 pessoas.

Embora o percentual médio de internação no SSC seja de 2,0% da população com menos de 19 anos de idade, a variação desse resultado nas unidades do SSC é significativa, entre 0,8% na US Jardim Itú e 4,2%, na US Santíssima Trindade (Tabela 47).

Tabela 47 - Distribuição da população e das internações em usuários de zero a dezoito anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	População de 0 a 18 anos do território	Internações em 2020	
	n	n	%
Conceição	3359	52	1,5
Vila Floresta	3026	42	1,4
Divina Providência	1355	31	2,3
Sesc	1258	31	2,5
Barão de Bagé	972	10	1,0
Jardim Leopoldina	2640	48	1,8
Parque dos Maias	2568	56	2,2
Jardim Itú	2048	16	0,8
Santíssima Trindade	1244	52	4,2
NSA	1079	40	3,7
Coinma	1225	29	2,4
Costa e Silva	1244	25	2,0
SSC	22018	432	2,0

Tabela 48 - Distribuição das internações em usuários de zero a dezoito anos de idade, por idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

idade em anos	internações		
	n	%	cumulativa (%)
menor de 1 ano	189	44	-
1	31	7	51
2	22	5	56
3	7	2	58
4	9	2	60
5	16	4	63
6	19	4	68
7	11	3	70
8	12	3	73
9	13	3	76
10	11	3	79
11	7	2	80
12	12	3	83
13	9	2	85
14	6	1	87
15	8	2	88
16	11	3	91
17	15	3	94
18	24	6	100
Total	432	100	-

6.3.2.1 HOSPITALIZAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)

Em 2020, 107 (25%) das 432 internações em menores de 19 anos de idade foram por CSAP. O Gráfico 17 apresenta série histórica (2010 a 2020) do percentual de internações por CSAP nos quatro hospitais do GHC, entre moradores menores de 19 anos do território do SSC. A Tabela 49 evidencia a proporção de internação por CSAP por US do SSC e a Tabela 50 uma série histórica dos motivos de internação por CSAP. Em 2020, com a redução significativa de internações por asma em decorrência da pandemia do Covid19, a sífilis congênita foi o primeiro motivo de internação por CSAPS.

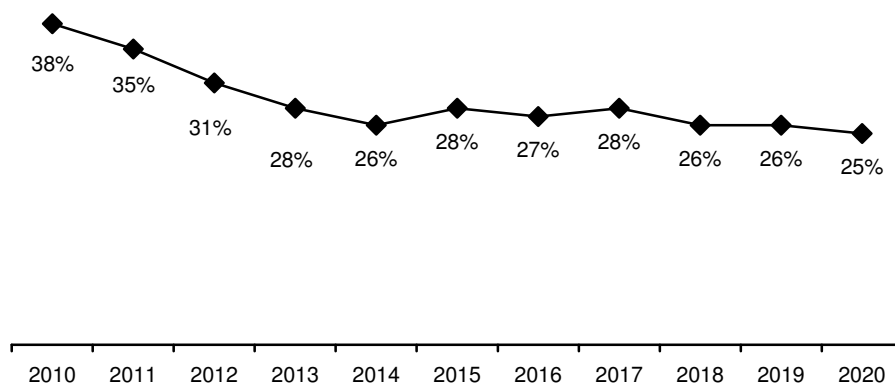
Gráfico 17 - Série histórica (2010 a 2020) da frequência de internação por condições sensíveis de atenção ambulatorial (CSAP) em usuários de zero a dezoito anos de idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS

Tabela 49 - Distribuição das internações por condições sensíveis e não sensíveis à APS em usuários de zero a dezoito anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	internação por CSAP		internação por motivos não CSAP		total de internações
	n	%	n	%	n
Conceição	9	17	43	83	52
Vila Floresta	3	7	39	93	42
Divina Providência	6	19	25	81	31
Sesc	8	26	23	74	31
Barão de Bagé	3	30	7	70	10
Jardim Leopoldina	15	31	33	69	48
Parque dos Maias	13	23	43	77	56
Jardim Itu	9	56	7	44	16
Santíssima Trindade	18	35	34	65	52
NSA	9	23	31	78	40
Coinma	7	24	22	76	29
Costa e Silva	7	28	18	72	25
SSC	107	25	325	75	432

Tabela 50 - Série histórica (2010 a 2020) da distribuição das internações por CSAP em usuários de zero a dezoito anos de idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1. Doenças infecciosas e parasitárias	15	10	13	5	3	4	3	3	2	1	0
1.1 Doenças imunizáveis	12	8	10	5	2	1	2	3	2	1	0
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	3	2	3	0	1	3	1	0	0	0	0
2. GEA infecciosas e suas complicações	28	31	20	22	13	13	15	16	9	16	7
3. Anemia ferropriva	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
4. Deficiências nutricionais	0	1	0	2	0	1	1	0	1	0	1
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	59	40	23	27	12	20	25	16	20	14	2
6. Pneumonias bacterianas	59	32	34	25	25	33	29	8	29	20	4
7. Asma	135	118	87	58	65	58	56	81	64	59	20
8. Doenças vias aéreas inferiores	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0
9. Hipertensão	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
10. Angina pectoris	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11. Insuficiência Cardíaca	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
12. Doenças cerebrovasculares	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
13. Diabetes Melito	3	5	1	1	3	3	0	5	0	3	8
14. Epilepsia	33	28	22	21	16	28	20	10	14	9	14
15. Infecção do rim e trato urinário	33	26	23	20	5	22	14	7	17	14	11
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	18	16	12	17	23	20	10	13	9	18	17
17. Doença inflamatória pélvica feminina	2	2	0	3	1	0	0	1	1	0	0
18. Úlceras gasotrointestinais	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	9	8	10	10	9	12	20	12	16	9	22
19.1 Infecções urinárias na gestação	4	2	3	2	1	1	0	0	0	0	0
19.2 Sífilis congênita	5	6	7	8	8	11	20	12	16	9	22
19.3 Rubéola congênita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20. Câncer do colo do útero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de internações por CSAP	397 (38%)	321 (35%)	246 (31%)	213 (28%)	177 (26%)	215 (28%)	193 (27%)	178 (28%)	182 (26%)	163 (26%)	107 (25%)
Total de internações	1051	920	807	775	670	773	718	632	704	629	432

Tabela 51 - Distribuição das internações por CSAP em usuários de zero a 18 anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	Conceição	Floresta	Divina Providência	Sesc	Barão de Bagé	Jardim Leopoldina	Parque dos Matias	Jardim Itú	Santíssima Trindade	NSA	Coima	Costa e Silva	Total
1. Doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.1 Doenças imunizáveis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. GEA infecciosas e suas complicações	0	0	2	0	0	0	0	1	1	1	1	1	7
3. Anemia ferropriva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Deficiências nutricionais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
6. Pneumonias bacterianas	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	4
7. Asma	2	1	0	3	1	2	2	0	4	2	2	1	20
8. Doenças vias aéreas inferiores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9. Hipertensão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10. Angina pectoris	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11. Insuficiência Cardíaca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12. Doenças cerebrovasculares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13. Diabetes Melito	0	0	0	0	0	2	3	0	0	1	2	0	8
14. Epilepsia	2	0	0	1	0	4	2	4	1	0	0	0	14
15. Infecção do rim e trato urinário	1	0	1	0	1	3	2	0	2	0	1	0	11
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	1	1	1	2	0	0	2	2	5	2	1	0	17
17. Doença inflamatória pélvica feminina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18. Úlceras gastrointestinais	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	3	1	2	2	1	3	1	1	4	1	0	3	22
19.1 Infecções urinárias na gestação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19.2 Sífilis congênita	3	1	2	2	1	3	1	1	4	1	0	3	22
19.3 Rubéola congênita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20. Câncer do colo do útero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de internações por CSAP	9	3	6	8	3	15	13	9	18	9	7	7	107
Total de internações	52	42	31	31	10	48	56	16	52	40	29	25	432

6.3.2.2 TEMPO DECORRIDO ENTRE A INTERNAÇÃO E O CONTATO DA EQUIPE COM A FAMÍLIA

As famílias consideram o contato com a equipe de saúde após a internação uma das ações mais importantes do Programa De Volta pra Casa. Esse momento é reconhecido pelas famílias como um apoio fundamental prestado pelas equipes, pois ocorre justamente em um período de vulnerabilidade. Conclui-se, portanto que o acesso facilitado aos serviços de saúde torna-se fundamental para a superação de inúmeras dificuldades.

Para calcular esse indicador utiliza-se a diferença entre a data de contato da equipe de APS com a família e a data de internação e calcula-se o percentual de contatos realizados no prazo de dez dias.

Na Tabela 52, observa-se a distribuição da frequência dos contatos ocorridos até 10 dias da data da internação das diferentes equipes de saúde do SSC com suas famílias.

Tabela 52 - Distribuição da frequência dos contatos ocorridos até 10 dias em usuários de zero a dezoito anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	contato até 10 dias		total de contatos
	n	%	
Conceição	6	67	9
Vila Floresta	13	42	31
Divina Providência	21	78	27
Sesc	23	88	26
Barão de Bagé	6	75	8
Jardim Leopoldina	27	66	41
Parque dos Maias	9	38	24
Jardim Itu	9	64	14
Santíssima Trindade	21	51	41
NSA	1	25	4
Coinma	5	42	12
Costa e Silva	16	89	18
SSC	157	62	255

6.3.2.3 INTERNAÇÕES EM MENORES DE UM ANO DE IDADE

As internações de menores de um ano de idade (189) representam 44% do total das internações ocorridas entre usuários de zero a dezoito anos de idade (Tabela 48). Dois terços das internações nesta faixa etária ocorre por causas perinatais (Tabela 53). O primeiro ano de vida é um período de grande vulnerabilidade e as crianças devem ser acompanhadas mais de perto por ações que promovam a saúde, previnam doenças e também suas consequências.

Tabela 53 - Série histórica (2010 a 2020) da distribuição das internações no GHC de menores de um ano de idade do SSC por capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID). SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

Capítulos da CID10	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1 - Doenças Infecciosas e parasitárias	26	23	23	26	23	28	28	27	34	19	27
2- Neoplasias	1	3	2	1	0	0	0	0	4	0	0
3- Hematológicas, Imunológicas	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4- Endócrinas, nutricionais/metabólicas	8	7	2	5	4	3	4	4	6	6	8
5 Transtornos mentais e comportamentais	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6- Doenças do Sistema Nervoso	4	7	7	5	6	4	7	7	4	2	3
7- Doenças dos olhos e anexos	3	0	0	0	0	1	4	1	0	0	1
8- Doenças do ouvido e mastóide	5	3	1	4	0	0	3	3	4	2	0
9- Doenças circulatórias	4	0	1	1	3	0	0	0	1	0	0
10- Doenças do aparelho respiratório	125	115	117	81	68	88	89	61	91	80	6
11- Doenças do aparelho digestivo	18	16	6	9	2	8	11	9	4	2	3
12- Doenças da pele e tecido subcutâneo	4	5	2	5	0	3	4	2	2	1	3
13- Doenças osteomusculares e tecido conjuntivo	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
14- Doenças genito-urinárias	11	6	6	6	1	11	8	3	11	5	7
16- Doenças perinatais	125	100	108	90	95	103	108	99	85	87	110
17- Malformações ou anomalias cromossômicas	6	5	4	2	6	3	8	4	5	8	3
18- Sintomas, sinais, exames anormais	12	21	15	20	9	13	19	10	15	6	11
19- Lesões, envenenamentos	3	3	4	6	3	3	5	8	1	6	2
20- Causas externas	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0
21- Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços	3	2	3	2	1	4	7	2	5	2	5
SSC	360	320	301	263	221	272	306	240	274	226	189

6.4 COMENTÁRIOS

Os motivos e as frequências de internações são indicadores importantes para avaliar e aperfeiçoar as práticas em serviços de APS.

Diversos estudos demonstram que os principais fatores relacionados às hospitalizações são: pobreza, cor negra, baixa escolaridade dos pais, pouco acesso a atendimento ambulatorial, baixa resolutividade das consultas, não consultar com o mesmo médico, residir em área urbana, inexistência de hospital próximo ao local de moradia, disponibilidade de leitos hospitalares, sexo masculino, baixo peso ao nascer, comportamento médico e familiar.²⁸ As internações por CSAP são utilizadas para monitorar e avaliar serviços e ações de saúde, uma vez que alguns desses fatores implicados relacionam-se diretamente com os princípios da APS.

Internações em todas as faixas etárias e especificamente em adultos

Em 2020, 3.149 internações ocorreram entre moradores do território do SSC, o que demonstra uma redução de 385 internações em relação ao ano anterior, quando ainda não havia iniciado a Pandemia do Covid-19. No entanto a proporção de internações por CSAP (15%) manteve-se semelhante aos anos anteriores, com tendência de diminuição ao longo dos últimos 11 anos (Tabela 42).

Os motivos mais frequentes de internações por CSAP em todas as faixas etárias foram: 1ª) doença cerebrovascular, 2ª) infecções de pele, 3ª) pneumonia. Essas três causas correspondem a 37% das internações por CSAP (Tabela 42).

Entre os usuários adultos (19 anos ou mais) o percentual de internação por CSAP foi de 14%, resultado semelhante aos alcançados em anos anteriores. As cinco condições sensíveis mais frequentes que levaram adultos a internarem nos hospitais de GHC foram: doenças cerebrovasculares, infecções de pele, pneumonias bacterianas e Insuficiência cardíaca. As doenças cardiovasculares (hipertensão, angina, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e diabetes melito) correspondem a 39% das internações por CSAP (Tabela 43).

Internações em usuários de 0 a 18 anos de idade: De Volta pra Casa

Em 2020, 2,0% de internação foram de usuários com idade entre 0 e 18 anos. Esta informação é de difícil comparação com outros estudos e entre as US do SSC, uma vez que identificou-se apenas as internações ocorridas nos hospitais do GHC (Tabela 46).

O principal motivo de internação por CSAP, com a redução de internações por asma devido a pandemia no ano de 2020, foi sífilis congênita. A incidência de sífilis adquirida cresceu em todo o mundo e é muito alta no Brasil. Nos EUA e no Brasil a incidência é 8,7 e 43/100.000, respectivamente. Acredita-se que a consulta pré-concepcional deve ser estimulada no sentido de evitar tantas gestantes com sífilis. Os critérios de diagnóstico e os motivos que levaram as crianças expostas à sífilis necessitarem hospitalização como a falta de tratamento do parceiro e/ou a reinfecção da gestante, refletem a necessidade de constantemente rever formas de vigilância e de abordagem dos casos.

²⁸ LENZ, MLM; PIRES, NBV; FLORES, R; STEIN, AT. Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de APS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Ministério da Saúde, junho de 2008.

7. NECESSIDADES EM SAÚDE: DIAGNÓSTICOS E PROBLEMAS FREQUENTES NOS AMBULATÓRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE

Rui Flores



Este Capítulo apresenta os problemas/necessidades em saúde mais freqüentemente identificados/as pelas equipes nas atividades clínico-ambulatoriais. Refere-se aos atendimentos/consultas em que foram preenchidos códigos da Classificação Internacional de Doenças – CID 10 no *Boletim de Atendimento*.

O termo ‘necessidades em saúde’ é utilizado preferencialmente porque a população busca as equipes de saúde para situações que vão além de ‘diagnósticos’ e de ‘problemas’, constituindo-se, freqüentemente, em ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Por exemplo, uma gravidez desejada e saudável ou a utilização dos serviços de saúde para imunizações não se caracterizam como ‘problema’.

Espera-se que a divulgação destes dados possa aperfeiçoar a qualidade da informação, melhorar o conhecimento sobre as necessidades da população e contribuir para o planejamento dos serviços.

A seguir são apresentadas tabelas com os diagnósticos e problemas agrupados por capítulos da CID (uma tabela para o SSC e outra para as US), os 30 diagnósticos e problemas mais freqüentes (para o SSC e para as US) e dados das atividades coletivas das US e dos CAPS.

Tabela 54 - Distribuição dos diagnósticos e problemas freqüentes por capítulo da CID por mês.
SSC/GHC, Porto Alegre, RS

Capítulos da CID	meses												Total
	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	
21. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	12154	9530	9581	6964	9339	11443	11333	11420	13435	15718	16091	15581	142589
1. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	677	489	818	407	463	839	1388	1912	1658	1618	2138	2605	15012
11. Doenças do aparelho digestivo	1990	1715	1127	198	334	376	429	806	1067	1255	1278	1069	11644
5. Transtornos mentais e comportamentais	1522	1031	1186	738	822	923	736	794	863	905	890	778	11188
18. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	1012	685	838	563	824	899	855	894	978	1074	957	867	10446
9. Doenças do aparelho circulatório	1956	1416	1170	382	419	413	293	326	364	415	439	354	7947
13. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	948	796	658	352	439	602	497	591	662	641	704	577	7467
10. Doenças do aparelho respiratório	652	529	1365	514	387	454	449	364	310	323	269	201	5817
4. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1199	878	673	167	252	297	206	264	268	369	336	320	5229
14. Doenças do aparelho geniturinário	645	458	502	284	352	392	341	350	408	413	353	274	4772
12. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	564	508	316	254	315	381	377	298	336	334	306	325	4314
19. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	218	166	144	91	132	180	125	191	171	177	168	185	1948
8. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	228	167	162	109	102	117	126	84	142	140	137	136	1650
6. Doenças do sistema nervoso	207	157	133	66	89	112	103	93	93	105	86	57	1301
7. Doenças do olho e anexos	199	158	120	40	58	86	58	72	99	97	88	73	1148
2. Neoplasias (tumores)	71	61	52	25	49	47	51	48	73	61	78	65	681
20. Causas externas de morbidade e mortalidade	48	32	34	12	47	36	28	46	31	46	38	44	442
3. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	39	42	31	7	20	15	16	15	20	26	27	21	279
15. Gravidez, parto e puerpério	24	24	21	20	32	25	13	18	15	25	14	16	247
17. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	13	14	15	4	6	7	8	4	7	11	10	13	112
16. Algumas afecções originadas no período perinatal	10	7	3	3	7	4	5	1	1	2	2	6	51
SSC	24376	18863	18949	11200	14488	17648	17437	18591	21001	23755	24409	23567	234284

Tabela 55 - Distribuição dos diagnósticos e problemas frequentes por capítulo da CID, por US.
SSC/GHC, Porto Alegre, RS

	Consultório na Rua	Conceição	Floresta	Divina Providência	Sesc	Barão de Bage	Jardim Leopoldina	Parque dos Matias	Jardim Itú	Santíssima Trindade	NSA	Coima	Costa e Silva	Total
21. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	1965	16283	16845	12793	13907	9446	15752	11425	10085	7236	7263	13391	6198	142589
1. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	54	1152	2430	837	1027	1327	1316	1309	1218	1313	1351	798	880	15012
11. Doenças do aparelho digestivo		1433	1112	1149	1212	382	1049	1309	999	1095	974	587	343	11644
5. Transtornos mentais e comportamentais	474	2212	1496	271	884	642	1064	502	865	498	427	1154	699	11188
18. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	21	1008	1859	652	445	783	932	957	1020	812	625	540	792	10446
9. Doenças do aparelho circulatório		1904	924	382	641	412	834	608	636	510	293	315	488	7947
13. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2	797	728	280	523	583	734	720	811	431	662	564	632	7467
10. Doenças do aparelho respiratório		488	535	209	599	521	534	590	499	572	308	554	408	5817
4. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2	928	564	235	349	370	722	319	588	356	213	267	316	5229
14. Doenças do aparelho geniturinário	2	574	428	168	289	462	508	499	510	363	316	354	299	4772
12. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	291	277	262	260	393	325	440	496	414	309	481	365	4314
19. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	12	126	161	115	127	194	176	203	173	189	175	140	157	1948
8. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	128	208	60	116	153	145	180	228	108	93	126	104	1650
6. Doenças do sistema nervoso	1	175	183	35	145	117	100	84	108	83	87	108	75	1301
7. Doenças do olho e anexos	4	161	97	62	76	87	139	127	121	80	69	78	47	1148
2. Neoplasias (tumores)	9	95	63	19	57	45	94	53	75	23	58	43	47	681
20. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	31	90	28	14	44	27	28	58	38	33	27	23	442
3. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários		36	21	11	24	37	44	16	16	19	15	21	19	279
15. Gravidez, parto e puerpério	1	14	17	9	18	28	21	24	18	28	21	25	23	247
17. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas		10	11	2	9	8	16	10	7	16	6	11	6	112
16. Algumas afecções originadas no período perinatal		2	1	2	3	5	5	8	2	6	10	1	6	51
SSC	2550	27848	28050	17581	20725	16039	24537	19411	18533	14190	13308	19585	11927	234284

Tabela 56 - Distribuição dos trinta diagnósticos ou problemas mais frequentes, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	Consultório na Rua	Conceição	Floresta	Divina Providência	Sesc	Barão de Bagé	Jardim Leopoldina	Parque dos Maia	Jardim Itú	Santíssima Trindade	NSA	Coima	Costa e Silva	Total
Z76.9 Pessoa cont serv saude em circunstancias NE	56	7319	10186	6943	8126	4242	6861	3366	1647	2845	1323	5740	2015	60669
Z76.0 Emissao de prescricao de repeticao		1841	879	2169	2171	1784	2796	2441	3735	668	1411	1408	843	22146
B34.9 Infecç viral NE		809	1616	637	483	712	643	804	793	800	920	490	555	9262
Z00.0 Exame medico geral	10	803	399	21	179	532	1034	912	249	333	739	1265	1071	7547
I10 Hipertensao essencial		1462	706	339	498	277	680	477	389	410	196	210	369	6013
Z76.8 Cont serv saude p/outr circunstancias espec	37	369	481	555	45	483	860	144	594	251	482	50	62	4413
Z00 Exame geral invest pess s/queix diagn relat		1622	265	17	52	198	169	559	26	193	373	461	68	4003
Z01.2 Exame dentario		455	251	188	465	55	299	288	352	241	279	184	110	3167
Z71.9 Aconselhamento NE	1548	60	101	314		26	23	66	5	5	27	651	153	2979
Z76 Pessoas cont serv saude em outr circunst		451	220	301	512	35	321	108	36	33	32	845	20	2914
Z00.1 Exame de rotina de saude da crianca		263	253	253	248	117	340	262	266	212	248	161	228	2851
Z34.9 Supervisao de gravidez normal NE		228	188	181	249	131	304	244	120	211	258	51	151	2316
Z71 Pess cont serv saud outr acons cons med NCOP		11	1259	1		68	888	8	4	8	5	35	1	2288
Z71.2 Pessoa que consulta p/explic achados exame		387	166	468	45	38	88	170	445	66	234	4	23	2134
Z01.4 Exame ginecologico		258	98	65	283	74	178	129	109	82	288	165	126	1855
M54.5 Dor lombar baixa	1	157	149	76	85	100	172	137	200	133	227	136	111	1684
Z71.3 Aconselhamento e supervisao dieteticos	4	133	97	45	54	102	192	346	149	196	37	121	52	1528
E11 Diabetes mellitus nao-insulino-dependente		238	172	130	99	71	198	64	84	98	38	51	48	1291
K02 Carie dentaria		81	129	84	107	47	116	146	100	130	108	83	14	1145
B34.2 Infecç p/coronavirus NE		32	447	12	76	59	226	58	22	35	134	17	17	1135
K03.6 Depositos nos dentes		95	119	80	83	36	145	119	154	99	78	94	24	1126
Z75.2 Outr periodo de espera p/invest e tratamento		86	160	94	127	21	104	96	172	88	80	29	47	1104
F32 Episodios depressivos		290	186	28	68	49	180	62	64	22	29	62	54	1094
Z48.0 Cuidados a curativos e suturas cirurgicas	1	56	356	53	77	115	10	30	26	19	13	310	7	1073
J00 Nasofaringite aguda		61	84	5	29	57	84	111	135	135	36	239	43	1019
Z34 Supervisao de gravidez normal		119	56	82	106	36	155	108	60	123	72	31	62	1010
A09 Diarreia e gastroenterite orig infecc presum		59	73	42	76	123	72	104	101	115	65	56	88	974
K02.9 Carie dentaria SOE		178	44	187	212	57	21	42	54	45	65	54	4	963
K04 Doenc da polpa e dos tec periapicais		43	105	57	120	26	76	115	78	100	96	61	33	910
R51 Cefaleia		62	112	72	45	46	100	98	85	102	46	70	61	899
SSC	1657	18028	19357	13499	14720	9717	17335	11614	10254	7798	7939	13134	6460	151512

Tabela 57 - Distribuição dos trinta diagnósticos ou problemas mais frequentes com o agrupamento do 4º dígito da classificação, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	Consultório na Rua	Conceição	Floresta	Divina Providência	Sesc	Barão de Bagé	Jardim Leopoldina	Parque dos Maia	Jardim Itú	Santíssima Trindade	NSA	Coima	Costa e Silva	Total
Z76 Pessoas cont serv saude em outr circunst	93	8166	11012	7931	8755	4820	8132	3718	2428	3185	1866	6691	2107	68904
Z76.0 Emissao de prescricao de repeticao		1841	879	2169	2171	1784	2796	2441	3735	668	1411	1408	843	22146
Z00 Exame geral invest	10	2507	681	41	236	736	1209	1506	292	591	1187	1734	1143	11873
pers s/queix diagn relat		842	2066	650	559	772	869	866	816	838	1054	508	572	10412
B34 Doenc p/virus de localiz NE		1462	706	339	498	277	680	477	389	410	196	210	369	6013
I10 Hipertensao essencial														
Z71 Pers cont serv saud outr acons cons med NCOP	1548	143	1372	419	5	217	961	110	30	26	110	753	183	5877
Z01 Outr exam invest esp pers s/queix diag relat		541	314	276	644	152	484	351	533	314	344	227	166	4346
Z34 Supervisao de gravidez normal		356	259	268	357	190	481	400	202	360	345	113	230	3561
M54 Dorsalgia	1	365	329	158	191	243	372	362	314	215	375	335	184	3444
K02 Carie dentaria		440	255	399	437	107	241	287	240	209	304	139	38	3096
F32 Episodios depressivos		650	547	89	178	104	396	168	202	99	101	271	157	2962
Z00.1 Exame de rotina de saude da crianca		263	253	253	248	117	340	262	266	212	248	161	228	2851
K04 Doenc da polpa e dos tec periapicais		426	311	363	262	57	195	301	206	293	186	88	71	2759
F41 Outr transt ansiosos		520	280	63	134	162	202	100	298	138	156	303	121	2477
Z71.2 Pessoa que consulta p/explic achados exame		387	166	468	45	38	88	170	445	66	234	4	23	2134
E11 Diabetes mellitus nao-insulino- dependente		365	235	149	186	125	282	114	193	141	58	102	135	2085
Z48 Outr seguimento cirurgico	1	360	594	72	78	212	44	40	33	67	15	457	47	2020
Z01.4 Exame ginecologico		258	98	65	283	74	178	129	109	82	288	165	126	1855
R10 Dor abdominal e pelvica	3	188	160	93	84	140	205	171	176	173	190	131	131	1845
K03 Outr doenc dos tec dentarios duros		174	168	135	158	41	194	172	199	133	116	114	45	1649
Z71.3 Aconselhamento e supervisao dieteticos	4	133	97	45	54	102	192	346	149	196	37	121	52	1528
Z75 Probl relac facilid medic outr cuid saude		88	162	95	129	21	106	400	252	90	82	38	62	1525
R45 Sint e sinais relativos ao estado emocional		228	823	38	41	143	17	20	55	71	44	17	28	1525
Z30 Anticoncepcao		43	58	58	290	98	45	75	79	361	124	59	98	1388
Z63 Outr probl rel grupo prim apoio incl sit fam	8	69	14	106	4	162	59	298	271	89	128	22	155	1385
F31 Transt afetivo bipolar	2	380	210	20	128	90	79	36	78	65	18	70	54	1230
J45 Asma		98	124	51	119	126	116	124	81	142	41	93	109	1224
Z60 Problemas relacionados c/o meio social	250	20	47	9	9	66	95	352	98	52	35	21	90	1144
K05 Gengivite e doenc periodontais		116	106	104	168	36	115	128	86	80	119	34	19	1111
N30 Cistite		200	91	46	45	38	55	132	83	27	108	166	85	1076
SSC	1920	21629	22417	14972	16496	11250	19228	14056	12338	9393	9520	14555	7671	175445

Tabela 58- Distribuição dos trinta diagnósticos ou problemas mais frequentes com o agrupamento do 4º dígito da classificação, por CAPS. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	CAPS AD	CAPS II	CAPS infantil
F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat	5114	33	
F10 Transt mentais comport dev uso alcool	4659	14	19
F14 Transt mentais e comport dev uso da cocaína	3196	9	
F31 Transt afetivo bipolar	287	1403	303
F20 Esquizofrenia	216	1041	61
F99 Transt mental NE em outr parte	47	646	55
F32 Episodios depressivos	133	366	214
F84 Transt globais do desenvolv		12	483
R45 Sint e sinais relativos ao estado emocional	3	12	378
F33 Transt depressivo recorrente	232	85	46
F12 Transt mentais comport dev uso canabinoides	333	4	18
F71 Retardo mental moderado	11	117	199
Z60 Problemas relacionados c/o meio social	38	13	218
F41 Outr transt ansiosos	22	112	132
F90 Transt hipercineticos			245
F70 Retardo mental leve	23	20	187
Z63 Outr probl rel grupo prim apoio incl sit fam		1	227
Z65 Probl relac outr circunstancias psicossoc	6	1	214
F60 Transt especificos da personalidade	46	120	42
F25 Transt esquizoafetivos	23	174	
F29 Psicose nao-organica NE	91	9	62
F91 Disturbios de conduta			158
F72 Retardo mental grave		53	81
Z76 Pessoas cont serv saude em outr circunst	12	107	13
F79 Retardo mental NE	6	15	85
F23 Transt psicoticos agudos e transitorios		17	82
F98 Outr transt comp emoc c/inicio inf adolesc			94
Z71 Pess cont serv saud outr acons cons med NCOP	6	2	83
Z00 Exame geral invest pess s/queix diagn relat	60	13	15
Z62 Outr probl relac c/a educacao da crianca			85
Total	14564	4399	3799
Total (todos os diagnósticos ou problemas)	15019	4724	4248

Tabela 59 - Distribuição do número de atividades coletivas e número de participantes (em parênteses) por tipo de atividade, por mês, por US. SSC/GHC. Porto Alegre, RS.

		Continua					
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Consultório na Rua	Educação em saúde	-	-	-	1 (40)	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Conceição	Educação em saúde	4 (43)	4 (22)	2 (23)	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	1 (10)	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Vila Floresta	Educação em saúde	1 (5)	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	13 (134)	19 (203)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	1 (10)	-	-	-	-	-
Divina Providência	Educação em saúde	()	2 (17)	2 (20)	-	-	-
	Atendimento em grupo	4 (21)	-	2 (12)	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Sesc	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	2 (12)	2 (3)	2 (4)	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Barão de Bagé	Educação em saúde	1 (4)	-	3 (35)	1 (4)	-	-
	Atendimento em grupo	3 (7)	4 (14)	1 (1)	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	1 (4)	-	-	-
Jardim Leopoldina	Educação em saúde	6 (33)	2 (8)	3 (14)	-	-	-
	Atendimento em grupo	2 (16)	3 (19)	2 (6)	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Parque dos Maías	Educação em saúde	2 (10)	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	1 (3)	-	1 (6)	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Jardim Itu	Educação em saúde	9 (162)	5 (118)	4 (82)	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	2 (14)	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Santíssima Trindade	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
NSA	Educação em saúde	-	-	-	1 (6)	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	1 (1)	4 (8)	-	-
Coinma	Educação em saúde	7 (35)	7 (44)	9 (90)	-	-	-
	Atendimento em grupo	1 (7)	-	1 (63)	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Costa e Silva	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	5 (20)	-	3 (8)	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
SSC	Educação em saúde	30 (292)	20 (209)	23 (244)	4 (56)	-	-
	Atendimento em grupo	18 (78)	11 (50)	15 (130)	25 (286)	13 (134)	19 (203)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	1 (10)	-	2 (5)	4 (8)	-	-

Tabela 59 - Distribuição do número de atividades coletivas e número de participantes (em parênteses) por tipo de atividade, por mês, por US. SSC/GHC. Porto Alegre, RS.

		Continuação						
		Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Consultório na Rua	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-	1 (40)
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Conceição	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-	10 (88)
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-	1 (10)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Vila Floresta	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-	2 (11)
	Atendimento em grupo	6 (60)	1 (5)	-	-	-	-	66 (708)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	1 (10)
Divina Providência	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-	4 (37)
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-	6 (33)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Sesc	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-	6 (11)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Barão de Bagé	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-	5 (43)
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-	8 (22)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	1 (4)
Jardim Leopoldina	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-	11 (55)
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-	7 (41)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Parque dos Maías	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-	2 (10)
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-	2 (9)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	1 (131)	6 (112)	-	-	7 (243)
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Jardim Itu	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-	18 (362)
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-	2 (14)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Santíssima Trindade	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
NSA	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-	1 (6)
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	5 (9)
Coinma	Educação em saúde	-	1 (8)	8 (47)	18 (125)	17 (144)	3 (13)	70 (486)
	Atendimento em grupo	-	-	2 (10)	4 (25)	4 (20)	5 (15)	17 (140)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Costa e Silva	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-	8 (28)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
SSC	Educação em saúde	-	1 (8)	8 (47)	18 (125)	17 (144)	4 (27)	125 (1152)
	Atendimento em grupo	6 (60)	1 (5)	2 (10)	4 (25)	4 (20)	5 (15)	123 (1016)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	1 (131)	6 (112)	-	-	7 (243)
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	7 (23)

Tabela 60 - Distribuição do número de grupos, por mês, por CAPS. SSC/GHC, Porto Alegre, RS,

	meses												total
	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	
CAPS AD	34	34	15		1	10	1			2	34	-	97
CAPS adulto	7	36	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63
CAPS infantil	27	17	6	2	5	5	1	-	-	1	-	-	64



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL