



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

Volume 16

Indicadores de Saúde

Relatório Anual 2021



Porto Alegre - RS
Agosto de 2022
Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A



© 2022. Indicadores de Saúde Relatório Anual 2021. 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 2021, 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 e 2021, 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.

Assim, em relação a 2019, tais limitações reduziram o número de consultas prestadas pelos profissionais de nível superior (redução de 33% em 2019 e 25% em 2020) e os procedimentos realizados pelos técnicos de nível médio (redução de 55% em 2019 e 40% em 2020). 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 2021 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	40
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	70
5.2.3 OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	71
5.2.4 RESULTADOS	72
5.2.5 COMENTÁRIOS.....	79
6. MORBIDADE HOSPITALAR	91
6.1 INTERNAÇÕES EM TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS	91
6.2 MORBIDADE HOSPITALAR DO ADULTO	93
6.3 MORBIDADE HOSPITALAR NAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PROGRAMA DE VOLTA PRA CASA.....	96
6.3.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS	96
6.3.2 RESULTADOS	96
6.3.2.1 Hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária (CSAP).....	98
6.3.2.2 Tempo decorrido entre a internação e o contato da equipe com a família	102
6.3.2.3 Internações em menores de um ano de idade.....	102
6.4 COMENTÁRIOS.....	104
7. NECESSIDADES EM SAÚDE: DIAGNÓSTICOS E PROBLEMAS FREQUENTES NOS AMBULATÓRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE.....	105

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 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, 1/2 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 2020 e 2021, 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 (2016 a 2021) 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 (2016 a 2021) 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 2021, 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 (2010 a 2021) 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 (2010 a 2021) 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 2021) da distribuição dos sintomáticos respiratórios (SR) examinados (investigados), em números absoluto e percentuais, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS, 2022.....	72
Tabela 34 - Série histórica (2018 – 2021) 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.....	73
Tabela 35 - Série histórica (2014 a 2021) da distribuição dos casos novos (CN) de tuberculose, notificados no SINAN/ TB/ Porto Alegre, de residentes nos territórios das US da GSC/GHC, Porto Alegre, RS, 2021.....	74
Tabela 36 - Número esperado de casos novos de TB no território, número de casos de TB do território do SSC/GHC notificados, local de diagnóstico e de tratamento, no período de janeiro a dezembro de 2021, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	75
Tabela 37 - Número de Casos Novos (CN) e total de casos de tuberculose notificados em 2021, 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.....	76
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 2020 e 2021. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	78
Tabela 39 - Série histórica (2011 a 2021) da distribuição do número de pessoas em tratamento para infecção latente da tuberculose (ILTb), por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS, 2022.....	78
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.....	92
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.....	92
Tabela 42 - Série histórica (2010 a 2021) da distribuição das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em cadastrados no SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	93
Tabela 43 - Série histórica (2010 a 2021) da distribuição das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em usuários com 19 ou mais anos de idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	94
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.....	95
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.....	96
Tabela 46 - Série histórica (2010 a 2021) da distribuição das internações dos usuários de 0 a 18 anos nos quatro hospitais do GHC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	97
Tabela 47 - Distribuição da população e das internações em usuários de zero a dezoito anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	97
Tabela 48 - Distribuição das internações em usuários de zero a dezoito anos de idade, por idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	98
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.....	99
Tabela 50 - Série histórica (2010 a 2021) da distribuição das internações por CSAP em usuários de zero a dezoito anos de idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	100
Tabela 51 - Distribuição das internações por CSAP em usuários de zero a 18 anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	101
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.....	102
Tabela 53 - Série histórica (2010 a 2021) 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.....	103
Tabela 54 - Distribuição dos diagnósticos e problemas freqüentes por capítulo da CID por mês. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	106
Tabela 55 - Distribuição dos diagnósticos e problemas freqüentes por capítulo da CID, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	107
Tabela 56 - Distribuição dos trinta diagnósticos ou problemas mais freqüentes, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	108

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.....	109
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.....	110
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.....	111
Tabela 60 - Distribuição do número de grupos, por mês, por CAPS. SSC/GHC, Porto Alegre, RS,	113

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 2021. 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 2021. 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 2020 e 2021. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	65
Quadro 3 - Síntese da série histórica (2006 a 2021) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	82
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.....	85

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Série histórica (2000 a 2021) 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 2021) 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 2021). 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 2021) da distribuição do número de coletas de exames citológicos, por ano. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	26
Gráfico 8 - Série histórica (2003 a 2021) 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 2021 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 2021 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 (2007-2021) das hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária em maiores de 18 anos. SSC/GHC, Porto Alegre, RS	61
Gráfico 12 - Série histórica (2006 a 2021) do percentual de Sintomáticos Respiratórios identificados e examinados (investigados) nos territórios das doze US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS, 2022.	72
Gráfico 13 - Série histórica (2006 a 2021) 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, 2022.	73

Gráfico 14 - Série histórica (2006 a 2021) 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.	74
Gráfico 15 - Série histórica (2006 a 2021) do percentual de casos de TB acompanhados nas US da GSC que receberam tratamento diretamente observado (TDO). SSC/GHC, Porto Alegre, RS, 2022.....	76
Gráfico 16 - Série histórica (2006 a 2021) 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, 2022.	77
Gráfico 17 - Série histórica (2010 a 2021) 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.....	98

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 morbimortalidade materno-infantil sendo seus benefícios 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 das gestantes e o tipo de parto.

1.2 RESULTADOS

1.2.1 COBERTURA DE PRÉ-NATAL

Em 2021, nasceram 844 crianças no território de atuação do SSC e as equipes acompanharam 446 gestantes, ou seja, aproximadamente 53% das gestantes do território. No entanto, identificou-se pelo Sistema Nacional de Nascidos Vivos que a cobertura de pré-natal no território é de 99%. 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.

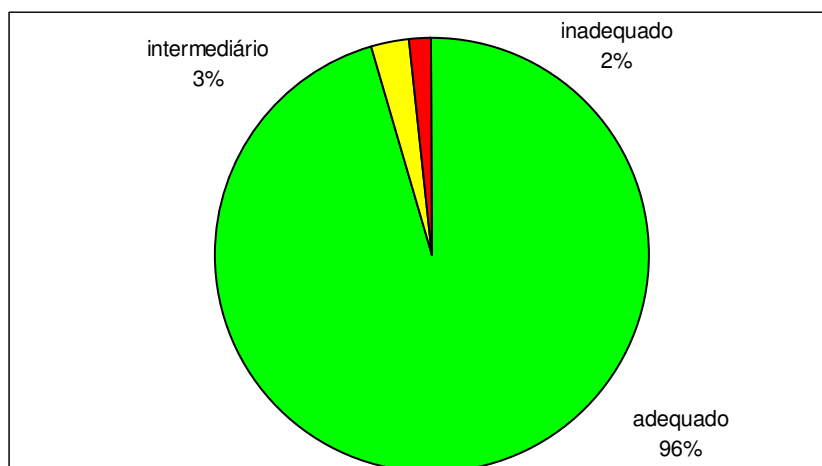
Em 2021, 317 gestantes foram avaliadas e 96% delas apresentaram IK adequado (Figura 1). Em 2020, o índice adequado foi de 58%. A Tabela 1 apresenta a distribuição do IK nas unidades do SSC, que variou de 83 a 100%. A meta pactuada foi alcançar 89% das gestantes com IK adequado. O Gráfico 1 apresenta a série histórica do IK no SSC, de 2000 a 2021.

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	303	4	2
3 a 5 consultas	2	3	1
< 3 consultas	1	0	1

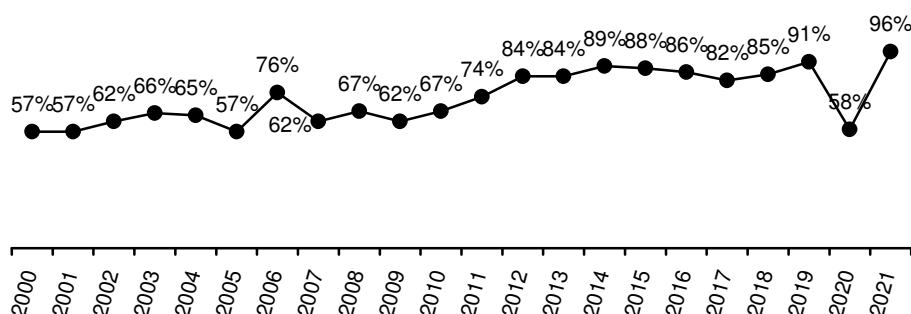
número total de gestantes avaliadas	317	
adequado	96%	303
intermediário	3%	9
Inadequado	2%	5

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

	Gestantes com término da gravidez em 2021		Pré-natal adequado %
	Todas	Com pré-natal completo no SSC*	
Conceição	38	30	97
Vila Floresta	23	18	94
Divina Providência	37	24	83
Sesc	31	22	95
Barão de Bagé	30	19	100
Jardim Leopoldina	47	34	97
Parque dos Maias	62	43	100
Jardim Itu	21	14	100
Santíssima Trindade	59	47	89
NSA	46	28	100
Coinma	24	12	100
Costa e Silva	28	26	96
SSC	446	317	96

*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 2021) 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 2021, ocorreram 30 (5%) hospitalizações por abortamento, 191 (30%) por complicações ocorridas na gestação ou puerpério e 407 (65%) por ocasião do parto, no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) ou Hospital Fêmina (HF), totalizando 628 hospitalizações em gestante no GHC. Na Tabela 2 observa-se a distribuição dos motivos de hospitalizações de gestantes por US do SSC.

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	34	32	28	21	23	53	53	20	54	46	18	25	407
Gestação ectópica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Abortamento	4	5	2	0	4	3	4	1	4	3	0	0	30
Hiperemese gravídica	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Infecção urinária	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Diabete melito	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	1	5
Trabalho de parto precipitado	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Complicações puerperais	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	4
Afecções não especificadas	25	7	13	20	10	24	15	10	23	13	7	10	177
Total	64	44	44	43	37	81	75	32	82	64	26	36	628

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

Em 2021, os hospitais do SUS foram referência para o parto em 60% das famílias das nossas áreas de atuação (Tabela 3). O HNSC foi referência para o parto de 76% das mães de recém-nascidos das áreas de atuação do SSC e que tiveram seus filhos em hospitais que atendem exclusivamente pelo SUS. Essa proporção foi menor que nos anos anteriores (em 2020, foi 89%) em razão de que a maternidade do HNSC foi referência para gestantes com COVID-19, resultando que um número significativo de gestantes precisou ser atendida no HF.

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 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	0	40	15	1	2	3	0	15	14	40	0
Vila Floresta	0	28	8	1	1	7	0	19	14	34	0
Divina Providência	0	24	7	2	4	1	0	2	1	14	0
Sesc	0	23	3	3	5	2	0	2	0	0	0
Barão de Bagé	0	23	10	1	0	0	0	2	1	6	0
Jardim Leopoldina	1	50	16	5	0	7	0	11	10	5	1
Parque dos Maías	1	41	6	2	0	0	0	3	2	2	0
Jardim Itu	0	20	2	2	3	1	0	10	12	18	0
Santíssima Trindade	0	60	12	1	0	2	0	2	0	0	0
NSA	0	31	17	3	3	2	0	9	4	1	0
Coinma	0	20	3	1	3	4	0	4	3	18	1
Costa e Silva	0	26	3	0	0	0	0	2	0	0	0
SSC	2	386	102	22	21	29	0	81	61	138	2
Tipo de internação		SUS 510 (60%)			SUS ou convênio ou particular 50 (6%)			Convênio ou particular 282 (33%)			

1.2.5 TIPOS DE PARTO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerado adequado o percentual máximo de 15% para partos cirúrgicos (cesarianas), mas a taxa global já atingiu 21%. No Brasil, a prática da cesariana, inicialmente restrita às condições de risco de vida para mãe e recém-nascido, encontra-se em proporções muito acima do recomendado. Segundo estudo recente da OMS que abrangeu 154 países, o Brasil é o segundo em termos de percentual de cesária².

O risco de morte materna e neonatal associado as cesarianas é respectivamente sete e três vezes maior do que dos partos vaginais. Em 2020, (ultimo dado disponível), os percentuais de partos cirúrgicos no Brasil e no Rio Grande do Sul foram de 57% e 64% respectivamente³.

Entre as gestantes do SSC, 54% de seus partos, em 2021, foram cirúrgicos. O Gráfico 2 apresenta o percentual de partos cirúrgicos entre as gestantes do território do SSC, no período de 2002 a 2021. Em 2013, ocorreu em 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 partos cirúrgicos em 2021 por hospital de nascimento.

² Betran AP, Ye J, Moller A, et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. BMJ Global Health 2021.

³ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

Gráfico 2 - Série histórica (2002 a 2021) da distribuição anual de partos cirúrgicos entre as gestantes dos territórios do SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

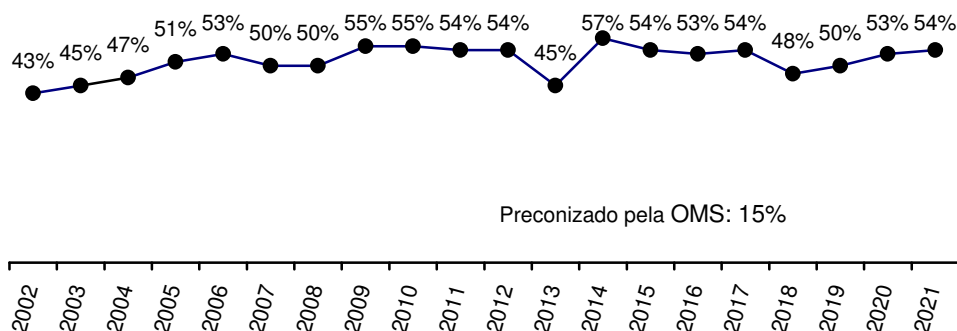
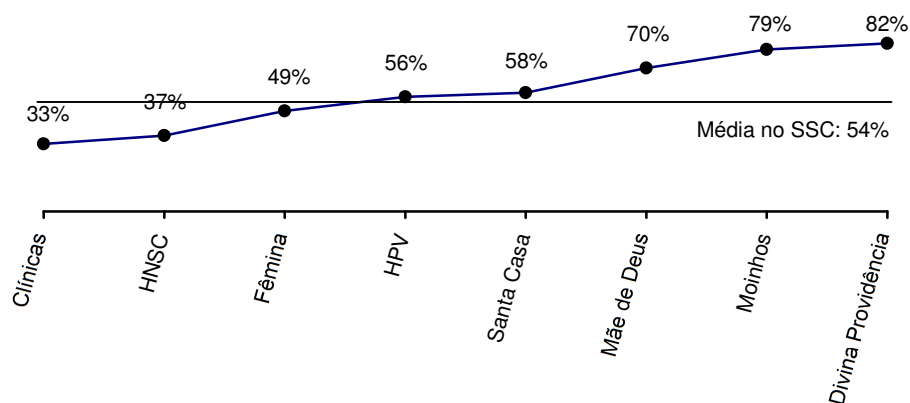


Gráfico 3 - Distribuição dos percentuais de parto cirúrgico, por hospital, entre os recém-nascidos vivos do SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



1.3 COMENTÁRIOS

Em 2021, a cobertura de pré-natal no SSC manteve-se alta atingindo 99%. Confirmando o que refere a literatura, o acesso ao pré-natal no Brasil é praticamente universal. Neste contexto, o foco deve voltar-se para melhorar a sua qualidade garantindo a realização dos procedimentos, exames e avaliações preconizadas nos protocolos. Em 2020, a Pandemia do Covid-19 acelerou a implantação do PEP em todas as US do SSC, o que possibilitou a visualização da continuidade da atenção à gestante durante o pré-natal nas US, no pré-natal de alto-risco (quando referenciada) e no momento do parto, ou seja, durante todo o acompanhamento incluindo sua “volta” à APS no puerpério.

Em relação ao local de realização do pré-natal, estima-se que 53% das gestantes fez pré-natal nas US do SSC. Tal 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.

Quanto à qualidade do pré-natal avaliada pela época de início e o número de consultas o IK foi adequado em 96% das gestantes, variando de 83% a 100% entre as US. Esse resultado, muito diferente do ano anterior (59%, em 2020) - quando houve a mudança de prontuário em papel para o PEP (levou

temporariamente a um sub-registro muito grande) - reflete a excelente qualidade de pré-natal e a adesão dos profissionais ao registro na Linha de Cuidado Gestante do PEP. O atual sistema de registro possibilita a inclusão de consultas realizadas em outros serviços.

O HNSC e o HF são os hospitais de referência das gestantes do SSC, pois 96% dos partos no SUS ocorreram nestes hospitais, em 2021. O percentual de partos cirúrgicos entre as gestantes do SSC foi de 54%, menor que o encontrado para o RS (64%) e para o Brasil (57%). Entretanto, o percentual é muito alto e as diferenças extremamente significativas entre os nascimentos ocorridos nos hospitais públicos e privados permanecem demonstrando que critérios inadequados são empregados para indicação de cesariana. A OMS recomenda intervenções educacionais para envolver mulheres ativamente no planejamento do parto, uso de diretrizes baseadas em evidências e sugestão de uma segunda opinião médica – se possível- para uma decisão de cesariana⁴.

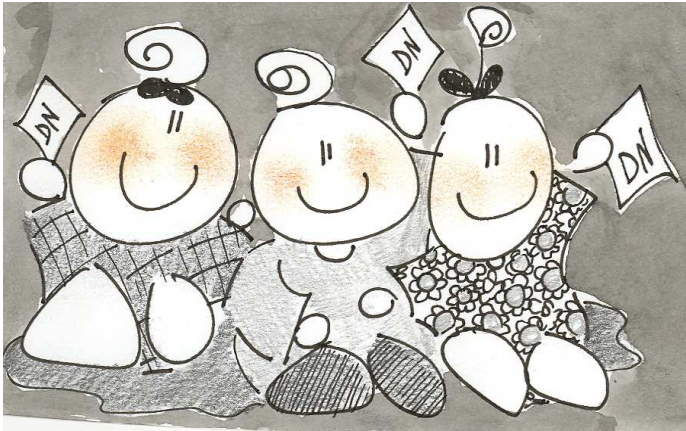
No GHC, sempre que uma cesariana for realizada, o sistema de informação obriga que o motivo seja registrado.

Espera-se que a implantação do PEP 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.

⁴ <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>

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 e, ao mesmo tempo, focar em um novo perfil de morbidade que inclui os seguintes problemas: comportamentais, de saúde mental, relacionados a violência urbana e doméstica, de sobrepeso, obesidade e na ascensão das condições crônicas.

2.2 RESULTADOS

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

Em 2021, recebemos 844 Declarações de Nascidos Vivos (DNVs). Dessas, 591 (70%) são de crianças usuárias do SSC e, entre essas, 465 (79%) 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 63% a 93% 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	48	32	67
Vila Floresta	45	34	76
Divina Providência	44	41	93
Sesc	41	35	85
Barão de Bagé	29	27	93
Jardim Leopoldina	75	47	63
Parque dos Maias	74	60	81
Jardim Itú	26	18	69
Santíssima Trindade	73	62	85
NSA	67	51	76
Coinma	33	26	79
Costa e Silva	36	32	89
SSC	591	465	79

2.2.2 ÉPOCA DE INÍCIO DA PRIMEIRA CONSULTA DE PUERICULTURA

Em 2021, 465 crianças menores de um ano realizaram consulta de puericultura no SSC, mas algumas delas nasceram em outros hospitais que não os do GHC. Nestes casos as equipes recebem tardiamente a informação do nascimento. Sendo assim, estabeleceu-se uma meta que 93% das crianças recém-nascida no HNSC e HF (e que não hospitalizaram após o nascimento) deveriam realizar a primeira consulta de puericultura até o décimo dia de vida (Gráfico 4 e Tabela 5). Em 2021, de acordo com o registro realizado na Linha de Cuidado Puericultura, apenas 70% das crianças consultaram até o décimo dia de vida e esse resultado variou de 49% a 100% 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 de vida, entre as que consultaram no SSC (2011 a 2021). SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

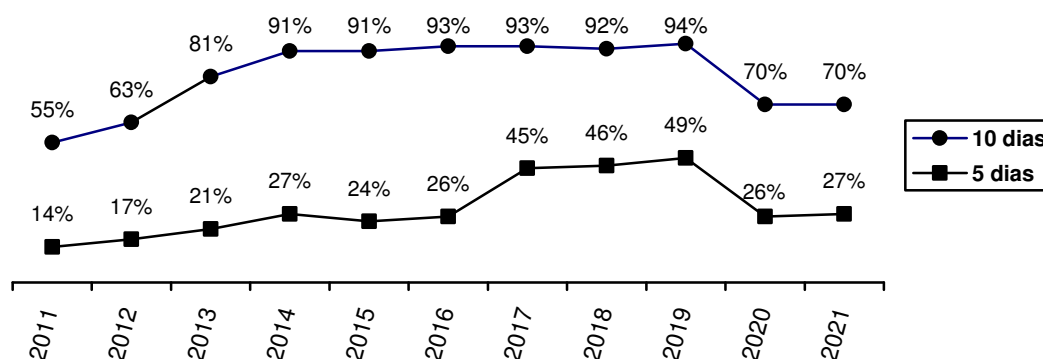


Tabela 5 - Distribuição das crianças nascidas no HNSC e HF que realizaram a 1ª consulta nos primeiros cinco, sete e dez dias de vida, entre as que consultaram no SSC, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	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	21	3	14	9	43	15	71
Vila Floresta	25	4	16	7	28	14	56
Divina Providência	21	3	14	10	48	17	81
Sesc	12	5	42	7	58	10	83
Barão de Bagé	16	13	81	15	94	16	100
Jardim Leopoldina	33	8	24	11	33	25	76
Parque dos Maias	41	4	10	12	29	20	49
Jardim Itu	13	6	46	8	62	8	62
Santíssima Trindade	43	6	14	14	33	29	67
NSA	33	14	42	20	61	24	73
Coinma	17	5	29	9	53	11	65
Costa e Silva	20	10	50	16	80	18	90
SSC	295	81	27	138	47	207	70

2.3 COMENTÁRIOS

Em 2021, 844 crianças nasceram no território do SSC. Destas, 591 (70%) são usuárias do SSC e 465 (55%) iniciaram puericultura nas US do SSC, proporção semelhante ao número de gestantes que realizaram pré-natal (53%).

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 e em 2021, 70% das crianças nascidas no HF ou no HNSC, realizaram a primeira consulta nos primeiros 10 dias de vida. A redução deste percentual em relação aos anos anteriores deve-se à Pandemia de Covid-19, mas também devido a implantação do PEP. Até 2020, a data da primeira consulta era informada em uma ficha que retornava para o Setor de Monitoramento e Avaliação (Ficha do Pré-Nenê) e a partir daí a data da primeira consulta era extraída da Linha de Cuidado Puericultura.

Novos indicadores, até então conhecidos apenas por pesquisas operacionais, poderão ser monitorados através do registro adequado na Linha de Cuidado, tais como: percentual de aleitamento materno exclusivo aos quatro 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. O controle desses cânceres 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, 2021-2030.⁵

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.

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 2021 foram estimados 66.280 casos novos, o que representa um risco estimado de 61,61 casos novos por 100.000 mulheres. As regiões Sudeste e Sul são as que apresentam as maiores taxas de mortalidade.⁶

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.

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 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 sintomas

⁵ Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

⁶ Estimativa 2020. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2019.

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.⁷

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. 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.⁸

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.⁶

O tipo histológico mais comum é o de células escamosas, responsável por 70% dos casos, seguido pelo adenocarcinoma, que corresponde a 25% dos casos.⁸

O controle do câncer tem sido uma das prioridades na agenda da Política Nacional de Saúde do Brasil. A fase inicial deste câncer é, freqüentemente, assintomática, enfatizando a importância do rastreamento. O método para rastreio do câncer do colo do útero no país 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.⁹

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.

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 2021.

⁷ Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

⁸ <http://www.uptodate.com/contents/invasive-cervical-cancer-epidemiology> last updated: Apr 19, 2022.

⁹ Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

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 2021, o SSC obteve 0,12, e a variação entre as equipes foi de 0,06 a 0,28 (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	2526	1263	233	168	0,13
Vila Floresta	1210	605	130	91	0,15
Divina Providência	574	287	90	54	0,19
Sesc	641	321	30	18	0,06
Barão de Bagé	528	264	46	30	0,11
Jardim Leopoldina	2377	1189	161	119	0,10
Parque dos Maias	1234	617	74	51	0,08
Jardim Itu	1333	667	82	57	0,09
Santíssima Trindade	335	168	24	19	0,11
NSA	624	312	121	86	0,28
Coinma	741	371	65	36	0,10
Costa e Silva	543	272	53	35	0,13
SSC	12666	6333	1109	764	0,12

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. O SSC obteve 34%, e a variação entre as equipes foi de 29 a 50%. Quanto à proporção de mulheres que tiveram uma mamografia realizada nos últimos dois anos a cobertura encontra-se em 9% e a variação entre as US foi de 5 a 18%. (Tabela 7).

A Tabela 8 mostra a faixa etária de realização da mamografia, 69% dos exames são realizados em mulheres entre 50 e 69 anos, com variação entre as US de 55 a 79%.

O Gráfico 5 apresenta a distribuição das oito mulheres com resultado de mamografia realizada no GHC, BIRADS maior ou igual a IV, por idade.

Na análise dos resultados de histologia, 36 mulheres apresentaram resultado de carcinoma de mama identificados no GHC, destas, (12%) com menos de 50 anos. (Gráfico 6) Todas as mulheres realizaram tratamento, duas delas foram a óbito.

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	%	n	%
Conceição	2526	859	34	233	9
Vila Floresta	1210	419	35	113	9
Divina Providência	574	264	46	94	16
Sesc	641	205	32	38	6
Barão de Bagé	528	213	40	57	11
Jardim Leopoldina	2377	749	32	203	9
Parque dos Maías	1234	367	30	64	5
Jardim Itu	1333	384	29	95	7
Santíssima Trindade	335	103	31	31	9
NSA	624	311	50	110	18
Coinma	741	258	35	56	8
Costa e Silva	543	205	38	48	9
SSC	12666	4337	34	1142	9

*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	29	12	168	72	36	15	233
Vila Floresta	23	18	91	70	16	12	130
Divina Providência	22	24	54	60	14	16	90
Sesc	7	23	18	60	5	17	30
Barão de Bagé	9	20	30	65	7	15	46
Jardim Leopoldina	26	16	119	74	16	10	161
Parque dos Maías	19	26	51	69	4	5	74
Jardim Itu	7	9	57	70	18	22	82
Santíssima Trindade	4	17	19	79	1	4	24
NSA	24	20	86	71	11	9	121
Coinma	15	23	36	55	14	22	65
Costa e Silva	14	26	35	66	4	8	53
SSC	199	18	764	69	146	13	1109

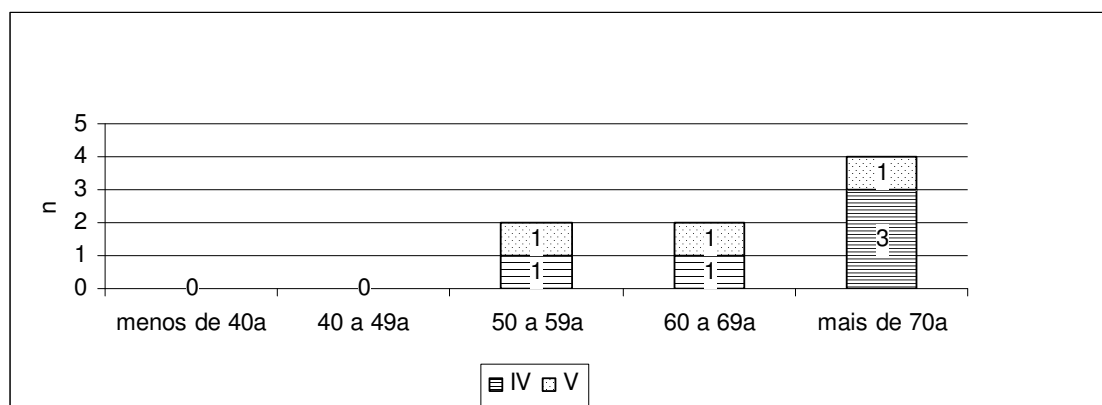
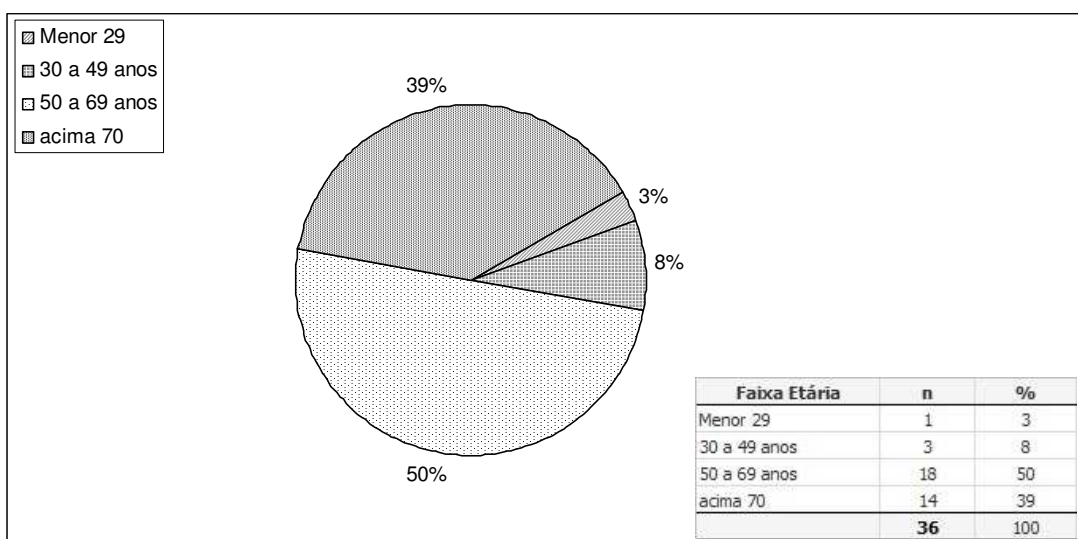
Gráfico 5 - Distribuição do número de casos novos de mulheres com resultado de mamografia BIRADS maior do que III, por idade. SSC/GHC. Porto Alegre, RS.

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 0,39 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 0,7 (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	2947	982	363	0,37
Vila Floresta	2006	669	313	0,47
Divina Providência	1257	419	111	0,26
Sesc	1297	432	221	0,51
Barão de Bagé	918	306	137	0,45
Jardim Leopoldina	4058	1353	307	0,23
Parque dos Maías	2602	867	295	0,34
Jardim Itu	1904	635	237	0,37
Santíssima Trindade	1171	390	171	0,44
NSA	1215	405	284	0,70
Coinma	1252	417	220	0,53
Costa e Silva	1086	362	190	0,52
SSC	21713	7238	2849	0,39

*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 52% entre mulheres na faixa etária recomendada para o rastreio, considerando “ao menos um CP coletado na vida”, variando de 44 a 69% entre os territórios. Na avaliação da periodicidade, 26% realizou CP nos últimos três anos, com variação de 16 a 47%. (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.

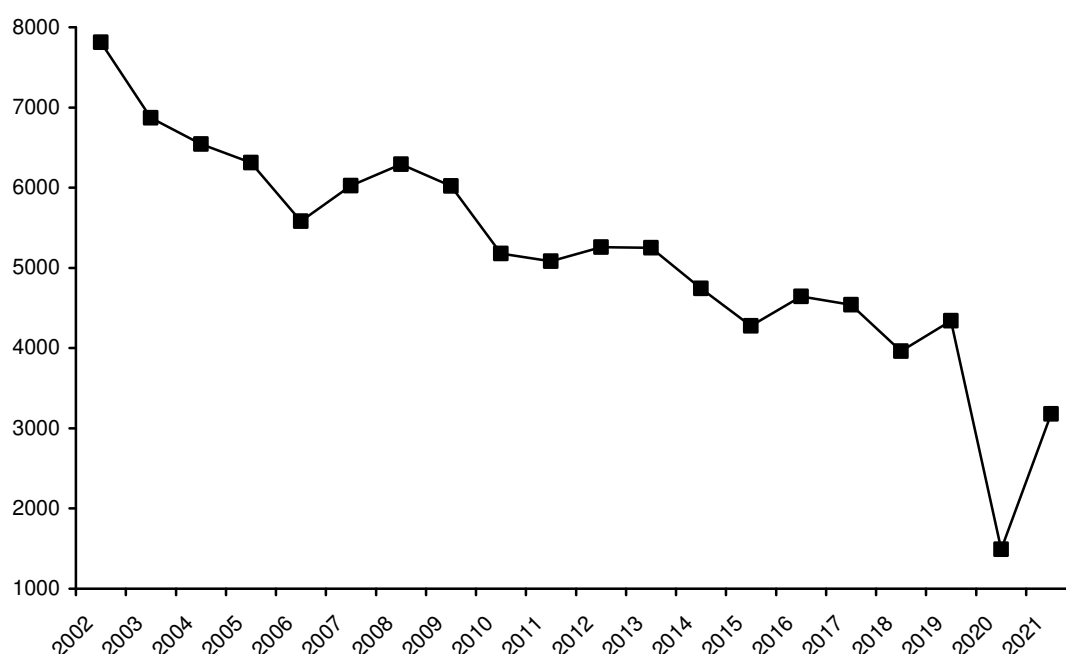
	nº mulheres do cadastro*	Resultados			
		1 cp coletado*		1 cp coletado últimos 3 anos	
		n	%	n	%
Conceição	2947	1496	51	720	24
Vila Florsta	2006	885	44	482	24
Divina Providência	1257	690	55	324	26
Sesc	1297	857	66	395	30
Barão de Bagé	918	578	63	304	33
Jardim Leopoldina	4058	1674	41	660	16
Parque dos Maías	2602	1238	48	568	22
Jardim Itu	1904	897	47	430	23
Santíssima Trindade	1171	773	66	393	34
NSA	1215	837	69	576	47
Coinma	1252	699	56	373	30
Costa e Silva	1086	721	66	365	34
SSC	21713	11345	52	5590	26

*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 2021) 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 90% 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	2	363	94	16	4	385
Vila Floresta	23	6	313	87	22	6	358
Divina Providência	1	1	111	97	3	3	115
Sesc	23	9	221	88	6	2	250
Barão de Bagé	16	10	137	84	10	6	163
Jardim Leopoldina	19	5	307	87	25	7	351
Parque dos Maias	17	5	295	93	5	2	317
Jardim Itu	9	3	237	90	16	6	262
Santíssima Trindade	12	7	171	93	1	1	184
NSA	23	7	284	90	10	3	317
Coinma	20	8	220	86	15	6	255
Costa e Silva	16	7	190	86	15	7	221
SSC	185	6	2849	90	144	5	3178

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 2020 e 2021. Em 2021, Enfermeir@s contratad@s foram responsáveis por 64% dos exames e residentes de enfermagem 14%, totalizando 78%. Médic@s contratad@s 14% e residentes de medicina 7%, totalizando 21%.

Tabela 12 - Distribuição do número e percentuais de coletas de CP entre diferentes categorias profissionais, anos 2020 e 2021, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	2020									2021								
	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	5	4	10	8	116	87	2	2	133	4	1	6	2	297	93	13	4	320
Vila Floresta	8	6	56	43	66	51		0	130	10	3	96	28	223	66	9	3	338
Divina Providência	18	32		0	38	68		0	56	74	69		0	34	31		0	108
Sesc	3	2	9	5	86	51	72	42	170	13	6	4	2	159	67	60	25	236
Barão de Bagé	14	15	24	26	55	59		0	93	13	8	21	14	119	78		0	153
Jardim Leopoldina	4	3	9	6	86	54	61	38	160	32	11	15	5	172	58	80	27	299
Parque dos Maias	4	5	2	2	44	52	34	40	84	26	9	21	7	152	54	83	29	282
Jardim Itu	7	6	5	4	78	66	29	24	119	18	7	23	9	175	69	39	15	255
Santíssima Trindade	7	6	38	33	42	37	28	24	115	11	7	21	13	97	58	39	23	168
NSA	118	58	4	2	83	40		0	205	199	67		0	99	33		0	298
Coinma	1	1	2	2	63	62	36	35	102	10	4	4	2	227	94	1	0	242
Costa e Silva			0	26	21	52	42	46	124	4	2	5	2	117	57	79	39	205
SSC	189	13	185	12	809	54	308	21	1491	414	14	216	7	1871	64	403	14	2904

3.2.2.3 QUALIDADE DO EXAME CITOLÓGICO DE COLO UTERINO

No SSC a média de exames satisfatórios foi 94,9% e sete US apresentaram mais do que 95% de CP satisfatórios (Tabela 13). Em 57,6% dos exames identificou-se o epitélio glandular na amostra, pior resultado em relação ao ano anterior (64%).

A proporção de exames citológicos alterados em relação ao número total de CPs foi 5,2%. 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 20 exames alterados. O resultado mais frequente é atípicas de significado indeterminado em células escamosas, possivelmente não neoplásicas (ASCUS) representa ~54% das alterações. Segue a diminuição de resultados de LBG em relação ao ano anterior (20 para 18). E suspeita de alterações de maior grau representa 27% dos casos.

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	16	10	13	20	40	42
	% CP satisfatórios	93,8	100,0	100,0	100,0	100,0	95,2
	% CP com EG	50,0	60,0	69,2	70,0	42,5	38,1
Vila Floresta	nº CPs	14	10	9	7	19	17
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	88,2
	% CP com EG	57,1	60,0	44,4	42,9	63,2	47,1
Divina Providência	nº CPs	8	8	1	2	8	14
	% CP satisfatórios	100,0	87,5	100,0	100,0	75,0	100,0
	% CP com EG	50,0	62,5	100,0	100,0	25,0	42,9
Sesc	nº CPs	29	10	7	7	10	23
	% CP satisfatórios	93,1	90,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	% CP com EG	72,4	20,0	42,9	85,7	40,0	87,0
Barão de Bagé	nº CPs	10	4	7	9	7	8
	% CP satisfatórios	100,0	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	% CP com EG	60,0	25,0	71,4	88,9	42,9	100,0
Jardim Leopoldina	nº CPs	14	12	6	12	13	24
	% CP satisfatórios	92,9	100,0	83,3	100,0	76,9	95,8
	% CP com EG	64,3	41,7	66,7	91,7	38,5	66,7
Parque dos Maias	nº CPs	16	12	11	18	15	10
	% CP satisfatórios	100,0	91,7	90,9	100,0	100,0	90,0
	% CP com EG	50,0	58,3	54,5	72,2	60,0	50,0
Jardim Itu'	nº CPs	11	19	1	17	18	26
	% CP satisfatórios	72,7	94,7	100,0	88,2	88,9	96,2
	% CP com EG	36,4	78,9	100,0	47,1	72,2	61,5
Santíssima Trindade	nº CPs	19	13	4	7	5	12
	% CP satisfatórios	100,0	84,6	50,0	100,0	100,0	100,0
	% CP com EG	47,4	30,8	25,0	71,4	60,0	83,3
NSA	nº CPs	12	8	16	9	7	14
	% CP satisfatórios	91,7	87,5	62,5	88,9	100,0	100,0
	% CP com EG	50,0	50,0	43,8	44,4	42,9	71,4
Coinma	nº CPs	6	7	7	9	4	12
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	% CP com EG	66,7	57,1	42,9	77,8	100,0	41,7
Costa e Silva	nº CPs	16	17	9	13	25	23
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	77,8	92,3	100,0	95,7
	% CP com EG	75,0	76,5	11,1	30,8	52,0	52,2
SSC	nº CPs	171	130	91	130	171	225
	% CP satisfatórios	95,3	93,8	86,8	96,9	95,9	96,4
	% CP com EG	57,9	55,4	49,5	65,4	51,5	58,7

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	28	31	47	43	47	48	385
	% CP satisfatórios	96,4	80,6	95,7	100,0	100,0	100,0	96,9
	% CP com EG	42,9	48,4	48,9	67,4	53,2	54,2	51,9
Vila Vila Floresta	Nº CPs	47	53	42	74	41	25	358
	% CP satisfatórios	89,4	92,5	100,0	94,6	100,0	88,0	95,0
	% CP com EG	31,9	37,7	47,6	41,9	61,0	36,0	45,0
Divina Providência	Nº CPs	17	16	10	12	15	4	115
	% CP satisfatórios	94,1	93,8	100,0	100,0	86,7	100,0	93,9
	% CP com EG	35,3	56,3	50,0	66,7	60,0	75,0	52,2
Sesc	Nº CPs	20	22	24	31	46	21	250
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	96,8	97,8	90,5	97,2
	% CP com EG	65,0	77,3	75,0	77,4	73,9	61,9	70,0
Barão de Bagé	Nº CPs	20	18	22	19	20	19	163
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	94,7	95,0	94,7	97,5
	% CP com EG	80,0	66,7	68,2	68,4	60,0	78,9	69,9
Jardim Leopoldina	Nº CPs	21	38	32	59	62	58	351
	% CP satisfatórios	90,5	97,4	90,6	94,9	95,2	91,4	93,4
	% CP com EG	57,1	68,4	62,5	69,5	59,7	65,5	63,8
Parque dos Maias	Nº CPs	29	52	46	50	37	21	317
	% CP satisfatórios	100,0	92,3	87,0	98,0	97,3	95,2	95,0
	% CP com EG	51,7	50,0	63,0	42,0	51,4	61,9	53,9
Jardim Itu	Nº CPs	19	26	21	40	33	31	262
	% CP satisfatórios	94,7	96,2	100,0	100,0	97,0	87,1	93,9
	% CP com EG	47,4	69,2	81,0	70,0	69,7	54,8	64,5
Santíssima Trindade	Nº CPs	29	18	20	27	19	11	184
	% CP satisfatórios	79,3	100,0	95,0	100,0	84,2	100,0	92,4
	% CP com EG	65,5	61,1	65,0	81,5	73,7	72,7	64,7
NSA	Nº CPs	25	46	60	52	34	34	317
	% CP satisfatórios	88,0	95,7	96,7	92,3	97,1	97,1	93,1
	% CP com EG	32,0	65,2	60,0	59,6	64,7	67,6	58,0
Coinma	Nº CPs	21	31	32	54	47	25	255
	% CP satisfatórios	85,7	96,8	93,8	100,0	95,7	88,0	95,7
	% CP com EG	61,9	51,6	34,4	64,8	70,2	52,0	58,0
Costa e Silva	Nº CPs	31	15	15	11	24	22	221
	% CP satisfatórios	93,5	80,0	93,3	100,0	100,0	95,5	95,0
	% CP com EG	35,5	40,0	46,7	54,5	41,7	50,0	48,0
SSC	Nº CPs	307	366	371	472	425	319	3178
	% CP satisfatórios	92,2	93,7	95,4	97,0	96,5	93,4	94,9
	% CP com EG	48,5	56,3	57,7	61,2	61,9	59,2	57,6

Tabela 14 - Série histórica (2016 a 2021) da distribuição dos exames com alterações, tipo de alteração, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

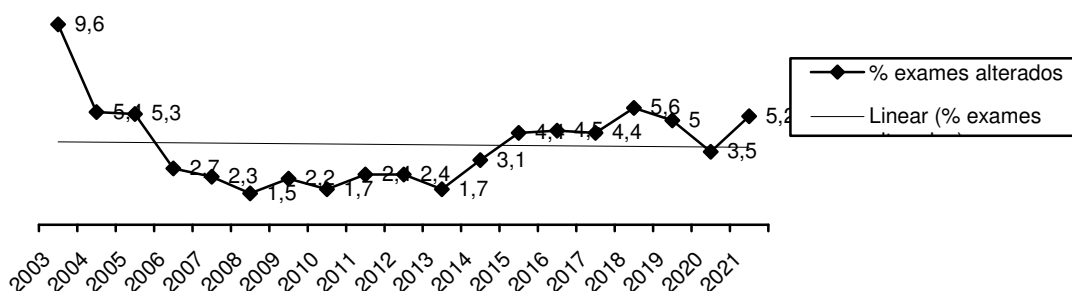
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2016-2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conceição														
ASC-US	7	39	14	56	20	83	20	69	3	60	7	58	71	63
Lesão BG	5	28	8	32	1	4	4	14	0	-	1	8	19	17
ASC-H	0	-	0	-	1	4	3	10	1	20	2	17	7	6
Lesão AG	4	22	2	8	2	8	2	7	1	20	1	8	12	11
AGUS	1	6	1	4	0	-	0	-	0	-	0	-	2	2
CA	1	6	0	-	0	-	0	-	0	-	1	8	2	2
n alterações	18	-	25	-	24	-	29	-	5	-	12	-	113	-
Vila Floresta														
ASC-US	9	60	7	39	13	54	5	45	6	86	14	70	54	57
Lesão BG	2	13	4	22	3	13	1	9	0	-	3	15	13	14
ASC-H	1	7	2	11	2	8	2	18	0	-	1	5	8	8
Lesão AG	3	20	4	22	5	21	3	27	1	14	0	-	16	17
AGUS	0	-	1	6	1	4	0	-	0	-	2	10	4	4
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
n alterações	15	-	18	-	24	-	11	-	7	-	20	-	95	-
Divina Providência														
ASC-US	2	50	3	75	5	28	9	47	1	100	1	33	21	43
Lesão BG	1	25	0	0	7	39	6	32	0	-	0	-	14	29
ASC-H	1	25	1	25	3	17	2	11	0	-	1	33	8	16
Lesão AG	0	-	0	-	2	11	2	11	0	-	1	33	5	10
AGUS	0	-	0	-	1	6	0	-	0	-	0	-	1	2
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0
n alterações	4	-	4	-	18	-	19	-	1	-	3	-	49	-
Sesc														
ASC-US	9	64	15	71	5	45	17	68	3	75	8	42	57	61
Lesão BG	2	14	3	14	2	18	2	8	1	25	2	11	12	13
ASC-H	2	14	1	5	0	-	2	-	0	-	6	32	11	12
Lesão AG	1	7	1	5	3	27	4	16	0	-	1	5	10	11
AGUS	0	-	1	5	1	9	0	-	0	-	1	5	3	3
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5	1	1
n alterações	14	-	21	-	11	-	25	-	4	-	19	-	94	-
Barão de Bagé														
ASC-US	4	31	8	53	6	30	8	62	1	50	7	64	34	46
Lesão BG	8	62	5	33	8	40	3	23	0	-	3	27	27	36
ASC-H	0	-	0	-	4	20	1	8	1	50	1	9	7	9,5
Lesão AG	1	8	2	13	1	5	1	8	0	-	0	-	5	7
AGUS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0
CA	0	-	0	-	1	5	0	-	0	-	0	-	1	-
n alterações	13	-	15	-	20	-	13	-	2	-	11	-	74	-
Jardim Leopoldina														
ASC-US	24	77	12	55	11	42	11	61	2	50	11	58	71	59
Lesão BG	4	13	6	27	7	27	5	28	0	-	3	16	25	21
ASC-H	1	3	2	9	2	8	0	-	1	25	3	16	9	8
Lesão AG	2	6	0	0	6	23	2	11	1	25	2	11	13	11
AGUS	0	-	1	5	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1
CA	0	-	1	5	0	-	0	-	0	-	0	-	1	-
n alterações	31	-	22	-	26	-	18	-	4	-	19	-	120	-

Tabela 14 - Série histórica (2016 a 2021) da distribuição dos exames com alterações, tipo de alteração, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	continuação													
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2016-2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Parque dos Maia														
ASC-US	13	41	16	55	16	41	16	67	1	20	12	71	74	51
Lesão BG	10	31	10	34	8	21	1	4	4	80	3	18	36	25
ASC-H	2	6	0	-	8	21	1	4	0	-	0	-	11	8
Lesão AG	6	19	3	10	6	15	6	25	0	-	2	12	23	16
AGUS	1	3	0	-	1	3	0	-	0	-	0	-	2	1
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0
n alterações	32	-	29	-	39	-	24	-	5	-	17	-	146	-
Jardim Itu														
ASC-US	9	50	11	85	4	57	11	69	3	60	6	46	44	61
Lesão BG	6	33	0	-	2	29	5	31	2	40	4	31	19	26
ASC-H	1	6	1	8	1	14	0	-	0	-	2	15	5	7
Lesão AG	1	6	1	8	0	-	0	-	0	-	0	-	2	3
AGUS	1	6	0	-	0	-	0	-	0	-	1	8	2	3
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0
n alterações	18	-	13	-	7	-	16	-	5	-	13	-	72	-
Santíssima Trindade														
ASC-US	10	42	10	48	19	59	10	59	3	43	7	58	59	52
Lesão BG	3	13	7	33	3	9	0	-	1	14	2	17	16	14
ASC-H	4	17	0	-	4	13	2	12	0	-	1	8	11	10
Lesão AG	6	25	4	19	3	9	5	29	3	43	1	8	22	19
AGUS	1	4	0	-	0	-	0	-	0	-	1	8	2	2
CA	0	-	0	-	3	9	0	-	0	-	0	-	3	2,7
n alterações	24	-	21	-	32	-	17	-	7	-	12	-	113	-
NSA														
ASC-US	10	63	12	63	11	41	9	39	4	33	4	33	50	46
Lesão BG	5	31	2	11	8	30	6	26	3	25	4	33	28	26
ASC-H	1	6	1	5	3	11	4	17	2	17	1	8	12	11
Lesão AG	0	-	3	16	3	11	4	17	3	25	3	25	16	15
AGUS	0	-	1	5	2	7	0	-	0	-	0	-	3	-
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0
n alterações	16	-	19	-	27	-	23	-	12	-	12	-	109	-
Coinma														
ASC-US	17	71	10	53	2	40	9	43	1	50	7	54	46	55
Lesão BG	4	17	3	16	1	20	4	19	0	-	3	23	15	18
ASC-H	1	4	3	16	2	40	4	19	0	-	1	8	11	13
Lesão AG	2	8	3	16	0	-	3	-	1	50	2	15	11	13
AGUS	0	-	0	-	0	-	1	5	0	-	0	-	1	1
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
n alterações	24	-	19	-	5	-	21	-	2	-	13	-	84	-
Costa e Silva														
ASC-US	10	67	12	80	11	73	12	60	3	50	5	38	53	63
Lesão BG	1	7	2	13	1	7	2	10	1	17	2	15	9	11
ASC-H	1	7	1	7	2	13	1	5	1	17	2	15	8	10
Lesão AG	3	20	0	-	1	7	5	25	1	17	2	15	12	14
AGUS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	15	2	2,4
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0
n alterações	15	-	15	-	15	-	20	-	6	-	13	-	84	-
SSC														
ASC-US	124	55,4	130	58,8	123	49,6	137	58,1	31	51,7	89	54,3	634	55,0
Lesão BG	51	22,8	50	22,6	51	20,6	39	16,5	12	20,0	30	18,3	233	20,2
ASC-H	15	6,7	12	5,4	32	12,9	22	9,3	6	10,0	21	12,8	108	9,4
Lesão AG	29	12,9	23	10,4	32	12,9	37	15,7	11	18,3	15	9,1	147	12,7
AGUS	4	1,8	5	2,3	6	2,4	1	0,4	0	0,0	7	4,3	23	2,0
CA*	1	0,4	1	0,5	4	1,6	0	0,0	0	0,0	2	1,2	8	0,7
n alterações	224		221		248		236		60		164		1153	

*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 14. 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 2021) 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:

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

2 - Percentual dos testes com células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC) entre todos os resultados satisfatórios

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

3 - Percentual dos testes ASC entre todos os testes alterados

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

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

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

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

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

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	5,4	Entre 3 e 10
Percentual de exames com ASC entre os exames satisfatórios	3,65	até 4
Percentual de ASC entre os exames alterados	67,1	Abaixo de 60
Razão ASC/SIL	2,34	até 3
Percentual de exames com LIEAG	0,56	superior a 0,4
Percentual de amostras insatisfatórias	5,1	até 5

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

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

O rastreamento nas Unidades de Saúde identificou 45 mulheres com alteração de maior grau em 2021. Destas, 38 representam casos novos, sete já haviam apresentado alteração em anos anteriores. As alterações encontradas foram: 21 “ASC, não pode afastar alto grau” (ASC-H) e 24 casos de “alto grau”. Os casos de “alto grau” estão distribuídos em 14 HSIL, 2 HSIL sem excluir micro invasão, 7 célula glandular atípica de significado indeterminado, não pode afastar alto grau (AGUS) e 1 adenocarcinoma.

O acompanhamento das pessoas que apresentaram lesão avalia:

1 – Adesão ao rastreio – presença de CP anterior à alteração dentro do período de cinco anos – 23 mulheres faziam rastreio (52%).

2 – Diagnóstico – 23 mulheres (51%) realizaram procedimento diagnóstico. Entre as 22 sem registro de diagnóstico, 13 (29%) apresentam dificuldades de adesão ao seguimento e 9 (20%) acompanham em serviços fora do GHC.

3 – Tratamento – entre as 23 mulheres com diagnóstico, 21 estão em seguimento.

4 – Tempo decorrido entre rastreio positivo e diagnóstico – 136 dias/média.

5 – Tempo decorrido entre diagnóstico e tratamento – 49 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, 34%, mesmo em vigência da pandemia Covid-19. 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.

Entretanto, o menor número de exames realizados no ano (razão de 0,12), impacta na vigilância e poder acarretar redução de diagnósticos. Entre as mulheres que realizam mamografia no GHC, foram identificados oito (8) casos com BIRADS maior ou igual a IV. Todas as mulheres identificadas no GHC foram encaminhadas para avaliação por mastologista.

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. É possível organizar abordagem multiprofissional personalizada, qualificando o processo de acompanhamento.

As mamografias realizadas fora da rede do GHC ainda não são identificadas pela vigilância.

No Sistema de Monitoramento de Neoplasias do GHC, 36 mulheres apresentam carcinoma de mama na histologia. Todas as mulheres diagnosticadas encontram-se em tratamento. Duas foram a óbito.

Para estas mulheres, observa-se que 18 (50%) encontravam-se na faixa etária de recomendação para o rastreio com mamografia. Este resultado reforça a necessidade de observar o tripé

do rastreio para a detecção precoce de câncer de mama. Para que o diagnóstico ocorra em estágios iniciais, além de solicitar mamografia, é necessário que as mulheres estejam atentas para os sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama e que ao procurarem os serviços de saúde, profissionais estejam capacitados para avaliar adequadamente esta demanda.

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 este motivo 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.¹⁰

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 citológico é estratégia reconhecida como segura e eficiente no declínio da incidência do câncer de colo do útero. 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 rastreio¹¹. Estudos epidemiológicos do tipo caso-controle indicam risco elevado de desenvolver câncer cervical entre mulheres que nunca foram submetidas ao exame de Papanicolaou, além do aumento do risco ser proporcional ao tempo decorrido desde o último exame.¹²

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 52% 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 (41 a 69%).

A cobertura de mulheres com CP nos últimos três anos é de 26% apresentando também grande variação entre as US (16 a 47%). A US Nossa Senhora Aparecida apresenta a melhor cobertura. As coberturas ainda estão muito baixas, 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 0,39 CP coletados na faixa etária preconizada.

Na análise da idade de realização do CP, identificou-se que 90% dos exames são feitos nas mulheres na faixa etária recomendada, indicando um direcionamento da oferta de exames para a

¹⁰ 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.

¹¹ 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.

¹² 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.

população-alvo do rastreio. Dados do INCA, referentes aos anos 2019 e 2020, mostram respectivamente em 80% e 81%.¹³

Do total de exames, 11% foram coletados fora da faixa etária, sendo 6% 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 78% 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 2020, constatou-se que tanto residentes de medicina como de enfermagem diminuíram 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.¹³

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.¹⁴ No SSC, 5,1% dos exames foram insatisfatórios. A revisão de literatura indica que a proporção de resultado insatisfatório não deve ser superior a 5%. Cinco 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 57,6%. 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.

¹³ Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Informativo Detecção Precoce. Boletim ano 12, n 1, Janeiro/Junho de 2021.

¹⁴ Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia – 2. ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro, 2016.

Os indicadores de avaliação de qualidade dos CPs no SSC estão dentro dos parâmetros estabelecidos com exceção do percentual de atípicas de significado indeterminado entre os exames alterados e o percentual de amostras insatisfatórias que estão elevados. As células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US e ASC-H) representam dúvida diagnóstica, quando é considerado que os achados citológicos não são suficientes para estabelecer um resultado mais preciso. O objetivo seria reduzir o número de diagnósticos imprecisos. Na mesma direção, melhorar a qualidade da coleta aumenta a efetividade do rastreamento em detectar lesões.

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 5,4%, o que significa uma boa capacidade de detecção destas lesões, objetivo maior do rastreamento e fato determinante para a prevenção do câncer do colo do útero.

As equipes de saúde são notificadas sobre as mulheres, que apresentam alterações, aquelas com lesões de maior grau são acompanhadas sistematicamente. Através do rastreamento, foram identificados 45 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 rastreamento e diagnóstico foi de 136 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 49 dias.

Até o período analisado, metade do número de mulheres realizou procedimento diagnóstico no GHC; 20% foram encaminhadas para fora da rede do GHC o que dificulta a vigilância. Todos os casos diagnosticados já foram tratados. Ainda enfrentamos dificuldades de adesão ao seguimento, sugere-se abordagem das situações em equipe multiprofissional, utilizando os recursos do serviço social e psicologia.

Nos casos sem informação sobre o diagnóstico as equipes são notificadas novamente. O acompanhamento dos casos suspeitos no rastreamento, 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”¹⁵ 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 já eram 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).

¹⁵ 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.

¹⁶ 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^{17,18}.

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; uso de medicamentos eficazes; apoio às mudanças de estilo de vida; orientação e apoio ao autocuidado; agendas dos profissionais abertas e com consultas programadas segundo 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 construindo listas de usuários por profissional; sistema de registro, monitoramento e avaliação¹⁹.

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.²⁰

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%.¹⁷

A pesquisa por domicílios, VIGITEL BRASIL 21 mostrou que, em Porto Alegre, 26,7 dos adultos referem diagnóstico médico de HAS (VIGITEL 2021. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas em 2021. Brasília, DF, 2022).

A prevalência do diabetes melito (DM) vem aumentando, sendo o DM tipo 2 o mais frequente (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.²¹ O VIGITEL 2021, 21 mostrou que, em Porto Alegre, 8,7 dos adultos referem diagnóstico médico de DM.

¹⁷ 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>

¹⁸ 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

¹⁹ 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, 2014.

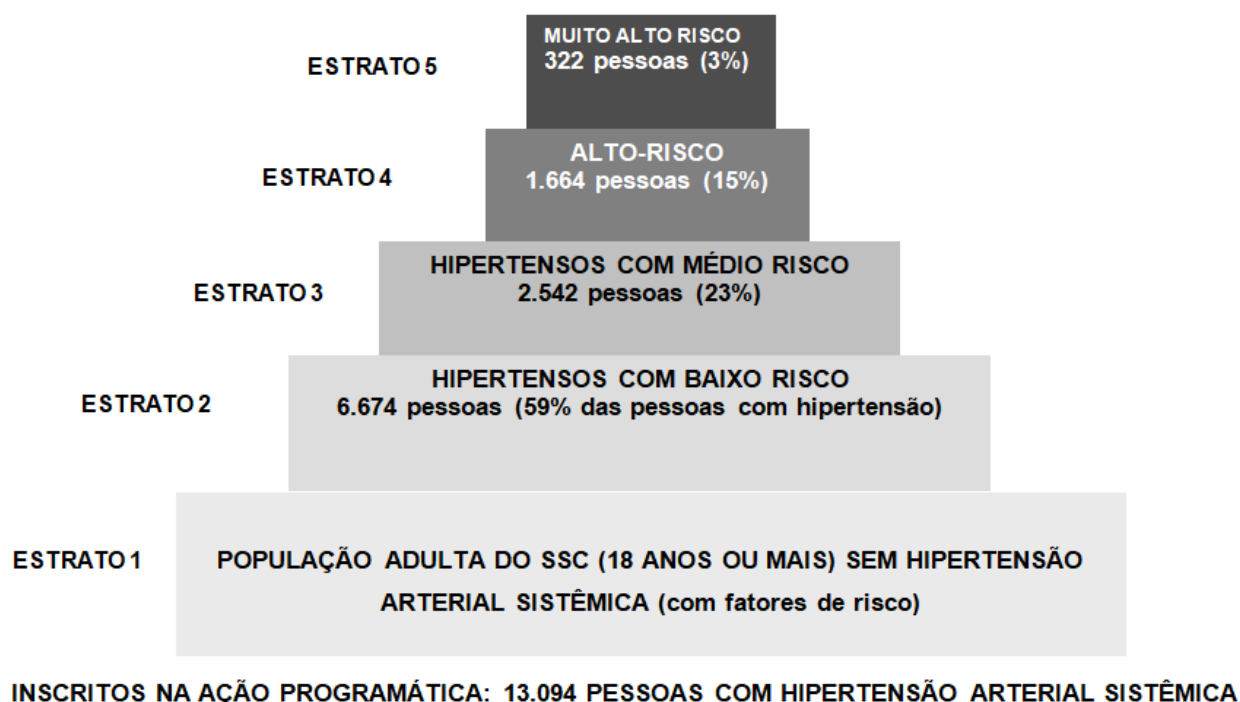
²⁰ Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51

²¹ 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.

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 populacional²² demonstrou que quase a 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 2021. SSC/GHC, Porto Alegre, RS

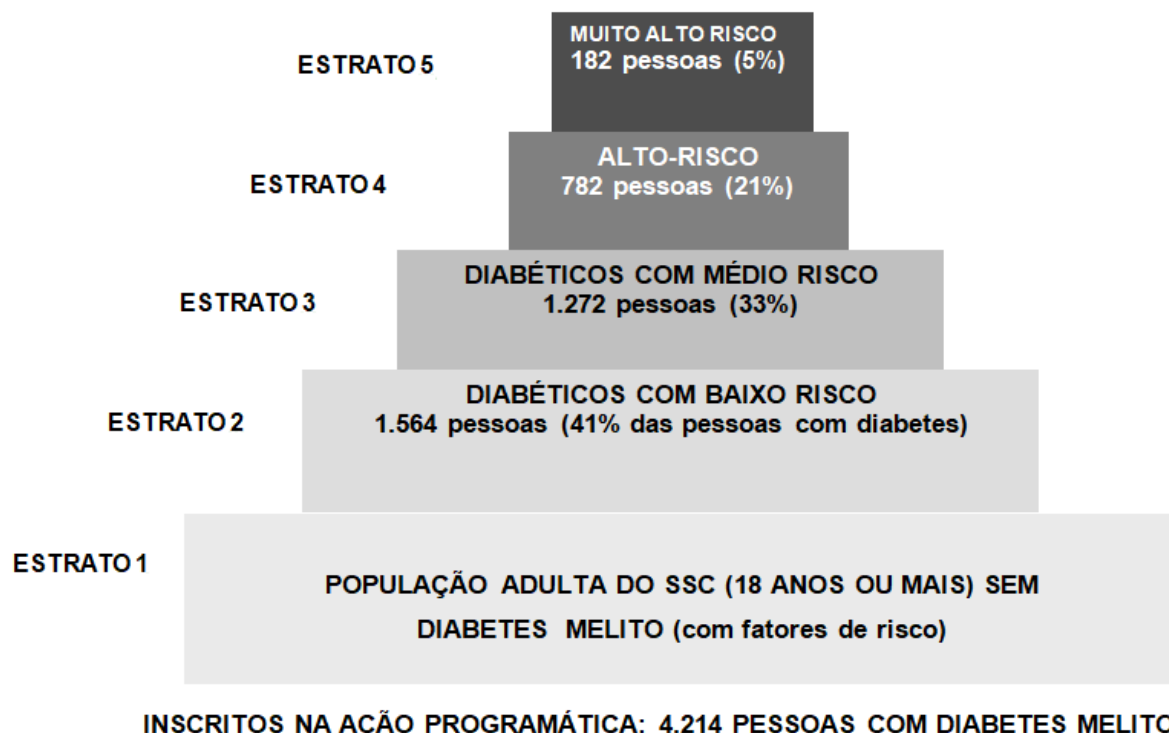


Notas:

1. O número de pessoas nos estratos 2 a 5 referem-se aos 11.202 hipertensos estratificados (86% dos inscritos).
2. O estrato 1 corresponde às pessoas sem hipertensão arterial sistêmica. A este grupo populacional estão recomendadas ações de promoção da saúde.

²² Centro de Estudos e Pesquisa em Atenção Primária à Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do GHC. 2012.

Figura 3 - Distribuição das pessoas com diabetes melito, inscritas e estratificadas conforme risco e capacidade para o autocuidado. Dezembro de 2021. SSC/GHC, Porto Alegre, RS



Notas:

1. O número de pessoas nos estratos 2 a 5 referem-se aos 3.800 diabéticos estratificados (90% dos inscritos).
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 lenta, 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.

O acompanhamento dos diabéticos pela enfermagem, fator de reconhecida qualidade na atenção às doenças crônicas, está descrito na Tabela 27.

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	14594	3794	1168	2906	1032	2469	65	653	56
Vila Floresta	8358	2173	669	1766	584	1448	67	418	62
Divina Providência	3684	958	295	749	323	626	65	251	85
Sesc	4883	1270	391	1114	484	901	71	311	80
Barão de Bagé	3295	857	264	714	317	596	70	197	75
Jardim Leopoldina	11773	3061	942	2296	911	1772	58	610	65
Parque dos Maías	7943	2065	635	1473	654	1134	55	377	59
Jardim Itu	7544	1961	604	1655	609	1343	68	410	68
Santíssima Trindade	3194	830	256	508	233	419	50	185	72
NSA	4780	1243	382	911	397	750	60	265	69
Coinma	4711	1225	377	892	393	713	58	211	56
Costa e Silva	3955	1028	316	1071	483	923	90	326	103
SSC	78714	20465	6299	16055	6420	13094	64	4214	67

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	1815	74
	HAS Estágio I	333	13
	HAS Estágio II	164	7
	Ignorada	157	6
	Não informado	0	0
	Total	2469	100
Vila Floresta	Controlada	1075	74
	HAS Estágio I	201	14
	HAS Estágio II	166	11
	Ignorada	6	0
	Não informado	0	0
	Total	1448	100
Divina Providência	Controlada	491	78
	HAS Estágio I	104	17
	HAS Estágio II	27	4
	Ignorada	4	1
	Não informado	0	0
	Total	626	100
Sesc	Controlada	669	74
	HAS Estágio I	165	18
	HAS Estágio II	54	6
	Ignorada	13	1
	Não informado	0	0
	Total	901	100
Barão de Bagé	Controlada	359	60
	HAS Estágio I	141	24
	HAS Estágio II	89	15
	Ignorada	7	1
	Não informado	0	0
	Total	596	100
Jardim Leopoldina	Controlada	1280	72
	HAS Estágio I	326	18
	HAS Estágio II	159	9
	Ignorada	7	0
	Não informado	0	0
	Total	1772	100
Parque dos Maías	Controlada	642	57
	HAS Estágio I	295	26
	HAS Estágio II	156	14
	Ignorada	41	4
	Não informado	0	0
	Total	1134	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	906	67
HAS Estágio I	264	20
HAS Estágio II	152	11
Ignorada	21	2
Não informado	0	0
Total	1343	100
Santíssima Trindade		
Controlada	246	59
HAS Estágio I	82	20
HAS Estágio II	69	16
Ignorada	22	5
Não informado	0	0
Total	419	100
NSA		
Controlada	522	70
HAS Estágio I	130	17
HAS Estágio II	82	11
Ignorada	16	2
Não informado	0	0
Total	750	100
Coinma		
Controlada	590	83
HAS Estágio I	70	10
HAS Estágio II	42	6
Ignorada	11	2
Não informado	0	0
Total	713	100
Costa e Silva		
Controlada	641	69
HAS Estágio I	169	18
HAS Estágio II	107	12
Ignorada	6	1
Não informado	0	0
Total	923	100
SSC		
Controlada	9236	71
HAS Estágio I	2280	17
HAS Estágio II	1267	10
Ignorada	311	2
Não informado	0	0
Total	13094	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	897	36	1385	187	2469
Diabete (tipo 1 ou 2)	526	21	1943	0	2469
Tabagismo	235	10	1973	261	2469
Sedentarismo	1531	62	703	235	2469
Dislipidemia	918	37	1290	261	2469
Obesidade	727	29	1496	246	2469
Vila Floresta					
História Familiar	852	59	508	88	1448
Diabete (tipo 1 ou 2)	328	23	1120	0	1448
Tabagismo	177	12	1207	64	1448
Sedentarismo	1061	73	314	73	1448
Dislipidemia	735	51	580	133	1448
Obesidade	507	35	843	98	1448
Divina Providência					
História Familiar	367	59	242	17	626
Diabete (tipo 1 ou 2)	189	30	437	0	626
Tabagismo	115	18	492	19	626
Sedentarismo	494	79	113	19	626
Dislipidemia	254	41	347	25	626
Obesidade	239	38	367	20	626
Sesc					
História Familiar	495	55	359	47	901
Diabete (tipo 1 ou 2)	227	25	674	0	901
Tabagismo	133	15	689	79	901
Sedentarismo	543	60	280	78	901
Dislipidemia	217	24	596	88	901
Obesidade	246	27	570	85	901
Barão de Bagé					
História Familiar	286	48	197	113	596
Diabete (tipo 1 ou 2)	160	27	436	0	596
Tabagismo	60	10	360	176	596
Sedentarismo	280	47	124	192	596
Dislipidemia	127	21	217	252	596
Obesidade	195	33	178	223	596
Jardim Leopoldina					
História Familiar	1050	59	520	202	1772
Diabete (tipo 1 ou 2)	472	27	1300	0	1772
Tabagismo	220	12	1391	161	1772
Sedentarismo	1224	69	381	167	1772
Dislipidemia	778	44	780	214	1772
Obesidade	598	34	943	231	1772
Parque dos Maías					
História Familiar	504	44	559	71	1134
Diabete (tipo 1 ou 2)	275	24	859	0	1134
Tabagismo	156	14	903	75	1134
Sedentarismo	769	68	285	80	1134
Dislipidemia	516	46	510	108	1134
Obesidade	419	37	621	94	1134

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	736	55	508	99	1343
	Diabete (tipo 1 ou 2)	328	24	1015	0	1343
	Tabagismo	135	10	1118	90	1343
	Sedentarismo	898	67	352	93	1343
	Dislipidemia	520	39	713	110	1343
	Obesidade	439	33	798	106	1343
Santíssima Trindade	História Familiar	129	31	115	175	419
	Diabete (tipo 1 ou 2)	133	32	286	0	419
	Tabagismo	42	10	167	210	419
	Sedentarismo	163	39	48	208	419
	Dislipidemia	71	17	117	231	419
	Obesidade	104	25	101	214	419
NSA	História Familiar	438	58	282	30	750
	Diabete (tipo 1 ou 2)	219	29	531	0	750
	Tabagismo	85	11	615	50	750
	Sedentarismo	577	77	124	49	750
	Dislipidemia	384	51	311	55	750
	Obesidade	253	34	448	49	750
Coinma	História Familiar	378	53	288	47	713
	Diabete (tipo 1 ou 2)	142	20	571	0	713
	Tabagismo	81	11	567	65	713
	Sedentarismo	503	71	147	63	713
	Dislipidemia	273	38	369	71	713
	Obesidade	240	34	394	79	713
Costa e Silva	História Familiar	517	56	221	185	923
	Diabete (tipo 1 ou 2)	244	26	679	0	923
	Tabagismo	41	4	255	627	923
	Sedentarismo	232	25	70	621	923
	Dislipidemia	105	11	172	646	923
	Obesidade	113	12	177	633	923
SSC	História Familiar	6649	51	5184	1261	13094
	Diabete (tipo 1 ou 2)	3680	28	10040	-626	13094
	Tabagismo	1480	11	9737	1877	13094
	Sedentarismo	8275	63	2941	1878	13094
	Dislipidemia	4898	37	6002	2194	13094
	Obesidade	4080	31	6936	2078	13094

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	206	8	1905	358	2469
	AIT ou AVC	114	5	1998	357	2469
	Pé diabético	6	0	149	2314	2469
	Amputação por DM	3	0	323	2143	2469
	Nefropatia	109	4	1982	378	2469
	Doença arterial periférica	48	2	2067	354	2469
	HVE ou ICC	105	4	2007	357	2469
	Retinopatia	35	1	670	1764	2469
	Vila Floresta	Cardiopatia isquêmica	133	9	1078	237
AIT ou AVC		66	5	1164	218	1448
Pé diabético		2	0	142	1304	1448
Amputação por DM		2	0	185	1261	1448
Nefropatia		63	4	1138	247	1448
Doença arterial periférica		22	2	1192	234	1448
HVE ou ICC		79	5	1124	245	1448
Retinopatia		13	1	313	1122	1448
Divina Providência		Cardiopatia isquêmica	52	8	554	20
	AIT ou AVC	32	5	573	21	626
	Pé diabético	1	0	0	625	626
	Amputação por DM	3	0	175	448	626
	Nefropatia	14	2	592	20	626
	Doença arterial periférica	17	3	589	20	626
	HVE ou ICC	29	5	574	23	626
	Retinopatia	15	2	161	450	626
	Sesc	Cardiopatia isquêmica	59	7	676	166
AIT ou AVC		43	5	705	153	901
Pé diabético		4	0	101	796	901
Amputação por DM		0	0	133	768	901
Nefropatia		28	3	712	161	901
Doença arterial periférica		18	2	722	161	901
HVE ou ICC		44	5	685	172	901
Retinopatia		12	1	281	608	901
Barão de Bagé		Cardiopatia isquêmica	37	6	420	139
	AIT ou AVC	24	4	432	140	596
	Pé diabético	2	0	24	570	596
	Amputação por DM	0	0	82	514	596
	Nefropatia	20	3	418	158	596
	Doença arterial periférica	18	3	423	155	596
	HVE ou ICC	26	4	398	172	596
	Retinopatia	9	2	189	398	596

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				total n	
		sim		não			ign n
		n	%	n	n		
Jardim Leopoldina	Cardiopatia isquêmica	157	9	1457	158	1772	
	AIT ou AVC	83	5	1528	161	1772	
	Pé diabético	7	0	22	1743	1772	
	Amputação por DM	4	0	302	1466	1772	
	Nefropatia	68	4	1535	169	1772	
	Doença arterial periférica	41	2	1559	172	1772	
	HVE ou ICC	109	6	1491	172	1772	
	Retinopatia	22	1	590	1160	1772	
Parque dos Maías	Cardiopatia isquêmica	88	8	887	159	1134	
	AIT ou AVC	42	4	939	153	1134	
	Pé diabético	1	0	78	1055	1134	
	Amputação por DM	1	0	160	973	1134	
	Nefropatia	17	1	950	167	1134	
	Doença arterial periférica	29	3	941	164	1134	
	HVE ou ICC	33	3	932	169	1134	
	Retinopatia	6	1	188	940	1134	
Jardim itu	Cardiopatia isquêmica	106	8	876	361	1343	
	AIT ou AVC	45	3	937	361	1343	
	Pé diabético	4	0	56	1283	1343	
	Amputação por DM	5	0	166	1172	1343	
	Nefropatia	30	2	934	379	1343	
	Doença arterial periférica	22	2	940	381	1343	
	HVE ou ICC	54	4	907	382	1343	
	Retinopatia	14	1	756	573	1343	
Santíssima Trindade	Cardiopatia isquêmica	8	2	147	264	419	
	AIT ou AVC	3	1	150	266	419	
	Pé diabético	45	11	0	374	419	
	Amputação por DM	1	0	43	375	419	
	Nefropatia	3	1	145	271	419	
	Doença arterial periférica	3	1	148	268	419	
	HVE ou ICC	12	3	136	271	419	
	Retinopatia	3	1	72	344	419	
NSA	Cardiopatia isquêmica	64	9	603	83	750	
	AIT ou AVC	39	5	625	86	750	
	Pé diabético	1	0	28	721	750	
	Amputação por DM	3	0	151	596	750	
	Nefropatia	48	6	613	89	750	
	Doença arterial periférica	27	4	638	85	750	
	HVE ou ICC	85	11	581	84	750	
	Retinopatia	17	2	461	272	750	

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	70	10	537	106	713
AIT ou AVC	31	4	577	105	713
Pé diabético	5	1	14	694	713
Amputação por DM	1	0	91	621	713
Nefropatia	21	3	584	108	713
Doença arterial periférica	14	2	592	107	713
HVE ou ICC	25	4	573	115	713
Retinopatia	10	1	407	296	713
Costa e Silva					
Cardiopatia isquêmica	72	8	608	243	923
AIT ou AVC	28	3	658	237	923
Pé diabético	1	0	13	909	923
Amputação por DM	1	0	127	795	923
Nefropatia	18	2	655	250	923
Doença arterial periférica	16	2	661	246	923
HVE ou ICC	43	5	624	256	923
Retinopatia	13	1	276	634	923
SSC					
Cardiopatia isquêmica	1052	8	9748	2294	13094
AIT ou AVC	550	4	10286	2258	13094
Pé diabético	79	1	627	12388	13094
Amputação por DM	24	0	1938	11132	13094
Nefropatia	439	3	10258	2397	13094
Doença arterial periférica	275	0	10472	2347	13094
HVE ou ICC	644	0	10032	2418	13094
Retinopatia	169	0	4364	8561	13094

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	353	54
	Não Controlada	195	30
	Ignorada	105	16
	Não informado	0	0
	Total	653	100
Vila Floresta	Controlada	229	55
	Não Controlada	169	40
	Ignorada	20	5
	Não informado	0	0
	Total	418	100
Divina Providência	Controlada	76	30
	Não Controlada	63	25
	Ignorada	112	45
	Não informado	0	0
	Total	251	100
Sesc	Controlada	212	68
	Não Controlada	74	24
	Ignorada	24	8
	Não informado	1	0
	Total	311	100
Barão de Bagé	Controlada	103	52
	Não Controlada	79	40
	Ignorada	15	8
	Não informado	0	0
	Total	197	100
Jardim Leopoldina	Controlada	355	58
	Não Controlada	179	29
	Ignorada	76	12
	Não informado	0	0
	Total	610	100
Parque dos Maias	Controlada	210	56
	Não Controlada	114	30
	Ignorada	53	14
	Não informado	0	0
	Total	377	100
Jardim Itu	Controlada	240	59
	Não Controlada	133	32
	Ignorada	37	9
	Não informado	0	0
	Total	410	100
Santíssima Trindade	Controlada	94	51
	Não Controlada	67	36
	Ignorada	24	13
	Não informado	0	0
	Total	185	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	124	47
	Não Controlada	121	46
	Ignorada	20	8
	Não informado	0	0
	Total	265	100
Coinma			
	Controlada	145	69
	Não Controlada	62	29
	Ignorada	4	2
	Não informado	0	0
	Total	211	100
Costa e Silva			
	Controlada	174	53
	Não Controlada	104	32
	Ignorada	48	15
	Não informado	0	0
	Total	326	100
SSC			
	Controlada	2315	55
	Não Controlada	1360	32
	Ignorada	538	13
	Não informado	1	0
	Total	4214	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	272	42	345	36	653
	Hipertensão	526	81	127	0	653
	Tabagismo	66	10	530	57	653
	Sedentarismo	450	69	153	50	653
	Dislipidemia	327	50	269	57	653
	Obesidade	255	39	344	54	653
Vila Floresta	História Familiar	245	59	136	37	418
	Hipertensão	328	78	90	0	418
	Tabagismo	50	12	337	31	418
	Sedentarismo	300	72	86	32	418
	Dislipidemia	258	62	115	45	418
	Obesidade	180	43	201	37	418
Divina Providência	História Familiar	154	61	91	6	251
	Hipertensão	189	75	62	0	251
	Tabagismo	47	19	197	7	251
	Sedentarismo	208	83	37	6	251
	Dislipidemia	131	52	113	7	251
	Obesidade	105	42	140	6	251
Sesc	História Familiar	163	52	139	9	311
	Hipertensão	227	73	84	0	311
	Tabagismo	39	13	245	27	311
	Sedentarismo	192	62	95	24	311
	Dislipidemia	87	28	194	30	311
	Obesidade	90	29	197	24	311
Barão de Bagé	História Familiar	117	59	53	27	197
	Hipertensão	160	81	37	0	197
	Tabagismo	15	8	128	54	197
	Sedentarismo	101	51	36	60	197
	Dislipidemia	56	28	68	73	197
	Obesidade	77	39	53	67	197
Jardim Leopoldina	História Familiar	377	62	151	82	610
	Hipertensão	472	77	138	0	610
	Tabagismo	52	9	484	74	610
	Sedentarismo	428	70	108	74	610
	Dislipidemia	328	54	198	84	610
	Obesidade	257	42	256	97	610
Parque dos Maias	História Familiar	180	48	168	29	377
	Hipertensão	275	73	102	0	377
	Tabagismo	39	10	308	30	377
	Sedentarismo	277	73	68	32	377
	Dislipidemia	204	54	130	43	377
	Obesidade	164	44	177	36	377

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	225	55	151	34	410
Hipertensão	328	80	82	0	410
Tabagismo	44	11	333	33	410
Sedentarismo	287	70	88	35	410
Dislipidemia	178	43	190	42	410
Obesidade	159	39	215	36	410
Santíssima Trindade					
História Familiar	64	35	54	67	185
Hipertensão	133	72	52	0	185
Tabagismo	17	9	81	87	185
Sedentarismo	77	42	23	85	185
Dislipidemia	41	22	53	91	185
Obesidade	61	33	39	85	185
NSA					
História Familiar	159	60	87	19	265
Hipertensão	219	83	46	0	265
Tabagismo	23	9	220	22	265
Sedentarismo	205	77	39	21	265
Dislipidemia	168	63	74	23	265
Obesidade	97	37	146	22	265
Coinma					
História Familiar	107	51	85	19	211
Hipertensão	142	67	69	0	211
Tabagismo	24	11	165	22	211
Sedentarismo	151	72	38	22	211
Dislipidemia	100	47	89	22	211
Obesidade	80	38	104	27	211
Costa e Silva					
História Familiar	189	58	63	74	326
Hipertensão	244	75	82	0	326
Tabagismo	12	4	70	244	326
Sedentarismo	68	21	19	239	326
Dislipidemia	36	11	41	249	326
Obesidade	40	12	38	248	326
SSC					
História Familiar	2252	53	1523	439	4214
Hipertensão	3243	77	971	0	4214
Tabagismo	428	10	3098	688	4214
Sedentarismo	2744	65	790	680	4214
Dislipidemia	1914	45	1534	766	4214
Obesidade	1565	37	1910	739	4214

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	ign	
		n	%	n	n	
Conceição	Cardiopatia isquêmica	79	12	499	75	653
	AIT ou AVC	33	5	544	76	653
	Pé diabético	7	1	53	593	653
	Amputação por DM	3	0	395	255	653
	Nefropatia	53	8	516	84	653
	Doença arterial periférica	33	5	542	78	653
	HVE ou ICC	33	5	542	78	653
	Retinopatia	28	4	161	464	653
	Vila Floresta	Cardiopatia isquêmica	48	11	296	74
AIT ou AVC		20	5	326	72	418
Pé diabético		3	1	55	360	418
Amputação por DM		2	0	228	188	418
Nefropatia		33	8	304	81	418
Doença arterial periférica		7	2	335	76	418
HVE ou ICC		7	2	335	76	418
Retinopatia		14	3	77	327	418
Divina Providência		Cardiopatia isquêmica	18	7	227	6
	AIT ou AVC	10	4	235	6	251
	Pé diabético	1	0	0	250	251
	Amputação por DM	3	1	232	16	251
	Nefropatia	5	2	240	6	251
	Doença arterial periférica	8	3	237	6	251
	HVE ou ICC	8	3	237	6	251
	Retinopatia	7	3	63	181	251
	Sesc	Cardiopatia isquêmica	19	6	234	58
AIT ou AVC		12	4	248	51	311
Pé diabético		6	2	51	254	311
Amputação por DM		1	0	176	134	311
Nefropatia		20	6	234	57	311
Doença arterial periférica		15	5	239	57	311
HVE ou ICC		15	5	239	57	311
Retinopatia		13	4	86	212	311
Barão de Bagé		Cardiopatia isquêmica	19	10	136	42
	AIT ou AVC	6	3	147	44	197
	Pé diabético	2	1	16	179	197
	Amputação por DM	0	0	99	98	197
	Nefropatia	8	4	140	49	197
	Doença arterial periférica	4	2	146	47	197
	HVE ou ICC	4	2	146	47	197
	Retinopatia	7	4	63	127	197

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

	Lesões em órgão alvo	Avaliação Inicial				total n
		sim n	não %	ign n		
Jardim Leopoldina	Cardiopatia isquêmica	71	12	470	69	610
	AIT ou AVC	35	6	504	71	610
	Pé diabético	9	1	17	584	610
	Amputação por DM	4	1	384	222	610
	Nefropatia	43	7	494	73	610
	Doença arterial periférica	26	4	511	73	610
	HVE ou ICC	26	4	511	73	610
	Retinopatia	24	4	152	434	610
Parque dos Maías	Cardiopatia isquêmica	34	9	288	55	377
	AIT ou AVC	12	3	310	55	377
	Pé diabético	3	1	42	332	377
	Amputação por DM	1	0	220	156	377
	Nefropatia	14	4	303	60	377
	Doença arterial periférica	16	4	304	57	377
	HVE ou ICC	16	4	304	57	377
	Retinopatia	7	2	48	322	377
Jardim itu	Cardiopatia isquêmica	36	9	260	114	410
	AIT ou AVC	21	5	274	115	410
	Pé diabético	5	1	23	382	410
	Amputação por DM	5	1	206	199	410
	Nefropatia	17	4	274	119	410
	Doença arterial periférica	12	3	279	119	410
	HVE ou ICC	12	3	279	119	410
	Retinopatia	10	2	211	189	410
Santíssima Trindade	Cardiopatia isquêmica	4	2	76	105	185
	AIT ou AVC	2	1	78	105	185
	Pé diabético	0	0	28	157	185
	Amputação por DM	1	1	58	126	185
	Nefropatia	4	2	74	107	185
	Doença arterial periférica	3	2	76	106	185
	HVE ou ICC	3	2	76	106	185
	Retinopatia	3	2	26	156	185
NSA	Cardiopatia isquêmica	30	11	201	34	265
	AIT ou AVC	10	4	221	34	265
	Pé diabético	1	0	21	243	265
	Amputação por DM	3	1	184	78	265
	Nefropatia	25	9	207	33	265
	Doença arterial periférica	15	6	218	32	265
	HVE ou ICC	15	6	218	32	265
	Retinopatia	16	6	129	120	265

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 n	
		sim		não			ign
		n	%	n	n		
	Cardiopatia isquêmica	22	10	154	35	211	
	AIT ou AVC	12	6	162	37	211	
	Pé diabético	7	3	3	201	211	
	Amputação por DM	2	1	133	76	211	
	Nefropatia	7	3	167	37	211	
	Doença arterial periférica	4	2	171	36	211	
	HVE ou ICC	4	2	171	36	211	
	Retinopatia	3	1	122	86	211	
Costa e Silva	Cardiopatia isquêmica	26	8	215	85	326	
	AIT ou AVC	6	2	239	81	326	
	Pé diabético	1	0	6	319	326	
	Amputação por DM	1	0	162	163	326	
	Nefropatia	13	4	225	88	326	
	Doença arterial periférica	8	2	234	84	326	
	HVE ou ICC	8	2	234	84	326	
	Retinopatia	6	2	106	214	326	
SSC	Cardiopatia isquêmica	406	10	3056	752	4214	
	AIT ou AVC	179	4	3288	747	4214	
	Pé diabético	45	1	315	3854	4214	
	Amputação por DM	26	1	2477	1711	4214	
	Nefropatia	242	6	3178	794	4214	
	Doença arterial periférica	151	4	3292	771	4214	
	HVE ou ICC	151	0	3292	771	4214	
	Retinopatia	138	0	1244	2832	4214	

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	653	7	1	5	71	0	0	1	14	1	36
Vila Floresta	418	10	2	3	30	0	0	0	0	7	41
Divina Providência	251	0	0	0	-	0	-	0	-	0	-
Sesc	311	7	2	3	43	0	0	0	0	4	52
Barão de Bagé	197	6	3	3	50	2	33	0	0	1	56
Jardim Leopoldina	610	12	2	4	33	3	25	0	0	5	39
Parque dos Maias	377	9	2	2	22	2	22	0	0	5	34
Jardim Itu	410	3	1	1	33	0	0	2	67	0	38
Santíssima Trindade	185	4	2	1	25	1	25	0	0	2	52
NSA	265	9	3	5	56	2	22	0	0	2	44
Coinma	211	2	1	1	50	0	0	0	0	1	45
Costa e Silva	326	5	2	2	40	0	0	2	40	1	40
SSC	4214	74	2	30	41	10	14	5	7	29	39

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 estratificados		estratos								
			usuários estratificados	2		3		4		5	
				n	%	n	%	n	%	n	%
	n	%	n	n	%	n	%	n	%	n	%
Hospital Conceição	2469	88	2162	1301	60	412	19	388	18	61	3
Vila Floresta	1448	92	1336	793	59	172	13	298	22	73	5
Divina Providência	626	99	621	416	67	100	16	81	13	24	4
Sesc	901	93	841	529	63	213	25	79	9	20	2
Barão de Bagé	596	83	492	277	56	134	27	59	12	22	4
Jardim Leopoldina	1772	95	1687	719	43	597	35	334	20	37	2
Parque dos Maias	1134	65	739	487	66	192	26	53	7	7	1
Jardim Itu	1343	87	1171	763	65	196	17	173	15	39	3
Santíssima Trindade	419	75	316	165	52	101	32	35	11	15	5
NSA	750	92	690	343	50	219	32	112	16	16	2
Coinma	713	64	459	301	66	127	28	24	5	7	2
Costa e Silva	923	75	688	580	84	79	11	28	4	1	0
SSC	13094	86	11202	6674	60	2542	23	1664	15	322	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	653	90	588	239	41	168	29	148	25	33	6
Vila Floresta	418	94	392	164	42	73	19	118	30	37	9
Divina Providência	251	99	249	110	44	75	30	45	18	19	8
Sesc	311	95	295	131	44	124	42	31	11	9	3
Barão de Bagé	197	91	180	66	37	72	40	33	18	9	5
Jardim Leopoldina	610	98	596	128	21	284	48	163	27	21	4
Parque dos Maias	377	81	306	154	50	114	37	33	11	5	2
Jardim Itu	410	94	384	180	47	91	24	90	23	23	6
Santíssima Trindade	185	82	152	45	30	61	40	29	19	17	11
NSA	265	97	256	84	33	98	38	68	27	6	2
Coinma	211	92	195	113	58	71	36	8	4	3	2
Costa e Silva	326	63	206	149	72	41	20	16	8	0	0
SSC	4214	90	3799	1563	41	1272	33	782	21	182	5

Nota:

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

Tabela 26 - Série histórica (2016 a 2021) da distribuição dos diabéticos inscritos na ação programática que consultaram com dentista, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	inscritos na AP em 2020	2016	2017	2018	2019	2020	2021
		consultaram com dentista	consultaram com dentista	consultaram com dentista	consultaram com dentista	consultaram com dentista	consultaram com dentista
	n	n	%	n	%	n	%
Conceição	653	-	22	-	23	-	21
Vila Floresta	418	-	34	-	38	-	41
Divina Providência	251	-	41	-	38	-	40
Sesc	311	-	32	-	46	-	48
Barão de Bagé	197	-	32	-	52	-	58
Jardim Leopoldina	610	-	36	-	29	-	32
Parque dos Maías	377	-	63	-	53	-	49
Jardim Itu	410	-	34	-	32	-	38
Santíssima Trindade	185	-	62	-	38	-	41
NSA	265	-	38	-	36	-	35
Coinma	211	-	44	-	39	-	36
Costa e Silva	326	-	39	-	26	-	33
SSC	4214	-	37	-	36	-	37

Tabela 27 - Distribuição dos diabéticos inscritos na ação programática que consultaram com enfermeiro no ano de 2021, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	diabéticos inscritos	consultaram com enfermeiro
	n	n
Conceição	653	6
Vila Floresta	418	7
Divina Providência	251	3
Sesc	311	1
Barão de Bagé	197	11
Jardim Leopoldina	610	2
Parque dos Maías	377	8
Jardim Itu	410	18
Santíssima Trindade	185	2
NSA	265	5
Coinma	211	0
Costa e Silva	326	8
SSC	4214	71

4.1.3 COMENTÁRIOS

4.1.3.1. COBERTURA E CONTROLE

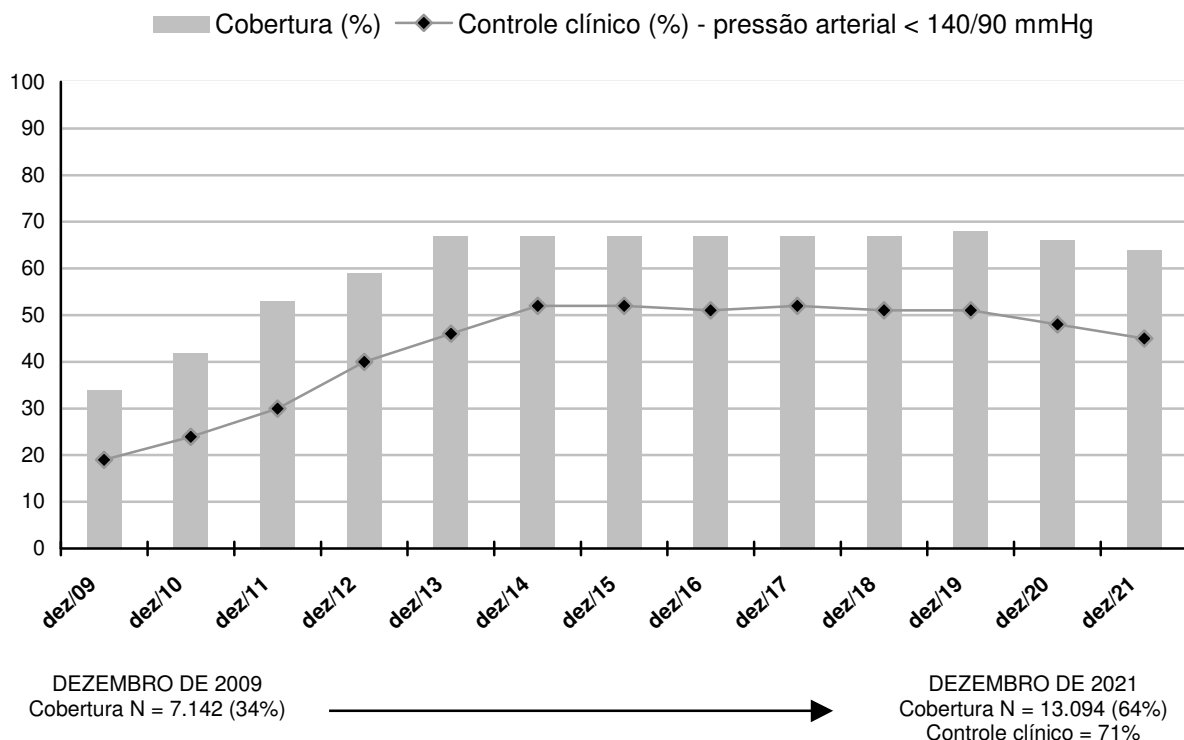
Hipertensão Arterial Sistêmica

Ao final de 2021, a cobertura atingida foi de 64%, equivalendo a 13.094 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 (16.055) e o número de hipertensos inscritos (13.094) ou seja, são 2.961 pessoas que receberam um CID (código da classificação internacional de doenças) compatível com diagnóstico de hipertensão, mas não foram inscritos na ação programática.

Destes, 71% encontravam-se com a pressão controlada no momento da última avaliação registrada; 17% no estágio I (níveis tensionais entre 140-159/90-99 mmHg) e 10% 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 2021 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.

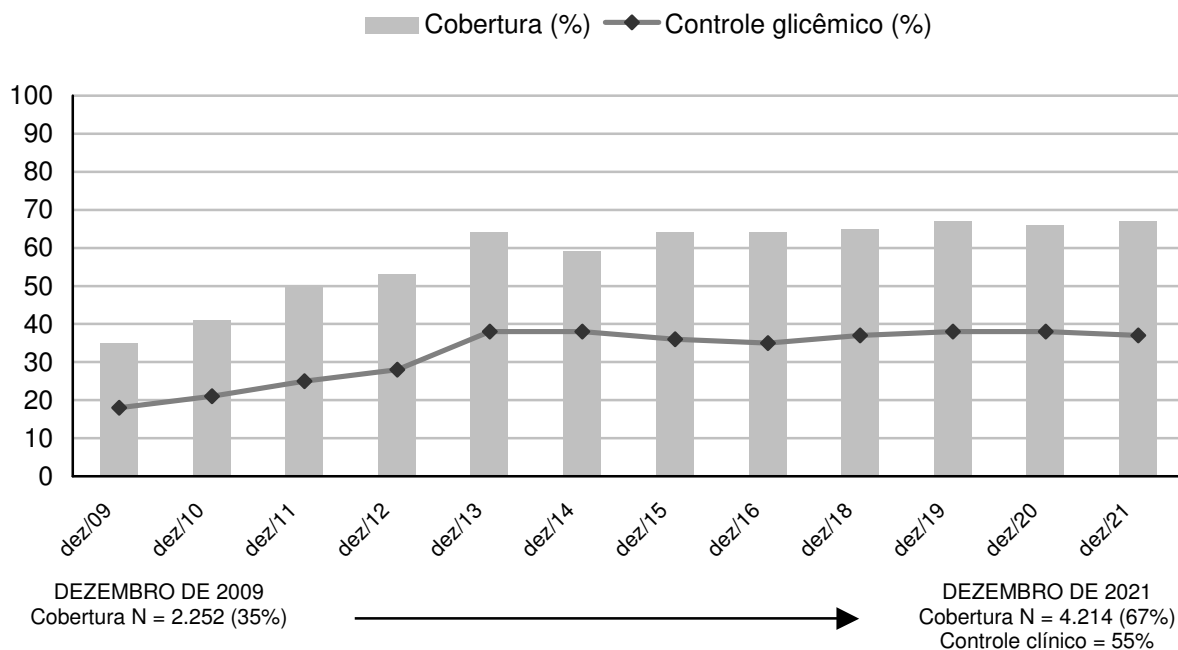
Controle = proporção de inscritos cuja pressão arterial encontra-se abaixo de 140/90 mmHg.

Diabetes melito

Ao final de 2021, o SSC alcançou a cobertura de 67% de inscritos (4.214 diabéticos) e a glicemia encontrava-se controlada em 55% destes (conforme as Tabelas 16 e 20 respectivamente). Constata-se uma diferença entre o número de diabéticos que consultaram (6.420) e o número de diabéticos inscritos (4.214), demonstrando que 2.206 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 2021 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 4.1.3.5 deste 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 APS. 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 cerebro-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 hospitalizações de diabetes melito vêm aumentando gradativamente e, em 2021, observou-se importante crescimento de hospitalizações por doença cerebrovascular sem uma explicação compreendida. (Gráfico 11).

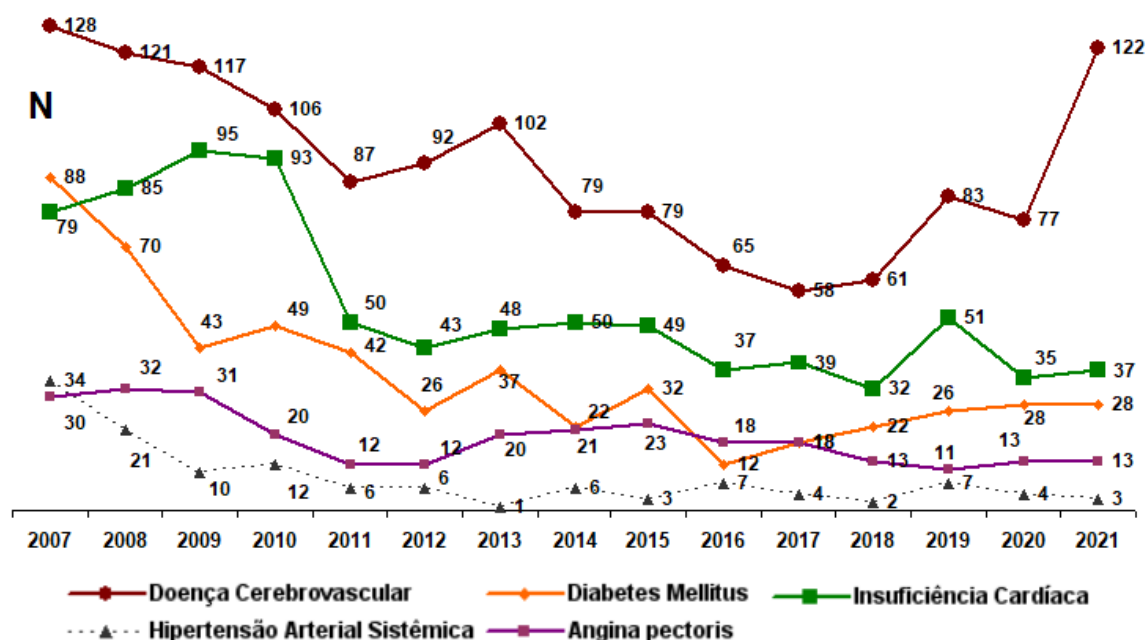
4.1.3.4. QUALIDADE DO REGISTRO

O sub-registro vem diminuindo discretamente nos últimos anos, uma vez que 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; 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 o 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 (2007-2021) 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 adolescentes²³ 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.²⁴

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.

²³ 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

²⁴ 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	1194	251	119	47	21	18
Vila Floresta	987	207	170	82	67	39
Divina Providência	768	161	188	117	25	13
Sesc	929	195	233	119	40	17
Barão de Bagé	555	117	154	132	53	34
Jardim Leopoldina	1803	379	339	89	48	14
Parque dos Maias	1607	337	480	142	69	14
Jardim Itu	906	190	121	64	24	20
Santíssima Trindade	1360	286	416	145	76	18
NSA	1076	226	243	108	21	9
Coinma	650	137	145	106	22	15
Costa e Silva	663	139	185	133	34	18
SSC	12498	2625	2793	106	500	18

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 (2010 a 2021) das internações por asma em usuários com menos de dezenove anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Conceição	15	13	11	8	7	8	3	5	11	7	2	3
Vila Floresta	9	6	5	4	6	3	4	10	3	1	1	5
Divina Providência	11	16	7	4	4	1	3	6	4	4		4
Sesc	8	10	4	3	2	4	8	8	7	13	3	8
Barão de Bagé	8	3	5	1	4	3	2	3	2	1	1	
Jardim Leopoldina	19	11	13	8	8	5	5	12	9	6	2	3
Parque dos Maias	9	7	6	2	8	5	7	5	2	7	2	4
Jardim Itu	4	9	3	4	0	0	2	4	2	2		1
Santíssima Trindade	24	21	13	8	12	18	8	11	15	12	4	12
NSA	10	12	9	8	7	3	8	11	5	4	2	4
Coinma	3	2	2	1	2	4	2	2	-		2	
Costa e Silva	15	8	9	7	5	4	4	4	4	2		
SSC	135	118	87	58	65	58	56	81	64	59	19	44

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 diagnosticada ²⁵, 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.

²⁵ 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 elevado²⁶ 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-19²⁷.

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

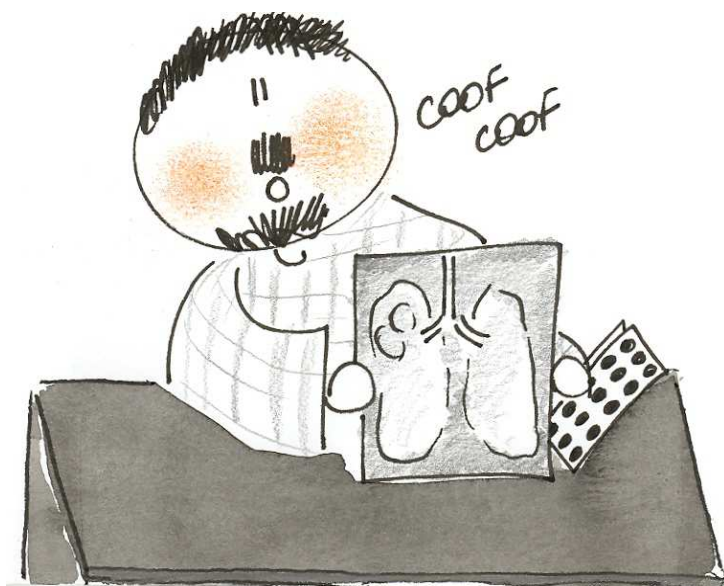
No ano de 2020 não foi possível manter as atividades estruturadas do controle de tabagismo, como as atividades coletivas, em decorrência da epidemia de COVID-19.

²⁶ 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

²⁷ 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 2020 e 2021. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

Diagnósticos	2020		2021	
	n	%	n	%
Sífilis	122	33	125	33
Sífilis - outras formas e não especificadas	(n=103)		(n=121)	
Sífilis em gestantes	(n=12)		(n=1)	
Sífilis congênita	(n=7)		(n=3)	
HIV/AIDS	95	25	114	30
AIDS	(n=72)		(n=85)	
HIV +	(n=22)		(n=29)	
Gestante HIV +	(n=1)		(n=0)	
Tuberculose	47	13	54	14
Mordedura por animais	36	10	33	9
Câncer ginecológico	28	7	27	7
Neoplasia maligna de mama	(n=24)		(n=19)	
Ca colo do útero	-		(n=5)	
Ca corpo do útero (endométrio)	(n=2)		-	
Ca ovário	(n=2)		-	
Ca vagina/vulva	-		(n=2)	
Ca outros	-		(n=1)	
Hepatites virais	27	7	21	5
Hepatite viral crônica	(n=16)		(n=8)	
Hepatites virais não especificadas	(n=10)		(n=10)	
Hepatite viral aguda A	-		-	
Hepatite viral aguda B	(n=1)		(n=2)	
Hepatite viral aguda C	-		(n=1)	
Varicela	8	2	6	2
Caxumba	5	1	2	1
Hanseníase	-	-	1	0
Outras	6	2	1	0
SSC	374	100	384	100

Tabela 30 - Série histórica (2010 a 2021) da distribuição do número de doenças de notificação compulsória (DNC) e outros agravos notificados, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Consultório na Rua	-	-	-	-	-	3	4	3	1	5	9	8
Conceição	50	55	57	86	67	73	103	101	88	79	34	32
Vila Floresta	40	36	49	72	48	51	89	87	49	55	38	26
Divina Providência	48	64	89	71	51	33	57	72	56	17	12	21
Sesc	31	54	63	67	52	50	65	76	53	25	29	31
Barão de Bagé	36	63	58	53	26	25	56	50	51	44	34	35
Jardim Leopoldina	83	63	92	153	79	48	99	80	56	91	58	70
Parque dos Maías	53	30	149	64	86	71	123	67	87	65	28	37
Jardim Itu	69	33	50	33	48	50	88	96	88	53	49	29
Santíssima Trindade	42	40	102	64	38	41	72	103	59	32	30	35
NSA	36	29	52	56	19	57	81	58	46	46	16	19
Coinma	50	25	26	51	21	27	40	47	18	29	19	15
Costa e Silva	58	41	46	34	21	29	59	79	43	31	18	26
SSC	596	533	833	804	556	558	936	919	695	572	374	384

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	Coima	Costa e Silva	Total
SÍFILIS OUTRAS FORMAS E NÃO ESPECIFICADAS	2	6	7	10	10	22	24	7	2	11	10	3	7	121
AIDS	3	4	8	5	9	2	15	6	9	5	7	3	9	85
TUBERCULOSE MORDEDURA POR ANIMAIS		3	2		1	1		3	14	1		3	5	33
HIV +		4	1		2	1	9	4		3		3		27
NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA		5	2		1		5	5				1		19
HEPATITES VIRAIS NÃO ESPECIFICADAS			1	3		3	1	1	1					10
HEPATITE VIRAL CRÔNICA		1			1	1	2	1			1	1		8
VARICELA						1		2		3				6
CA COLO DO UTERO		1					2		1				1	5
SÍFILIS CONGENITA							2			1				3
PAROTIDITE = CAXUMBA							1			1				2
CA VULVA								1	1					2
EVIDÊNCIA LABORATORIAL DO HIV		1								1				2
HEPATITE VIRAL AGUDA B						1							1	2
HEPATITE VIRAL AGUDA C						1								1
HANSENIASE								1						1
SÍFILIS EM GESTANTE								1						1
COQUELUCHE								1						1
CA TROMPA											1			1
SSC	8	32	26	21	31	35	70	37	29	35	19	15	26	384

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	31	89	116	18	24	12	9	7	5	8	1	0	320
Vila Floresta	34	43	77	9	16	17	9	8	14	11	4	3	245
Divina Providência	5	14	65	13	11	8	8	9	3	6	0	2	144
Sesc	11	34	58	8	5	5	2	2	2	4	0	0	131
Barão de Bagé	8	21	43	9	13	8	7	1	6	2	0	1	119
Jardim Leopoldina	22	69	149	26	13	14	9	4	10	6	1	2	325
Parque dos Maias	37	77	174	24	9	22	10	6	7	3	6	11	386
Jardim Itu	23	68	91	39	15	9	12	13	11	7	7	8	303
Santíssima Trindade	8	64	113	16	8	6	4	2	4	1	3	1	230
NSA	21	44	114	33	14	6	12	10	7	5	1	4	275
Coinma	20	46	40	18	5	5	9	6	10	2	1	0	162
Costa e Silva	15	46	79	23	16	9	6	4	5	9	2	0	214
SSC	235	615	1119	236	149	121	97	72	84	64	26	32	2850

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 manutenção de notificações de sífilis, que continua 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. Há mais de três mil anos essa bactéria acomete de maneira crescente a população mundial. Na década de 1990, a TB foi considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como problema de saúde de emergência global, tendo em vista o aumento da incidência e da mortalidade por uma doença tratável e curável⁽¹⁾.

A OMS publicou em 2017 uma avaliação dos esforços realizados no mundo para reduzir a incidência, prevalência e mortalidade por TB, no período de 2000 a 2015. Os objetivos estabelecidos para o período foram alcançados, mas ainda há muito para ser realizado. Neste sentido, para o período de 2016-2035 foi definido o objetivo de eliminar a doença enquanto problema de saúde pública alcançando uma incidência menor que 10 casos/ 100.000 habitantes⁽²⁾. As fontes de infecção da TB 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⁽³⁾. Entretanto, mesmo com os fundamentos científicos para o controle da TB na comunidade sendo conhecidos há muito tempo⁽¹⁾ e a doença ter cura há mais de 50 anos, em 2020 e 2021, ela foi a segunda doença infecciosa que mais matou, a primeira foi Covid-19⁽⁴⁾.

No Brasil, foi observada uma constante tendência de queda no coeficiente de incidência (CI) de TB, entre os anos de 2011 (37,0) e 2016 (34,4), mas no período de 2017 (35,8) e 2019 (37,1) o CI aumentou. Contudo, em 2020 (32,6) e 2021 (32,0), durante a crise sanitária provocada pela pandemia da Covid-19, observou-se uma queda acentuada da incidência em comparação com o ano anterior⁽⁵⁾. Neste cenário atípico, os dados apresentados em 2020 e 2021 demonstraram um comportamento diferente em relação à série histórica da TB, pois além da queda acentuada da incidência houve uma piora dos indicadores do Programa, tais como: aumento do abandono, queda das notificações e redução no consumo de cartuchos de TRM-TB. Todavia, não se sabe ainda como a pandemia da Covid-19 pode ter influenciado na gravidade da doença, ou se a alteração desses indicadores seria o reflexo de aspectos operacionais, como sobrecarga dos sistemas de saúde, com impacto, sobretudo, na qualidade dos dados⁽⁵⁾.

Em 2021, o Rio Grande do Sul (RS) ocupou a 7ª posição entre os estados brasileiros com maior incidência: Amazonas (71,3), Rio de Janeiro (67,4), Roraima (54,6), Acre (50,3), Pernambuco (45,9), Pará (42,6) e Rio Grande do Sul (36,5)⁽⁵⁾. No RS a maioria dos casos de TB estão concentrados em Porto Alegre e na sua Região Metropolitana. Porto Alegre foi a quarta capital brasileira no ranking de maior CI de TB, em 2021⁽⁵⁾. Entretanto, também houve uma queda significativa no diagnóstico da TB na capital gaúcha que pode ser identificada na queda do CI que passou de 84,4 casos/ 100 mil habitantes (2019) para 74 casos/ 100 mil habitantes (2020) e 70,7 casos/ 100 mil habitantes (2021)⁽⁵⁾. Contudo, o risco de adoecimento por TB na população de Porto Alegre continua duas vezes maior do que o estadual e o nacional⁽⁵⁾.

A TB persiste como um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, embora, seja uma doença potencialmente prevenível e curável, se as pessoas não interromperem o seu tratamento⁽²⁾. A maioria dos especialistas reconhece que falhas na adesão das pessoas ao tratamento são uma das principais causas para a ausência do controle da doença^(2,6). Este problema foi agravado pela crise sanitária ocasionada pela Covid-19 e apesar da “tratabilidade” dessa infecção, o número de casos de TB provavelmente continuou aumentando, assim como os casos de resistência aos fármacos anti-TB, entretanto os serviços de saúde não tiveram condições de identificar, diagnosticar e notificar a doença, bem como iniciar o tratamento dessa população. Provavelmente, após a crise sanitária, estes casos serão identificados em estado mais avançado da doença o que poderá aumentar o número de sequelas e óbitos por TB⁽⁵⁾.

Tendo em vista que a maior fonte de infecção da TB são as pessoas doentes, o melhor recurso de prevenção disponível no sistema de saúde continua sendo a detecção precoce e o tratamento correto dos casos. Sem tratamento ou com tratamento ineficaz, um caso de TB pode continuar infeccioso mantendo a cadeia de transmissão⁽⁷⁾ da doença na comunidade pela infectividade do bacilo. Além disso, o tratamento inadequado pode levar ao desenvolvimento da multidrogarresistência (MR) e à morte pela doença⁽⁶⁾.

Na grande maioria dos casos, a TB é um problema de resolução em nível da Atenção Primária à Saúde (APS), visto que equipes de saúde capacitadas podem interferir positivamente, seja através da investigação dos sintomáticos respiratórios (SR)²⁸, do diagnóstico precoce dos casos, do tratamento com esquema básico e/ou do acompanhamento próximo ao local da residência das pessoas, facilitando o acesso e diminuindo a taxa de abandono.

Para realizar atenção à saúde de forma qualificada e eficiente a Gerência de Saúde Comunitária (GSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) organiza a atenção aos problemas prioritários através de Linhas de Cuidado⁽⁸⁾ e Protocolos Assistenciais, que são elaborados com base na literatura científica com o objetivo de auxiliar os profissionais de saúde e os pacientes a tomarem as melhores decisões para o cuidados dos problemas de saúde, entre eles a TB.

Nos territórios das doze unidades de saúde (US) da GSC a incidência da TB varia de acordo com as condições socioeconômicas e de infra-estrutura urbana nos seus diferentes bairros. Observa-se pelo acompanhamento do indicador de impacto “coeficiente de incidência de TB” que esse vem se mantendo ao longo do tempo nos territórios das US da GSC, em consonância com o estudo “O mapa de Porto Alegre e a tuberculose: distribuição espacial e determinantes sociais”, publicado em 2013, no Boletim Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde⁽⁹⁾. Nos territórios das US Vila Floresta, Conceição e Jardim Itu o coeficiente de incidência (CI) é de ~60/100.000; nas US Parque dos Maias e Jardim Leopoldina é de ~72/100.000; nas US Coinma e Barão de Bagé é de ~100/100.000; nas US Divina Providência, Santíssima Trindade, Nossa Senhora Aparecida e Costa e Silva é de ~140/100.000⁽⁹⁾. Essa tem sido a referência utilizada em relação a expectativa de casos anuais em cada território, a qual tem sido constantemente reavaliada em função das séries históricas de casos.

Quanto ao coeficiente de mortalidade por TB, em 2021, no Brasil foi de 2,1/ 100 mil habitantes; No Rio Grande do Sul foi de 2,4/ 100 mil habitantes e, em Porto Alegre, foi de 4,6 / 100 mil habitantes⁽⁵⁾.

²⁸ Sintomático Respiratório (SR) – Pessoas que apresentam tosse há três semanas ou mais, com ou sem expectoração.

Quanto a coinfeção TB-HIV, em 2021, no Brasil o percentual foi de 8,3% (percentual de testagem 77%), no Rio Grande do Sul foi de 13,7% (percentual de testagem 83%) e, em Porto Alegre, foi de 18,8% (percentual de testagem de 88%)⁽⁵⁾.

Em 2020, no Brasil o percentual de cura de CN de TB foi de 65,4% e o abandono de 12,1%. No Rio Grande do Sul a cura foi de 60,3% e o abandono 12,4% e, em Porto Alegre, a cura foi de 50,8% e o abandono 28,2%⁽⁵⁾. Porto Alegre ocupou a segunda posição no ranking das capitais com maior taxa de abandono do tratamento⁽⁵⁾. 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%⁽³⁾. Observa-se nesses resultados que o Brasil ainda possui encerramentos aquém dos valores definidos pela OMS.

Quanto as condutas para novos diagnósticos, medicamentos, regimes de tratamento e as vacinas, a ONU sinaliza que pesquisas nestas áreas estão progredindo, mas lentamente⁽⁴⁾. 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**”⁽¹⁰⁾. 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^(10,11).

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. Tendo em vista que o município de Porto Alegre, pela série histórica da incidência da doença, é considerado como de alta carga de TB, em julho de 2002, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, a GSC-GHC iniciou o processo de descentralização do atendimento às pessoas com TB para a APS por meio de um projeto piloto para quatro unidades. Em 2006, uma quinta US implantou a Ação Programática de atenção às pessoas com TB (AP-TB) e, em setembro de 2007, com o apoio do Serviço de Pneumologia do HNSC, foi implantada a AP-TB nas outras sete US, totalizando doze unidades desenvolvendo as ações descentralizadas no cuidado da TB.

Em 2008, implantou-se o matriciamento por especialistas em Pneumologia e o Programa de Educação Permanente com o Serviço de Pneumologia do HNSC, permitindo ampliar a qualificação da atenção à TB nas doze US, as quais são responsáveis pelo cuidado de 105.428 habitantes cuja maioria é cadastrada nas US da GSC (87%). A partir de 2009 começamos o processo de discussão para desenhar uma Linha de Cuidado com base no itinerário terapêutico dos usuários na rede relacionados com as necessidades logísticas e de apoio necessárias à atenção integral. Os fluxos assistenciais foram definidos de acordo com protocolos assistenciais e as recomendações específicas para cada nível de

atenção foram elaboradas para orientar o cuidado, a partir da compreensão ampliada do processo saúde–doença (integralidade), da gestão em saúde e da produção de autonomia^(8,12).

A Linha de Cuidado (LC) foi oficializada na instituição em 2010^(8,12) 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 2021, a população cadastrada nas 12 US foi de 92.413 habitantes e a ocorrência de casos novos (CN) de TB/ano nessa população foi estimada em 85.

5.2.3 OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

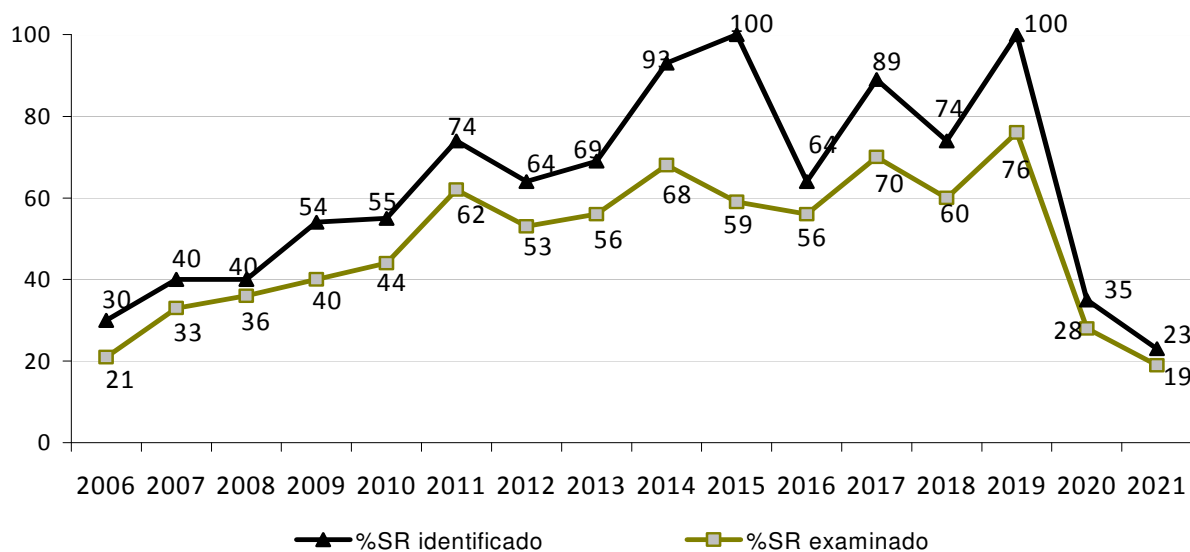
A TB, na grande maioria dos casos, é uma doença passível de tratamento por equipes da APS. O objetivo da LC da TB nas US da GSC é diminuir o número de casos da doença por meio da implantação das seguintes ações: a) prevenção primária através da investigação de contatos e atividades educativas; b) diagnóstico 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)^(8,12).

As **metas** adotadas para as doze US: (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^(8,12).

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^(8,12).

5.2.4 RESULTADOS

Gráfico 12 - Série histórica (2006 a 2021) do percentual de Sintomáticos Respiratórios identificados e examinados (investigados) nos territórios das doze US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS, 2022.



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 3 semanas ou mais, 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 33 - Série histórica (2014 a 2021) da distribuição dos sintomáticos respiratórios (SR) examinados (investigados), em números absolutos e percentuais, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS, 2022.

	Nº estimado de SR, em 2021 ¹	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
		n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³
Conceição	156	72	37	57	33	62	36	105	54	99	51	89	46	21	15	16	10
Vila Floresta	92	62	78	69	77	37	41	52	63	62	76	58	71	42	50	7	7
D. Providência	44	19	45	25	58	26	60	32	74	35	81	51	119	15	35	3	7
Sesc	58	64	120	44	81	34	59	25	46	35	64	28	52	24	42	15	26
B de Bagé	39	35	88	32	77	35	89	28	71	32	82	45	115	11	28	7	18
J. Leopoldina	137	81	64	29	22	32	24	60	48	32	25	71	56	31	23	29	21
P. dos Maias	96	35	39	63	68	36	38	30	33	45	49	79	87	46	48	43	45
Jardim Itu	89	38	45	62	70	51	61	45	54	50	59	70	84	23	26	15	17
S. Trindade	49	53	124	54	114	38	80	41	88	32	68	35	75	10	20	9	18
NSA	61	28	54	32	56	28	49	38	69	37	67	51	93	12	20	1	2
Coinma	54	100	193	54	100	105	194	109	206	36	68	88	167	16	29	13	24
Costa e Silva	47	29	60	19	41	30	65	63	135	55	118	33	71	12	26	14	30
SSC	924	616	68	540	59	514	56	628	70	550	60	698	76	263	28	172	19

Notas:

¹ Nº estimado de SR no território: corresponde a 1% da população cadastrada nas US. A referência é a população cadastrada em janeiro de cada ano. Em janeiro de 2021, a população cadastrada nas 12 US da SSC foi de 92.413 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.

Tabela 34 - Série histórica (2018 – 2021) 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.

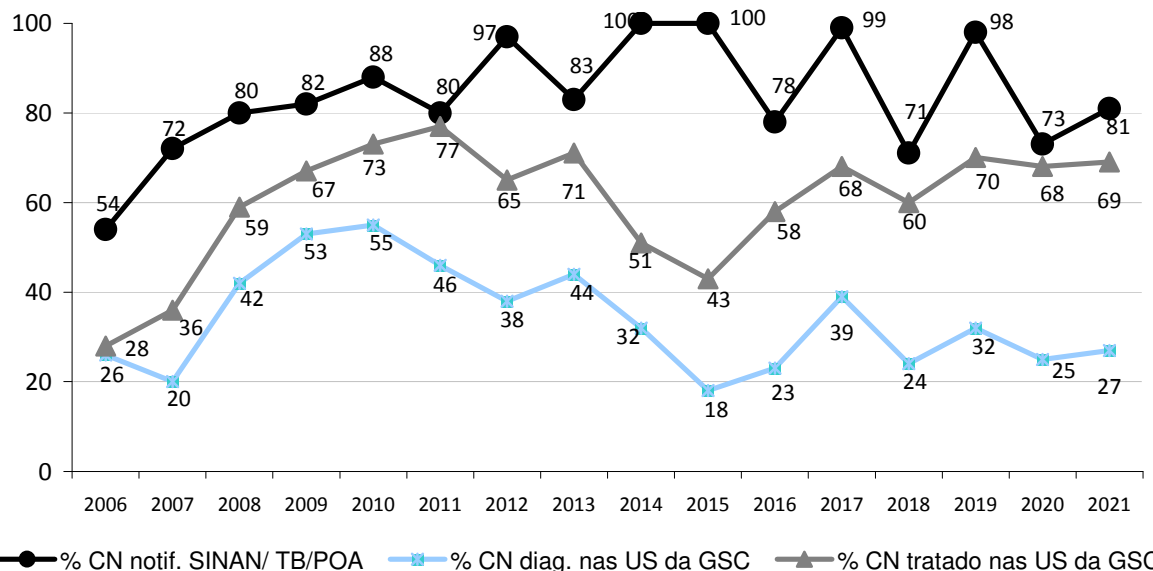
	2018				2019				2020				2021			
	2 amost de BAAR		BAAR +		2 amost de BAAR		BAAR +		2 amost de BAAR		BAAR +		2 amost de BAAR		BAAR +	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conc	90	47	2	2	82	43	1	1	18	12	2	11	16	10	4	25
VF	54	66	1	2	53	65	1	2	40	43	1	3	5	5	1	20
DP	25	58	2	3	42	98	-	-	13	22	1	8	3	7	1	33
Sesc	33	61	-	-	28	52	1	4	24	41	5	20	15	21	4	27
BB	25	64	-	-	30	77	1	3	11	28%	1	9	7	18	-	-
JL	24	19	1	4	65	51	5	8	28	20	2	7	28	20	5	18
PM	30	33	1	3	78	85	-	-	42	44	1	2	38	39	1	5
Jltu	39	47	1	3	60	72	-	-	22	24	-	-	14	16	-	-
ST	25	53	3	12	33	71	-	-	9	18	1	11	8	16	6	75
NSA	32	58	1	3	48	87	2	4	12	20	1	8	1	2	-	-
Coinma	30	57	-	-	88	167	3	3	16	29	1	6	12	22	-	-
CS	49	105	4	8	32	69	-	-	6	13	1	16	14	30	-	-
SSC/GHC	456	50	16	4	639	70	14	2	241	26	17	7	161	17	22	14

Nota:

¹ N° Estimado de SR do território = 1% da população cadastrada nas US do SSC/GHC, em janeiro de 2021 (92.413 pessoas).

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.

Gráfico 13 - Série histórica (2006 a 2021) 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 da GSC/GHC, Porto Alegre, RS, 2022.



Notas:

¹ O percentual de CN de TB, notificados em moradores dos territórios 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 n° estimado foi de 83 CN/ ano.

² O percentual de CN de TB diagnosticados nas US da GSC foi calculado com base no n° de CN com diagnóstico nas US da GSC e o n° de CN de residentes nos territórios das US notificados no SINAN/TB Porto Alegre, a cada ano.

³ O percentual de CN de TB tratados nas US da GSC foi calculado com base no n° de CN com tratamento da TB nas US da GSC e o n° de CN de residentes nos territórios das US notificados no SINAN/TB Porto Alegre, a cada ano.

Tabela 35 - Série histórica (2014 a 2021) da distribuição dos casos novos (CN) de tuberculose, notificados no SINAN/ TB/ Porto Alegre, de residentes nos territórios das US da GSC/GHC, Porto Alegre, RS, 2021.

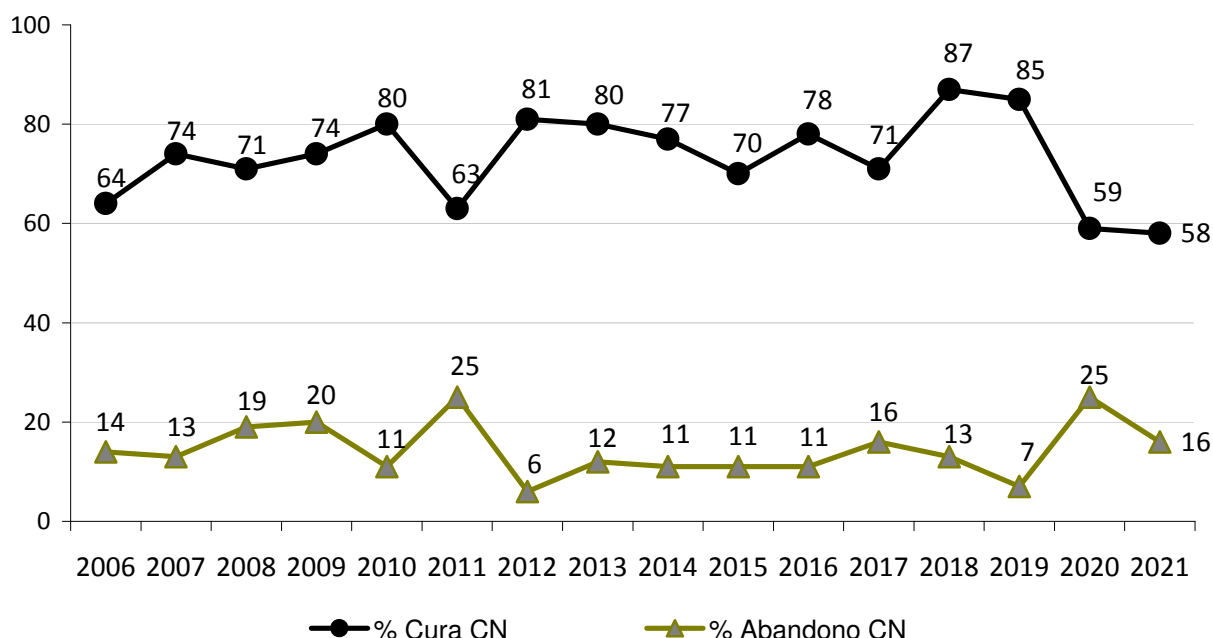
		Nº e % de Casos Novos TB no território da GSC notificados no SINAN-TB Porto Alegre															
		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
HC*	10	13	92	10	71	13	92	10	71	11	86	10	77	15	150	13	150
VF	6	10	200	6	120	4	80	12	240	6	111	7	140	7	116	5	83
DP	6	10	165	12	200	2	34	6	100	5	83	2	33	3	50	7	100
Sesc	8	9	128	4	57	3	42	1	14	1	13	5	62	7	87	8	100
BB	4	6	150	2	50	3	75	3	75	1	26	2	50	2	50	3	75
JL	10	16	177	12	132	10	110	10	122	3	33	10	110	8	80	10	100
PM	7	3	50	17	280	1	15	7	116	4	61	8	114	4	57	7	100
Jltu	6	7	116	3	50	5	83	4	67	3	54	9	150	3	50	2	50
ST	7	9	150	2	33	4	67	6	100	8	122	5	71	2	28	6	85
NSA	9	2	28	6	85	7	100	4	57	4	52	12	150	5	62	2	22
Co	5	9	180	5	100	6	120	9	180	6	114	6	120	2	40	3	60
CS	7	7	100	4	57	6	85	9	128	7	107	5	71	3	50	3	43
GSC	85	101	123	83	102	64	78	81	99	59	71	81	97	61	73	69	81

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 estimada de CN de TB nos territórios das 12 US-GSC tem sido entre 83 e 85 CN/ ano.

* O nº de casos de TB na US Conceição aumentou em 2020 e 2021 porque ela atendeu mais CN de TB de pessoas em situação de rua (3 casos em cada ano).

Gráfico 14 - Série histórica (2006 a 2021) 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.



Nota:

Em 2021, chamou atenção o número de transferências de CN de TB para outros municípios (18%), por que foi muito fora da curva habitual, a média de transferências nos últimos 5 anos foi de 4% dos casos.

Tabela 36 - Número esperado de casos novos de TB no território, número de casos de TB do território do SSC/GHC notificados, local de diagnóstico e de tratamento, no período de janeiro a dezembro de 2021, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	população SSC ¹ 2021	nº CN esperados ²	Notificados ³ 2021		Todos os Casos Local de Diagnóstico ⁵			Todos Casos local de Tratamento ⁶	
			CN	Todos ⁴	Internação	Outros Ambul	SSC	Outro serviço	SSC e Compart
Conceição	15.634	10	13	14	7	4	3	7	7 (50%)
Vila Floresta	9.225	6	5	5	1	1	3	-	5 (100%)
D. Providência	4.443	6	7	8	3	3	2	3	5 (62%)
Sesc	5.834	8	8	8	4	1	3	1	7 (87%)
B de Bagé	3.947	4	3	3	1	2	-	1	2 (67%)
J. Leopoldina	13.701	10	10	14	8	5	1	5	9 (64%)
P. dos Maías	9.610	7	7	7	4	2	1	3	4 (57%)
Jardim Itu	8.940	6	2	3	-	1	2	-	3 (100%)
S. Trindade	4.933	7	6	9	3	-	6	-	9 (100%)
N S A	6.092	9	2	3	2	1	-	2	1 (33%)
Coinma	5.398	5	3	5	1	1	3	1	4 (80%)
Costa e Silva	4.656	7	3	3	1	1	1	-	3 (100%)
SSC/GHC	92.413	85	69 (81%)	82	35 (43%)	22 (27%)	25 (30%)	23 (28%)	59 (72%)

Nota:

¹ Considera-se como população alvo da Linha de Cuidado da TB o número total de pessoas cadastradas nas 12 US. Utilizamos como referência a cada ano o número de pessoas cadastradas em janeiro, no caso, janeiro de 2021 (92.413).

² 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 do SSC/GHC. Em 2020, em Porto Alegre, o coef. de incidência de TB foi de 74 casos/100.000 hab./ano. A incidência estimada nos territórios das 12 US do SSC/GHC varia entre 66 e 140 casos/100.000 habitantes.

³ Casos de TB notificados - identificados pela Notificação das 12 US SSC/GHC e da revisão do Banco SINAN Porto Alegre.

⁴ Total de casos de TB = soma dos CN com os casos de retratamento (Recidiva, Retorno por abandono ou por falência).

⁵ Local de diagnóstico inclui: diagnóstico na internação dos hospitais de PoA. Outros Ambulatórios (unidades de saúde do município de PoA, emergência do HNSC, UPAS) e diagnóstico nas 12 Unidades do SSC/GHC.

⁶ Local de tratamento para análise foi dividido em SSC/GHC e tratamento em outro Serviço do município de POA.

Tabela 37 - Número de Casos Novos (CN) e total de casos de tuberculose notificados em 2021, 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 2021 notificados ²		Mud. Diag. ³	Local de Tratamento		TDO ⁵	Desfechos de todos os casos (CN+RA) acompanhados nas US do SSC				
		CN	Todos		Outro serviço ⁴	Na GSC e Comp		Cura	Aband	Óbito	Trans ⁶	Em trat ⁹
Conceição	15.634	13	14	-	7	7	3	3	2	-	2	-
VF	9.225	5	5	-	-	5	-	2	-	-	3	-
DP	4.443	7	8	-	3	5	3	5	-	-	-	-
Sesc	5.834	8	8	-	1	7	2	2	3	-	2	-
BB	3.947	3	3	-	1	2	-	1	-	-	1	-
JL	13.701	10	14	-	5	9	1	6	-	1	1	1
PM	9.610	7	7	-	3	4	1	3	1	-	-	-
Jitu	8.940	2	3	-	-	3	1	3	-	-	-	-
ST	4.933	6	9	-	-	9	4	5	1	2	1	-
N S A	6.092	2	3	-	2	1	-	1	-	-	-	-
Coinma	5.398	3	5	-	1	4	4	2	2	-	-	-
CS	4.656	3	3	-	-	3	1	2	1	-	-	-
GSC	92.413	69 (81%)	82	-	23 (28%)	59 (72%)	20 (33%)	36 (61%)	9 (15%)	3 (5%)	10 (17%)	1 (1%)

Nota:

¹ Considera-se como população alvo da Linha de Cuidado da TB o número total de pessoas cadastradas nas 12 US. Utilizamos como referência a cada ano o número de pessoas cadastradas, em 2021 (92.413).

² Casos de TB notificados em 2021 no SINAN/TB/Porto Alegre: CN= número de Casos Novos; Todos = soma dos CN de TB com os casos de retratamentos por recidiva, abandono ou falência.

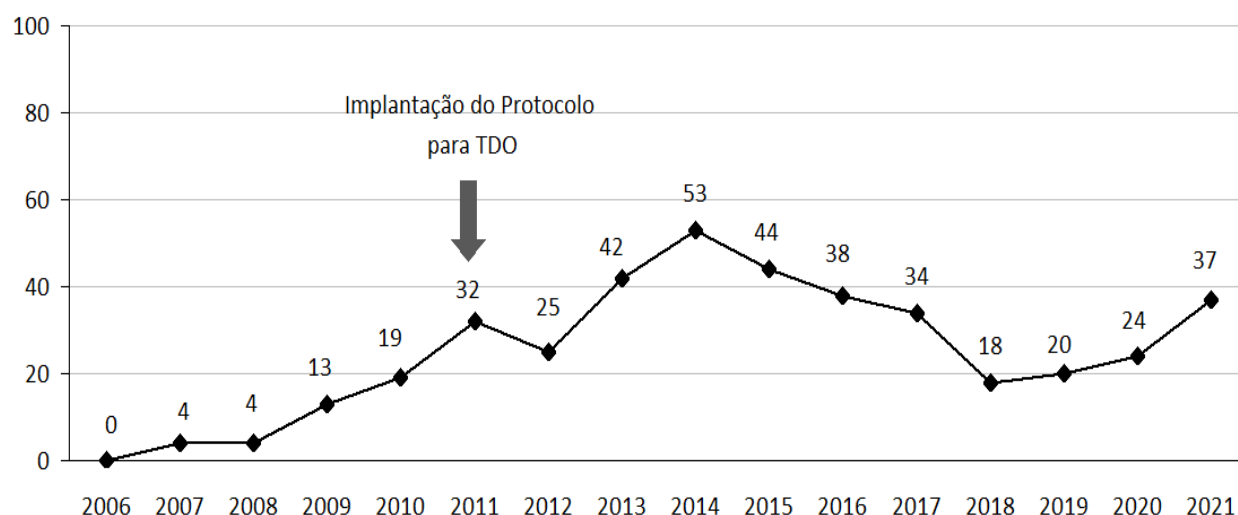
³ Mudança de Diagnóstico: número de pessoas que iniciaram tratamento empírico e a doença não foi confirmada, ocorrendo a suspensão do tratamento.

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).

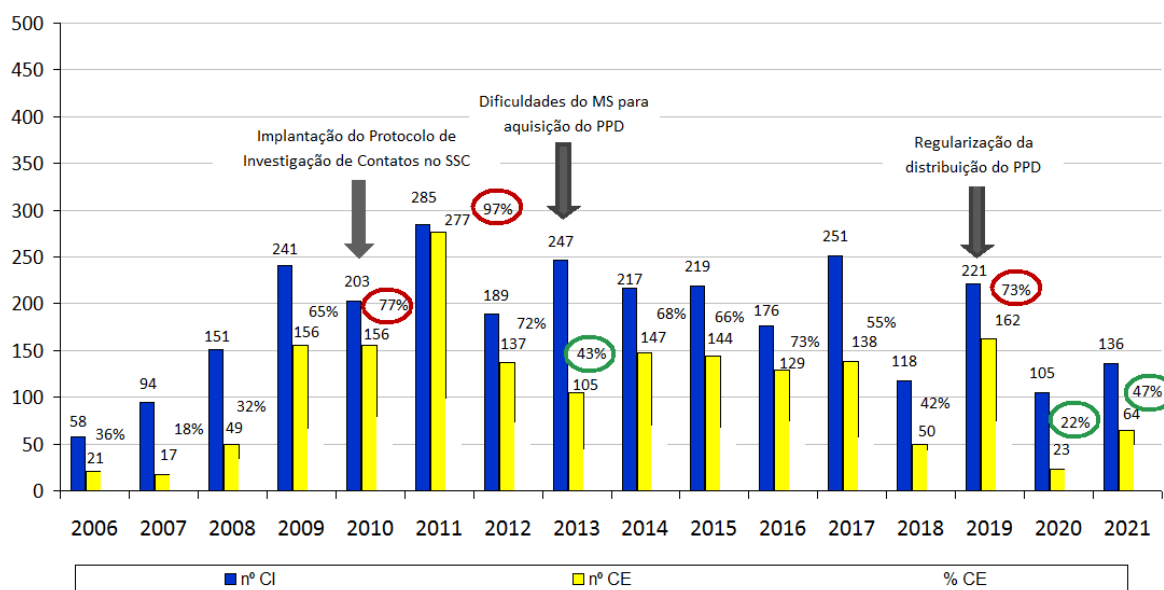
⁶ Transferências de casos: as US da GSC/GHC transferiram para acompanhamento em outro serviço.

Gráfico 15 - Série histórica (2006 a 2021) do percentual de casos de TB acompanhados nas US da GSC que receberam tratamento diretamente observado (TDO). SSC/GHC, Porto Alegre, RS, 2022.



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

Gráfico 16 - Série histórica (2006 a 2021) 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, 2022.



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 como contato.

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 percentual de CE apresentado tem como denominador o total de contatos identificados no respectivo ano.

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 2020 e 2021. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	2020				2021			
	Casos TB tratados no SSC- 2020	n estimativa contatos TB	Contatos		Casos TB tratados no SSC- 2021	n estimativa contatos TB	Contatos	
			identificado	investigado			identificado	investigado
Conceição	9	36	8	-	7	28	11	5 (45%)
Vila Floresta	6	24	7	-	5	20	14	1 (7%)
DProvidência	5	20	9	3 (33%)	5	20	2	1 (50%)
Sesc	10	40	25	-	7	28	2	-
Barão Bagé	1	4	4	4 (100%)	2	8	2	2 (100%)
JLeopoldina	7	28	12	2 (17%)	9	36	10	10 (100%)
P Maías	1	4	3	-	4	16	28	14 (39%)
Jardim Itu	2	8	8	8 (100%)	3	12	8	3 (12%)
STrindade	2	8	1	-	9	36	20	3 (15%)
NSA	6	24	13	2 (15%)	1	4	-	-
Coinma	2	8	8	-	4	16	24	16 (67%)
Costa e Silva	3	12	7	4 (57%)	3	12	15	9 (60%)
SSC/GHC	54	216	105 (47%)	23 (22%)	59	240	136 (57%)	64 (47%)

Nota:

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 realizado o diagnóstico. O convívio deve ser prolongado (6 a 8 horas diárias em ambiente fechado) 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 TB ativa e identificar infecção latente da TB (ILTb).

Tabela 39 - Série histórica (2011 a 2021) da distribuição do número de pessoas em tratamento para infecção latente da tuberculose (ILTb), por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS, 2022.

	Número de pessoas que realizaram tratamento da ILTB										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Conceição	5	11	5	4	-	4	3	4	3	4	7
Vila Floresta	3	6	4	6	4	1	4	1	2	1	2
Divina Providência	4	-	3	6	4	-	4	1	-	2	5
Sesc	5	7	13	7	4	1	1	2	-	3	4
Barão de Bagé	11	3	5	1	1	-	3	4	3	1	3
Jardim Leopoldina	5	1	2	6	1	-	-	2	3	4	3
Parque dos Maías	-	2	2	3	-	1	-	2	6	5	8
Jardim Itu	-	3	-	1	-	2	3	1	2	5	2
Sant. Trindade	1	3	13	31	8	5	2	3	1	-	3
NSA	1	-	-	-	-	-	1	-	8	2	-
Coinma	31	5	1	-	-	3	1	-	1	-	-
Costa e Silva	-	-	-	3	1	2	3	4	-	4	4
SSC/GHC	66	41	48	68	23	19	25	24	29	31	41

Nota:

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. A média do número de contatos identificados nas 12 US da GSC, nos últimos 11 anos, foi em torno de 210 pessoas/ano.

5.2.5 COMENTÁRIOS

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 2019, obteve-se o melhor desempenho na investigação de SR (76%), desde a implantação do monitoramento dessa ação, chegando muito próximo da meta de 80%. Entretanto, em 2020 e 2021, em função da pandemia da Covid-19, as US da GSC não conseguiram realizar a investigação da TB nas pessoas com sintomas respiratórios que procuraram o serviço.

Na Tabela 33, apresenta-se o detalhamento da investigação dos sintomáticos respiratórios (SR) nas 12 US da GSC, observa-se que esta ocorre de forma heterogênea nas unidades. 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) o mesmo ocorreu em 2021 (19% da estimativa de SR), em função da crise sanitária provocada pela pandemia da Covid-19 e a modificação nas rotinas de trabalho nas unidades de saúde da GSC-GHC.

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 4% (2018), 2% (2019), 7% (2020) e 14% (2021). 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 possam ter alcançado o quantitativo de exames previstos para o território sob sua responsabilidade. Esses dados chamam atenção das 12 US para a importância da coleta adequada do escarro (sob supervisão, vias aéreas inferiores e um quantitativo de 5 ml), bem como sobre a necessidade de ampliar o número de SR investigados.

No Gráfico 13 observa-se na série histórica que no período de 2006 a 2010 as linhas de notificação de casos de TB no SINAN/TB/Porto Alegre, diagnóstico e acompanhamento dos casos de TB 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 em toda a série histórica a variabilidade na curva dos CN notificados no SINAN/TB/POA é bem menor, isso significa que os casos de TB dos territórios sob responsabilidade da GSC 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 media nos últimos 14 anos, foi identificar 85% da estimativa de CN/ ano nos territórios sob responsabilidade da GSC. Em 2021, houve um pequeno aumento das notificações de CN no SINAN/TB/POA, mas não houve mudança no percentual de casos diagnosticados e tratados nas US da GSC. Mais um impacto da pandemia da Covid-19 sobre o processo de trabalho das equipes de APS.

Na Tabela 35 observa-se na série histórica da distribuição dos CN de TB nos territórios das doze US que em 2014, 2015, 2017 e 2019 as metas pactuadas de identificação de CN da doença foram alcançadas, pois localizou-se por meio da notificação 90% ou mais do número estimados de CN de TB para o território. Nos anos de 2013, 2016, 2018, 2020 e 2021 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** tratados nas doze US da GSC. Constata-se que se obteve os seis maiores percentuais de cura em: 2010, 2012, 2013, 2016, 2018 e 2019 (80% ou mais) e os três menores, em 2006 (64%), antes da implantação da Ação Programática nas doze US, em 2020 (59%) e 2021 (57%), durante a pandemia da Covid-19. Após a implantação da Linha de Cuidado (2010), excluindo os dois anos de pandemia, o menor percentual de cura foi de 63%, em 2011, enquanto que em 2014, 2015 e 2017 a cura foi maior ou igual a 70%. No Brasil a media do percentual de cura dos CN de TB no período de 2006 a 2019 foi de 75,6%; no ano de 2020, foi de 65,4%. No RS, em 2020, a cura de CN de TB foi de 60,3% e, em Porto Alegre, de 50,8%.⁽⁵⁾ No Gráfico 14 observa-se que os menores percentuais de abandono dos CN de TB ocorreram em 2012 (6%) e em 2019 (7%); Em 2020 e 2021, devido a pandemia da Covid-19, estes percentuais aumentaram para 25% e 18%, respectivamente. A média do percentual de abandono do tratamento de TB, em 14 anos de trabalho descentralizado, pré-pandemia da Covid-19, nas doze US da GSC foi 13,5%. Em 2020, no Brasil o percentual de abandono do tratamento foi de 12,1%; No RS o percentual de abandono foi de 15,4% e em Porto Alegre foi de 28,2%.⁽⁵⁾

Na Tabela 36, observa-se que, em 2021, as US diagnosticaram, em média, 30% dos casos de TB do seu território (25 casos) e acompanharam 72% dos casos de TB (59 casos) notificados. Seis US, apesar das limitações impostas pela pandemia da Covid-19 obtiveram excelentes resultados, pois acompanharam 80% ou mais dos casos de TB notificados do território: Vila Floresta, Sesc, Jardim Itu, Santíssima Trindade, Coinma e Costa e Silva. Apenas duas US acompanharam um percentual de casos de TB $\leq 50\%$ (Conceição e NSA).

Na Tabela 37 observa-se os desfechos de todos os casos de TB (CN + retratamentos) diagnosticados em 2021, acompanhados nas US da GSC (59 casos), de forma exclusiva ou compartilhada, dentre os 82 casos da doença notificados no território. O percentual de cura de todos os

casos acompanhados nas US da GSC foi de 61% e o abandono foi de 15%. Ocorreram 3 óbitos (5%) e dez transferências para outro serviço (17%). Um caso de tratamento compartilhado por TB-MDR continua em acompanhamento.

No Gráfico 15 verifica-se que desde a implantação do TDO (2011) o maior percentual de supervisão do tratamento ocorreu em 2014 (53%); nos anos subsequentes 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, em 2020, foi de 24% e, em 2021, foi de 37%. No Brasil o percentual de realização do TDO, em 2020, foi de 30,4%, no RS foi de 15,6% e, em Porto Alegre, foi de 7%⁽⁵⁾. 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.

No Gráfico 16 apresenta-se a série histórica (2006 a 2021) do número de contatos de TB identificados e examinados nas doze US. Estima-se que em média cada caso de TB tenha quatro contatos que precisam ser investigados.⁽³⁾ 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 e 2021, 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 38, apresenta-se os resultados da investigação dos contatos de caso de TB para a exclusão de doença ativa e para a identificação de infecção latente da TB (ILTB), em 2020 e 2021. Em 2020, as doze US identificaram 47% da estimativa de contatos de caso de TB e examinaram apenas 22% destes. No ano de 2021, as doze US identificaram 57% da estimativa de contatos e examinaram apenas 47% destes.

Na Tabela 39, apresenta-se a série histórica 2011 a 2021 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 2021. 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. Espera-se que com a disponibilização do novo tratamento para a ILTB com Rifapentina+Isoniazida, em doses semanais, por três meses (12 doses), que ocorreu no Brasil, em 2022, possa haver o aumento do tratamento da ILTB nas US da GSC.

Apresenta-se a seguir os Quadros 3 e 4 com a síntese da série histórica (2006-2021) das principais informações relativas a vigilância da TB nos territórios das doze US da GSC/GHC.

Quadro 3 - Síntese da série histórica (2006 a 2021) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	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:	44 (73%)	63 (80%)	48 (57%)	42 (50%)	41 (46%)	54 (58%)
- Por hospitalização de TB Pulmonar	9 (15%)	19 (24%)	7 (8%)	14 (33%)	17 (19%)	13 (14%)
- Por hospitalização TB Extra Pulm.	6 (10%)	14 (18%)	13 (16%)	14 (33%)	8 (9%)	9 (9%)
- Ambulatório, emergência ou serviço referencia.	29 (48%)	30 (38%)	28 (33%)	14 (33%)	16 (18%)	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	9 (15%)	8 (10%)	8 (10%)	7 (9%)	10 (11%)	12 (13%)
- diagnóstico após óbito	4 (7%)	2 (3%)	5 (6%)	1 (1%)	4 (4%)	7 (8%)
- óbito por outras causas	8 (13%)	7 (9%)	6 (7%)	4 (5%)	3 (3%)	8 (9%)
- óbito por TB	1 (2%)	1 (1%)	2 (2%)	3 (4%)	7 (8%)	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 ¹⁰ 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 ¹⁰ nas US da GSC.	15% (2)	25% (6)	30% (13)	24% (11)	22% (14)	29% (17)

continua

Quadro 3 - Síntese da série histórica (2006 a 2021) 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)

continua

Quadro 3 - Síntese da série histórica (2006 a 2021) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

	2018	2019	2020	2021
1. Estimativa de SR no território	913	917	917	924
2. Nº e % de SR Investigados nas US do SSC	550 (60%)	698 (76%)	263 (28%)	172 (19%)
3. Nº de CN de TB esperados no território das 12 unidades do SSC	83	83	83	85
4. Nº e % de CN do território notificados no SINAN-TB	59 (71%)	81 (98%)	61 (73%)	69 (81%)
5. Nº total de casos TB território notificados SINAN (CN+RA + RR+ RF)	72	103	81	82
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	87% (71) Pulmonar 13% 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.	53 (78%) 18 (26%) 15 (22%) 20 (30%)	65 (66%) 26 (26%) 13 (14%) 26 (26%)	53 (70%) 20 (26%) 15 (20%) 18 (24%)	57 (70%) 28 (34%) 7 (9%) 22 (27%)
9. Nº e % de casos de TB tratados por outros Serviços	24 (35%)	31 (31%)	23 (28%)	23 (28%)
10. Nº total e % de casos de TB com óbito - diagnóstico após óbito - óbito por outras causas - óbito por TB	8 (12%) 2 (3%) 4 (6%) 4 (6%)	12 (12%) 6 (6%) 8 (8%) 4 (4%)	13 (17%) 4 (5%) 11 (14%) 2 (3%)	15 (18%) 5 (6%) 10 (12%) 5 (6%)
11. Nº e % de casos de TB diagnosticados nas US da GSC	15 (22%)	34 (34%)	20 (25%)	25 (30%)
12. Nº e % de casos TB com tratamento nas US da GSC.	44 (65%)	68 (68%)	53 (66%)	59 (72%)
13. Nº e % de casos TB em tratamento compartilhado c/ as US da GSC.	1 (1%)	5 (5%)	1 (2%)	2 (3%)
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)	90% (53)
15. % e Nº de casos de TB que não realizaram testagem para o HIV	2% (1)	3% (2)	0	10% (6)
16. % e nº de casos com coinfeção TB-HIV nos casos com tra ^{to} nas US da GSC.	23% (10)	13% (9)	15% (8)	17% (10)

Notas explicativas dos quadros 3a, 3b, 3c:

- 1 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 (92.413 em 2021).
- 2 Considera-se SR investigados aqueles que realizaram consulta de avaliação e pelo menos duas baciloscopias de escarro ou uma baciloscopia de escarro e uma radiografia de tórax ou um TRM-TB.
- 3 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.
- 4 Nº e % de CN de TB do território das US da GSC notificados no SINAN-TB / Porto Alegre.
- 5 Nº total de casos TB = pessoas residentes no território sob responsabilidade da GSC que tiveram TB (CN + retratamentos) e foram notificadas no SINAN/TB/Porto Alegre.
- 6 Mudança de Diagnóstico= nº de casos notificados como possível TB e que a doença não foi confirmada, sendo o tratamento interrompido.
- 7 Tipo de TB = nº e % de casos de TB pulmonar e extrapulmonar identificadas nos territórios das US da GSC/GHC.
- 8 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 2021, foi de 76,9% (Brasil); 82,8% (RS) e 88,0% (Porto Alegre)⁽⁵⁾.

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 2021, foi de 8,3% (Brasil); 13,7% (RS) e 18,8% (Porto Alegre)⁽⁵⁾.

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.

	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)

continua

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)

continua

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	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 (61%)	68 (66%)	53 (66%)	59 (72%)
Nº e % de casos transferidos da GSC para outro serviço	1 (2%)	2 (3%)	2 (4%)	10 (17%)
Nº e % de altas por cura	35 (80%)	53 (78%)	31 (58%)	36 (61%)
Nº e % de alta por abandono	5 (11%)	9 (13%)	16 (30%)	9 (15%)
Nº e % de alta por óbito	2 (5%)	1 (2%)	4 (8%)	3 (5%)
Nº e % de falência do EB	1 (2%)	3 (4%)	0	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%)	49 (71%)
Nº e % de CN transferidos da GSC para outro serviço	-	2 (4%)	2 (5%)	10 (20%)
Nº e % de altas por cura	27 (87%)	47 (85%)	23 (59%)	28 (57%)
Nº e % de alta por abandono	4 (13%)	4 (7%)	10 (26%)	9 (18%)
Nº e % de alta por óbito	-	-	4 (10%)	2 (4%)
Nº e % de falência do EB	-	2 (4%)	-	-
19. Nº de CN com tratamento compartilhado	-	2 (4%)	-	1 (2%)
20. % e Nº de casos TB que realizaram TDO nas US	38% (12)	20% (13)	24% (13)	33% (20)

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

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⁽⁵⁾: cura 50,8% (Porto Alegre), 60,3% (RS) e 65,4% (Brasil); o abandono do tratamento foi de 28,2% (Porto Alegre), 15,4% (RS) e 12,1% (Brasil). O MS recomenda uma taxa de abandono em torno de 5% dos casos. Os principais fatores associados ao abandono identificados nas US da GSC 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: 7% (Porto Alegre), 15,6% (RS) e 30,4% (Brasil)⁽⁵⁾.

Nos Quadros 3 e 4 constata-se que os indicadores epidemiológicos e operacionais de encerramento da TB, nas doze 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 e 2021 houve significativa piora na atenção à TB 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 nas informações dos Quadros 3 e 4 que:

- a 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 e 2021 houve nova queda para 28% e 19%, respectivamente;
- a localização no território dos CN de TB notificados no SINAN/TB 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, em 2020 foi de 73% e, em 2021, 81% da estimativa de CN/ano;

- c. a redução 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%), 2015 (56%) e 2016 (42%). Houve nova redução de 2017 a 2021 ficando em média na faixa de 30% 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 2021 a média de diagnósticos de TB nas US da GSC foi em torno de 30% dos casos. As equipes informam que os casos de TB, mesmo pulmonares, em função de comorbidades e vulnerabilidades sociais, tornam-se, cada vez mais, diagnósticos complexos e 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% dos casos nestes últimos cinco 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 e 2021 houve queda no percentual de cura ficando em 58% e 61%, respectivamente;
- 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 houve redução do abandono do tratamento (13%), mas em 2020 o indicador subiu significativamente para 30% e, em 2021, ficou em 15% dos casos;
- 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 e 2021 a cura de CN caiu para 59% e 57% respectivamente;
- 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 percentuais de abandono de CN (7%), mas em 2020 e 2021 o percentual voltou a subir ficando em 25% e 18%, respectivamente.

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 (linha 16) encontrado ao longo do tempo tem sido em média 21%, de 2019 a 2021 observa-se uma redução da coinfeção TB/HIV dos

casos tratados nas US da GSC que foram de 13%, 15% e 17% respectivamente. Em Porto Alegre a taxa de coinfeção TB/HIV nos CN, em 2020, foi de 18,8%.⁽⁵⁾

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 e 2021). Destaca-se que de 2018 a 2021 os casos de TB Pulmonar dos territórios sob responsabilidade da GSC identificados na internação hospitalar foi de 26%;
- 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 5% dos casos notificados do território (variação entre 1% e 8%).

Analizando 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 acompanhados na US da GSC 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 (especialmente na Pandemia da Covid-19) e fragilidade das redes de apoio como, por exemplo, as de saúde mental e assistência social que não conseguem desenvolver um trabalho integrado, de forma contínua 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.

Em 2021, mesmo com a chegada das vacinas para a Covid-19 e a redução do número de casos da doença, o tempo foi insuficiente para a reorganização do processo de trabalho na APS e a retomada de todas as atividades previstas nas Linhas de Cuidado da GSC. A demanda de trabalho das equipes de APS durante todo o ano para vacinar a população e continuar acompanhando as pessoas acometidas pela Covid-19 e aquelas com seqüelas pós Covid-19 demandou muito tempo de trabalho. 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 recomencem a solicitar baciloscopia de escarro para todos SR ou Teste Rápido Molecular para TB (TRM-TB) – avaliação oportuna, especialmente aqueles com testagem para Covid-19 negativa. Também, é necessário retomar as atividades de **busca ativa dos SR, identificação e investigação dos contatos de caso de TB**, tendo em vista que é nessa população que encontra-se a maioria das pessoas com risco de doença ativa.

Em 2022, com a Covid-19 mais controlada talvez as equipes de APS tenham um fôlego maior e o tempo necessário para reorganizarem os processo de trabalho retomando as ações previstas para atenção à TB e a elevação dos indicadores para o patamar alcançado em 2019. Acredita-se que estes dados possam estimular a reflexão nas equipes de saúde sobre o problema da TB. O maior 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 (tanto da TB quanto da ILTB); 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. Raviglione MC, Snider Jr DE, Kochi A. Global epidemiology of tuberculosis. JAMA 1995 [acesso 15 Ago 2022]; 273(3):220-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7807661/>
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. [Internet]. Geneva: WHO; 2017. [acesso 10 Ago 2022]. Disponível em: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_main_text.pdf
3. World Health Organization. Implementing the stop TB strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes. Geneva: WHO; 2008. [acesso 10 Ago 2022]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26269864/>
4. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2022. Geneva: WHO; 2022 [acesso 20 Ago 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Tuberculose: 2022. Mar. 2022. [acesso 8 Ago 2022]; Número Especial. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf/view>
6. Reichmann LB, Lardizabal AA. Adherence to tuberculosis treatment. [Internet]. UpToDate. This topic last updated: Jan 29, 2021. [acesso 10 Ago 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/adherence-to-tuberculosis-treatment>
7. Rodrigues L, Barreto M, Kramer M, Barata RCB. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. Rev Saúde Pública. [Internet]. 2007 [acesso 8 Ago 2022]; 41(supl.1):1-2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/qgcccMQytHGGCxpTyNwwrh/?lang=pt>
8. Ministério da Saúde (Brasil). Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Linha de Cuidado para atenção às pessoas com tuberculose na Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Ferreira, SRS (Org). 4ª ed. Porto Alegre: Hospital Nossas Senhoras Conceição; 2018.
9. Secretaria Municipal de Saúde (Porto Alegre). Boletim Epidemiológico. 2013 fev.;5(50). [acesso 10 Ago 2022]. Disponível em: http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/boletim_50_fevereiro_2013_2.pdf
10. Duarte r; Silva DR, Rendon A, Alves TG, Rabahi MF, Centis R, Kritski A, Migliori GB. Eliminação da tuberculose na América Latina: considerações. J Bras Pneumol. 2018 [acesso 10 set 2022]; 44(2):73-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/DwzTV8VF6Tsc5Czc3NPSn6J/?lang=pt&format=pdf>
11. World Health Organization. Global tuberculosis report 2021. Geneva: WHO; 2021. [acesso 10 Ago 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
12. Ferreira SRS; Ferreira RLT; 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. Gerência de Saúde Comunitária. Tuberculose na Atenção Primária à Saúde. Ferreira SRS e Ferreira RLT (organizadores). 5. ed. Vol 1. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2022 [acesso 10 Out 2022]: 23-44 p. Disponível em: https://www.ghc.com.br/files/LivroTBVol_1_2022_VF_PDF.pdf

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 APS²⁹ 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.

²⁹ 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	47	47	100	-	-
Conceição	496	437	88	59	12
Vila Floresta	330	295	89	35	11
Divina Providência	172	141	82	31	18
Sesc	196	162	83	34	17
Barão de Bagé	144	128	89	16	11
Jardim Leopoldina	441	400	91	41	9
Parque dos Maías	364	308	85	56	15
Jardim Itu	260	235	90	25	10
Santíssima Trindade	238	175	74	63	26
NSA	251	217	86	34	14
Coinma	141	120	85	21	15
Costa e Silva	176	155	88	21	12
SSC	3256	2820	87	436	13

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).³⁰ 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.³¹ 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	47	15	32	32	68
Conceição	496	93	19	403	81
Vila Floresta	330	46	14	284	86
Divina Providência	172	24	14	148	86
Sesc	196	35	18	161	82
Barão de Bagé	144	25	17	119	83
Jardim Leopoldina	441	70	16	371	84
Parque dos Maías	364	46	13	318	87
Jardim Itu	260	47	18	213	82
Santíssima Trindade	238	37	16	201	84
NSA	251	39	16	212	84
Coinma	141	17	12	124	88
Costa e Silva	176	35	20	141	80
SSC	3256	529	16	2727	84

³⁰ BILLINGS, J. ANDERSON, G. NEWMAN L. Recent findings on preventable hospitalizations. **Health Aff**; n.15, p. 239-49, 1996;

³¹ 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 2021) 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	2021
1. Doenças infecciosas e parasitárias	28	37	35	21	25	19	13	13	18	15	14	12
1.1 Doenças imunizáveis	13	10	12	6	6	6	6	3	3	2	1	2
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	15	27	23	15	19	13	7	10	15	13	13	10
2. GEA infecciosas e suas complicações	41	43	29	27	21	24	22	34	23	28	25	17
3. Anemia ferropriva	2	2	2	3	3	7	2	3	4	4	1	9
4. Deficiências nutricionais	3	1	1	3	1	2	4	0	1	0	4	1
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	60	44	28	31	15	23	28	18	23	19	4	3
6. Pneumonias bacterianas	194	111	105	80	83	86	91	72	107	73	43	43
7. Asma	142	126	89	59	67	62	60	86	73	68	25	51
8. Doenças vias aéreas inferiores	58	45	33	23	19	25	40	27	36	31	31	21
9. Hipertensão	12	6	6	2	6	3	7	5	2	7	4	3
10. Angina pectoris	20	12	12	20	21	23	24	28	23	11	13	13
11. Insuficiência Cardíaca	93	50	43	48	51	49	52	57	57	51	35	37
12. Doenças cerebrovasculares	106	89	92	102	79	80	85	91	84	83	77	122
13. Diabetes Melito	52	47	27	38	25	35	21	28	28	29	28	28
14. Epilepsia	44	44	30	37	27	40	34	19	25	23	30	28
15. Infecção do rim e trato urinário	104	79	63	66	61	63	71	50	52	62	36	33
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	48	51	36	41	48	62	47	61	48	69	60	45
17. Doença inflamatória pélvica feminina	26	19	16	14	10	10	8	16	7	7	4	2
18. Úlceras gastrointestinais	38	30	21	20	26	24	26	23	50	20	26	29
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	24	10	12	13	16	17	22	15	18	10	22	14
19.1 Infecções urinárias na gestação	19	4	5	5	8	6	2	3	2	1	0	0
19.2 Sífilis congênita	5	6	7	8	8	11	20	12	16	9	22	14
19.3 Rubéola congênita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20. Câncer do colo do útero	7	9	3	12	5	-	7	3	5	3	30	18
Total de internações por CSAP	1102	855	683	660	609	654	664	649	684	613	485	529
	(24%)	(23%)	(21%)	(20%)	(20%)	(19%)	(19%)	(18%)	(19%)	(17%)	(15%)	(16%)
Total de internações	4676	3711	3267	3365	3119	3405	3451	3573	3624	3534	3149	3256

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 2021) 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	2021
1. Doenças infecciosas e parasitárias	13	27	22	16	22	15	10	10	16	14	14	10
1.1 Doenças imunizáveis	1	2	2	1	4	5	4	0	1	2	1	1
1. 2 Infecções ou complicações evitáveis	12	25	20	15	18	10	6	10	15	12	13	9
2. GEA infecciosas e suas complicações	13	12	9	5	8	11	7	18	14	12	18	15
3. Anemia ferropriva	1	2	2	3	2	7	2	2	4	4	1	8
4. Deficiências nutricionais	3	0	1	1	1	1	3	0	0	0	3	1
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	1	4	5	4	3	3	3	1	3	5	2	0
6. Pneumonias bacterianas	135	79	71	55	58	53	62	64	78	53	39	34
7. Asma	7	8	2	1	2	4	4	5	9	9	5	7
8. Doenças vias aéreas inferiores	57	43	32	22	19	25	40	26	36	31	31	19
9. Hipertensão	12	6	6	1	6	3	7	5	2	7	4	3
10. Angina pectoris	20	12	12	20	21	23	24	28	23	11	13	13
11. Insuficiência Cardíaca	93	50	43	48	50	49	52	56	57	51	35	37
12. Doenças cerebrovasculares	106	87	92	102	79	79	85	91	84	83	77	122
13. Diabetes Melito	49	42	26	37	22	32	21	23	28	26	20	24
14. Epilepsia	11	16	8	16	11	12	14	8	11	14	16	18
15. Infecção do rim e trato urinário	71	53	40	46	56	41	57	42	35	48	25	23
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	30	35	24	24	25	42	37	48	39	51	43	36
17. Doença inflamatória pélvica feminina	24	17	16	11	9	10	8	15	6	7	4	2
18. Úlceras gastrointestinais	37	30	21	20	26	24	26	23	50	20	25	28
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	15	2	2	3	7	5	2	3	2	1	0	0
19.1 Infecções urinárias na gestação	15	2	2	3	7	5	2	3	2	1	0	0
20. Câncer do colo do útero	7	9	3	12	5	0	7	3	5	3	3	18
Total de internações por CSAP	705	534	437	447	432	439	471	471	502	450	378	418
	(19%)	(19%)	(18%)	(17%)	(18%)	(17%)	(17%)	(16%)	(17%)	(15%)	(14%)	(15%)
Total de internações	3623	2791	2464	2590	2449	2632	2733	2941	2920	2905	2717	2820

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	1	2	1	0	0	0	3	1	0	1	1	0	0	10
1.1 Doenças imunizáveis	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	1	2	1	0	0	0	3	0	0	1	1	0	0	9
2. GEA infecciosas e suas complicações	9	3	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	15
3. Anemia ferropriva	0	2	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	2	8
4. Deficiências nutricionais	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. Pneumonias bacterianas	0	5	2	0	1	5	6	4	5	0	0	2	4	34
7. Asma	0	1	1	1	0	0	0	1	2	0	1	0	0	7
8. Doenças vias aéreas inferiores	0	3	4	1	1	1	2	0	3	0	2	0	2	19
9. Hipertensão	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3
10. Angina pectoris	0	5	1	0	0	0	3	1	2	0	1	0	0	13
11. Insuficiência Cardíaca	3	7	4	2	2	2	5	3	4	0	2	2	1	37
12. Doenças cerebrovasculares	2	21	9	9	10	8	16	9	14	1	11	4	8	122
13. Diabetes Melito	0	1	5	0	2	0	2	0	3	1	6	1	3	24
14. Epilepsia	0	4	1	0	3	0	1	4	2	1	2	0	0	18
15. Infecção do rim e trato urinário	0	9	1	1	1	1	2	0	2	1	3	0	2	23
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	0	4	2	2	1	1	8	3	2	5	2	3	3	36
17. Doença inflamatória pélvica feminina	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
18. Úlceras gastrointestinais	0	9	1	2	2	2	6	2	1	0	0	2	1	28
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	5	0	0	0	1	4	0	0	6	0	0	2	18
Total de internações por CSAP	15	82	36	19	23	23	60	31	40	16	31	14	28	418
Total de internações	47	437	295	141	162	128	400	308	235	175	217	120	155	2820

Tabela 45 - Distribuição das internações por COVID-19 (CIDs 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	1	6	8	5	2	-	-	1	2	3	-	-	28
Vila Floresta	2	-	8	2	1	2	-	1	1	1	-	-	18
Divina Providência	-	3	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	5
Sesc	2	-	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	6
Barão de Bagé	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	3
Jardim Leopoldina	3	1	6	2	2	-	1	2	-	1	-	1	19
Parque dos Maias	4	3	4	-	-	-	-	1	-	-	-	-	12
Jardim Itu	1	2	6	4	2	-	-	1	1	-	-	-	17
Santíssima Trindade	-	2	3	1	1	-	1	-	-	1	-	-	9
NSA	1	3	-	2	1	-	-	-	-	-	1	-	8
Coinma	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Costa e Silva	3	-	3	-	-	1	-	1	-	1	-	-	9
SSC/GHC	18	21	44	17	10	4	2	8	4	8	1	1	138

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 2021) 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	416	1,9
2021	436	2,0
Total	8506	-

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	59	1,8
Vila Floresta	3026	35	1,2
Divina Providência	1355	31	2,3
Sesc	1258	34	2,7
Barão de Bagé	972	16	1,6
Jardim Leopoldina	2640	41	1,6
Parque dos Maias	2568	56	2,2
Jardim Itú	2048	25	1,2
Santíssima Trindade	1244	63	5,1
NSA	1079	34	3,2
Coinma	1225	21	1,7
Costa e Silva	1244	21	1,7
SSC	22018	436	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	161	37	-
1	26	6	43
2	35	8	51
3	37	8	59
4	17	4	63
5	21	5	68
6	13	3	71
7	4	1	72
8	11	3	75
9	11	3	77
10	5	1	78
11	16	4	82
12	10	2	84
13	12	3	87
14	9	2	89
15	15	3	92
16	13	3	95
17	8	2	97
18	12	3	100
Total	436	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.

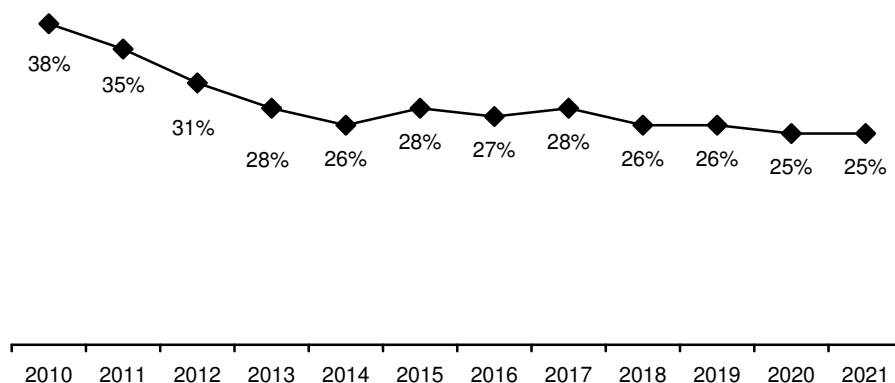
Gráfico 17 - Série histórica (2010 a 2021) da frequência de internação por condições sensíveis de atenção ambulatorial (CSAP) em usuários de zero a dezoito anos de idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS

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	11	19	48	81	59
Vila Floresta	10	29	25	71	35
Divina Providência	5	16	26	84	31
Sesc	12	35	22	65	34
Barão de Bagé	2	13	14	88	16
Jardim Leopoldina	10	24	31	76	41
Parque dos Maias	15	27	41	73	56
Jardim Itu	7	28	18	72	25
Santíssima Trindade	21	33	42	67	63
NSA	8	24	26	76	34
Coinma	3	14	18	86	21
Costa e Silva	7	33	14	67	21
SSC	111	25	325	75	436

Tabela 50 - Série histórica (2010 a 2021) 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	2021
1. Doenças infecciosas e parasitárias	15	10	13	5	3	4	3	3	2	1	0	1
1.1 Doenças imunizáveis	12	8	10	5	2	1	2	3	2	1	0	1
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	3	2	3	0	1	3	1	0	0	0	0	0
2. GEA infecciosas e suas complicações	28	31	20	22	13	13	15	16	9	16	6	2
3. Anemia ferropriva	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1
4. Deficiências nutricionais	0	1	0	2	0	1	1	0	1	0	1	0
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	59	40	23	27	12	20	25	16	20	14	2	3
6. Pneumonias bacterianas	59	32	34	25	25	33	29	8	29	20	4	9
7. Asma	135	118	87	58	65	58	56	81	64	59	19	44
8. Doenças vias aéreas inferiores	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	2
9. Hipertensão	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
10. Angina pectoris	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11. Insuficiência Cardíaca	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
12. Doenças cerebrovasculares	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
13. Diabetes Melito	3	5	1	1	3	3	0	5	0	3	8	4
14. Epilepsia	33	28	22	21	16	28	20	10	14	9	14	10
15. Infecção do rim e trato urinário	33	26	23	20	5	22	14	7	17	14	11	10
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	18	16	12	17	23	20	10	13	9	18	17	9
17. Doença inflamatória pélvica feminina	2	2	0	3	1	0	0	1	1	0	0	0
18. Úlceras gasotrointestinais	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	9	8	10	10	9	12	20	12	16	9	22	14
19.1 Infecções urinárias na gestação	4	2	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0
19.2 Sífilis congênita	5	6	7	8	8	11	20	12	16	9	22	14
19.3 Rubéola congênita	0	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%)	105 (25%)	111 (25%)
Total de internações	1051	920	807	775	670	773	718	632	704	629	416	436

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	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
1.1 Doenças imunizáveis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
2. GEA infecciosas e suas complicações	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
3. Anemia ferropriva	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4. Deficiências nutricionais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3
6. Pneumonias bacterianas	1	1	0	0	0	1	2	1	1	0	1	1	9
7. Asma	3	5	4	8	0	3	4	1	12	4	0	0	44
8. Doenças vias aéreas inferiores	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
9. Hipertensão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10. Angina pectoris	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11. Insuficiência Cardíaca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12. Doenças cerebrovasculares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13. Diabetes Melito	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	4
14. Epilepsia	2	0	0	1	0	3	1	1	0	0	0	2	10
15. Infecção do rim e trato urinário	3	0	1	0	0	3	0	2	0	0	1	0	10
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	1	1	0	1	0	0	2	1	0	0	0	3	9
17. Doença inflamatória pélvica feminina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18. Úlceras gastrointestinais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	2	0	2	1	0	1	1	5	0	1	1	14
19.1 Infecções urinárias na gestação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19.2 Sífilis congênita	0	2	0	2	1	0	1	1	5	0	1	1	14
19.3 Rubéola congênita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20. Câncer do colo do útero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de internações por CSAP	11	10	5	12	2	10	15	7	21	8	3	7	111
Total de internações	9	5	1	4	6	1	6	5	3	4	1	1	36

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	2	7	27
Vila Floresta	15	56	27
Divina Providência	17	74	23
Sesc	27	90	30
Barão de Bagé	10	91	11
Jardim Leopoldina	20	59	34
Parque dos Maias	12	26	46
Jardim Itu	20	95	21
Santíssima Trindade	35	71	49
NSA	3	14	21
Coinma	9	69	13
Costa e Silva	18	86	21
SSC	188	58	323

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 2021) 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	2021
1 - Doenças Infecciosas e parasitárias	26	23	23	26	23	28	28	27	34	19	27	22
2- Neoplasias	1	3	2	1	0	0	0	0	4	0	0	1
3- Hematológicas, Imunológicas	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4- Endócrinas, nutricionais/metabólicas	8	7	2	5	4	3	4	4	6	6	7	4
5 Transtornos mentais e comportamentais	0	1	0	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	3
7- Doenças dos olhos e anexos	3	0	0	0	0	1	4	1	0	0	1	1
8- Doenças do ouvido e mastóide	5	3	1	4	0	0	3	3	4	2	0	1
9- Doenças circulatórias	4	0	1	1	3	0	0	0	1	0	0	0
10- Doenças do aparelho respiratório	125	115	117	81	68	88	89	61	91	80	6	29
11- Doenças do aparelho digestivo	18	16	6	9	2	8	11	9	4	2	3	4
12- Doenças da pele e tecido subcutâneo	4	5	2	5	0	3	4	2	2	1	3	5
13- Doenças osteomusculares e tecido conjuntivo	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
14- Doenças genito-urinárias	11	6	6	6	1	11	8	3	11	5	7	5
16- Doenças perinatais	125	100	108	90	95	103	108	99	85	87	104	67
17- Malformações ou anomalias cromossômicas	6	5	4	2	6	3	8	4	5	8	3	2
18- Sintomas, sinais, exames anormais	12	21	15	20	9	13	19	10	15	6	11	9
19- Lesões, envenenamentos	3	3	4	6	3	3	5	8	1	6	2	3
20- Causas externas	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
21- Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços	3	2	3	2	1	4	7	2	5	2	4	4
SSC	360	320	301	263	221	272	306	240	274	226	181	161

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.³² 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.

³² 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 e evoluídos por profissionais de nível superior no Prontuário Eletrônico do Paciente.

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	9777	8591	9890	9757	10622	10609	11280	11787	11506	12651	12586	12502	131558
1. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1780	2253	5441	2280	2129	1698	1488	1796	1655	2091	1330	1424	25365
11. Doenças do aparelho digestivo	1042	854	806	1115	1230	1213	1377	1471	1443	1708	1575	1846	15680
18. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	770	732	754	858	764	827	972	1022	1041	1054	953	887	10634
5. Transtornos mentais e comportamentais	750	577	717	700	689	750	787	878	789	976	900	774	9287
13. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	606	472	377	516	517	541	635	712	686	735	636	630	7063
9. Doenças do aparelho circulatório	393	293	247	325	428	440	435	493	452	593	511	459	5069
14. Doenças do aparelho geniturinário	295	271	323	353	310	296	345	354	355	341	310	307	3860
4. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	282	235	186	230	330	327	305	354	397	372	413	377	3808
12. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	341	323	285	324	299	278	326	319	303	330	307	248	3683
10. Doenças do aparelho respiratório	181	180	209	207	458	334	374	294	314	389	350	263	3553
19. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	186	141	113	138	154	158	170	213	204	211	203	212	2103
8. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	123	125	104	118	125	127	140	137	169	129	158	149	1604
6. Doenças do sistema nervoso	69	73	69	91	101	105	133	112	102	120	104	95	1174
7. Doenças do olho e anexos	64	54	53	68	75	90	105	105	85	83	93	75	950
2. Neoplasias (tumores)	76	63	43	59	75	62	72	47	59	67	86	70	779
20. Causas externas de morbidade e mortalidade	45	32	51	32	34	80	77	66	69	52	45	43	626
3. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	17	17	14	10	24	24	31	29	35	21	41	30	293
15. Gravidez, parto e puerpério	24	17	20	26	16	12	15	17	13	15	20	13	208
17. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	14	14	8	9	12	12	11	8	14	21	6	10	139
16. Algumas afecções originadas no período perinatal	2	5	3	2	1		1	4		1	2	2	23
SSC	16837	15322	19713	17218	18393	17983	19079	20218	19691	21960	20629	20416	227459

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 Maia	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	1171	15023	10901	14473	10064	7130	13146	12474	12936	6018	9519	13305	5398	131558
1. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	50	2202	2511	1676	1369	1919	2653	2989	2260	2022	2017	1530	2167	25365
11. Doenças do aparelho digestivo	5	1215	2013	1172	1650	934	1491	1538	1193	1497	1976	569	427	15680
18. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	34	1153	1632	477	384	795	898	1189	1195	877	637	309	1054	10634
5. Transtornos mentais e comportamentais	256	1592	1401	293	855	777	863	532	789	467	421	387	654	9287
13. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2	661	652	168	475	630	855	786	877	442	539	352	624	7063
9. Doenças do aparelho circulatório	4	601	550	45	562	471	604	528	515	366	196	155	472	5069
14. Doenças do aparelho geniturinário	2	404	301	117	208	404	398	472	486	298	268	215	287	3860
4. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas		460	318	54	366	337	577	314	475	242	218	119	328	3808
12. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	15	230	238	123	187	389	397	364	445	294	299	230	472	3683
10. Doenças do aparelho respiratório	2	191	274	69	404	373	359	492	355	326	275	146	287	3553
19. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	3	144	180	63	90	194	164	319	194	227	294	89	142	2103
8. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3	168	120	71	45	149	156	187	240	108	140	93	124	1604
6. Doenças do sistema nervoso	10	130	212	24	103	119	106	113	89	92	66	37	73	1174
7. Doenças do olho e anexos		145	72	36	28	75	126	141	136	45	61	20	65	950
2. Neoplasias (tumores)	7	97	110	16	29	68	99	79	98	26	43	38	69	779
20. Causas externas de morbidade e mortalidade	7	98	107	9	17	53	32	61	63	37	45	21	76	626
3. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários		43	21	9	10	32	49	19	37	7	8	25	33	293
15. Gravidez, parto e puerpério	3	15	16	2	6	34	31	19	14	16	19	7	26	208
17. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas		11	32	5	3	7	21	18	8	14	10	3	7	139
16. Algumas afecções originadas no período perinatal		2	2		2	4		4	1	2		3	3	23
SSC	1574	24585	21663	18902	16857	14894	23025	22638	22406	13423	17051	17653	12788	227459

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	171	6624	6662	9824	5127	2032	5830	3161	4541	1446	1485	4682	1022	52607
Z76.0 Emissao de prescricao de repeticao		2151	691	2039	1922	1669	2386	2126	3740	635	2009	1837	900	22105
B34.9 Infecç viral NE	2	1735	1779	1367	885	1186	1858	2382	1793	1502	1356	1076	1740	18661
Z00.0 Exame medico geral	21	2381	556	323	185	806	1720	2740	662	908	2427	2694	1632	17055
Z76.8 Cont serv saude p/outr circunstancias espec	36	249	357	635	49	458	687	123	727	30	334	235	131	4051
Z01.2 Exame dentario I10 Hipertensao essencial		207	198	71	874	135	257	188	359	173	423	388	131	3404
Z34.9 Supervisao de gravidez normal NE		394	329	17	433	340	441	391	285	278	110	75	306	3399
Z01.4 Exame ginecologico		243	169	228	230	178	297	428	193	470	316	154	192	3098
Z00.1 Exame de rotina de saude da crianca		583	294	74	280	101	278	278	242	154	225	286	244	3039
K02.9 Carie dentaria SOE	1	215	268	228	212	188	360	297	209	299	293	122	195	2887
B34.2 Infecç p/coronavirus NE		337	210	189	354	238	179	74	228	326	320	151	9	2615
Z71.3 Aconselhamento e supervisao dieteticos		190	441	83	152	222	324	201	82	97	337	226	53	2408
M54.5 Dor lombar baixa	4	318	143	81	289	121	299	370	202	147	190	115	110	2389
Z71.2 Pessoa que consulta p/explic achados exame		242	205	54	142	183	236	236	247	172	195	94	135	2141
Z71.9 Aconselhamento NE		540	137	273	20	11	53	168	605	24	260			2091
K04.1 Necrose da polpa	616	19	90	10	3	5	1	92	2	1	33	1150	32	2054
R45.8 Outr sint sinais relativos estado emocional		119	351	130	77	27	146	106	110	42	213	38	34	1393
K02.1 Caries da dentina		133	617	221	10	94	10	112	6	49	62	3	15	1332
K02.4 Odontoclasia		111	165	188	89	30	122	254	22	55	164	22	10	1232
K05.3 Periodontite cronica		35	270	116	353	50	75	1	131	1	132	1	1	1166
R10.4 Outr dores abdominais e as NE		66	135	55	112	43	88	94	106	164	120	42	22	1047
E11.9 S/complic		126	85	29	53	90	116	93	80	98	91	37	79	977
Z60.8 Outr problemas relacionados c/o meio social		126	49	14	130	47	118	73	121	105	28	15	118	944
F41.1 Ansiedade generalizada	97	4	35	3	5	13	3	365	21	380	9		3	938
Z48.0 Cuidados a curativos e suturas cirurgicas		123	93	2	51	84	98	109	166	34	46	48	66	920
R51 Cefaleia		80	270	10		69	1	56	6	2	21	401	2	918
J45.9 Asma NE	3	87	71	34	45	63	93	91	105	105	65	44	91	897
F32.9 Episodio depressivo NE		37	84	10	100	94	81	153	73	135	44	17	66	894
A09 Diarreia e gastroenterite orig infecc presum		141	255	88	42	48	88	53	31	43	29	33	26	877
SSCI	952	17658	15066	16433	12285	8712	16313	14922	15213	7956	11409	14035	7448	158402

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	207	6921	7027	10611	5188	2522	6535	3294	5467	1476	1830	4918	1156	57152
Z76.0 Emissao de prescricao de repeticao		2151	691	2039	1922	1669	2386	2126	3740	635	2009	1837	900	22105
B34 Doenc p/virus de localiz NE	2	1926	2221	1450	1048	1409	2187	2588	1876	1599	1693	1313	1799	21111
Z00 Exame geral invest pess s/queix diagn relat	25	2466	565	335	194	809	1765	2786	669	920	2482	2764	1643	17423
K02 Carie dentaria		486	661	495	813	331	394	350	387	391	618	183	20	5129
Z01 Outr exam invest esp pess s/queix diag relat	1	229	209	78	894	214	282	211	651	242	461	405	163	4040
K04 Doenc da polpa e dos tec periapicais		276	527	373	357	144	353	365	265	466	532	118	80	3856
Z34 Supervisao de gravidez normal		257	173	243	248	223	480	461	198	480	362	174	235	3534
M54 Dorsalgia		346	314	99	220	349	387	417	363	242	291	184	235	3447
I10 Hipertensao essencial		394	329	17	433	340	441	391	285	278	110	75	306	3399
Z01.4 Exame ginecologico		583	294	74	280	101	278	278	242	154	225	286	244	3039
Z00.1 Exame de rotina de saude da crianca	1	215	268	228	212	188	360	297	209	299	293	122	195	2887
Z71 Perss cont serv saud outr acons cons med NCOP	622	55	108	97	14	94	64	111	8	3	95	1194	38	2503
Z71.3 Aconselhamento e supervisao dieteticos	4	318	143	81	289	121	299	370	202	147	190	115	110	2389
F32 Episodios depressivos		319	503	125	110	123	257	107	182	102	74	98	97	2097
F41 Outr transt ansiosos		457	260	48	110	180	205	185	238	112	128	74	98	2095
Z71.2 Pessoa que consulta p/explic achados exame		540	137	273	20	11	53	168	605	24	260			2091
K05 Gengivite e doenc periodontais		97	231	117	174	93	253	254	129	234	324	88	55	2049
Z60 Problemas relacionados c/o meio social	225	36	83	10	166	57	27	689	93	408	39	12	104	1949
R45 Sint e sinais relativos ao estado emocional	1	226	772	231	23	129	43	136	29	80	100	9	43	1822
R10 Dor abdominal e pelvica	1	199	193	49	90	166	176	196	172	187	157	50	155	1791
Z63 Outr probl rel grupo prim apoio incl sit fam	20	265	131	81	35	271	87	391	110	100	215	12	70	1788
K03 Outr doenc dos tec dentarios duros	3	139	190	93	195	105	113	154	120	90	161	22	53	1438
F31 Transt afetivo bipolar	4	283	210	16	150	91	79	43	90	62	40	54	79	1201
E11 Diabetes mellitus nao-insulino-dependente		144	55	15	172	67	162	101	144	119	55	22	129	1185
Z30 Anticoncepcao		27	51	37	103	68	39	69	66	316	93	65	90	1024
J45 Asma		46	92	10	106	109	96	164	77	141	51	26	66	984
Z48 Outr seguimento cirurgico		82	278	10	2	70	2	56	8	2	21	402	2	935
R51 Cefaleia	3	87	71	34	45	63	93	91	105	105	65	44	91	897
Z02 Exame med e consulta c/finalid admin	1	28	18	53	132	29	12	61	154	227	116	3	55	889
SSC	1120	19598	16805	17422	13745	10146	17908	16910	16884	9641	13090	14669	8311	176249

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
F10 Transt mentais comport dev uso alcool	5893	21	9
F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat	5066	51	
F14 Transt mentais e comport dev uso da cocaína	4654	24	
F31 Transt afetivo bipolar	222	1558	316
Z65 Probl relac outr circunstancias psicossoc	155	19	1602
F20 Esquizofrenia	173	1292	69
F32 Episodios depressivos	159	444	477
F84 Transt globais do desenvolv	1	10	976
Z76 Pessoas cont serv saude em outr circunst	346	190	214
F12 Transt mentais comport dev uso canabinoides	725	1	12
F99 Transt mental NE em outr parte	59	616	58
R45 Sint e sinais relativos ao estado emocional	12		513
Z71 Pess cont serv saud outr acons cons med NCOP	408		99
F41 Outr transt ansiosos	81	174	221
Z60 Problemas relacionados c/o meio social	64	19	363
F71 Retardo mental moderado	36	148	234
F33 Transt depressivo recorrente	242	107	62
F90 Transt hipercineticos	2		369
F91 Disturbios de conduta		1	306
F60 Transt especificos da personalidade	88	145	48
F25 Transt esquizoafetivos	10	270	
F70 Retardo mental leve	15	14	206
F29 Psicose nao-organica NE	86	41	84
F79 Retardo mental NE	3	52	111
Z63 Outr probl rel grupo prim apoio incl sit fam	4		161
F98 Outr transt comp emoc c/inicio inf adolesc	1		132
F23 Transt psicoticos agudos e transitorios	11	20	87
E66 Obesidade	17	52	30
F72 Retardo mental grave		46	47
F22 Transt delirantes persistentes	1	91	
Total	18621	5407	6810
Total (todos os diagnósticos ou problemas)	18910	5814	7360

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	-	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Conceição	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Vila Floresta	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Divina Providência	Educação em saúde	1 (1)	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	1 (5)	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Sesc	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Barão de Bagé	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Jardim Leopoldina	Educação em saúde	-	-	-	-	1 (5)	2 (6)
	Atendimento em grupo	-	-	-	4 (16)	1 (5)	1 (6)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Parque dos Maías	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	1 (5)	2 (11)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	2 (39)	1 (25)
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Jardim Itu	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Santíssima Trindade	Educação em saúde	-	-	-	-	-	1 (2)
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	()
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
NSA	Educação em saúde	-	-	-	-	-	1 (4)
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Coinma	Educação em saúde	7 (69)	3 (18)	4 (29)	7 (56)	4 (23)	-
	Atendimento em grupo	2 (9)	-	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	1 (7)
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Costa e Silva	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	1 (5)	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
SSC	Educação em saúde	8 (70)	3 (18)	4 (29)	7 (56)	5 (28)	4 (12)
	Atendimento em grupo	2 (9)	-	-	4 (16)	4 (20)	3 (17)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	2 (39)	2 (32)
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-

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	-	-	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Conceição	Educação em saúde	-	-	-	-	2 (11)	6 (87)	8 (98)
	Atendimento em grupo	-	-	1 (13)	-	6 (73)	5 (138)	12 (224)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	3 (37)	2 (25)	5 (62)
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Vila Floresta	Educação em saúde	-	-	-	3 (23)	6 (52)	-	9 (75)
	Atendimento em grupo	-	1 (2)	2 (5)	2 (8)	3 (13)	3 (18)	11 (46)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	1 (12)	-	1 (12)
	Mobilização social	-	-	-	-	2 (15)	-	2 (15)
Divina Providência	Educação em saúde	-	1 (2)	-	-	1 (2)	2 (5)	5 (10)
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-	1 (5)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Sesc	Educação em saúde	-	-	-	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Barão de Bagé	Educação em saúde	-	-	-	6 (50)	7 (61)	1 (11)	14 (122)
	Atendimento em grupo	-	1 (10)	8 (49)	7 (43)	4 (30)	5 (35)	25 (167)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Jardim Leopoldina	Educação em saúde	-	3 (12)	1 (10)	3 (12)	3 (14)	10 (64)	23 (123)
	Atendimento em grupo	-	1 (7)	1 (5)	2 (9)	1 (4)	1 (5)	12 (57)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Parque dos Maías	Educação em saúde	-	-	1 (3)	1 (1)	2 (5)	1 (3)	5 (12)
	Atendimento em grupo	-	-	-	1 (2)	1 (2)	-	5 (20)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	3 (64)
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Jardim Itu	Educação em saúde	2 (10)	-	3 (11)	2 (3)	1 (1)	1 (3)	9 (28)
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-	-
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Santíssima Trindade	Educação em saúde	2 (14)	1 (2)	-	1 (9)	-	-	5 (27)
	Atendimento em grupo	-	1 (8)	-	1 (12)	2 (22)	1 (14)	5 (56)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
NSA	Educação em saúde	-	6 (31)	3 (11)	2 (11)	-	2 (14)	14 (71)
	Atendimento em grupo	1 (4)	1 (7)	-	-	-	1 (7)	3 (18)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Coinma	Educação em saúde	-	-	-	7 (85)	11 (123)	7 (47)	50 (450)
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-	2 (9)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	1 (7)
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Costa e Silva	Educação em saúde	1 (4)	1 (2)	-	1 (3)	2 (5)	-	5 (14)
	Atendimento em grupo	-	1 (8)	-	-	-	-	2 (13)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
SSC	Educação em saúde	5 (28)	12 (49)	8 (35)	26 (197)	35 (274)	30 (234)	147 (1030)
	Atendimento em grupo	1 (4)	6 (42)	12 (72)	13 (74)	17 (144)	16 (217)	78 (615)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	4 (49)	2 (25)	10 (145)
	Mobilização social	-	-	-	-	2 (15)	-	2 (15)

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	2	1	-	-	3	9	12	8	6	6	16	26	89
CAPS adulto	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2
CAPS infantil	-	-	-	-	-	3	9	3	3	3	6	4	31



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL