



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

Volume 12

Indicadores de Saúde

Relatório Anual 2017



Porto Alegre - RS
Agosto de 2018
Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A



© 2018. Indicadores de Saúde Relatório Anual 2017. 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

Diretora-Superintendente - Adriana Denise Acker

Diretor Administrativo e Financeiro - José Ricardo Agliardi Silveira

Diretor Técnico - Mauro Fett Sparta de Souza

Serviço de Saúde Comunitária

Gerente do Serviço de Saúde Comunitária - Antônio Fernando Selistre

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 2017, 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.

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 desenvolvida no SSC com o propósito de acompanhar as ações programáticas dirigidas a problemas freqüentes, mas também utiliza outros sistemas de informação de âmbito nacional.

O Relatório de 2017 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
2.2.3 Teste do pezinho	17
2.2.4 Aleitamento Materno.....	18
2.3 COMENTÁRIOS.....	19
3. IMUNIZAÇÕES.....	21
3.1 RESULTADOS	21
4. SAÚDE DA MULHER	23
4.1 VIGILÂNCIA DO CÂNCER DE MAMA.....	25
4.1.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS	25
4.1.2 RESULTADOS	25
4.1.2.1 Razão de mamografias	25
4.1.2.1 Cobertura de mamografias.....	25
4.2 VIGILÂNCIA DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO	27
4.2.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS	28
4.2.2 RESULTADOS	28
4.2.2.1 Cobertura de mulheres com exame citológico de colo uterino.....	28
4.2.2.2 Coletas de exame citológico por categoria profissional	31
4.2.2.3 Qualidade do exame citológico de colo uterino	32
4.2.2.4 Acompanhamento de mulheres cujos exames citológicos apresentaram lesões de alto grau	37
4.3 COMENTÁRIOS.....	37

5. ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETE MELITO, TABAGISMO E ASMA	41
5.1 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO, DIABETE MELITO E OUTROS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES	42
5.1.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS	44
5.1.2 RESULTADOS	45
5.1.3 COMENTÁRIOS.....	62
5.1.3.1. Cobertura e Controle.....	62
5.1.3.2. Fatores de Risco	64
5.1.3.3. Lesões em Órgãos Alvo	64
5.1.3.4. Qualidade do registro	65
5.1.3.5. Aspectos a serem aperfeiçoados	65
5.2 O CONTROLE DO TABAGISMO	66
5.2.1 OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	66
5.2.2 RESULTADOS	67
5.2.3 COMENTÁRIOS.....	68
5.3 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM ASMA	69
5.3.1 OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	69
5.3.2 RESULTADOS	69
5.3.3 COMENTÁRIOS.....	70
6. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICAS DAS DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	73
6.1 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC) E OUTROS AGRAVOS.....	73
6.1.1 COMENTÁRIOS.....	74
6.2 ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM TUBERCULOSE	75
6.2.1 OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	78
6.2.2 RESULTADOS	79
6.2.3 COMENTÁRIOS.....	85
7. MORBIDADE HOSPITALAR	93
7.1 INTERNAÇÕES EM TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS	93
7.2 MORBIDADE HOSPITALAR DO ADULTO.....	95
7.3 MORBIDADE HOSPITALAR NAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PROGRAMA DE VOLTA PRA CASA.....	97
7.3.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS	97
7.3.2 RESULTADOS	98
7.3.2.1 Hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária (CSAP).....	99
7.3.2.2 Tempo decorrido entre a internação e o contato da equipe com a família	103
7.3.2.3 Internações em menores de um ano de idade.....	103
7.4 COMENTÁRIOS	105
8. NECESSIDADES EM SAÚDE: DIAGNÓSTICOS E PROBLEMAS FREQUENTES NOS AMBULATÓRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE.....	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das gestantes com Índice de Kessner adequado, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	10
Tabela 2 - Distribuição dos motivos de internação, entre as gestantes do SSC, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	11
Tabela 3 - Distribuição dos recém-nascidos em 2017 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 e dez dias de vida, entre as que consultaram no SSC, por US do SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	17
Tabela 6 - Distribuição das crianças com primeira consulta no SSC, número e proporção das crianças que realizaram o teste do pezinho e no período preconizado (entre 3º a 5º dias de vida) por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	17
Tabela 7 - Distribuição do tipo de aleitamento materno entre as crianças com primeira consulta no SSC, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	18
Tabela 8 - Distribuição do número de crianças nascida a partir de 1º de janeiro de 2000 e com mais de um ano de idade, distribuição do número de crianças imunizadas com esquema básico (EB) completo, distribuição do número de crianças com alguma dose do esquema básico (EB) não administrada e cobertura da imunização do esquema básico, por US do SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	21
Tabela 9 - 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	25
Tabela 10 - 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.....	26
Tabela 11 - 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.	29
Tabela 12 - Distribuição da população feminina de 25 a 64 anos cadastradas, número de mulheres com um exame CP coletado e um exame CP coletado nos últimos 3 anos, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	29
Tabela 13 - 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.	31
Tabela 14 - Distribuição do número e percentuais de coletas de CP entre diferentes categorias profissionais, anos 2016 e 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	31
Tabela 15 - 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.	32
Tabela 16 - Série histórica (2012 a 2017) da distribuição dos exames com alterações, tipo de alteração, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	34
Tabela 17 - Indicadores de avaliação da qualidade do laboratório de patologia nos exames citológicos do colo do útero coletados no SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	37
Tabela 18 - Distribuição de mulheres de acordo com a alteração citológica, encaminhadas ao serviço de referência, comparecimento às consultas e realização de exame histológico para confirmação diagnóstica. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	37
Tabela 19 - 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 na ação programática até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	46
Tabela 20 - Distribuição dos usuários com HAS conforme estágio da doença, no momento da inscrição na ação programática e por ocasião da última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	47
Tabela 21 - Distribuição dos usuários com HAS conforme fatores de risco para doença cardiovascular, no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	49
Tabela 22 - Distribuição dos usuários com HAS conforme ocorrência de lesões em órgãos alvo, no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	51
Tabela 23 - Distribuição dos usuários com DM conforme o controle glicêmico, no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	54
Tabela 24 - Distribuição dos usuários com DM conforme os fatores de risco para doença cardiovascular (DCV), no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	56
Tabela 25 - Distribuição dos usuários com DM conforme as lesões em órgãos alvo, no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	58
Tabela 26 - Distribuição dos diabéticos inscritos que realizaram HbA1C nos últimos seis meses, conforme o resultado da HbA1C, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	60

Tabela 27 - 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.....	61
Tabela 28 - 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.....	61
Tabela 29 - Série histórica (2012 a 2017) da distribuição dos diabéticos inscritos na ação programática que consultaram com dentista, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	62
Tabela 30 - Distribuição dos usuários cadastrados com dezoito anos ou mais, estimativa de usuários tabagistas, atendidos em grupo e usuários tabagistas sem fumar, por US, de 2006 a 2017. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	67
Tabela 31 - Número de grupos e distribuição dos usuários conforme uso de medicação e participação em atividades do Programa de Combate ao Tabagismo no ano de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	68
Tabela 32 - Série histórica (2006 a 2017) do número de grupos realizados por US desde a implantação da Ação Programática no SSC, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	68
Tabela 33 - Número de menores de quinze anos cadastrados, estimativa de usuários com asma e distribuição dos casos diagnosticados, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	70
Tabela 34 - Série histórica de 2003 a 2017 das internações por asma em usuários com menos de dezenove anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	70
Tabela 35 - Série histórica (2004 a 2017) da distribuição do número de doenças de notificação compulsória (DNC) e outros agravos notificados, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	74
Tabela 36 - Série histórica (2011 a 2017) da distribuição dos sintomáticos respiratórios (SR) examinados (investigados), em números absoluto e percentuais, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	79
Tabela 37 - Série histórica (2014 – 2017) da distribuição dos sintomáticos respiratórios (SR) com pelo menos duas baciloscopias (BAAR) de escarro e resultado positivo, em números absolutos e percentuais, por US. SSC/GHC.	80
Tabela 38 - Série histórica (2010 a 2017) da distribuição dos casos novos (CN) de tuberculose, notificados no SINAN/TB Porto Alegre, residentes no território sob responsabilidade do SSC, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	81
Tabela 39 - Número de casos novos (CN) de TB esperados no território, número total de casos de TB no território do SSC notificados, local de diagnóstico e de tratamento, janeiro a dezembro de 2017. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	81
Tabela 40 - Número estimado de casos novos de TB, casos novos e total de casos notificados em pessoas residentes no território do SSC, local de tratamento, tratamento diretamente observado (TDO) no SSC e desfecho de todos os casos acompanhados nas 12 US do SSC/GHC, em 2017. Porto Alegre, RS. 2018.	82
Tabela 41 - Distribuição do número de casos de TB tratados nas US do SSC, estimativa do número de contatos, número de contatos identificados ¹ e investigados ² , em 2016 e 2017, Porto Alegre, RS, 2018.	84
Tabela 42 - Série histórica (2010 a 2017) da distribuição do número de pessoas em tratamento para infecção latente da tuberculose (ILTb ou quimioprofilaxia), por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	84
Tabela 43 - Distribuição das internações dos cadastrados no SSC com 19 ou mais anos de idade e os de 0 a 18 anos de idade, nos quatro hospitais do GHC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	94
Tabela 44 - Distribuição do total das internações e das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária entre os cadastrados no SSC, nos quatro hospitais do GHC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	94
Tabela 45 - Série histórica (2007 a 2017) da distribuição das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em cadastrados no SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	95
Tabela 46 - Série histórica (2007 a 2017) da distribuição das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em usuários com 19 ou mais anos de idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	96
Tabela 47 - Distribuição das internações por condições sensíveis à APS em usuários com 19 ou mais anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	97
Tabela 48 - Série histórica (2002 a 2017) da distribuição das internações dos usuários de 0 a 18 anos nos quatro hospitais do GHC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	98
Tabela 49 - Distribuição da população e das internações em usuários de zero a dezoito anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	99
Tabela 50 - Distribuição das internações em usuários de zero a dezoito anos de idade, por idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	99
Tabela 51 - 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.	100
Tabela 52 - Série histórica (2007 a 2017) da distribuição das internações por CSAP em usuários de zero a dezoito anos de idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	101
Tabela 53 - Distribuição das internações por CSAP em usuários de zero a 18 anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	102
Tabela 54 - 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.....	103

Tabela 55 - Série histórica (2007 a 2017) 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.....	104
Tabela 56 - Distribuição dos diagnósticos e problemas frequentes por capítulo da CID por mês. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	108
Tabela 57 - Distribuição dos diagnósticos e problemas frequentes por capítulo da CID, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	109
Tabela 58 - Distribuição dos trinta diagnósticos ou problemas mais frequentes, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	110
Tabela 59 - Distribuição dos trinta diagnósticos ou problemas mais frequentes com o agrupamento do 4º dígito da classificação, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	111
Tabela 60 - Distribuição dos trinta diagnósticos ou problemas mais frequentes com o agrupamento do 4º dígito da classificação, por CAPS. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	112

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 2017 SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	43
Figura 3 - Distribuição das pessoas com diabetes melito, inscritas e estratificadas conforme risco e capacidade para o autocuidado. Dezembro de 2017. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das coberturas em mulheres de 25 a 64 anos com 1 exame CP coletado na vida, anos 2016 e 2017. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	30
Quadro 2 - Indicadores utilizados na avaliação do Programa da Asma	69
Quadro 3 - Distribuição das doenças de notificação compulsória (DNC) e outros agravos notificados nos anos de 2016 e 2017. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	73
Quadro 4 - Síntese da série histórica (2006 a 2010) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US do SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	87
Quadro 5 - Síntese da série histórica (2006 a 2010) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US do SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	89

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Série histórica (1999 a 2017) 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 2017) 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 2017). SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	16
Gráfico 5 - Distribuição do tipo de aleitamento materno entre as crianças com primeira consulta no SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	18
Gráfico 6. Número de mulheres com resultado de mamografia BIRADS maior do que III, 2017, SSC/GHC.	26
Gráfico 7 - Série histórica (2002 a 2017) da distribuição do número de coletas de exames citológicos, por ano. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	30
Gráfico 8 - Série histórica (2003 a 2017) das proporções de exames com epitélio glandular representado nas amostras de exames citológicos de colo uterino. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	33
Gráfico 9 - Série histórica (2003 a 2017) da proporção de exames citológicos de colo uterino alterados entre o total de exames citológicos realizados. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	36
Gráfico 10 - Série histórica (anos 2010 a 2017) da cobertura em hipertensão arterial sistêmica e proporção de hipertensos com a pressão arterial controlada, entre os inscritos. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	63
Gráfico 11 - Série histórica (2010 a 2017) da cobertura em diabetes melito e da proporção de diabéticos com a glicemia controlada, entre os inscritos. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	64

Gráfico 12 - Série histórica das hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária em maiores de 18 anos (2007-2017). SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	65
Gráfico 13 - Série histórica (2006 a 2017) do percentual de Sintomáticos Respiratórios identificados e examinados (investigados) nos territórios das 12 US do SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	79
Gráfico 14 - Série histórica (2006 a 2017) do percentual de CN de TB do território do SSC notificados ¹ no SINAN-TB-Porto Alegre, percentual de CN de TB diagnosticados e tratados nas 12 US do SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	80
Gráfico 15 - Série histórica (2006 a 2017) do percentual de cura e de abandono dos Casos Novos de TB tratadas nas US do SSC/GHC, incluindo todos os desfechos, em pessoas residentes no território sob responsabilidade deste serviço, Porto Alegre, RS.....	82
Gráfico 16 - Série histórica (2006 a 2017) do percentual de casos de TB acompanhados nas 12 US do SSC que receberam tratamento diretamente observado (TDO). SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	83
Gráfico 17 - Série histórica (2006 a 2017) do número de contatos dos casos de TB tratados no SSC que foram identificados, examinados e o percentual dos contatos examinados. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	83
Gráfico 18 - Série histórica (2001 a 2017) da frequência de internação por condições sensíveis de atenção ambulatorial (CSAP) em usuários de zero a dezoito anos de idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	100

1 O CUIDADO PRÉ-NATAL

Maria Lucia Medeiros Lenz



1.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS

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

Os indicadores atualmente utilizados no SSC para monitorar o cuidado pré-natal são: a) cobertura e b) índice de Kessner modificado (IK)¹. Monitoramos os números de casos de sífilis congênita como evento sentinela (Tabela 52). Além destes indicadores, o Relatório descreve os motivos de hospitalizações em gestantes e o tipo de parto.

1.2 RESULTADOS

1.2.1 COBERTURA DE PRÉ-NATAL

Em 2017, nasceram 937 crianças nos territórios do SSC, dentre as quais, 931 (99%) mães realizaram o pré-natal e seis (1%) não realizaram, conforme Sistema Nacional de Nascidos Vivos. As equipes do SSC acompanharam 541 gestantes, ou seja, aproximadamente 58% das gestantes do território.

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.

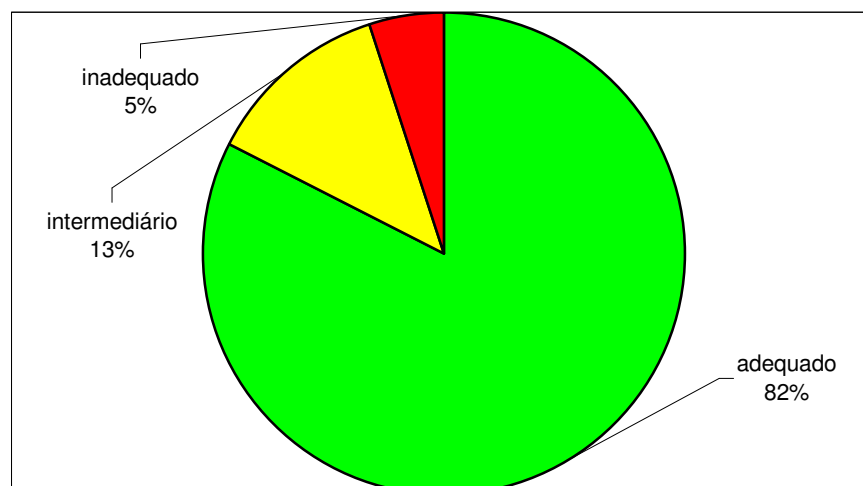
Em 2017, 375 gestantes foram avaliadas quanto ao IK e entre elas 86% apresentaram índice adequado (Figura 1). A Tabela 1 apresenta a distribuição do IK nas unidades do SSC, que variou de 62 a 95%. A meta pactuada no SSC foi alcançar 89% das gestantes com IK adequado. O Gráfico 1 apresenta a série histórica do IK no SSC, de 1999 a 2017.

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	309	17	3
3 a 5 consultas	19	11	10
< 3 consultas	3	2	1

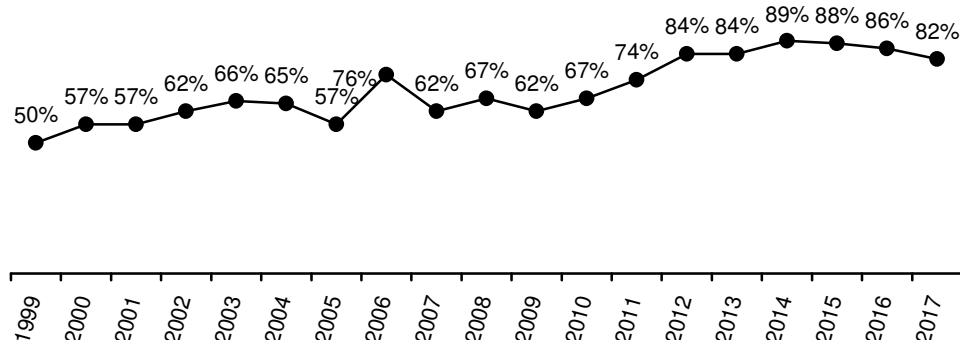
número total de gestantes avaliadas	375	
adequado	82%	309
intermediário	13%	47
Inadequado	5%	19

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

	Gestantes com término da gravidez em 2017		Pré-natal adequado %
	Todas	Com pré-natal completo no SSC*	
Conceição	42	33	82
Vila Floresta	36	24	75
Divina Providência	46	22	86
Sesc	58	47	83
Barão de Bagé	30	17	71
Jardim Leopoldina	70	39	95
Parque dos Maías	64	54	89
Jardim Itu	22	16	94
Santíssima Trindade	68	53	77
NSA	37	29	83
Coinma	28	12	92
Costa e Silva	40	29	62
SSC	541	375	82

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

Gráfico 1 - Série histórica (1999 a 2017) 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 2017, ocorreram 48 (7%) hospitalizações por abortamento, 74 (11%) por complicações ocorridas na gestação ou puerpério e 526 (81%) hospitalizações por ocasião do parto, no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) ou Hospital Fêmina (HF), totalizando 648 hospitalizações em gestante no GHC (Tabela 2).

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

Motivo	Conceição	Vila Floresta	Divina Providência	Sesc	Barão de Bagé	Jardim Leopoldina	Parque dos Maia	Jardim Itú	Santíssima Trindade	NSA	Coinma	Costa e Silva	SSC
Parto	45	30	37	49	24	76	63	24	71	45	24	38	526
Gestação ectópica	1	1	2	0	1	0	0	0	2	1	2	0	10
Abortamento	7	5	2	4	3	6	6	1	4	5	0	5	48
Hipertensão prévia ou gestacional	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3
Infecção urinária	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	3
Diabete melito	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	4
Falso trabalho de parto	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Complicações puerperais	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Outros motivos	5	4	0	6	1	5	9	3	1	3	1	12	50
Total	60	40	42	60	30	89	81	28	80	54	27	57	648

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

Em 2017, os hospitais do SUS foram referência para parto em 59% das famílias das nossas áreas de atuação (Tabela 3). O HNSC é referência para o parto de 89% das mães de recém-nascidos das áreas de atuação do SSC e que tiveram seus filhos em hospitais 100% SUS.

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

1.2.5 TIPOS DE PARTO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerado adequado o percentual até 15% de partos cirúrgicos (cesarianas). No Brasil, a prática da cesariana, inicialmente restrita às condições de risco de vida para mãe e recém-nascido, atualmente encontra-se em proporções muito acima do percentual recomendado. O risco de morte materna e neonatal associado às cesarianas é respectivamente sete e três vezes maior. Em 2011, (último dado disponível), os percentuais de partos cirúrgicos no Brasil e no Rio Grande do Sul foram de 54 e 60% respectivamente².

As indicações formais de parto cirúrgico são mais frequentes em populações de menor nível socioeconômico do que nas de maior nível. Ainda que a proporção de cesárias esteja alta em ambas, estudos demonstram que algumas indicações precisas de cesária em populações de menor nível socioeconômico não são adotadas. Entre as gestantes do SSC, 54% de seus partos foram cirúrgicos (Gráfico 2), excetuando-se em 2013, quando o resultado (45%) foi alterado pela interrupção na digitação de Declarações de Nascidos Vivos (DNV) provenientes dos hospitais conveniados e particulares. Assim, observa-se a manutenção do número de partos cesáreos no território de atuação do SSC.

Tabela 3 - Distribuição dos recém-nascidos em 2017 dos territórios do SSC por local de nascimento, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	Recém-nascidos do território	Domicílio	Hospital Nsa Sra Conceição	Fêmea	Pres. Vargas	Hospital de Clínicas	Santa Casa	PUC	Divina Providência	Mãe Deus	Moinhos de Vento	Outros
Conceição	122	-	32	3	-	2	4	2	23	15	41	-
Vila Floresta	112	-	19	13	-	-	3	-	11	12	53	1
Divina Providência	65	1	37	2	1	5	3	-	4	1	11	-
Sesc	64	-	39	7	2	1	4	2	2	3	4	-
Barão de Bagé	40	-	23	2	-	2	1	1	-	3	7	1
Jardim Leopoldina	118	-	69	8	1	5	7	3	8	8	9	-
Parque dos Maias	88	-	64	4	-	4	6	-	5	1	3	1
Jardim Itu	69	-	22	2	-	3	3	-	8	7	24	-
Santíssima Trindade	85	2	75	3	1	-	3	-	1	-	-	-
NSA	77	-	51	4	-	1	7	1	7	3	3	-
Coinma	43	-	19	3	1	-	3	3	1	4	8	1
Costa e Silva	54	-	38	4	1	-	1	-	4	3	1	2
SSC	937	3	488	55	7	23	45	12	74	60	164	6
Tipo de internação			SUS 550 (59%)			SUS ou convênio ou particular 80 (9%)			Convênio ou particular 304 (32%)			

Gráfico 2 - Série histórica (2002 a 2017) da distribuição anual de partos cirúrgicos entre as gestantes dos territórios do SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

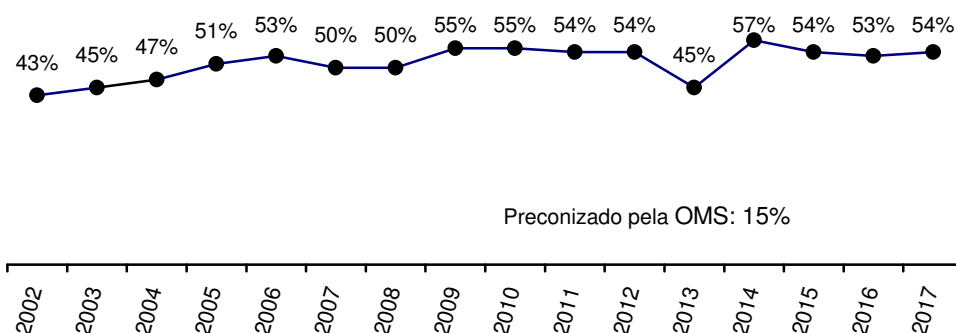
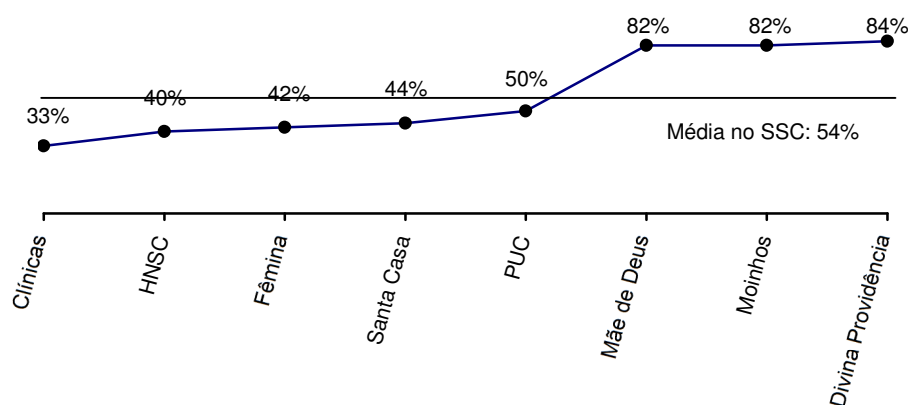


Gráfico 3 - Distribuição dos percentuais de parto cirúrgico, por hospital, entre os recém-nascidos vivos do SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



1.3 COMENTÁRIOS

Em 2017, a cobertura de pré-natal no SSC foi de 99%.

Em relação ao local de realização do pré-natal, estima-se que 58% das gestantes do território fez pré-natal nas US do SSC. Esse percentual é estimado devido ao denominador tratar-se do número de recém-nascidos vivos e o numerador o número de gestantes inscritas pelas 12 equipes do SSC, mas, conforme relatórios anteriores, as gestantes que não realizam pré-natal no SSC realizam em serviços conveniados ou particulares.

Em relação à qualidade do pré-natal, avaliada pela época de início e o número de consultas, o IK foi adequado em 82% (variando de 62% a 95% entre as US). A meta de 89% pode ser considerada elevada se compararmos com revisão sistemática de qualidade do pré-natal no Brasil (entre 2005 a 2015). Tal revisão identificou que serviços com os melhores indicadores de pré-natal quanto a época de início e número de consultas atingiram 70%.³

² <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>

³ <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf>

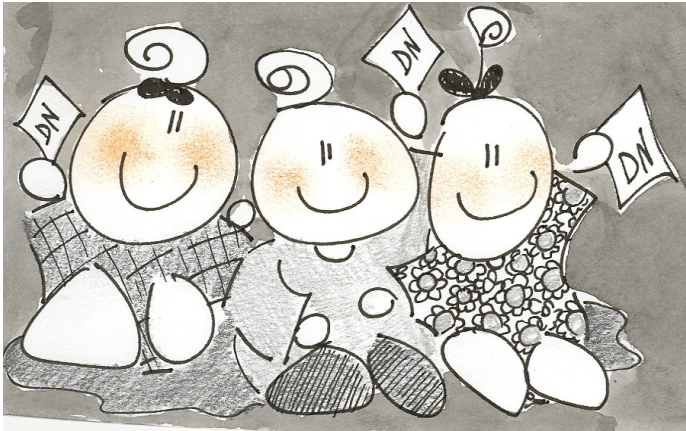
O HNSC é o hospital mais procurado pelas gestantes do território do SSC, pois 89% dos partos no SUS ocorreram nesse hospital. O percentual de partos cirúrgicos entre as gestantes do SSC, em 2017, foi semelhante aos anos anteriores: 54%. As diferenças, extremamente significativas entre os nascimentos ocorridos nos hospitais públicos e privados, permanecem e reforçam critérios inadequados.

Em 2017, realizou-se a revisão das rotinas de pré-natal⁴ e espera-se para os próximos anos, especialmente com a implantação do prontuário eletrônico, maior ênfase no monitoramento e avaliação da qualidade do pré-natal no que diz respeito as recomendações preconizadas e seus registros.

⁴ <http://ensinoepesquisa.ghc.com.br/images/Publicacao/RotinaGestante2017.pdf>

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 são: a) cobertura de puericultura; b) época da primeira consulta de puericultura; c) percentual de crianças que realizaram o teste do pezinho no período preconizado; e d) proporção de hospitalizações (ver Seção 7). As metas estabelecidas são apresentadas junto aos resultados.

2.2 RESULTADOS

Em 2017, recebemos 1.254 Declarações de Nascidos Vivos (DNVs). Destas, 21 (2%) não foram localizados os endereços indicados, 103 (8%) mudaram-se para fora da área de abrangência, 62 (5%) foram consideradas fora da área de atuação do SSC e 131 (10%) foram identificadas outras situações. Em 2017, considerou-se que 937 crianças nasceram no território de atuação do SSC.

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

Em 2017, entre as 937 crianças que nasceram e moram no território de atuação do SSC, 522 (56%) iniciaram a puericultura nas unidades do SSC. A Tabela 4 mostra o número e o percentual de crianças que realizaram primeira consulta no SSC por 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 na área	Crianças com primeira consulta no SSC	
	n	n	%
Conceição	122	34	28
Vila Floresta	112	26	23
Divina Providência	65	47	72
Sesc	64	42	66
Barão de Bagé	40	29	73
Jardim Leopoldina	118	58	49
Parque dos Maías	88	62	70
Jardim Itú	69	26	38
Santíssima Trindade	85	68	80
NSA	77	61	79
Coinma	43	23	53
Costa e Silva	54	46	85
SSC	937	522	56

2.2.2 ÉPOCA DE INÍCIO DA PRIMEIRA CONSULTA DE PUERICULTURA

Um dos objetivos do Programa Pré-Nenê é facilitar o acesso das famílias aos serviços de APS logo após o nascimento.

Em 2017, 522 crianças menores de um ano realizaram consulta de puericultura no SSC; destas 328 (63%) as famílias trouxeram o recém-nascido às consultas espontaneamente e 194 (37%) foram visitadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Considerando-se que um percentual de crianças que consultam no SSC nasceram em outros hospitais que não os do GHC e que, nessa situação as equipes recebem tardiamente a informação do nascimento, estabeleceu-se uma meta de 93% de consultas até o décimo dia de vida apenas para recém-nascidos no HNSC e HF (Gráfico 4). Em 2017 esse percentual foi atingido (Tabela 5).

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 2017). SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

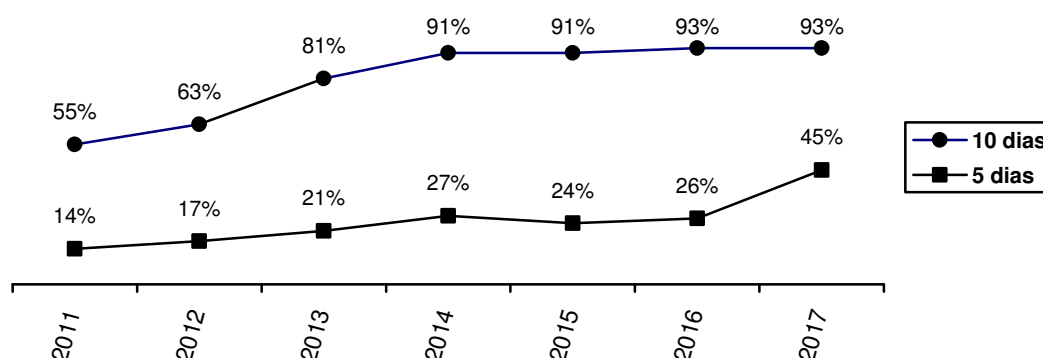


Tabela 5 - Distribuição das crianças nascidas no HNSC e HF que realizaram a 1ª consulta nos primeiros cinco e dez dias de vida, entre as que consultaram no SSC, por US do SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	1ª consulta no SSC	1ª consulta nos primeiros 5 dias		1ª consulta nos primeiros 10 dias	
	n	n	%	n	%
Conceição	19	8	42	16	84
Vila Floresta	22	4	18	20	91
Divina Providência	31	12	39	29	94
Sesc	31	21	68	31	100
Barão de Bagé	20	14	70	19	95
Jardim Leopoldina	49	6	12	42	86
Parque dos Maías	44	30	68	44	100
Jardim Itu	21	13	62	18	86
Santíssima Trindade	56	17	30	55	98
NSA	37	20	54	35	95
Coinma	13	6	46	12	92
Costa e Silva	29	15	52	26	90
SSC	372	166	45	347	93

2.2.3 TESTE DO PEZINHO

O teste do pezinho tem como objetivo detectar doenças graves que podem interferir no desenvolvimento da criança, tais como: Hipotireoidismo congênito, Fenilcetonúria, Hemoglobinopatias, Fibrose cística, Hiperplasia adrenal congênita e Deficiência de biotinidase. Quanto mais cedo as doenças forem identificadas e tratadas, maior a possibilidade de evitar sequelas nas crianças. Assim, o teste deverá ser feito a partir do terceiro dia de vida, quando já ocorreu ingestão adequada de proteínas e é possível analisar com mais segurança o metabolismo da fenilalanina. A dosagem de TSH nas primeiras 24 horas também pode levar a um aumento de falsos positivos para hipotireoidismo, logo o exame é preconizado para ser coletado entre o 3º e 5º dia de vida.

A Tabela 6 mostra a distribuição das crianças com primeira consulta no SSC, que realizaram teste do pezinho e entre elas as que realizaram no período preconizado.

Tabela 6 - Distribuição das crianças com primeira consulta no SSC, número e proporção das crianças que realizaram o teste do pezinho e no período preconizado (entre 3º a 5º dias de vida) por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	Crianças com primeira consulta no SSC	Crianças que realizaram o teste do pezinho		Crianças que realizaram o teste do pezinho entre 3º e 5º dias de vida	
	n	n	%	n	%
Conceição	34	33	97	15	45
Vila Floresta	26	25	96	18	72
Divina Providência	47	46	98	32	70
Sesc	42	39	93	27	69
Barão de Bagé	29	29	100	20	69
Jardim Leopoldina	58	53	91	37	70
Parque dos Maías	62	56	90	43	77
Jardim Itu	26	26	100	15	58
Santíssima Trindade	68	59	87	40	68
NSA	61	54	89	37	69
Coinma	23	23	100	21	91
Costa e Silva	46	43	93	28	65
SSC	522	486	93	333	69

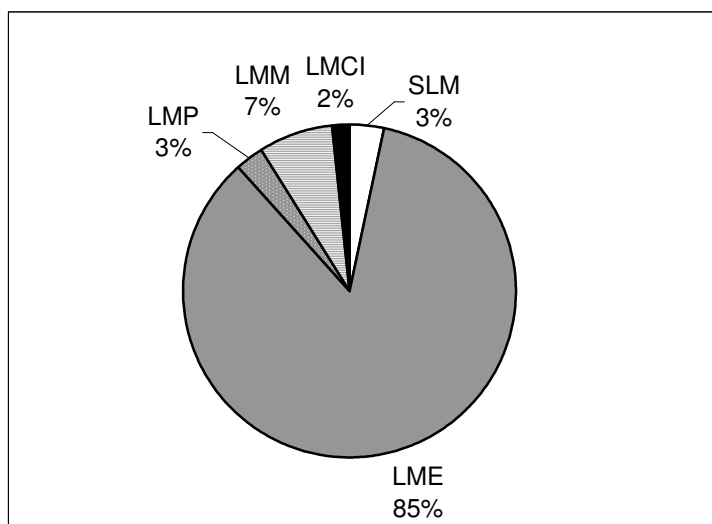
2.2.4 ALEITAMENTO MATERNO

O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em consonância a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendam aleitamento materno exclusivo (LME) até o sexto mês de vida. Durante a primeira consulta do recém-nascido identificamos as crianças que estão recebendo leite materno de forma exclusiva (LME); leite materno predominante (LMP), ou seja, recebe apenas leite humano mas também água, chás ou sucos, leite materno de forma mista (LMM), que é o leite humano mais outros leites; sem leite materno (SLM) e àquelas em que o leite materno foi contra-indicado (LMCI). A distribuição destas crianças, conforme a alimentação recebida, está descrita na Tabela 7 e no Gráfico 5.

Tabela 7 - Distribuição do tipo de aleitamento materno entre as crianças com primeira consulta no SSC, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	SLM		LME		LMP		LMM		LMCI		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Conceição	2	6	23	68	2	6	6	18	1	3	34
Vila Floresta	1	4	22	85	1	4	2	8	-	0	26
Divina Providência	1	2	39	83	3	6	4	9	-	0	47
Sesc	-	0	40	95	1	2	1	2	-	0	42
Barão de Bagé	1	3	28	97	-	0	-	0	-	0	29
Jardim Leopoldina	3	5	49	84	2	3	3	5	1	2	58
Parque dos Maias	-	0	56	90	2	3	3	5	1	2	62
Jardim Itu	1	4	20	77	-	0	5	19	-	0	26
Santíssima Trindade	2	3	57	84	1	1	6	9	2	3	68
NSA	2	3	52	85	-	0	5	8	2	3	61
Coinma	-	0	20	87	-	0	3	13	-	0	23
Costa e Silva	4	9	38	83	2	4	1	2	1	2	46
SSC	17	3	444	85	14	3	39	7	8	2	522

Gráfico 5 - Distribuição do tipo de aleitamento materno entre as crianças com primeira consulta no SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



2.3 COMENTÁRIOS

Em 2017, entre 937 crianças recém-nascidas no território, 522 (55%) iniciaram puericultura no SSC. Este percentual foi pouco superior a 2016 (51%), e variou entre as 12 US (23% na US Vila Floresta e 85% na US Costa e Silva) e refletiu semelhante utilização do SSC para pré-natal (58%). Conforme relatórios anteriores, nos últimos dez anos, as crianças que não consultam no SSC, têm acesso a serviços conveniados ou particulares.

Consultar logo após o nascimento é importante para que as famílias recebam, em tempo hábil, orientações sobre amamentação, imunizações, detecção precoce de problemas e situações de maior risco. Em 2017, 93% das crianças nascidas no HF ou no HNSC, realizaram a primeira consulta nos primeiros 10 dias de vida. O percentual alcançado foi idêntico ao de 2016, no entanto, em 2017, mais US atingiram ou ficaram bem próximas da meta (93%) refletindo melhora desse indicador. A série histórica mostra uma melhora significativa nos últimos sete anos, inclusive de consulta nos primeiros cinco dias no último ano.

Em 2017, começamos a monitorar o rastreamento do teste do pezinho e o aleitamento materno, duas práticas preventivas e de grande impacto na saúde da criança. No SSC, 93% das crianças realizam teste do pezinho e 69% realizam no período preconizado. As diferenças encontradas nas 12 US refletem que esse indicador ainda poderá melhorar, principalmente no que se refere à época da coleta.

Em relação a amamentação, 85% das crianças estavam recebendo exclusivamente leite materno na primeira consulta de puericultura. Nos próximos anos, com a implantação do prontuário eletrônico, iremos monitorar, de forma sistemática o tipo de aleitamento nos primeiros anos de vida.

3. IMUNIZAÇÕES



A partir de 1º de setembro de 2017 o SSC iniciou o registro eletrônico de imunizações no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI). Com a substituição do sistema estamos impossibilitados de calcular os indicadores de cobertura vacinal. As equipes poderão observar esta informação de forma completa a partir do momento que todas as crianças estiverem cadastradas neste sistema.

Mantivemos a Tabela 8 com o cálculo de cobertura até o dia 31 de agosto, por ser um indicador do SSC/GHC no ano de 2017.

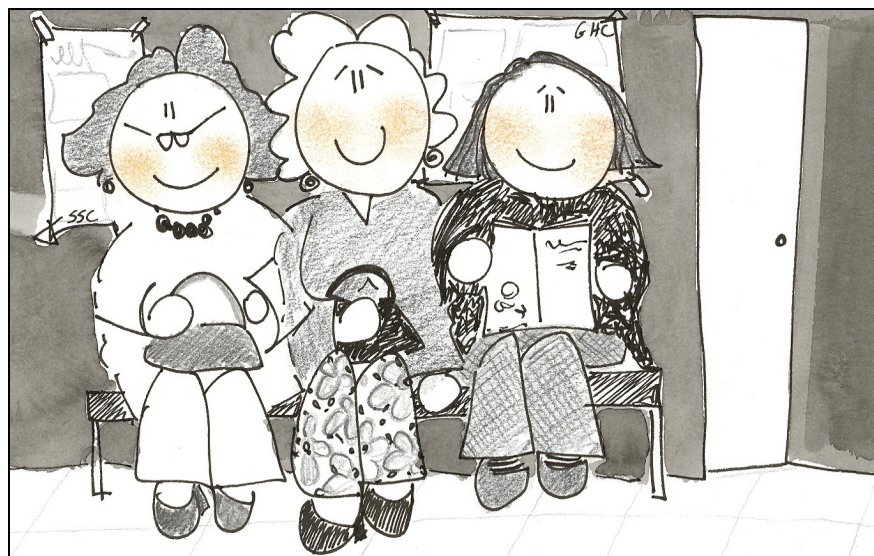
3.1 RESULTADOS

Tabela 8 - Distribuição do número de crianças nascida a partir de 1º de janeiro de 2000 e com mais de um ano de idade, distribuição do número de crianças imunizadas com esquema básico (EB) completo, distribuição do número de crianças com alguma dose do esquema básico (EB) não administrada e cobertura da imunização do esquema básico, por US do SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	nº crianças	crianças imunizadas com EB completo	crianças com alguma dose não administrada do EB	Cobertura EB
	n	n	n	%
Conceição	1690	1451	239	86
Vila Floresta	1049	939	110	90
Divina Providência	846	802	44	95
Sesc	984	929	55	94
Barão de Bagé	652	631	21	97
Jardim Leopoldina	1874	1617	257	86
Parque dos Maías	1800	1534	266	85
Jardim Itu	1131	1029	102	91
Santíssima Trindade	1484	1309	175	88
NSA	1046	962	84	92
Coinma	805	727	78	90
Costa e Silva	883	802	81	91
SSC/GHC	14244	12732	1512	89

4. SAÚDE DA MULHER

Daniela Montano Wilhelms



Na área da saúde da mulher, o SSC monitora e avalia os indicadores das ações para o controle dos cânceres de mama e colo do útero. 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 melhor prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente. O câncer de colo do útero é passível de prevenção primária (através da redução de alguns fatores de risco) e secundária (pela detecção precoce de lesões precursoras e Ca in situ). As ações para prevenção secundária são atribuições específicas da APS.

A Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil (INCA, 2016), válida para os anos de 2016 e 2017, prevê 57.960 casos novos de câncer da mama, com taxa de incidência de 56 casos em 100 mil mulheres, a cada ano. Seguindo os padrões mundiais, sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Nordeste. Na região Norte é o segundo tumor mais incidente.⁵

O rastreamento do câncer de mama pela mamografia tem sido objeto de controvérsia e debate. Principalmente a relação entre a validade dos resultados de eficácia e balanço entre os possíveis benefícios (redução da mortalidade) e danos (sobrediagnóstico, sobretratamento, exames falso-positivos e falso-negativos e exposição à radiação ionizante) associados a esta prática. Acredita-se que iniciativas que promovam a adesão às diretrizes recomendadas considerando população-alvo e periodicidade contribuirão para a diminuição dos danos associados ao rastreio mamográfico na população brasileira.

Na faixa etária de 50 a 59 anos, o balanço entre riscos e benefícios do rastreamento é limítrofe, mas provavelmente favorável. Na faixa etária de 60 a 69 anos, o benefício líquido é provavelmente positivo e o melhor entre todas as faixas etárias estudadas. Para outras faixas etárias não é recomendado em função da existência de balanço negativo entre riscos e possíveis benefícios. A recomendação favorável ao rastreio na faixa etária de 50 a 59 anos deve ser relativizada em função da

⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da Incidência Câncer no Brasil. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016> Acesso em: 01/08/2018.

avaliação das características epidemiológicas de cada região. Populações com menor incidência do câncer de mama apresentam menor benefício absoluto com o rastreio mamográfico e maior número de resultados falso-positivos. O Sul do Brasil apresenta a maior incidência em relação a outras regiões brasileiras.⁶ O MS (2015) em seu documento “Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil” mantém a recomendação de que a população-alvo para esta ação de rastreio deva ser a de mulheres com idades entre 50 a 69 anos.⁷ O diagnóstico de câncer de mama é confirmado pela histologia.

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.

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, na terceira; e, na Região Sul, ocupa a quarta posição.⁸ As taxas de incidência estimadas e de mortalidade apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturados. Países europeus, Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália apresentam as menores taxas, enquanto países da América Latina e, sobretudo, de regiões mais pobres da África, apresentam valores bastante elevados.⁹

Esse tipo de câncer é considerado condição marcadora da Atenção Primária por excelência, a sua incidência reflete aspectos de acesso, cobertura, integralidade, qualidade técnico-científica e efetividade das práticas da atenção em saúde. Uma revisão sistemática, realizada em 2013, demonstrou que a triagem cervical oferece benefícios protetores e está associada a redução na incidência e mortalidade por câncer invasivo do colo de útero.¹⁰ O método para rastreio do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citológico (exame de Papanicolaou), que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que já tiveram atividade sexual. O diagnóstico de câncer do colo do útero é estabelecido pela histologia.

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.

⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da Incidência Câncer no Brasil. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018> Acesso em: 24/08/2018.

⁷ Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

⁸ <http://www.uptodate.com/contents/invasive-cervical-cancer-epidemiology> last updated: Jun 03, 2015. Acesso em 25/10/2017

⁹ Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2014. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

¹⁰ Peirson et all. Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. Systematic Reviews 2013, 2:35.

4.1 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 acompanhamento dos casos alterados.

4.1.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS

Os objetivos do programa de controle do câncer de mama são: diminuir a incidência e a mortalidade por câncer de mama; realizar detecção precoce; garantir o tratamento precoce e adequado; estimular a continuidade e integralidade da atenção à saúde da mulher.

O indicadores sob monitoramento são: cobertura de mamografia; razão de mamografia na população feminina entre 50 e 69 anos.

4.1.2 RESULTADOS

4.1.2.1 RAZÃO DE MAMOGRAFIAS

Para o cálculo da razão de mamografia considera-se como numerador o número de mamografias realizadas 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 (usuárias das Unidades). O SSC obteve razão de 0,42 (Tabela 9).

Tabela 9 - 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	2849	1425	830	586	0,41
Vila Floresta	1049	525	386	278	0,53
Divina Providência	534	267	266	170	0,64
Sesc	568	284	192	134	0,47
Barão de Bagé	546	273	142	109	0,40
Jardim Leopoldina	2326	1163	626	443	0,38
Parque dos Maias	1148	574	257	166	0,29
Jardim Itu	1242	621	367	233	0,38
Santíssima Trindade	282	141	60	40	0,28
NSA	580	290	258	171	0,59
Coinma	769	385	221	143	0,37
Costa e Silva	551	276	178	110	0,40
SSC	12444	6222	3783	2583	0,42

4.1.2.1 COBERTURA DE MAMOGRAFIAS

A cobertura de mamografia entre mulheres na faixa etária recomendada para o rastreamento considerando ao menos uma mamografia realizada na vida é 44%, e a variação entre as equipes está entre 38 e 58%. As US Nossa Senhora Aparecida, Divina Providência e SESC apresentaram os melhores resultados do SSC, pois alcançaram coberturas superiores a 50%. Quanto à proporção de mulheres que tiveram uma mamografia realizada nos últimos dois anos o SSC encontra-se em 25% e a

variação entre as US é de 18 a 38%. Oito US aumentaram suas coberturas gerais em relação ao ano anterior e dez US aumentaram a cobertura da mamografia realizada nos últimos dois anos (Tabela 10).

No Gráfico 6 encontra-se a distribuição das 34 mulheres que apresentaram BIRADS maior do que III na mamografia. Destas, 13 mulheres tiveram a confirmação do diagnóstico de carcinoma.

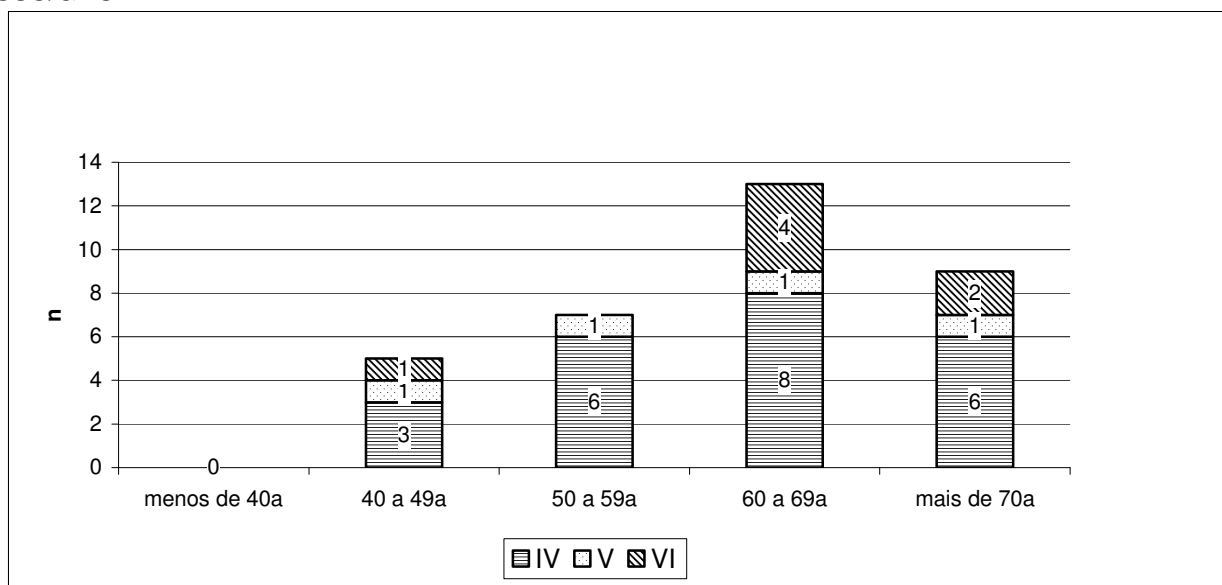
Foram identificadas, através dos resultados de histologia, mais 13 mulheres com diagnóstico de câncer, cuja mamografia anterior era ausente ou inconclusiva, totalizando, assim, 26 casos novos no ano de 2017.

Tabela 10 - Distribuição do número de mulheres entre 50 a 69 anos cadastradas, com ao menos uma mamografia realizada, uma mamografia nos últimos dois anos e coberturas, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS

	nº mulheres do cadastro*	Resultados			
		1 mamografia realizada		1 mamografia últimos 2 anos	
		n	%	n	%
Conceição	2849	1187	42	672	24
Vila Floresta	1049	512	49	311	30
Divina Providência	534	286	54	203	38
Sesc	568	306	54	133	23
Barão de Bagé	546	223	41	140	26
Jardim Leopoldina	2326	1003	43	571	25
Parque dos Maias	1148	452	39	244	21
Jardim Itu	1242	466	38	276	22
Santíssima Trindade	282	129	46	51	18
NSA	580	338	58	213	37
Coinma	769	299	39	192	25
Costa e Silva	551	256	46	122	22
SSC	12444	5457	44	3128	25

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

Gráfico 6 - Número de mulheres com resultado de mamografia BIRADS maior do que III, 2017, SSC/GHC.



4.2 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.

A fim de compreender este problema, 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. A seguir são apresentados indicadores sobre as ações em saúde desenvolvidas no SSC para o controle deste câncer.

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 relacionados à saúde da mulher 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)

Para o cálculo da cobertura de CPs considera-se 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, moradora dos territórios do SSC e cadastrada (usuárias das Unidades).

Qualidade do exame Papanicolaou

No SSC temos monitorado sistematicamente indicadores relacionados à qualidade do CP, com o objetivo de reduzir o número de resultados falso-negativos deste exame. O conjunto de indicadores utilizado 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.

4.2.1 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; detectar as lesões precursoras; garantir o tratamento precoce e adequado; estimular a continuidade e integralidade da atenção à saúde da mulher.

Os indicadores monitorados em 2017 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) conjunto de indicadores para avaliação da qualidade do exame citológico de colo do útero; e) proporção de acompanhamento das mulheres em cujos exames citológicos foram identificadas alterações de maior grau.

As metas para 2017: a) 0,65 de razão de exames citológicos b) 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) qualidade do exame CP - acima de 95% de exames satisfatórios e 70% de exames com epitélio glandular representado; e) acompanhamento de *todas* as mulheres que apresentam alterações de maior grau em seus exames citológicos de colo do útero.

4.2.2 RESULTADOS

4.2.2.1 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 11), coberturas do CP uma vez na vida e nos últimos três anos (Tabela 12), e CPs coletados por faixa etária (Tabela 13).

A meta estabelecida para o ano foi 0,65 “razão de CPs coletados em mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos”, o SSC atingiu 0,61. As Unidades Santíssima Trindade, Nossa Senhora Aparecida, Coinma, Parque dos Maias, Barão de Bagé, Floresta e Jardim Itu superaram suas metas estabelecidas (Tabela 11).

Tabela 11 - 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	2497	832	570	0,68
Vila Floresta	1718	573	380	0,66
Divina Providência	1146	382	153	0,40
Sesc	1191	397	291	0,73
Barão de Bagé	997	332	231	0,70
Jardim Leopoldina	3678	1226	530	0,43
Parque dos Maias	2375	792	447	0,56
Jardim Itu	1896	632	321	0,51
Santíssima Trindade	1029	343	255	0,74
NSA	1062	354	322	0,91
Coinma	1246	415	315	0,76
Costa e Silva	1031	344	207	0,60
SSC	19866	6622	4022	0,61

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

A cobertura de CPs está em 59% entre mulheres na faixa etária recomendada para o rastreio, considerando “ao menos um CP coletado na vida”, variando em 48 e 77% entre as equipes. As US Nossa Senhora Aparecida e SESC apresentam coberturas superiores a 70%. Quanto à proporção de mulheres que tiveram um CP coletado nos últimos três anos as US Nossa Senhora Aparecida (60%) e SESC (51%) apresentam percentuais iguais ou superiores a 50% (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição da população feminina de 25 a 64 anos cadastradas, 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	2497	1623	65	1183	47
Vila Floresta	1718	922	54	601	35
Divina Providência	1146	705	62	282	25
Sesc	1191	876	74	606	51
Barão de Bagé	997	628	63	390	39
Jardim Leopoldina	3678	1796	49	1049	29
Parque dos Maias	2375	1295	55	805	34
Jardim Itu	1896	909	48	523	28
Santíssima Trindade	1029	708	69	501	49
NSA	1062	817	77	632	60
Coinma	1246	742	60	527	42
Costa e Silva	1031	716	69	394	38
SSC	19866	11737	59	7493	38

*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 programa).

Nota: início da série em abril de 2000.

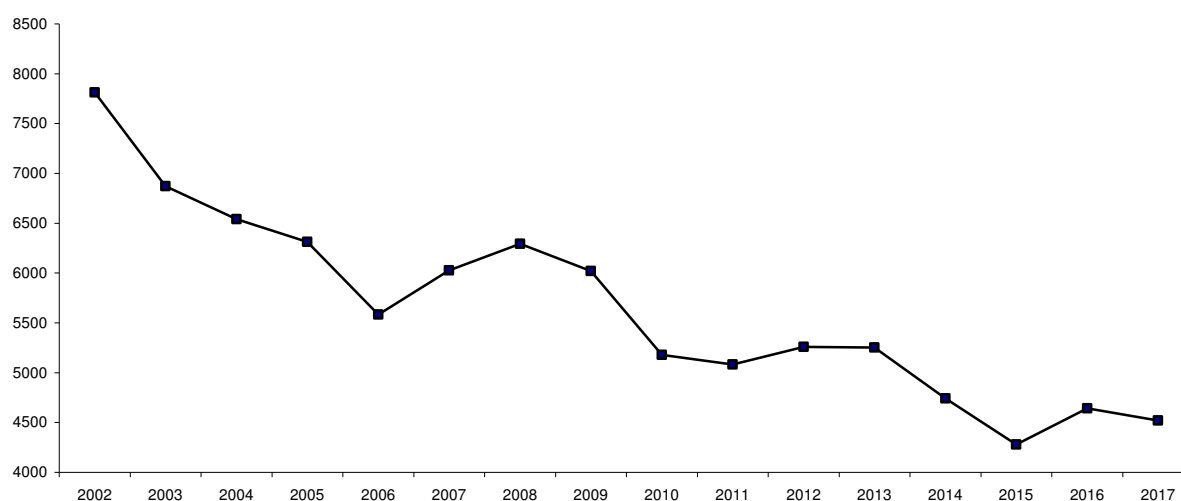
O Quadro 1 apresenta as coberturas de mulheres com pelo menos um exame citológico do colo do útero realizado na vida, por US, tendo como ponto de corte 60%. Em cinza destaca-se as três unidades que aumentaram suas coberturas em relação ao ano de 2016. Oito US diminuíram suas coberturas e quatro mantêm cobertura inferior a 60%.

Quadro 1 - Distribuição das coberturas em mulheres de 25 a 64 anos com 1 exame CP coletado na vida, anos 2016 e 2017. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

Mais de 60% de cobertura (%)	Menos de 60% de cobertura (%)
Nossa Senhora Aparecida (82/77)	Jardim Itu (49/48)
Sesc (76/74)	Jardim Leopoldina (50/49)
Santíssima Trindade (72/69)	Vila Floresta (55/54)
Costa e Silva (69/69)	Parque dos Maias (56/55)
Divina Providência (63/62)	
Barão de Bagé (61/63)	
Conceição (64/65)	
Coinma (59/60)	

O Gráfico 7 apresenta a série histórica do número de exames citológicos coletados no SSC, período 2002 a 2017.

Gráfico 7 - Série histórica (2002 a 2017) da distribuição do número de coletas de exames citológicos, por ano. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



As coletas de CPs para rastreamento deveriam estar concentradas na faixa etária de 25 a 64 anos. O SSC apresenta 83% dos exames coletados na faixa etária indicada. (Tabela 13)

Tabela 13 - 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	41	6	570	86	48	7	659
Vila Floresta	53	11	380	81	36	8	469
Divina Providência	3	2	153	93	9	5	165
Sesc	40	12	291	86	7	2	338
Barão de Bagé	52	17	231	76	20	7	303
Jardim Leopoldina	79	12	530	84	25	4	634
Parque dos Maias	94	17	447	79	22	4	563
Jardim Itu	25	7	321	88	19	5	365
Santíssima Trindade	34	12	255	87	3	1	292
NSA	113	25	322	72	11	2	446
Coinma	41	11	315	83	23	6	379
Costa e Silva	24	10	207	84	14	6	245
SSC	599	12	4022	83	237	5	4858

4.2.2.2 COLETAS DE EXAME CITOLÓGICO POR CATEGORIA PROFISSIONAL

A Tabela 14 apresenta o número de exames citológicos coletados por categoria profissional nos anos de 2016 e 2017. A enfermagem foi responsável por 68% dos exames. Residentes de medicina aumentaram a proporção de coletas em relação ao ano anterior.

Tabela 14 - Distribuição do número e percentuais de coletas de CP entre diferentes categorias profissionais, anos 2016 e 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	2016										2017									
	Médic@ Contratad@		Médic@ Residente		Enfermeir@ Contratad@		Enfermeir@ Residente*		Total	Médic@ Contratad@		Médic@ Residente		Enfermeir@ Contratad@		Enfermeir@ Residente*		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n		
Conceição	21	4	35	6	542	91	0	0	598	37	6	28	5	509	89	0	0	557		
Vila Floresta	29	8	37	10	232	61	85	22	383	19	4	59	13	286	65	79	18	481		
Divina Providência	35	32	0	0	62	57	12	11	109	99	66	0	0	51	34	0	0	151		
Sesc	39	12	0	0	283	88	0	0	322	6	2	7	2	315	96	0	0	327		
Barão de Bagé	40	15	53	19	182	66	0	0	275	60	21	86	29	146	50	0	0	290		
Jardim Leopoldina	58	8	0	0	516	72	142	20	716	26	4	0	0	470	80	92	16	607		
Parque dos Maias	90	15	0	0	426	73	66	11	582	77	15	0	0	329	64	112	22	532		
Jardim Itu	19	6	19	6	183	60	84	28	305	36	10	26	8	207	60	75	22	356		
Santíssima Trindade	46	16	19	7	194	67	30	10	289	32	12	54	20	165	63	13	5	262		
NSA	288	62	10	2	166	36	0	0	464	133	31	126	29	174	40	0	0	420		
Coinma	19	5	19	5	329	89	2	1	369	24	7	59	16	260	71	22	6	387		
Costa e Silva	0	0	0	0	182	78	50	22	232	10	5	0	0	166	75	46	21	151		
SSC	684	15	192	4	3297	71	471	10	4644	559	12	445	10	3078	68	439	10	4521		

4.2.2.3 QUALIDADE DO EXAME CITOLÓGICO DE COLO UTERINO

No SSC a média de exames satisfatórios foi 97% (Tabela 15). Onze US apresentaram menos do que 5% de CPs insatisfatórios. Em 63% dos exames identificou-se o epitélio glandular na amostra (Gráfico 8).

Tabela 15 - 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	46	30	47	53	64	59
	% CP satisfatórios	97,8	96,7	100,0	98,1	100,0	100,0
	% CP com EG	65,2	53,3	44,7	62,3	70,3	83,1
Vila Floresta	nº CPs	29	30	55	35	47	33
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	94,3	97,9	100,0
	% CP com EG	79,3	86,7	69,1	51,4	59,6	60,6
Divina Providência	nº CPs	7	3	25	6	8	9
	% CP satisfatórios	85,7	100,0	92,0	100,0	100,0	100,0
	% CP com EG	57,1	66,7	48,0	83,3	50,0	77,8
Sesc	nº CPs	21	14	49	11	33	29
	% CP satisfatórios	90,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	% CP com EG	61,9	92,9	67,3	100,0	78,8	86,2
Barão de Bagé	nº CPs	20	20	41	17	35	22
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	92,7	100,0	91,4	100,0
	% CP com EG	75,0	55,0	46,3	47,1	68,6	68,2
Jardim Leopoldina	nº CPs	45	21	71	65	51	43
	% CP satisfatórios	97,8	100,0	97,2	92,3	100,0	97,7
	% CP com EG	57,8	66,7	60,6	60,0	76,5	83,7
Parque dos Maias	nº CPs	34	32	16	59	43	48
	% CP satisfatórios	97,1	96,9	100,0	89,8	100,0	97,9
	% CP com EG	64,7	62,5	56,3	57,6	62,8	45,8
Jardim Itu'	nº CPs	43	30	40	38	24	49
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	95,0	92,1	87,5	98,0
	% CP com EG	60,5	60,0	57,5	65,8	58,3	69,4
Santíssima Trindade	nº CPs	19	5	24	32	24	37
	% CP satisfatórios	94,7	100,0	100,0	93,8	95,8	94,6
	% CP com EG	73,7	80,0	70,8	56,3	62,5	70,3
NSA	nº CPs	23	12	25	30	40	69
	% CP satisfatórios	100,0	91,7	84,0	100,0	90,0	97,1
	% CP com EG	87,0	41,7	64,0	53,3	65,0	66,7
Coinma	nº CPs	24	29	24	26	37	25
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	95,8	100,0	94,6	100,0
	% CP com EG	54,2	62,1	41,7	50,0	45,9	48,0
Costa e Silva	nº CPs	30	22	22	7	36	25
	% CP satisfatórios	93,3	100,0	95,5	100,0	97,2	100,0
	% CP com EG	76,7	68,2	45,5	57,1	50,0	72,0
SSC	nº CPs	341	248	439	379	442	448
	% CP satisfatórios	97,4	98,8	96,6	95,0	96,6	98,4
	% CP com EG	67,2	65,3	57,2	59,1	64,0	69,2

Tabela 15 - 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	47	61	76	63	36	77	659
	% CP satisfatórios	100,0	96,7	100,0	93,7	100,0	100,0	98,6
	% CP com EG	72,3	67,2	50,0	55,6	52,8	55,8	61,3
Vila Vila Floresta	Nº CPs	40	18	41	49	39	53	469
	% CP satisfatórios	97,5	100,0	97,6	91,8	97,4	98,1	97,7
	% CP com EG	70,0	72,2	58,5	57,1	43,6	56,6	62,5
Divina Providência	Nº CPs	8	18	19	20	28	14	165
	% CP satisfatórios	100,0	88,9	94,7	100,0	100,0	100,0	96,4
	% CP com EG	87,5	44,4	57,9	55,0	71,4	78,6	61,8
Sesc	Nº CPs	9	52	57	18	28	17	338
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	98,2	100,0	100,0	82,4	98,2
	% CP com EG	77,8	69,2	66,7	77,8	78,6	64,7	73,7
Barão de Bagé	Nº CPs	13	23	27	20	35	30	303
	% CP satisfatórios	84,6	100,0	100,0	95,0	97,1	96,7	96,4
	% CP com EG	46,2	78,3	59,3	40,0	68,6	63,3	60,4
Jardim Leopoldina	Nº CPs	41	56	40	57	72	72	634
	% CP satisfatórios	92,7	94,6	97,5	94,7	98,6	97,2	96,5
	% CP com EG	70,7	76,8	75,0	61,4	72,2	66,7	68,5
Parque dos Maias	Nº CPs	20	101	61	55	35	59	563
	% CP satisfatórios	100,0	96,0	95,1	100,0	97,1	98,3	96,8
	% CP com EG	70,0	72,3	59,0	67,3	74,3	35,6	60,6
Jardim Itu	Nº CPs	18	27	2	48	25	21	365
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	97,9	100,0	100,0	97,3
	% CP com EG	61,1	63,0	50,0	66,7	64,0	52,4	62,5
Santíssima Trindade	Nº CPs	22	32	16	26	27	28	292
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	92,3	88,9	100,0	96,2
	% CP com EG	77,3	78,1	93,8	57,7	55,6	67,9	68,5
NSA	Nº CPs	52	35	41	32	33	54	446
	% CP satisfatórios	94,2	97,1	95,1	93,8	97,0	90,7	94,4
	% CP com EG	63,5	65,7	73,2	59,4	60,6	55,6	63,7
Coinma	Nº CPs	30	44	13	39	34	54	379
	% CP satisfatórios	100,0	97,7	100,0	100,0	100,0	96,3	98,4
	% CP com EG	73,3	59,1	46,2	59,0	73,5	53,7	56,5
Costa e Silva	Nº CPs	12	14	12	22	26	17	245
	% CP satisfatórios	91,7	85,7	100,0	95,5	96,2	94,1	95,9
	% CP com EG	58,3	57,1	25,0	50,0	53,8	64,7	58,0
SSC	Nº CPs	312	481	405	449	418	496	4858
	% CP satisfatórios	96,8	96,9	97,8	96,0	97,8	96,8	97,0
	% CP com EG	68,9	68,8	61,2	59,7	64,6	57,1	63,3

Gráfico 8 - Série histórica (2003 a 2017) das proporções de exames com epitélio glandular representado nas amostras de exames citológicos de colo uterino. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

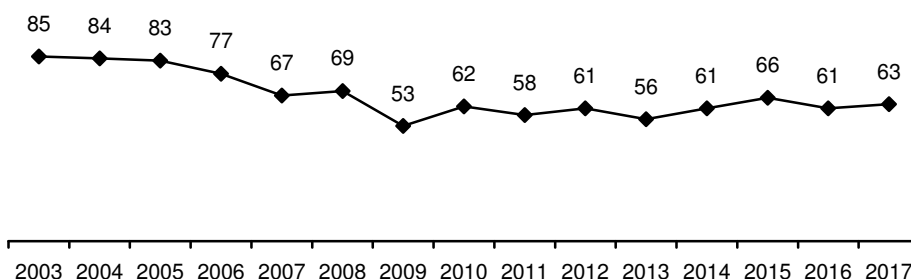


Tabela 16 - Série histórica (2012 a 2017) da distribuição dos exames com alterações, tipo de alteração, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2012-2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conceição														
ASC-US	10	83	5	71	12	67	11	52	7	39	14	56	59	58
Lesão BG	1	8	1	14	4	22	6	29	5	28	8	32	25	25
ASC-H	1	8	0	0	1	6	3	14	0	-	0	-	5	5
Lesão AG	0	-	1	14	1	6	0	-	4	22	2	8	8	8
AGUS	0	-	0	-	0	-	1	5	1	6	1	4	3	3
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	1	6	0	-	1	1
n alterações	12	-	7	-	18	-	21	-	18	-	25	-	101	-
Vila Floresta														
ASC-US	5	56	6	55	11	79	9	53	9	60	7	39	47	56
Lesão BG	1	11	4	36	2	14	4	24	2	13	4	22	17	20
ASC-H	0	0	1	9	0	-	1	6	1	7	2	11	5	6
Lesão AG	3	33	0	-	1	7	3	18	3	20	4	22	14	17
AGUS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	6	1	1
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
n alterações	9	-	11	-	14	-	17	-	15	-	18	-	84	-
Divina Providência														
ASC-US	5	71	5	63	3	75	1	33	2	50	3	75	19	63
Lesão BG	1	14	2	25	0	-	0	-	1	25	0	0	4	13
ASC-H	1	14	1	13	1	25	0	-	1	25	1	25	5	17
Lesão AG	0	-	0	-	0	-	2	67	0	-	0	-	2	7
AGUS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0
n alterações	7	-	8	-	4	-	3	-	4	-	4	-	30	-
Sesc														
ASC-US	6	75	4	33	7	50	9	39	9	64	15	71	50	54
Lesão BG	2	25	6	50	5	36	9	39	2	14	3	14	27	29
ASC-H	0	-	0	0	0	-	2	9	2	14	1	5	5	5
Lesão AG	0	-	1	8	1	7	3	13	1	7	1	5	7	8
AGUS	0	-	0	-	1	7	0	-	0	-	1	5	2	2
CA	0	-	1	8	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1
n alterações	8	-	12	-	14	-	23	-	14	-	21	-	92	-
Barão de Bagé														
ASC-US	8	89	4	67	6	67	7	58	4	31	8	53	37	58
Lesão BG	1	11	2	33	2	22	3	25	8	62	5	33	21	33
ASC-H	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0
Lesão AG	0	-	0	-	1	11	1	8	1	8	2	13	5	8
AGUS	0	-	0	-	0	-	1	8	0	-	0	-	1	2
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
n alterações	9	-	6	-	9	-	12	-	13	-	15	-	64	-
Jardim Leopoldina														
ASC-US	9	64	7	88	14	74	13	65	24	77	12	55	79	69
Lesão BG	1	7	1	13	5	26	5	25	4	13	6	27	22	19
ASC-H	3	21	0	-	0	-	0	-	1	3	2	9	6	5
Lesão AG	1	7	0	-	0	-	2	10	2	6	0	0	5	4
AGUS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5	1	1
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5	1	-
n alterações	14	-	8	-	19	-	20	-	31	-	22	-	114	-

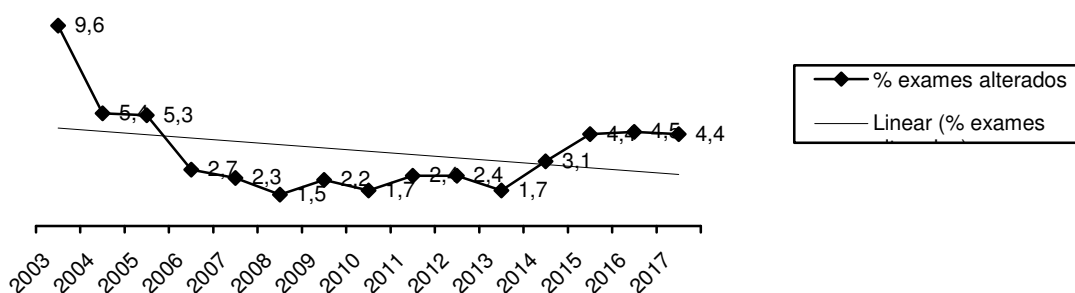
Tabela 16 - Série histórica (2012 a 2017) da distribuição dos exames com alterações, tipo de alteração, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação														
	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2012-2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Parque dos Maías														
ASC-US	9	69	2	22	9	47	17	49	13	41	16	55	66	48
Lesão BG	3	23	5	56	5	26	11	31	10	31	10	34	44	32
ASC-H	0	-	1	11	3	16	4	11	2	6	0	-	10	7
Lesão AG	1	8	1	11	2	11	3	9	6	19	3	10	16	12
AGUS	0	-	0	-	0	-	0	-	1	3	0	-	1	1
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0
n alterações	13	-	9	-	19	-	35	-	32	-	29	-	137	-
Jardim Itu														
ASC-US	6	67	1	50	4	57	8	44	9	50	11	85	39	58
Lesão BG	1	11	0	-	2	29	8	44	6	33	0	-	17	25
ASC-H	0	-	1	50	0	-	2	11	1	6	1	8	5	7
Lesão AG	1	11	0	-	1	14	0	-	1	6	1	8	4	6
AGUS	1	-	0	-	0	-	0	-	1	6	0	-	2	3
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0
n alterações	9	-	2	-	7	-	18	-	18	-	13	-	67	-
Santíssima Trindade														
ASC-US	6	86	5	56	5	56	12	63	10	42	10	48	48	54
Lesão BG	1	14	3	33	3	33	4	21	3	13	7	33	21	24
ASC-H	0	-	1	11	0	-	0	-	4	17	0	-	5	6
Lesão AG	0	-	0	-	1	11	3	16	6	25	4	19	14	16
AGUS	0	-	0	-	0	-	0	-	1	4	0	-	1	1
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0
n alterações	7	-	9	-	9	-	19	-	24	-	21	-	89	-
NSA														
ASC-US	5	71	6	86	3	33	7	78	10	63	12	63	43	64
Lesão BG	2	29	1	14	3	33	2	22	5	31	2	11	15	22
ASC-H	0	-	0	-	3	33	0	-	1	6	1	5	5	7
Lesão AG	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	3	16	3	4
AGUS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5	1	-
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0
n alterações	7	-	7	-	9	-	9	-	16	-	19	-	67	-
Coinma														
ASC-US	5	63	5	83	8	62	9	53	17	71	10	53	54	62
Lesão BG	3	38	0	-	4	31	6	35	4	17	3	16	20	23
ASC-H	0	-	1	17	0	-	0	-	1	4	3	16	5	6
Lesão AG	0	-	0	-	1	8	1	6	2	8	3	16	7	8
AGUS	0	-	0	-	0	-	1	6	0	-	0	-	1	1
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
n alterações	8	-	6	-	13	-	17	-	24	-	19	-	87	-
Costa e Silva														
ASC-US	10	48	2	67	11	85	7	54	10	67	12	80	52	65
Lesão BG	9	43	0	-	2	15	4	31	1	7	2	13	18	23
ASC-H	1	-	1	33	0	-	2	15	1	7	1	7	6	8
Lesão AG	1	-	0	-	0	-	0	-	3	20	0	-	4	5
AGUS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0
n alterações	21	-	3	-	13	-	13	-	15	-	15	-	80	-
SSC														
ASC-US	84	67,7	52	59,1	93	62,8	110	53,1	124	55,4	130	58,8	593	58,6
Lesão BG	26	21,0	25	28,4	37	25,0	62	30,0	51	22,8	50	22,6	251	24,8
ASC-H	6	4,8	7	8,0	8	5,4	14	6,8	15	6,7	12	5,4	62	6,1
Lesão AG	7	5,6	3	3,4	9	6,1	18	8,7	29	12,9	23	10,4	89	8,8
AGUS	1	0,8	0	0,0	1	0,7	3	1,4	4	1,8	5	2,3	14	1,4
CA*	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,5	3	0,3
n alterações	124	-	88	-	148	-	207	-	224	-	221	-	1012	-

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

A proporção de exames citológicos alterados em relação ao número total de CPs foi 4,4%. A Tabela 16 apresenta a distribuição dos exames com alterações por tipo e por US. A US com o maior número de casos identificou 29 exames alterados. O resultado mais frequente é Atípias de significado indeterminado em células escamosas, possivelmente não neoplásicas (ASCUS), totalizando 130 CPs (~60%). O Gráfico 9 apresenta a série histórica das alterações por ano

Gráfico 9 - Série histórica (2003 a 2017) 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 17).

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)

$$\frac{\text{ASC-US} + \text{ASC-H} \times 100}{\text{LSIL} + \text{HSIL}}$$

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

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

Tabela 17 - 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	4,7	Maior ou igual a 3
Percentual de exames com ASC entre os exames satisfatórios	3	até 4
Percentual de ASC entre os exames alterados	64	Abaixo de 60
Razão ASC/SIL	1,9	até 3
Percentual de exames com LIEAG	0,5	superior a 0,4
Percentual de amostras insatisfatórias	3	até 5

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

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

Em 2017 foram identificados 41 exames com suspeita de alteração de alto grau, totalizando 36 mulheres. Distribuídas em 8 “ASC, não pode afastar alto grau” (ASC-H) e a média de idade entre as mulheres com este resultado é de 42 anos; 16 casos de “lesão de alto grau” (HSIL) com média de 33 anos; 4 HSIL sem excluir micro invasão com média de 29 anos, 6 AGUS com média de 37 anos e 2 com alteração indefinida (28 anos). Sete mulheres tiveram alta do SSC, sendo consideradas 29 para avaliação de seguimento.

Não há registro de seguimento para 8 mulheres. Na tabela 18 é apresentado o acompanhamento das mulheres com alterações de maior grau e que mantêm vínculo no SSC. Foram encaminhadas ao serviço de referência 21 mulheres (72%). Dentre aquelas que consultaram, todas apresentam histologia para confirmação diagnóstica, 13 (62%) confirmaram lesão de alto grau, incluindo um diagnóstico de adenocarcinoma. Onze mulheres concluíram o tratamento (85%). O caso de adenocarcinoma foi tratado com histerectomia. (Tabela18)

Tabela 18 - Distribuição de mulheres de acordo com a alteração citológica, encaminhadas ao serviço de referência, comparecimento às consultas e realização de exame histológico para confirmação diagnóstica. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

Variáveis	ASC-H	LIEAG	LIEAGne	AGUS	AOI	total	
	n	n	n	n	n	n	%
Mulheres com alterações no exame citopatológico, por tipo	8	16	4	6	2	36	100
Mulheres com alterações e que mantêm vínculo no SSC	6	12	4	5	2	29/36	81
Óbito	0	0	0	0	0	0	0
Encaminhadas ao serviço de referência**	6	11	2	2	0	21/29	72
Consultou no serviço de referência	6	11	2	1	0	21/21	100
Realizou exame histológico para confirmação diagnóstica	6	11	2	1	0	21/21	100
Confirma lesão de alto grau	2	9	2	0	0	13/21	62
Tratou	2	7	2	0	0	11/13	85

*Seguimento informado pela US e consulta prontuário eletrônico GHC.

4.3 COMENTÁRIOS

O câncer de mama é o tipo mais frequente entre as mulheres. Ensaios clínicos sobre rastreamento mamográfico ainda 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.

Todas as unidades do SSC aumentaram o número de mamografias realizadas, com um acréscimo de ~1000 exames em relação ao obtido no ano anterior. O SSC atingiu 0,42 de razão de mamografias. A cobertura está em 44%, entretanto há grande variabilidade de resultados entre as USs. A Pesquisa Nacional de Saúde, em 2013, mostra que na Região Sul ~65% das mulheres na população-alvo de 50 a 69 anos relataram ter realizado mamografia há menos de dois anos. No SSC este percentual é bem inferior, 25% realizaram o exame no GHC, nos últimos dois anos. A diferença entre estes resultados talvez possa ser explicada por diferenças metodológicas na obtenção das informações, diferenças regionais e diferentes períodos de análise. Entretanto chama atenção a grande discrepância entre os percentuais.

No SSC, os casos de mamografia alterada são encaminhados às US para a realização da conduta de esclarecimento diagnóstico e acompanhamento mais adequado de acordo com a situação. Os casos com BIRADS maior do que III representam 34 mulheres, o que torna possível abordagem multiprofissional personalizada para cada situação, qualificando o processo de acompanhamento. Ressalta-se que metade dos casos de carcinoma de mama não tinham mamografia anterior ou esta era inconclusiva, demonstrando a importância de aliar outras ações de detecção precoce, como as estratégias de conscientização e de identificação de sinais e sintomas.

O câncer de colo do útero é considerado uma causa básica de óbito evitável e a mortalidade por esta doença 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.¹¹

O rastreamento através do exame Papanicolaou é estratégia reconhecida como segura e eficiente no declínio da incidência do câncer cervical, constituindo-se, nas últimas décadas, como a principal ferramenta utilizada em programas voltados ao controle deste câncer. 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 rastreamento¹². Estudos epidemiológicos do tipo caso-controle indicam risco elevado de desenvolver câncer do colo do útero entre mulheres que nunca foram submetidas ao exame de Papanicolaou, além do aumento do risco ser proporcional ao tempo decorrido desde o último exame.¹³ A avaliação da cobertura considerando o número de exames realizados na população que deveria fazer o exame de rastreio é um dos fatores que indica a proteção para este tipo de câncer.

O SSC apresenta razão de 0,61 CPs coletados na faixa etária preconizada. No SSC é necessário oferecer aproximadamente 6600 exames ao ano para realizar um CP a cada três anos para as mulheres cadastradas na faixa etária de 25 a 64 anos. Na avaliação de mulheres com CPs, as US Nossa Senhora Aparecida e SESC apresentam cobertura superior a 70%, com variação de 49 a 77%

¹¹ 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.

¹² 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.

¹³ 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.

entre as Unidades. Chama a atenção a US Jardim Leopoldina que está com cobertura menor do que 50%, proporção inadequada em relação ao preconizado pelo MS. A cobertura de mulheres com CP nos últimos três anos está em 38%, que é a periodicidade de rastreio recomendada. A variação é de 25 a 60% entre as US. A US Nossa Senhora Aparecida apresenta a melhor cobertura (60%). As coberturas ainda são baixas em algumas US, diminuindo o potencial do rastreio no impacto sobre a incidência deste câncer. Sabe-se que cobertura maior do que 80% entre mulheres de 25 a 65 anos de idade reduz significativamente a morbi-mortalidade pela doença.

Quanto aos exames coletados por idade, 83% encontram-se na faixa etária recomendada para rastreio. Dados do INCA, referentes aos anos 2014 e 2015, mostram que no país a proporção de exames realizados nesta faixa etária encontra-se em 79%.¹⁴ Do total de exames, 17% foram coletados fora da faixa etária, sendo 12% 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).² Sugere-se avaliar a necessidade de coleta quando fora da faixa etária recomendada, principalmente em mulheres mais jovens.

A análise da coleta dos CPs pelas diferentes categorias profissionais visa auxiliar as equipes na programação das atividades assistenciais. Atualmente, a enfermagem é responsável por aproximadamente 70% dos exames. Houve aumento no número de coletas de médic@s residentes. Entretanto, ainda é preciso incrementar esta atividade na formação, visto que o número de CPs realizados é desigual entre as USs. Para adquirir habilidade para realizar o procedimento é necessário aliar escala e qualidade.

O exame citológico tem sido alvo de muitas críticas devido à sua baixa sensibilidade. As principais causas de resultado falso-negativo estão relacionadas aos erros de coleta, de escrutínio e de interpretação dos resultados citológicos. 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 para o seu rastreio deve compreender métodos para detecção 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.

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 n 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.¹⁵ No SSC, 3% dos exames foram insatisfatórios. A revisão de literatura indica que a proporção de resultado insatisfatório não deve ser superior a 5%.

¹⁴ INCA. Informativo Detecção Precoce/Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Boletim ano 8, nº 1, Janeiro/Junho de 2017. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde

¹⁵ INCA. Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede. – 2. ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro : Inca, 2016.

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 61%. Esse resultado pode ser atribuído a diversos aspectos, tais como: maior número de coletas realizadas entre mulheres cujo epitélio glandular seja difícil de ser amostrado (estenose do canal cervical, por exemplo); problemas na técnica de coleta do exame e problemas no processamento e análise das lâminas.

Os indicadores de avaliação de qualidade dos CPs no SSC estão dentro dos parâmetros estabelecidos com exceção do percentual de atípicas de significado indeterminado entre os exames alterados que está um pouco elevado. As células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US e ASC-H) representam dúvida diagnóstica, pois os achados citológicos não são suficientes para estabelecer um resultado mais preciso. O objetivo seria reduzir o número de diagnósticos imprecisos.

O índice de positividade (IP) indica a sensibilidade do CP para detectar lesões. Quanto maior o número de lesões precursoras identificadas, maior é a chance de tratar precocemente os casos, evitando o desenvolvimento do carcinoma. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) determinou a seguinte categorização do IP: muito baixa - inferior a 2%; baixa entre 2% e 2,9%; esperada entre 3% e 10%; e acima do esperado superior a 10%. O SSC apresenta resultado 4,7%. As lesões intraepiteliais de alto grau são aquelas que apresentam efetivamente potencial para progressão. O SSC apresenta uma boa capacidade de detecção destas lesões, objetivo maior do rastreio e fato determinante para a prevenção do câncer do colo do útero.

O acompanhamento dos casos suspeitos foi 70%. Dentre as 21 mulheres encaminhadas para avaliação ginecológica foi confirmada lesão de alto grau em 13 casos (62%), número alto comparado à literatura. As mulheres foram tratadas e duas estão em processo de tratamento. Destacamos o esforço e a importância do trabalho das equipes no cuidado continuado às mulheres, estimulando a adesão ao acompanhamento.

5. 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 epidemiológica¹⁶: (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 morbi-mortalidade 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”¹⁷ sobre a saúde no Brasil apresenta, em seu capítulo sobre doenças crônicas não transmissíveis, o enorme desafio para o controle dessas condições e de seus fatores de risco. Em 2007, cerca de 70% dos óbitos foram atribuídos às doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, renais, diabetes e aos cânceres. Em termos de mortes atribuíveis, os grandes fatores de risco são: pressão arterial elevada, tabagismo, altos níveis de glicose sanguínea, inatividade física, sobrepeso e obesidade.

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).

Há evidências, provenientes de diferentes países, demonstrando que a forma de organização dos serviços de atenção primária contribui de forma relevante para o alcance de melhores resultados.

¹⁶ Mendes EV. O Cuidado das Condições Crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

¹⁷ 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.

As características da organização dos serviços relacionadas a melhores resultados que inclui abordagens individual e populacional são: respeito às preferências das pessoas, estratificação segundo riscos; uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências; medicamentos eficazes; apoio às mudanças de estilo de vida; orientação e apoio ao autocuidado; agendas dos profissionais abertas e com programação das consultas segundo a necessidade (conforme estrato de risco); realização de atividades coletivas; cuidado compartilhado entre profissionais das múltiplas disciplinas; gestão de caso; vinculação dos usuários a profissionais específicos da equipe de saúde (lista de usuários por profissional); sistema de registro, monitoramento e avaliação ¹⁸.

5.1 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 115/75mmHg.¹⁹

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

A prevalência do diabetes melito (DM) vem aumentando, sendo o DM tipo 2 o mais freqüente (90% dos casos). Calcula-se que, em 2025, serão cerca de 11 milhões de diabéticos no Brasil, mais que o dobro dos cinco milhões de diabéticos identificados no ano de 2000. Os dados do estudo multicêntrico de diabetes em nove capitais brasileiras (1987-1989) demonstraram uma prevalência de 7,6% 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.²⁰

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 populacional²¹ demonstrou ainda 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 doze 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

¹⁸ 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, 2012. 162 p.

¹⁹ 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

²⁰ 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.

²¹ Centro de Estudos e Pesquisa em Atenção Primária à Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do GHC. 2012.

diferenciar as necessidades em saúde e, assim, adequar as recomendações. Os estratos 4 e 5 exigem cuidados compartilhados entre atenção primária e secundária; b) 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 2017 SSC/GHC, Porto Alegre, RS



Notas:

1. O número e a proporção de pessoas nos estratos 2 a 5 referem-se aos 12.209 hipertensos estratificados.
2. O estrato 1 corresponde às pessoas sem hipertensão arterial sistêmica. A este grupo populacional estão recomendadas ações de promoção da saúde.

Figura 3 - Distribuição das pessoas com diabetes melito, inscritas e estratificadas conforme risco e capacidade para o autocuidado. Dezembro de 2017. SSC/GHC, Porto Alegre, RS



Notas:

1. O número e a proporção de pessoas nos estratos 2 a 5 referem-se aos 3.579 diabéticos estratificados.
2. O estrato 1 corresponde às pessoas sem diabetes melito. A este grupo populacional estão recomendadas ações de promoção da saúde.

5.1.1 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 morbi-mortalidade, 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 que seguem:

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 67% para a HAS, e 64% para diabetes e estão estabilizadas nos últimos 2 anos.

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%.*

5.1.2 RESULTADOS

Coberturas: a Tabela 19 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 20 encontra-se a distribuição dos hipertensos conforme situação de controle clínico e estágio da doença em dois momentos: na consulta de inscrição (avaliação inicial) e na última consulta (avaliação atual).

Fatores de risco e lesões em órgãos-alvo em HAS: nas Tabelas 21 e 22 apresenta-se a distribuição dos fatores de risco para doença cardiovascular e das lesões de órgão-alvo entre as pessoas com HAS em dois momentos: na consulta de inscrição (avaliação inicial) e na última consulta (avaliação atual).

Controle clínico em DM: a Tabela 23 apresentam a distribuição dos inscritos com diagnóstico de DM e a situação de controle da glicemia no momento da inscrição e na última consulta. Na Tabela 26 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 Tabela 24 e 25 apresenta-se a distribuição dos fatores de risco para doença cardiovascular e a distribuição das lesões de órgão-alvo entre as pessoas com DM em acompanhamento na ação programática, em dois momentos: na consulta de inscrição (avaliação inicial) e na última consulta (avaliação atual).

Atenção à saúde bucal: a Tabela 29 apresenta a série histórica (2012-2017) da proporção dos portadores de diabetes melito que consultaram com os dentistas do SSC.

Estratificação segundo riscos/vulnerabilidade: a Tabela 27 mostra a distribuição dos usuários com HAS, segundo estrato de risco, por US do SSC. A Tabela 28 mostra a distribuição dos usuários com DM, segundo estrato de risco, por US do SSC.

Tabela 19 - 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 na ação programática até dezembro de 2017, 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	%	n	%	n	%
Conceição	17517	4554	1401	3129	1085	2745	60	663	47
Vila Floresta Divina	7169	1864	574	1683	541	1431	77	402	70
Providência	3375	878	270	796	355	690	79	278	103
Sesc	4295	1117	344	989	406	801	72	256	74
Barão de Bagé Jardim	3151	819	252	683	310	572	70	142	56
Leopoldina	10604	2757	848	2260	831	1698	62	534	63
Parque dos Maias	7169	1864	574	1360	548	1078	58	314	55
Jardim Itu Santíssima Trindade	7241	1883	579	1717	575	1429	76	417	72
NSA	2948	766	236	442	206	388	51	158	67
Coinma	4272	1111	342	914	366	779	70	265	77
Costa e Silva	4374	1137	350	887	376	727	64	221	63
Costa e Silva	3737	972	299	1056	457	869	89	266	89
SSC	75852	19722	6069	15916	6056	13207	67	3916	65

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 foi calculado em relação à estimativa de pessoas com HAS e DM na área de abrangência.

Tabela 20 - Distribuição dos usuários com HAS conforme estágio da doença, no momento da inscrição na ação programática e por ocasião da última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	PA	continua			
		Avaliação Inicial		Avaliação Atual	
		n	%	n	%
Conceição	Controlada	1545	58	1239	79
	HAS Estágio I	533	20	163	10
	HAS Estágio II	228	9	77	5
	Ignorada	341	13	88	6
	Não informado	33	1	0	0
	Total	2680	100	1567	100
Vila Floresta	Controlada	777	57	786	84
	HAS Estágio I	357	26	60	6
	HAS Estágio II	182	13	59	6
	Ignorada	41	3	35	4
	Não informado	3	0	0	0
	Total	1360	100	940	100
Divina Providência	Controlada	310	50	394	77
	HAS Estágio I	178	29	105	20
	HAS Estágio II	65	11	14	3
	Ignorada	39	6	2	0
	Não informado	24	4	0	0
	Total	616	100	515	100
Sesc	Controlada	377	50	454	74
	HAS Estágio I	215	28	95	15
	HAS Estágio II	108	14	59	10
	Ignorada	26	3	9	1
	Não informado	35	5	0	0
	Total	761	100	617	100
Barão de Bagé	Controlada	236	42	328	67
	HAS Estágio I	197	35	106	22
	HAS Estágio II	116	21	50	10
	Ignorada	16	3	8	2
	Não informado	0	0	0	0
	Total	565	100	492	100
Jardim Leopoldina	Controlada	1127	68	967	84
	HAS Estágio I	356	21	154	13
	HAS Estágio II	148	9	34	3
	Ignorada	29	2	0	0
	Não informado	2	0	0	0
	Total	1662	100	1155	100
Parque dos Maías	Controlada	565	53	333	59
	HAS Estágio I	300	28	143	25
	HAS Estágio II	155	15	64	11
	Ignorada	37	3	24	4
	Não informado	3	0	0	0
	Total	1060	100	564	100

Tabela 20 - Distribuição dos usuários com HAS conforme estágio da doença, no momento da inscrição na ação programática e por ocasião da última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação					
PA		Avaliação Inicial		Avaliação Atual	
		n	%	n	%
Jardim Itu					
	Controlada	710	53%	621	71%
	HAS Estágio I	371	28%	146	17%
	HAS Estágio II	225	17%	86	10%
	Ignorada	32	2%	21	2%
	Não informado	3	0%	0	0%
	Total	1341	100%	874	100%
Santíssima Trindade					
	Controlada	145	40%	264	76%
	HAS Estágio I	80	22%	44	13%
	HAS Estágio II	47	13%	14	4%
	Ignorada	89	24%	26	7%
	Não informado	5	1%	0	0%
	Total	366	100%	348	100%
NSA					
	Controlada	398	60%	382	77%
	HAS Estágio I	144	22%	53	11%
	HAS Estágio II	92	14%	54	11%
	Ignorada	28	4%	5	1%
	Não informado	4	1%	0	0%
	Total	666	100%	494	100%
Coinma					
	Controlada	491	68%	348	90%
	HAS Estágio I	119	16%	24	6%
	HAS Estágio II	82	11%	7	2%
	Ignorada	27	4%	6	2%
	Não informado	4	1%	0	0%
	Total	723	100%	385	100%
Costa e Silva					
	Controlada	518	60%	333	83%
	HAS Estágio I	193	22%	42	10%
	HAS Estágio II	125	15%	25	6%
	Ignorada	21	2%	1	0%
	Não informado	2	0%	0	0%
	Total	859	100%	401	100%
SSC					
	Controlada	7199	57%	6449	77%
	HAS Estágio I	3043	24%	1135	14%
	HAS Estágio II	1573	12%	543	7%
	Ignorada	726	6%	225	3%
	Não informado	118	1%	0	0%
	Total	12659	100%	8352	100%

Tabela 21 - Distribuição dos usuários com HAS conforme fatores de risco para doença cardiovascular, no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

		Avaliação Inicial					Avaliação Atual						
Fatores de risco - DCV		sim		não		ign	total	sim		não		ign	total
		n	%	n	n	n	n	n	%	n	n	n	n
Conceição													
	História Familiar	871	33	1133	676	2680	-	-	-	-	-	-	-
	Diabete (tipo 1 ou 2)	414	15	2081	185	2680	-	-	-	-	-	-	-
	Tabagismo	268	10	1812	600	2680	159	10	1333	75	1567		
	Sedentarismo	1381	52	835	464	2680	979	62	506	82	1567		
	Dislipidemia	852	32	1265	563	2680	553	35	927	87	1567		
	Obesidade	761	28	1371	548	2680	478	31	1004	85	1567		
Vila Floresta													
	História Familiar	707	52	457	196	1360	-	-	-	-	-	-	-
	Diabete (tipo 1 ou 2)	239	18	1108	13	1360	-	-	-	-	-	-	-
	Tabagismo	202	15	1083	75	1360	121	13	763	56	940		940
	Sedentarismo	975	72	313	72	1360	702	75	172	66	940		940
	Dislipidemia	643	47	582	135	1360	483	51	372	85	940		940
	Obesidade	471	35	791	98	1360	306	33	562	72	940		940
Divina Providência													
	História Familiar	338	55	205	73	616	-	-	-	-	-	-	-
	Diabete (tipo 1 ou 2)	129	21	474	13	616	-	-	-	-	-	-	-
	Tabagismo	136	22	433	47	616	99	19	415	1	515		515
	Sedentarismo	424	69	155	37	616	427	83	87	1	515		515
	Dislipidemia	228	37	302	86	616	217	42	293	5	515		515
	Obesidade	201	33	354	61	616	206	40	308	1	515		515
Sesc													
	História Familiar	418	55	232	111	761	-	-	-	-	-	-	-
	Diabete (tipo 1 ou 2)	131	17	618	12	761	-	-	-	-	-	-	-
	Tabagismo	163	21	557	41	761	106	17	470	41	617		617
	Sedentarismo	537	71	194	30	761	387	63	186	44	617		617
	Dislipidemia	272	36	391	98	761	174	28	385	58	617		617
	Obesidade	253	33	381	127	761	157	25	409	51	617		617
Barão de Bagé													
	História Familiar	275	49	188	102	565	-	-	-	-	-	-	-
	Diabete (tipo 1 ou 2)	88	16	476	1	565	-	-	-	-	-	-	-
	Tabagismo	99	18	431	35	565	67	14	384	41	492		492
	Sedentarismo	361	64	166	38	565	324	66	117	51	492		492
	Dislipidemia	181	32	296	88	565	175	36	210	107	492		492
	Obesidade	231	41	285	49	565	203	41	209	80	492		492
Jardim Leopoldina													
	História Familiar	943	57	397	322	1662	-	-	-	-	-	-	-
	Diabete (tipo 1 ou 2)	287	17	1371	4	1662	-	-	-	-	-	-	-
	Tabagismo	228	14	1235	199	1662	137	12	980	38	1155		1155
	Sedentarismo	1055	63	411	196	1662	891	77	219	45	1155		1155
	Dislipidemia	660	40	740	262	1662	563	49	532	60	1155		1155
	Obesidade	517	31	901	244	1662	423	37	666	66	1155		1155
Parque dos Maías													
	História Familiar	469	44	533	58	1060	-	-	-	-	-	-	-
	Diabete (tipo 1 ou 2)	182	17	871	7	1060	-	-	-	-	-	-	-
	Tabagismo	138	13	900	22	1060	77	14	482	5	564		564
	Sedentarismo	699	66	344	17	1060	389	69	165	10	564		564
	Dislipidemia	474	45	537	49	1060	300	53	251	13	564		564
	Obesidade	382	36	644	34	1060	210	37	334	20	564		564

Tabela 21 - Distribuição dos usuários com HAS conforme fatores de risco para doença cardiovascular, no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

Fatores de risco - DCV	Avaliação Inicial					Avaliação Atual				
	sim	não	ign	total		sim	não	ign	total	
	n	%	n	n	n	n	%	n	n	n
Jardim Itu										
História Familiar	653	49	499	189	1341	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	249	19	1063	29	1341	-	-	-	-	-
Tabagismo	163	12	1065	113	1341	88	10	737	49	874
Sedentarismo	893	67	314	134	1341	618	71	204	52	874
Dislipidemia	547	41	643	151	1341	376	43	423	75	874
Obesidade	404	30	762	175	1341	290	33	517	67	874
Santíssima Trindade										
História Familiar	101	28	86	179	366	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	64	17	296	6	366	-	-	-	-	-
Tabagismo	46	13	148	172	366	26	7	85	237	348
Sedentarismo	148	40	40	178	366	94	27	17	237	348
Dislipidemia	76	21	99	191	366	37	11	60	251	348
Obesidade	86	23	102	178	366	45	13	57	246	348
NSA										
História Familiar	344	52	265	57	666	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	129	19	532	5	666	-	-	-	-	-
Tabagismo	89	13	547	30	666	56	11	429	9	494
Sedentarismo	490	74	145	31	666	386	78	99	9	494
Dislipidemia	334	50	288	44	666	275	56	204	15	494
Obesidade	237	36	399	30	666	172	35	308	14	494
Coinma										
História Familiar	404	56	305	14	723	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	130	18	593	0	723	-	-	-	-	-
Tabagismo	102	14	602	19	723	55	14	319	11	385
Sedentarismo	556	77	151	16	723	312	81	64	9	385
Dislipidemia	331	46	365	27	723	189	49	181	15	385
Obesidade	253	35	441	29	723	137	36	230	18	385
Costa e Silva										
História Familiar	557	65	226	76	859	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	179	21	663	17	859	-	-	-	-	-
Tabagismo	127	15	695	37	859	44	11	293	64	401
Sedentarismo	602	70	216	41	859	251	63	87	63	401
Dislipidemia	399	46	389	71	859	107	27	208	86	401
Obesidade	389	45	431	39	859	108	27	216	77	401
SSC										
História Familiar	6080	48	4526	2053	12659	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	2221	18	10146	292	12659	-	-	-	-	-
Tabagismo	1761	14	9508	1390	12659	1035	12	6690	627	8352
Sedentarismo	8121	64	3284	1254	12659	5760	69	1923	669	8352
Dislipidemia	4997	39	5897	1765	12659	3449	41	4046	857	8352
Obesidade	4185	33	6862	1612	12659	2735	33	4820	797	8352

Tabela 22 - Distribuição dos usuários com HAS conforme ocorrência de lesões em órgãos alvo, no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

	Lesões em órgão alvo	Avaliação Inicial					Avaliação Atual				
		sim		não	ign	total	sim		Não	ign	total
		n	%	n	n	n	n	%	N	n	n
Conceição	Cardiopatia isquêmica	162	6	1621	897	2680	124	8	1235	208	1567
	AIT ou AVC	87	3	1676	917	2680	73	5	1273	221	1567
	Pé diabético	3	0	267	2410	2680	3	0	167	1397	1567
	Amputação por DM	1	0	281	2398	2680	2	0	168	1397	1567
	Nefropatia	46	2	1712	922	2680	54	3	1289	224	1567
	Doença arterial periférica	32	1	1735	913	2680	25	2	1323	219	1567
	HVE ou ICC	81	3	1683	916	2680	70	4	1275	222	1567
	Retinopatia	22	1	462	2196	2680	14	1	384	1169	1567
Vila Floresta	Cardiopatia isquêmica	110	8	841	409	1360	113	12	723	104	940
	AIT ou AVC	33	2	941	386	1360	44	5	813	83	940
	Pé diabético	4	0	147	1209	1360	1	0	126	813	940
	Amputação por DM	2	0	152	1206	1360	2	0	128	810	940
	Nefropatia	29	2	916	415	1360	53	6	801	86	940
	Doença arterial periférica	22	2	934	404	1360	17	2	840	83	940
	HVE ou ICC	74	5	866	420	1360	65	7	777	98	940
	Retinopatia	10	1	197	1153	1360	11	1	193	736	940
Divina Providência	Cardiopatia isquêmica	48	8	443	125	616	52	10	452	11	515
AIT ou AVC	24	4	473	119	616	24	5	480	11	515	
Pé diabético	2	0	97	517	616	2	0	165	348	515	
Amputação por DM	3	0	95	518	616	3	1	164	348	515	
Nefropatia	15	2	476	125	616	13	3	491	11	515	
Doença arterial periférica	17	3	469	130	616	16	3	488	11	515	
HVE ou ICC	19	3	467	130	616	24	5	476	15	515	
Retinopatia	13	2	146	457	616	13	3	151	351	515	
Sesc	Cardiopatia isquêmica	56	7	554	151	761	67	11	469	81	617
	AIT ou AVC	31	4	596	134	761	34	6	512	71	617
	Pé diabético	4	1	99	658	761	3	0	83	531	617
	Amputação por DM	2	0	138	621	761	4	1	81	532	617
	Nefropatia	21	3	595	145	761	29	5	512	76	617
	Doença arterial periférica	17	2	600	144	761	17	3	523	77	617
	HVE ou ICC	43	6	567	151	761	41	7	489	87	617
	Retinopatia	11	1	246	504	761	12	2	190	415	617
Barão de Bagé	Cardiopatia isquêmica	33	6	385	147	565	39	8	420	33	492
	AIT ou AVC	28	5	393	144	565	33	7	427	32	492
	Pé diabético	1	0	66	498	565	2	0	65	425	492
	Amputação por DM	0	0	67	498	565	0	0	67	425	492
	Nefropatia	23	4	392	150	565	25	5	431	36	492
	Doença arterial periférica	18	3	396	151	565	22	4	431	39	492
	HVE ou ICC	31	5	369	165	565	32	7	407	53	492
	Retinopatia	9	2	187	369	565	12	2	209	271	492

Tabela 22 - Distribuição dos usuários com HAS conforme ocorrência de lesões em órgãos alvo, no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC., Porto Alegre, RS.

continuação

Lesões em órgão alvo	Avaliação Inicial					Avaliação Atual				
	sim	não	ign	total	total	sim	não	ign	total	total
	n	%	n	n		n	%	n	n	
Jardim Leopoldina										
Cardiopatia isquêmica	119	7	1151	392	1662	119	10	1015	21	1155
AIT ou AVC	56	3	1218	388	1662	47	4	1087	21	1155
Pé diabético	3	0	219	1440	1662	3	0	225	927	1155
Amputação por DM	2	0	218	1442	1662	2	0	219	934	1155
Nefropatia	39	2	1213	410	1662	43	4	1084	28	1155
Doença arterial periférica	38	2	1208	416	1662	33	3	1094	28	1155
HVE ou ICC	105	6	1156	401	1662	88	8	1038	29	1155
Retinopatia	10	1	465	1187	1662	14	1	394	747	1155
Parque dos Maías										
Cardiopatia isquêmica	80	8	828	152	1060	52	9	485	27	564
AIT ou AVC	44	4	866	150	1060	23	4	515	26	564
Pé diabético	2	0	150	908	1060	2	0	83	479	564
Amputação por DM	1	0	150	909	1060	2	0	83	479	564
Nefropatia	12	1	888	160	1060	8	1	526	30	564
Doença arterial periférica	27	3	875	158	1060	12	2	525	27	564
HVE ou ICC	37	3	854	169	1060	13	2	517	34	564
Retinopatia	6	1	213	841	1060	2	0	109	453	564
Jardim Iru										
Cardiopatia isquêmica	102	8	795	444	1341	64	7	556	254	874
AIT ou AVC	37	3	858	446	1341	31	4	587	256	874
Pé diabético	3	0	162	1176	1341	1	0	99	774	874
Amputação por DM	4	0	173	1164	1341	3	0	97	774	874
Nefropatia	19	1	863	459	1341	14	2	599	261	874
Doença arterial periférica	17	1	867	457	1341	12	1	602	260	874
HVE ou ICC	64	5	821	456	1341	39	4	572	263	874
Retinopatia	11	1	650	680	1341	12	1	463	399	874
Santíssima Trindade										
Cardiopatia isquêmica	16	4	143	207	366	16	5	132	200	348
AIT ou AVC	9	2	148	209	366	9	3	137	202	348
Pé diabético	0	0	33	333	366	0	0	27	321	348
Amputação por DM	0	0	34	332	366	0	0	27	321	348
Nefropatia	4	1	152	210	366	6	2	139	203	348
Doença arterial periférica	2	1	153	211	366	3	1	142	203	348
HVE ou ICC	13	4	140	213	366	12	3	131	205	348
Retinopatia	3	1	76	287	366	4	1	74	270	348
NSA										
Cardiopatia isquêmica	45	7	471	150	666	53	11	391	50	494
AIT ou AVC	31	5	485	150	666	31	6	411	52	494
Pé diabético	3	0	104	559	666	3	1	108	383	494
Amputação por DM	3	0	103	560	666	4	1	107	383	494
Nefropatia	23	3	493	150	666	29	6	415	50	494
Doença arterial periférica	15	2	500	151	666	16	3	428	50	494
HVE ou ICC	61	9	445	160	666	62	13	385	47	494
Retinopatia	11	2	372	283	666	19	4	303	172	494

Tabela 22 - Distribuição dos usuários com HAS conforme ocorrência de lesões em órgãos alvo, no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação										
Lesões em órgão alvo	Avaliação Inicial					Avaliação Atual				
	sim	não	ign	total	n	sim	não	ign	total	n
	n	%	n	n		n	%	n	n	
Coinma										
Cardiopatia isquêmica	87	12	579	57	723	50	13	322	13	385
AIT ou AVC	33	5	635	55	723	21	5	354	10	385
Pé diabético	2	0	109	612	723	3	1	56	326	385
Amputação por DM	0	0	113	610	723	0	0	60	325	385
Nefropatia	17	2	646	60	723	11	3	359	15	385
Doença arterial periférica	12	2	656	55	723	8	2	362	15	385
HVE ou ICC	31	4	623	69	723	16	4	350	19	385
Retinopatia	7	1	449	267	723	3	1	272	110	385
Costa e Silva										
Cardiopatia isquêmica	92	11	653	114	859	50	12	293	58	401
AIT ou AVC	38	4	716	105	859	16	4	328	57	401
Pé diabético	5	1	143	711	859	5	1	75	321	401
Amputação por DM	1	0	146	712	859	1	0	77	323	401
Nefropatia	33	4	701	125	859	17	4	323	61	401
Doença arterial periférica	19	2	723	117	859	14	3	327	60	401
HVE ou ICC	52	6	679	128	859	19	5	316	66	401
Retinopatia	17	2	284	558	859	9	2	128	264	401
SSC										
Cardiopatia isquêmica	950	8	8464	3245	12659	799	10	6493	1060	8352
AIT ou AVC	451	4	9005	3203	12659	386	5	6924	1042	8352
Pé diabético	32	0	1596	11031	12659	28	0	1279	7045	8352
Amputação por DM	19	0	1670	10970	12659	23	0	1278	7051	8352
Nefropatia	281	2	9047	3331	12659	302	4	6969	1081	8352
Doença arterial periférica	236	0	9116	3307	12659	195	0	7085	1072	8352
HVE ou ICC	611	0	8670	3378	12659	481	0	6733	1138	8352
Retinopatia	130	0	3747	8782	12659	125	0	2870	5357	8352

Tabela 23 - Distribuição dos usuários com DM conforme o controle glicêmico, no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

	Glicemia	Avaliação Inicial		Avaliação Atual	
		n	%	n	%
Conceição	Controlada	284	50	184	55
	Não Controlada	184	33	72	22
	Ignorada	93	16	78	23
	Não informado	5	1	0	0
	Total	566	100	334	100
Vila Floresta	Controlada	143	45	106	63
	Não Controlada	126	39	45	27
	Ignorada	48	15	17	10
	Não informado	2	1	0	0
	Total	319	100	168	100
Divina Providência	Controlada	74	37	56	39
	Não Controlada	65	33	49	34
	Ignorada	41	21	40	28
	Não informado	20	10	0	0
	Total	200	100	145	100
Sesc	Controlada	83	38	92	64
	Não Controlada	52	24	39	27
	Ignorada	38	17	13	9
	Não informado	46	21	0	0
	Total	219	100	144	100
Barão de Bagé	Controlada	50	41	69	70
	Não Controlada	69	56	26	27
	Ignorada	3	2	3	3
	Não informado	1	1	0	0
	Total	123	100	98	100
Jardim Leopoldina	Controlada	207	48	149	59
	Não Controlada	163	38	69	27
	Ignorada	56	13	36	14
	Não informado	2	0	0	0
	Total	428	100	254	100
Parque dos Maias	Controlada	105	40	52	53
	Não Controlada	95	36	21	21
	Ignorada	53	20	26	26
	Não informado	8	3	0	0
	Total	261	100	99	100
Jardim Itu	Controlada	163	48	122	65
	Não Controlada	98	29	45	24
	Ignorada	35	10	21	11
	Não informado	42	12	0	0
	Total	338	100	188	100
Santíssima Trindade	Controlada	36	30	71	62
	Não Controlada	31	26	28	25
	Ignorada	43	36	15	13
	Não informado	11	9	0	0
	Total	121	100	114	100

Tabela 23 - Distribuição dos usuários com DM conforme o controle glicêmico, no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

		continuação			
Glicemia		Avaliação Inicial		Avaliação Atual	
		n	%	n	%
NSA	Controlada	86	45	65	58
	Não Controlada	72	38	40	36
	Ignorada	19	10	7	6
	Não informado	15	8	0	0
	Total	192	100	112	100
Coinma	Controlada	127	62	57	73
	Não Controlada	61	30	17	22
	Ignorada	4	2	4	5
	Não informado	12	6	0	0
	Total	204	100	78	100
Costa e Silva	Controlada	103	40	43	54
	Não Controlada	114	44	25	32
	Ignorada	37	14	11	14
	Não informado	3	1	0	0
	Total	257	100	79	100
SSC	Controlada	1461	45	1066	59
	Não Controlada	1130	35	476	26
	Ignorada	470	15	271	15
	Não informado	167	5	0	0
	Total	3228	100	1813	100

Tabela 24 - Distribuição dos usuários com DM conforme os fatores de risco para doença cardiovascular (DCV), no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

	Fatores de risco -DCV	Avaliação Inicial					Avaliação Atual						
		sim		não		ign	total	sim		não		ign	total
		n	%	n	n	n		n	%	n	n	n	
Conceição	História Familiar	218	39	238	110	566	-	-	-	-	-	-	
	Hipertensão	414	73	148	4	566	-	-	-	-	-	-	
	Tabagismo	61	11	403	102	566	33	10	258	43	334		
	Sedentarismo	343	61	157	66	566	219	66	70	45	334		
	Dislipidemia	247	44	240	79	566	152	46	133	49	334		
	Obesidade	232	41	253	81	566	119	36	170	45	334		
Vila Floresta	História Familiar	166	52	100	53	319	-	-	-	-	-	-	
	Hipertensão	239	75	76	4	319	-	-	-	-	-	-	
	Tabagismo	44	14	248	27	319	20	12	133	15	168		
	Sedentarismo	228	71	67	24	319	127	76	22	19	168		
	Dislipidemia	171	54	103	45	319	101	60	46	21	168		
	Obesidade	137	43	153	29	319	67	40	81	20	168		
Divina Providência	História Familiar	114	57	64	22	200	-	-	-	-	-	-	
	Hipertensão	129	65	71	0	200	-	-	-	-	-	-	
	Tabagismo	44	22	139	17	200	24	17	121	0	145		
	Sedentarismo	147	74	42	11	200	132	91	13	0	145		
	Dislipidemia	95	48	86	19	200	79	54	66	0	145		
	Obesidade	82	41	102	16	200	64	44	81	0	145		
Sesc	História Familiar	114	52	74	31	219	-	-	-	-	-	-	
	Hipertensão	131	60	85	3	219	-	-	-	-	-	-	
	Tabagismo	35	16	172	12	219	24	17	108	12	144		
	Sedentarismo	160	73	48	11	219	96	67	33	15	144		
	Dislipidemia	86	39	118	15	219	39	27	88	17	144		
	Obesidade	76	35	107	36	219	40	28	88	16	144		
Barão de Bagé	História Familiar	68	55	33	22	123	-	-	-	-	-	-	
	Hipertensão	88	72	35	0	123	-	-	-	-	-	-	
	Tabagismo	14	11	98	11	123	10	10	79	9	98		
	Sedentarismo	74	60	42	7	123	69	70	18	11	98		
	Dislipidemia	59	48	45	19	123	50	51	26	22	98		
	Obesidade	65	53	53	5	123	51	52	30	17	98		
Jardim Leopoldina	História Familiar	268	63	86	74	428	-	-	-	-	-	-	
	Hipertensão	287	67	141	0	428	-	-	-	-	-	-	
	Tabagismo	60	14	323	45	428	24	9	224	6	254		
	Sedentarismo	282	66	107	39	428	202	80	43	9	254		
	Dislipidemia	219	51	155	54	428	143	56	102	9	254		
	Obesidade	176	41	200	52	428	116	46	126	12	254		
Parque dos Maías	História Familiar	119	46	121	21	261	-	-	-	-	-	-	
	Hipertensão	182	70	79	0	261	-	-	-	-	-	-	
	Tabagismo	30	11	223	8	261	11	11	85	3	99		
	Sedentarismo	186	71	70	5	261	77	78	20	2	99		
	Dislipidemia	137	52	115	9	261	62	63	34	3	99		
	Obesidade	113	43	135	13	261	45	45	50	4	99		

Tabela 24 - Distribuição dos usuários com DM conforme os fatores de risco para doença cardiovascular (DCV), no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

Continuação											
Fatores de risco - DCV		Avaliação Inicial					Avaliação Atual				
		sim	não	ign	total	sim	não	ign	total		
		n	%	n	n	n	n	%	n	n	n
Jardim Itu	História Familiar	164	49	135	39	338	-	-	-	-	-
	Hipertensão	249	74	84	5	338	-	-	-	-	-
	Tabagismo	48	14	265	25	338	22	12	157	9	188
	Sedentarismo	242	72	69	27	338	138	73	38	12	188
	Dislipidemia	167	49	138	33	338	92	49	78	18	188
	Obesidade	128	38	169	41	338	78	41	93	17	188
Santíssima Trindade	História Familiar	40	33	32	49	121	-	-	-	-	-
	Hipertensão	64	53	57	0	121	-	-	-	-	-
	Tabagismo	19	16	53	49	121	6	5	32	76	114
	Sedentarismo	55	45	17	49	121	32	28	6	76	114
	Dislipidemia	30	25	33	58	121	18	16	15	81	114
	Obesidade	43	36	27	51	121	17	15	15	82	114
NSA	História Familiar	99	52	67	26	192	-	-	-	-	-
	Hipertensão	129	67	62	1	192	-	-	-	-	-
	Tabagismo	26	14	158	8	192	16	14	93	3	112
	Sedentarismo	152	79	29	11	192	91	81	17	4	112
	Dislipidemia	116	60	64	12	192	69	62	40	3	112
	Obesidade	85	44	99	8	192	38	34	70	4	112
Coinma	História Familiar	113	55	86	5	204	-	-	-	-	-
	Hipertensão	130	64	74	0	204	-	-	-	-	-
	Tabagismo	22	11	178	4	204	7	9	66	5	78
	Sedentarismo	153	75	50	1	204	66	85	8	4	78
	Dislipidemia	118	58	83	3	204	45	58	27	6	78
	Obesidade	94	46	102	8	204	30	38	43	5	78
Costa e Silva	História Familiar	174	68	60	23	257	-	-	-	-	-
	Hipertensão	179	70	78	0	257	-	-	-	-	-
	Tabagismo	28	11	218	11	257	11	14	48	20	79
	Sedentarismo	180	70	67	10	257	51	65	7	21	79
	Dislipidemia	143	56	94	20	257	20	25	33	26	79
	Obesidade	129	50	118	10	257	21	27	33	25	79
SSC	História Familiar	1657	51	1096	475	3228	-	-	-	-	-
	Hipertensão	2221	69	990	17	3228	-	-	-	-	-
	Tabagismo	431	13	2478	319	3228	208	11	1404	201	1813
	Sedentarismo	2202	68	765	261	3228	1300	72	295	218	1813
	Dislipidemia	1588	49	1274	366	3228	870	48	688	255	1813
	Obesidade	1360	42	1518	350	3228	686	38	880	247	1813

Tabela 25 - Distribuição dos usuários com DM conforme as lesões em órgãos alvo, no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

	Lesões em órgão alvo	Avaliação Inicial					Avaliação Atual				
		sim		não		total	sim		não		total
		n	%	n	ign		n	%	n	ign	
Conceição											
	Cardiopatia isquêmica	41	7	357	168	566	25	7	251	58	334
	AIT ou AVC	22	4	372	172	566	20	6	254	60	334
	Pé diabético	4	1	348	214	566	4	1	167	163	334
	Amputação por DM	1	0	353	212	566	2	1	172	160	334
	Nefropatia	20	4	371	175	566	18	5	252	64	334
	Doença arterial periférica	16	3	381	169	566	8	2	265	61	334
	HVE ou ICC	16	3	381	169	566	8	2	265	61	334
	Retinopatia	13	2	96	457	566	10	3	69	255	334
Vila Floresta											
	Cardiopatia isquêmica	32	10	169	118	319	28	17	120	20	168
	AIT ou AVC	8	3	200	111	319	11	7	144	13	168
	Pé diabético	5	2	190	124	319	1	1	94	73	168
	Amputação por DM	2	1	193	124	319	2	1	94	72	168
	Nefropatia	13	4	182	124	319	10	6	138	20	168
	Doença arterial periférica	6	2	199	114	319	3	2	152	13	168
	HVE ou ICC	6	2	199	114	319	3	2	152	13	168
	Retinopatia	6	2	38	275	319	6	4	40	122	168
Divina Providência											
	Cardiopatia isquêmica	14	7	152	34	200	11	8	132	2	145
	AIT ou AVC	8	4	161	31	200	8	6	135	2	145
	Pé diabético	2	1	156	42	200	2	1	134	9	145
	Amputação por DM	3	2	153	44	200	3	2	133	9	145
	Nefropatia	5	3	162	33	200	5	3	138	2	145
	Doença arterial periférica	5	3	155	40	200	6	4	137	2	145
	HVE ou ICC	5	3	155	40	200	6	4	137	2	145
	Retinopatia	5	3	37	158	200	5	3	42	98	145
Sesc											
	Cardiopatia isquêmica	15	7	160	44	219	16	11	97	31	144
	AIT ou AVC	4	2	180	35	219	5	3	114	25	144
	Pé diabético	5	2	170	44	219	3	2	85	56	144
	Amputação por DM	2	1	169	48	219	4	3	82	58	144
	Nefropatia	13	6	165	41	219	15	10	103	26	144
	Doença arterial periférica	10	5	170	39	219	7	5	110	27	144
	HVE ou ICC	10	5	170	39	219	7	5	110	27	144
	Retinopatia	10	5	65	144	219	6	4	43	95	144
Barão de Bagé											
	Cardiopatia isquêmica	13	11	85	25	123	12	12	78	8	98
	AIT ou AVC	5	4	95	23	123	5	5	87	6	98
	Pé diabético	1	1	89	33	123	2	2	70	26	98
	Amputação por DM	0	0	91	32	123	0	0	74	24	98
	Nefropatia	10	8	90	23	123	13	13	80	5	98
	Doença arterial periférica	2	2	95	26	123	6	6	86	6	98
	HVE ou ICC	2	2	95	26	123	6	6	86	6	98
	Retinopatia	6	5	46	71	123	8	8	46	44	98

Tabela 25 - Distribuição dos usuários com DM conforme as lesões em órgãos alvo, no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação										
Lesões em órgão alvo	Avaliação Inicial					Avaliação Atual				
	sim	não	ign	total	total	sim	não	ign	total	total
	n	%	n	n		n	%	n	n	
Jardim Leopoldina										
Cardiopatia isquêmica	40	9	292	96	428	31	12	219	4	254
AIT ou AVC	10	2	322	96	428	11	4	240	3	254
Pé diabético	5	1	326	97	428	2	1	192	60	254
Amputação por DM	2	0	318	108	428	1	0	185	68	254
Nefropatia	18	4	313	97	428	15	6	233	6	254
Doença arterial periférica	18	4	311	99	428	15	6	235	4	254
HVE ou ICC	18	4	311	99	428	15	6	235	4	254
Retinopatia	10	2	87	331	428	12	5	56	186	254
Parque dos Maías										
Cardiopatia isquêmica	25	10	196	40	261	5	5	89	5	99
AIT ou AVC	8	3	212	41	261	3	3	92	4	99
Pé diabético	2	1	206	53	261	1	1	65	33	99
Amputação por DM	1	0	206	54	261	1	1	64	34	99
Nefropatia	10	4	205	46	261	2	2	91	6	99
Doença arterial periférica	11	4	207	43	261	1	1	94	4	99
HVE ou ICC	11	4	207	43	261	1	1	94	4	99
Retinopatia	5	2	44	212	261	12	12	81	6	99
Jardim Itu										
Cardiopatia isquêmica	22	7	196	120	338	18	10	111	59	188
AIT ou AVC	8	2	209	121	338	8	4	121	59	188
Pé diabético	3	1	209	126	338	1	1	86	101	188
Amputação por DM	4	1	208	126	338	3	2	84	101	188
Nefropatia	2	1	214	122	338	2	1	127	59	188
Doença arterial periférica	3	1	212	123	338	4	2	123	61	188
HVE ou ICC	3	1	212	123	338	4	2	123	61	188
Retinopatia	7	2	149	182	338	8	4	89	91	188
Santíssima Trindade										
Cardiopatia isquêmica	6	5	56	59	121	4	4	54	56	114
AIT ou AVC	2	2	60	59	121	2	2	55	57	114
Pé diabético	0	0	56	65	121	0	0	33	81	114
Amputação por DM	0	0	58	63	121	0	0	34	80	114
Nefropatia	4	3	54	63	121	3	3	50	61	114
Doença arterial periférica	1	1	58	62	121	55	48	0	59	114
HVE ou ICC	1	1	58	62	121	55	48	0	59	114
Retinopatia	2	2	22	97	121	3	3	23	88	114
NSA										
Cardiopatia isquêmica	14	7	135	43	192	12	11	87	13	112
AIT ou AVC	11	6	139	42	192	7	6	93	12	112
Pé diabético	3	2	144	45	192	3	3	79	30	112
Amputação por DM	3	2	142	47	192	3	3	78	31	112
Nefropatia	10	5	143	39	192	17	15	83	12	112
Doença arterial periférica	10	5	143	39	192	6	5	94	12	112
HVE ou ICC	10	5	143	39	192	6	5	94	12	112
Retinopatia	10	5	98	84	192	14	13	55	43	112

Tabela 25 - Distribuição dos usuários com DM conforme as lesões em órgãos alvo, no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

	Lesões em órgão alvo	Avaliação Inicial					Avaliação Atual				
		sim		não	ign	total	sim		não	ign	total
		n	%	n	n	n	n	%	n	n	n
Coinma	Cardiopatia isquêmica	23	11	163	18	204	11	14	65	2	78
	AIT ou AVC	9	4	177	18	204	7	9	68	3	78
	Pé diabético	4	2	171	29	204	1	1	60	17	78
	Amputação por DM	1	0	174	29	204	0	0	61	17	78
	Nefropatia	8	4	175	21	204	3	4	70	5	78
	Doença arterial periférica	1	0	186	17	204	75	96	0	3	78
	HVE ou ICC	1	0	186	17	204	75	96	0	3	78
	Retinopatia	1	0	124	79	204	1	1	55	22	78
Costa e Silva	Cardiopatia isquêmica	30	12	194	33	257	13	16	56	10	79
	AIT ou AVC	9	4	217	31	257	3	4	67	9	79
	Pé diabético	6	2	204	47	257	4	5	59	16	79
	Amputação por DM	2	1	204	51	257	1	1	60	18	79
	Nefropatia	19	7	197	41	257	5	6	62	12	79
	Doença arterial periférica	12	5	212	33	257	7	9	62	10	79
	HVE ou ICC	12	5	212	33	257	7	9	62	10	79
	Retinopatia	8	3	76	173	257	2	3	24	53	79
SSC	Cardiopatia isquêmica	275	9	2155	798	3228	186	10	1359	268	1813
	AIT ou AVC	104	3	2344	780	3228	90	5	1470	253	1813
	Pé diabético	40	1	2269	919	3228	24	1	1124	665	1813
	Amputação por DM	21	1	2269	938	3228	20	1	1121	672	1813
	Nefropatia	132	4	2271	825	3228	108	6	1427	278	1813
	Doença arterial periférica	95	3	2329	804	3228	193	11	1358	262	1813
	HVE ou ICC	95	0	2329	804	3228	193	0	1358	262	1813
	Retinopatia	83	0	882	2263	3228	87	0	623	1103	1813

Tabela 26 - 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	566	243	43	121	50	26	11	26	11	70	29
Vila Floresta	319	161	50	84	52	22	14	18	11	36	22
Divina Providência	200	145	73	64	44	16	11	9	6	56	39
Sesc	219	120	55	45	38	7	6	18	15	49	41
Barão de Bagé	123	76	62	32	42	6	8	11	14	27	36
Jardim Leopoldina	428	189	44	84	44	22	12	24	13	54	29
Parque dos Maias	261	86	33	45	52	10	12	4	5	27	31
Jardim Itu	338	172	51	82	48	15	9	17	10	58	34
Santíssima Trindade	121	63	52	21	33	5	8	2	3	34	54
NSA	192	112	58	41	37	14	13	13	12	44	39
Coinma	204	81	40	36	44	7	9	12	15	26	32
Costa e Silva	257	79	31	25	32	8	10	7	9	39	49
SSC	3228	1527	47	680	45	158	10	161	11	520	34

Nota:

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

Tabela 27 - Distribuição dos usuários com HAS inscritos na ação programática, proporção de estratificados e distribuição segundo estrato de risco*, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	usuários inscritos na AP e % de usuários inscritos na AP e estratificados		usuários estratificados	estratos							
				2		3		4		5	
	n	%	n	n	%	n	%	n	%	n	%
Hospital Conceição	2745	86	2349	1626	69	325	14	339	14	59	3
Vila Floresta	1431	94	1346	826	61	152	11	288	21	80	6
Divina Providência	690	106	728	469	64	126	17	108	15	25	3
Sesc	801	102	820	421	51	233	28	125	15	41	5
Barão de Bagé	572	98	561	321	57	128	23	88	16	24	4
Jardim Leopoldina	1698	100	1700	597	35	660	39	395	23	48	3
Parque dos Maias	1078	74	797	464	58	254	32	66	8	13	2
Jardim Itu	1429	86	1226	769	63	205	17	198	16	54	4
Santíssima Trindade	388	90	351	181	52	103	29	61	17	6	2
NSA	779	99	770	390	51	228	30	129	17	23	3
Coinma	727	108	782	448	57	283	36	35	4	16	2
Costa e Silva	869	90	779	660	85	80	10	34	4	5	1
SSC/GHC	13207	92	12209	7172	59	2777	23	1866	15	394	3

Nota:

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

Tabela 28 - 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 e % de usuários inscritos na AP e estratificados		usuários estratificados	estratos							
				2		3		4		5	
	n	%	n	n	%	n	%	n	%	n	%
Hospital Conceição	663	89	591	299	51	135	23	139	24	18	3
Vila Floresta	402	91	365	168	46	60	16	102	28	35	10
Divina Providência	278	98	273	131	48	73	27	53	19	16	6
Sesc	256	96	246	76	31	99	40	58	24	13	5
Barão de Bagé	142	95	135	51	38	47	35	28	21	9	7
Jardim Leopoldina	534	96	512	101	20	238	46	158	31	15	3
Parque dos Maias	314	82	259	106	41	113	44	36	14	4	2
Jardim Itu	417	87	361	179	50	82	23	74	20	26	7
Santíssima Trindade	158	89	140	52	37	45	32	40	29	3	2
NSA	265	98	260	79	30	101	39	70	27	10	4
Coinma	221	100	220	97	44	107	49	11	5	5	2
Costa e Silva	266	82	217	173	80	30	14	11	5	3	1
SSC/GHC	3916	91	3579	1512	42	1130	32	780	22	157	4

Nota:

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

Tabela 29 - Série histórica (2012 a 2017) da distribuição dos diabéticos inscritos na ação programática que consultaram com dentista, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	inscritos na AP em 2017	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
		consultaram com dentista		consultaram com dentista		consultaram com dentista		consultaram com dentista		consultaram com dentista		consultaram com dentista	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conceição	612	-	8	-	25	-	27	-	21	-	22	139	23
Vila Floresta	396	-	33	-	43	-	33	-	42	-	34	136	34
Divina Providência	278	-	27	-	37	-	34	-	22	-	41	122	44
Sesc	256	-	37	-	38	-	42	-	37	-	32	122	48
Barão de Bagé	140	-	24	-	41	-	76	-	63	-	32	98	70
Jardim Leopoldina	526	-	17	-	21	-	20	-	23	-	36	153	29
Parque dos Maías	314	-	28	-	32	-	54	-	51	-	63	167	53
Jardim Itu	416	-	25	-	33	-	28	-	41	-	34	134	32
Santíssima Trindade	158	-	30	-	42	-	43	-	51	-	62	60	38
NSA	265	-	26	-	46	-	39	-	34	-	38	95	36
Coinma	218	-	8	-	28	-	39	-	43	-	44	86	39
Costa e Silva	266	-	20	-	20	-	24	-	28	-	39	69	26
SSC/GHC	3845	-	22	-	32	-	34	-	35	-	37	1381	36

5.1.3 COMENTÁRIOS

5.1.3.1. COBERTURA E CONTROLE

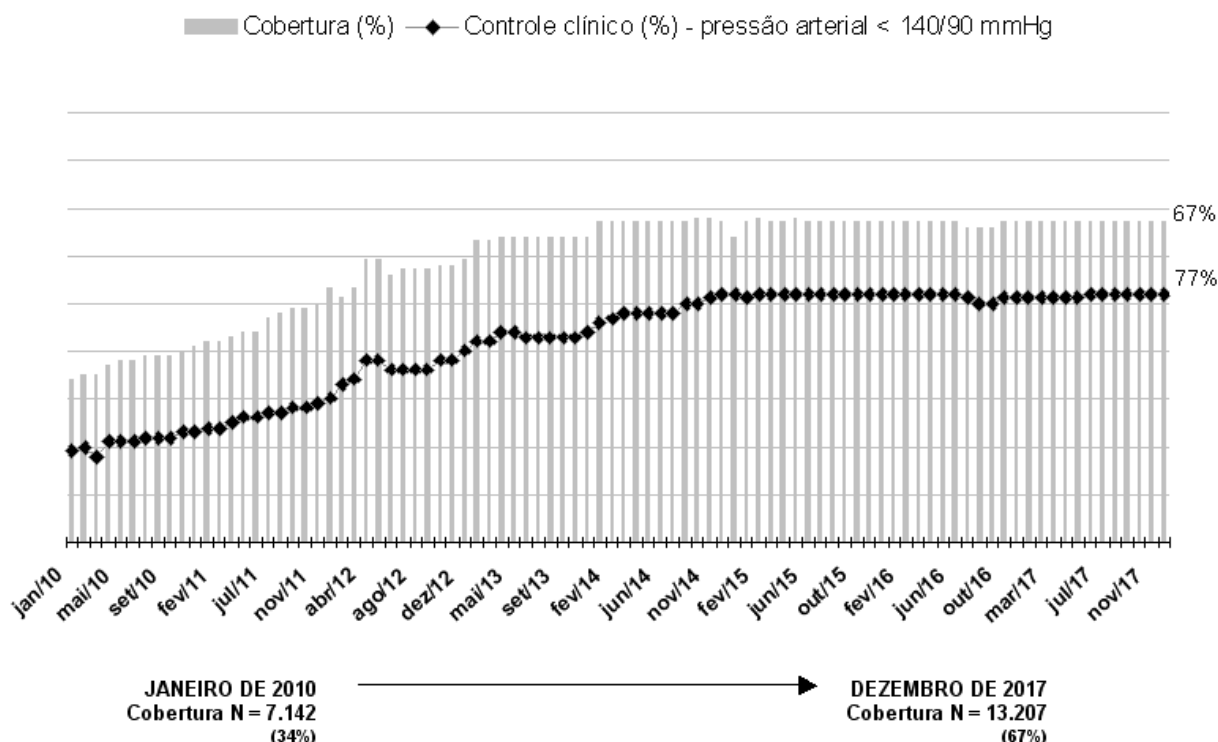
Hipertensão Arterial Sistêmica

Ao final de 2017, a cobertura atingida foi de 67%, equivalendo a 13.207 hipertensos inscritos na ação programática (Tabela 19). Destes, 77% encontravam-se com a pressão controlada no momento da última consulta; 14% no estágio I (níveis tensionais entre 140-159/90-99 mmHg) e 7% no estágio II ($\geq 160/100$), conforme Tabela 20.

O Gráfico 10, abaixo, mostra que a cobertura e a qualidade da atenção (observada através do controle da pressão arterial) vinham aumentando lenta e consistentemente desde 2010, e estabilizaram nos últimos dois anos.

Encontra-se uma diferença não desejável entre o número de pessoas que consultaram e receberam diagnóstico de HAS (15.916) e o número de hipertensos inscritos (13.207) (Tabela 19): são 2.709 pessoas que receberam um CID (código da classificação internacional de doenças) compatível com diagnóstico de hipertensão, mas não foram inscritos na ação programática.

Gráfico 10 - Série histórica (anos 2010 a 2017) 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.

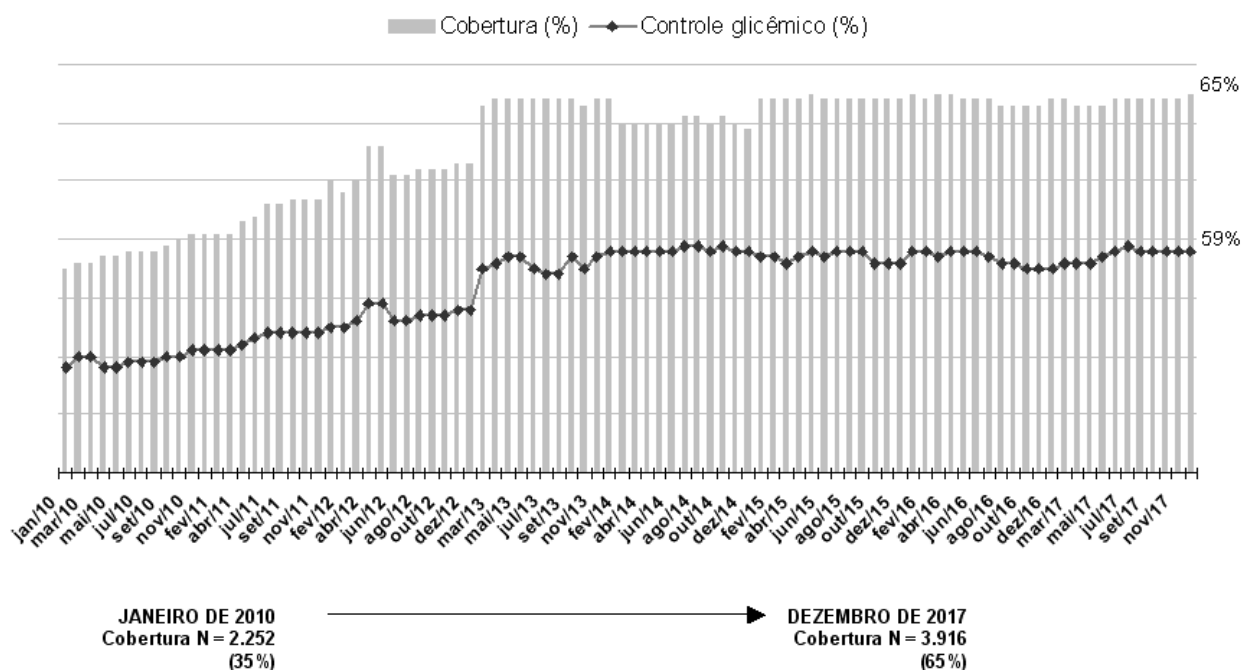
Diabetes melito

Ao final de 2017, o SSC alcançou a cobertura de 65% de inscritos (3.916 diabéticos) e a glicemia encontrava-se controlada em 59% destes (Tabelas 19 e 23 respectivamente).

O Gráfico 11 mostra que tanto a cobertura como a qualidade da atenção (observada através do controle da glicemia), estabilizaram em 2014, mas a qualidade da atenção tende a diminuir nos últimos 2 anos.

Constata-se uma diferença entre o número de diabéticos que consultaram (6.056) e o número de diabéticos inscritos (3.916), demonstrando que 2.140 pessoas que tiveram diagnóstico de diabetes durante uma consulta nas US do SSC não foram inscritas na ação programática (Tabela 19).

Gráfico 11 - Série histórica (2010 a 2017) 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).

5.1.3.2. FATORES DE RISCO

É alta a proporção de pessoas com fatores de risco modificáveis (sedentarismo, tabagismo, dislipidemias e obesidade) tanto para HAS (Tabela 21), quanto para DM (Tabelas 24). Estes fatores são passíveis de mudanças através do uso de um conjunto de tecnologias de comprovada eficácia citadas no item 5, a seguir, neste capítulo.

5.1.3.3. LESÕES EM ÓRGÃOS ALVO

As lesões em órgãos alvo (Tabelas 22 e Tabelas 25) são condições sensíveis à APS, e portanto podem ser diminuídas e/ou evitadas por ações das equipes de atenção primária. Manter a pressão arterial abaixo de 140/90 mm/hg, a glicemia conforme meta individualizada ($HbA1c$ abaixo de 7% para a maioria das pessoas com diabetes) e garantir orientações e apoio ao autocuidado são medidas fundamentais para evitar lesões em órgãos alvo.

O monitoramento do número de pessoas que hospitalizou no GHC por doença cérebro-vascular, insuficiência cardíaca, angina pectoris, diabetes melito e hipertensão arterial sistêmica revela que o número de casos diminuiu no período 2007 a 2011, e desde então encontra-se estabilizado (Gráfico 12, abaixo).

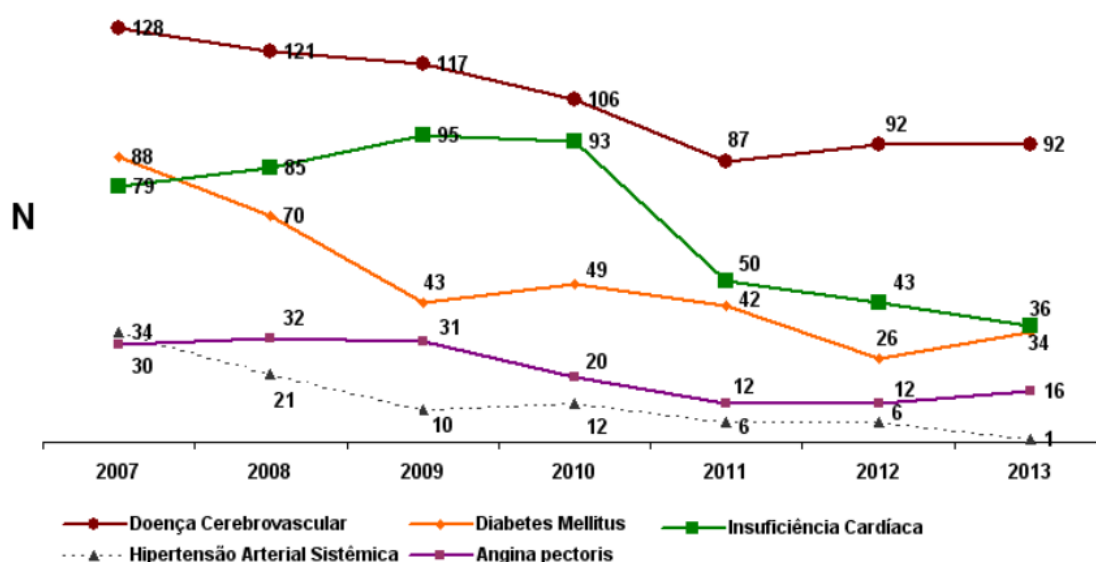
5.1.3.4. QUALIDADE DO REGISTRO

O sub-registro vem diminuindo discretamente nos últimos seis anos, mas nem todos os hipertensos e diabéticos acompanhados pelas equipes são inscritos na ação programática, o que leva a sub-estimar coberturas, desconhecer aspectos da qualidade da atenção e dificultar a vigilância dos não inscritos. É alta a proporção de hipertensos e diabéticos inscritos em que não foi registrada a presença de fatores de risco e lesão em órgão alvo (Tabelas 21, 22, 24 e 25).

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

Gráfico 12 - Série histórica das hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária em maiores de 18 anos (2007-2017). SSC/GHC, Porto Alegre, RS



5.2 O CONTROLE DO TABAGISMO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial adulta – aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas – seja fumante e que a metade dela morre precocemente devido às condições associadas ao tabagismo. O tabagismo abrevia a vida das pessoas que o usam em uma média de 15 anos, sendo considerado pela OMS a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Além disso, trata-se de um importante fator de risco para o desenvolvimento de várias doenças crônicas (câncer, doenças pulmonares, doenças cardiovasculares) – mesmo quando associadas à exposição passiva à fumaça do tabaco.

O Brasil, embora seja o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco do mundo, tem investido em políticas públicas que contribuem para a diminuição do hábito de fumar. Considerando o período de 1989 a 2010 a queda do percentual de fumantes no país foi de 46%.²²

Os dados mais recentes mostram que a frequência de adultos fumantes foi de 10,1, sendo maior no sexo masculino (13,2%) do que no feminino (7,5%). (Vigitel 2017)

Em Porto Alegre verifica-se redução do número de adultos fumantes. Os percentuais variaram de 16,4% (em 2014) para 12,5 (em 2017). Atualmente, a cidade é a terceira capital brasileira com maior frequência de fumantes. Entre os homens a frequência é de 16,7% dos adultos (3º lugar entre as capitais) e entre as mulheres é de 9,0% (4º lugar entre as capitais).

A cessação do tabagismo está associada a fortes benefícios para homens e mulheres de todas as idades, especialmente antes dos 40 anos, quando ocorre um maior declínio da mortalidade prematura. Entretanto, o benefício de parar de fumar acontece mesmo após o desenvolvimento de doenças relacionadas ao cigarro, como as doenças cardiovascular (DCV) e doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC).

O tratamento do fumante está entre as intervenções que apresentam a melhor relação custo-benefício, inferior ao tratamento da HAS, dislipidemia e infarto. Cabe aos profissionais de saúde, especialmente da APS, promover ações de informação e incentivo ao abandono do tabaco para todos os fumantes que utilizam os serviços. Pesquisas confirmam que abordagens rápidas, repetidas a cada consulta, reforçando a necessidade de parar com o uso do tabaco, aumentam significativamente as taxas de abstinência.

O SSC, desde 2006, possui profissionais capacitados em todas as suas US, para trabalhar com o tabagismo de acordo com a proposta do INCA e do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

Estima-se que na população com idade igual ou superior aos 18 anos cadastrada nas US do SSC (cerca de 75.852 pessoas) encontre-se em torno de 10.316 tabagistas.

5.2.1 OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

O **objetivo** é reduzir o número de tabagistas e, conseqüentemente, a morbi-mortalidade através de: **(a)** consultas clínicas e de aconselhamento; **(b)** atividades em grupo com a abordagem cognitivo-comportamental; **(c)** uso de medicamentos de apoio para o abandono do uso do tabaco e **(d)** estímulo à

²² http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo

promoção de atividades individuais e coletivas de educação em saúde para o abandono do uso do tabaco.

As **metas** pactuadas são que cada US realize, no mínimo, três grupos/ano para auxiliar na cessação do tabagismo com a abordagem cognitivo-comportamental e que, pelo menos, 30% dos tabagistas que participam da abordagem em grupos, cessem o uso do tabaco.

Os **indicadores** sob monitoramento são: a) número de tabagistas que cessaram de fumar na quarta sessão e b) número de grupos para a cessação do tabagismo realizados por US, embora apenas este último seja considerado como indicador institucional.

5.2.2 RESULTADOS

Os resultados são apresentados nas Tabelas 30, 31 e 32.

Tabela 30 - Distribuição dos usuários cadastrados com dezoito anos ou mais, estimativa de usuários tabagistas, atendidos em grupo e usuários tabagistas sem fumar, por US, de 2006 a 2017. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	usuários ≥ 18 anos cadastrados na US	estimativa ¹ do n° de usuários tabagistas	número de tabagistas atendidos em grupo ²		tabagistas sem fumar ³	
	n	n	n	%	n	%
Conceição	17517	2382	513	22	230	45
Vila Floresta	7169	975	390	40	246	63
Divina Providência	3375	459	175	38	61	35
Sesc	4295	584	145	25	68	47
Barão de Bagé	3151	429	173	40	75	43
Jardim Leopoldina	10604	1442	343	24	155	45
Parque dos Maias	7169	975	267	27	137	51
Jardim Itu	7241	985	308	31	151	49
Santíssima Trindade	2948	401	169	42	69	41
NSA	4272	581	255	44	156	61
Coinma	4374	595	275	46	127	46
Costa e Silva	3737	508	235	46	89	38
SSC	75852	10316	3248	31	1564	48

Nota:

¹ Estimativas - o n° estimado de usuários tabagistas (13,6% da população ≥ 18 anos cadastrados nas US do SSC).

² Tabagistas atendidos nos grupos - n° e % de usuários tabagistas atendidos em grupos anti tabagismo realizados nas US.

³ Tabagista sem fumar na 4ª sessão do grupo – n° e % de usuários tabagistas sem fumar na 4ª sessão do grupo.

Tabela 31 - Número de grupos e distribuição dos usuários conforme uso de medicação e participação em atividades do Programa de Combate ao Tabagismo no ano de 2017, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	nº grupos	nº de usuários				índice de Fagerstrom	
		participou da 1ª sessão	participou da 4ª sessão	sem fumar na 4ª sessão		0 a 4	5 a 10
				n	%		
Conceição	4	27	18	9	33	13	14
Vila Floresta	4	16	12	8	50	3	13
Divina Providência	3	25	13	8	32	6	19
Sesc	4	19	9	9	47	2	17
Barão de Bagé	3	29	21	15	52	5	22
Jardim Leopoldina	4	46	36	34	74	14	32
Parque dos Maías	4	28	21	16	57	9	13
Jardim Itu	3	13	8	8	62	2	7
Santíssima Trindade	3	11	4	5	45	5	6
NSA	4	36	34	39	108	7	28
Coinma	3	27	19	9	33	0	27
Costa e Silva	3	18	12	9	50	1	17
SSC	42	295	207	169	57	67	215

Tabela 32 - Série histórica (2006 a 2017) do número de grupos realizados por US desde a implantação da Ação Programática no SSC, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Conceição	4	8	7	5	7	4	4	6	4	4	4	4
Vila Floresta	2	3	5	2	3	3	3	4	4	4	4	4
Divina Providência(*)	2	2	2	1	-	2	1	2	3	-	2	3
Sesc	-	-	-	-	-	2	1	3	3	3	4	4
Barão de Bagé	2	-	2	2	2	1	2	3	3	4	4	3
Jardim Leopoldina	2	2	4	3	2	3	3	3	4	4	4	4
Parque dos Maías	1	2	2	2	4	4	2	3	4	4	4	4
Jardim Itu	-	-	4	4	5	3	7	4	4	4	4	3
Santíssima Trindade	3	-	1	-	1	3	4	6	4	3	4	3
NSA	-	-	3	1	-	1	4	5	4	4	4	4
Coinma	1	1	2	3	2	4	1	4	4	4	4	3
Costa e Silva	-	-	2	2	2	3	2	3	4	4	4	3
SSC	17	18	34	25	28	33	34	46	45	42	46	42

(*) não houve grupo devido a falta de estrutura física da US

5.2.3 COMENTÁRIOS

Conforme mostra a Tabela 30, 31% dos tabagistas estimados para o território do SSC já foram atendidos em grupos e destes, 48% estavam sem fumar na quarta sessão, percentual acima da meta estipulada (30%).

Na Tabela 31 verifica-se que foram realizados 42 grupos para cessação do tabagismo em 2017, onde foram atendidas 295 pessoas, das quais 169 (57%) estavam sem fumar na quarta sessão.

Na Tabela 32 consta-se um aumento significativo do número de grupos realizados por cada US; no período de 2006 a 2017 ocorreu um crescimento de 17 para 42 grupos.

Revisando-se os Relatórios Anuais, desde a implantação do Programa de Controle do Tabagismo no SSC, observa-se que: a) houve um aumento gradativo do número de US que realizaram grupos para cessação do tabagismo (em 2006, eram oito e desde 2011 todas as US do SSC trabalham com grupos; b) houve um aumento no nº de grupos realizados (de 17 para 42) – bem como do número

de pessoas atendidas nos grupos - principalmente depois de 2013 - quando ele passou a ser um indicador institucional.

Os dados sinalizam que ter escolhido o tabagismo como um dos indicadores institucionais foi uma estratégia correta para aumentar a motivação dos profissionais do SSC na realização dos grupos que auxiliam na sua cessação.

5.3 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM ASMA

5.3.1 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, encontra-se entre os seis primeiros CIDs mais registrados no SSC e é o primeiro motivo de hospitalização em menores de 19 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 2 - 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) <i>Fonte: Sistema de Informação das Unidades.</i>
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 <i>Fonte: Sistema de Informação das Unidades</i>

5.3.2 RESULTADOS

As coberturas do Programa da Asma no SSC por US podem ser observadas na Tabela 33 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 brasilian 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 33 - 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	1422	299	173	58	43	25
Vila Floresta	864	181	199	110	116	58
Divina Providência	754	158	227	144	147	65
Sesc	853	179	293	164	84	29
Barão de Bagé	562	118	152	129	58	38
Jardim Leopoldina	1638	344	352	102	153	43
Parque dos Maías	1574	331	540	163	188	35
Jardim Itu	998	210	145	69	51	35
Santíssima Trindade	1403	295	495	168	237	48
NSA	926	194	332	171	113	34
Coinma	676	142	190	134	64	34
Costa e Silva	759	159	219	138	86	39
SSC/GHC	12429	2610	3317	127	1340	40

A Tabela 34 descreve o número absoluto de internações por asma nos quatro hospitais do GHC, por US, no período de 2003 a 2017. Em 2017, 81 crianças pertencentes ao território do SSC internaram por asma.

Tabela 34 - Série histórica de 2003 a 2017 das internações por asma em usuários com menos de dezoito anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Conceição	10	11	10	9	8	14	9	15	13	11	8	7	8	3	5
Vila Floresta	12	8	5	4	-	13	6	9	6	5	4	6	3	4	10
Divina Providência	12	13	8	10	10	3	10	11	16	7	4	4	1	3	6
Sesc	6	8	7	8	8	7	10	8	10	4	3	2	4	8	8
Barão de Bagé	4	2	2	5	3	1	6	8	3	5	1	4	3	2	3
Jardim Leopoldina	19	9	14	4	8	14	17	19	11	13	8	8	5	5	12
Parque dos Maías	14	6	2	7	11	4	10	9	7	6	2	8	5	7	5
Jardim Itu	3	11	2	3	8	4	7	4	9	3	4	-	-	2	4
Santíssima Trindade	33	32	35	30	29	29	29	24	21	13	8	12	18	8	11
NSA	16	5	2	10	9	7	8	10	12	9	8	7	3	8	11
Coinma	-	5	3	5	2	3	3	3	2	2	1	2	4	2	2
Costa e Silva	13	14	6	2	-	13	7	15	8	9	7	5	4	4	4
SSC	142	124	96	97	96	112	122	135	118	87	58	65	58	56	81

5.3.3 COMENTÁRIOS

A estimativa do número de crianças e adolescentes com asma em Porto Alegre é de 21%. Em 2017, a cobertura do Programa da Asma atingiu 127% portanto foram diagnosticadas com asma um número maior de crianças e adolescentes do que o estimado. Estudos identificam que a asma é, simultânea e mundialmente, sub e super diagnosticada²⁵, o que eleva os custos com o tratamento desta doença e, principalmente, expõe crianças e adolescentes ao risco, do não 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, 41% das crianças tiveram a asma revisada a cada seis meses. Cabe destacar a importância de revisar o nível de controle da asma e registrar o *CID J45* em todas as consultas de crianças e adolescentes que apresentam o problema, ou pelo menos de seis em seis meses. 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 49% das internações por asma, em 2013, 2014, 2015 e 2016 em relação a 2009, 2010, 2011 e 2012. 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. Em 2017 as internações por asma voltaram subir 44% (25 internações) em relação ao ano anterior). Espera-se que com a identificação e maior cuidado dos usuários que consultam nos serviços de emergência do GHC, obtenha-se melhores resultados.

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

6. 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.

6.1 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC) E OUTROS AGRAVOS

Quadro 3 - Distribuição das doenças de notificação compulsória (DNC) e outros agravos notificados nos anos de 2016 e 2017. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

Diagnósticos	2016		2017	
	n	%	n	%
Sífilis	147	16	193	21
Sífilis - outras formas e não especificadas	(n=110)		(n=156)	
Sífilis em gestantes	(n=30)		(n=34)	
Sífilis congênita	(n=7)		(n=3)	
Varicela	40	4	184	20
HIV/AIDS	123	13	162	18
AIDS	(n=77)		(n=107)	
HIV +	(n=45)		(n=52)	
Gestante HIV +	(n=1)		(n=3)	
Hepatites virais	104	11	84	9
Hepatite viral crônica	(n=54)		(n=50)	
Hepatites virais não especificadas	(n=41)		(n=31)	
Hepatite viral aguda A	(n=2)		-	
Hepatite viral aguda B	(n=3)		(n=1)	
Hepatite viral aguda C	(n=4)		(n=2)	
Mordedura por animais	23	2	82	9
Câncer ginecológico	54	6	68	7
Neoplasia maligna de mama	(n=40)		(n=48)	
Ca colo do útero	(n=6)		(n=11)	
Ca corpo do útero (endométrio)	(n=5)		(n=4)	
Ca ovário	(n=2)		(n=5)	
Ca vagina/vulva	(n=1)		-	
Tuberculose	51	5	62	7
Caxumba	365	39	61	7
Coqueluche	2	0	10	1
Dengue	26	3	7	1
Outras	5	1	5	1
SSC	940	100	918	100

Tabela 35 - Série histórica (2004 a 2017) da distribuição do número de doenças de notificação compulsória (DNC) e outros agravos notificados, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultório na Rua	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	4	3
Conceição	30	52	51	107	100	51	50	55	57	86	67	73	104	101
Vila Floresta	15	20	43	52	55	44	40	36	49	72	48	51	89	87
Divina Providência	17	35	54	102	74	66	48	64	89	71	51	33	58	72
Sesc	77	63	53	85	67	38	31	54	63	67	52	50	65	76
CAPS AD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	
Barão de Bagé	28	29	22	48	50	53	36	63	58	53	26	25	56	50
Jardim Leopoldina	24	33	22	43	55	66	83	63	92	153	79	48	99	80
Parque dos Maias	33	36	36	40	46	42	53	30	149	64	86	71	121	65
Jardim Itu	48	35	34	72	59	51	69	33	50	33	48	50	88	96
Santíssima Trindade	57	38	44	49	78	38	42	40	102	64	38	41	72	103
NSA	62	29	23	41	51	36	36	29	52	56	19	57	81	59
Coinma	17	41	38	53	49	29	50	25	26	51	21	27	40	47
Costa e Silva	30	20	32	48	63	25	58	41	46	34	21	29	59	79
SSC	438	431	452	740	747	539	596	533	833	804	556	562	940	918

6.1.1 COMENTÁRIOS

Na Tabela 35 verifica-se que, em 2017, mantivemos um elevado número de doenças de notificação compulsória (DNC), menor que o de 2016, mas acima dos anos anteriores. Este crescimento deve-se, em parte, ao aumento dos casos de varicela e caxumba, pois são doenças imunopreveníveis que apresentam surtos repetitivos ao longo dos anos.

No Quadro 3 observa-se a curva ascendente da notificação de sífilis, já sendo a principal DNC do SSC em 2017.

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

6.2 ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM TUBERCULOSE

A tuberculose (TB) é uma doença causada por um bacilo de crescimento lento, aeróbio estrito, álcool-ácido resistente (BAAR), de transmissibilidade aerógena que, há mais de três mil anos, acomete a população mundial. É considerada um problema de saúde mundial pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelas Nações Unidas (ONU), tendo em vista as altas taxas de mortalidade, mesmo possuindo, desde 1976, tratamento em esquemas bem definidos e possibilidade de cura¹.

A ONU e a OMS, em 2005, estruturaram uma proposta de resposta global, chamada de “Estratégia *StopTB*” quando estabeleceram um plano, metas e estratégias de ação para todos os países, inicialmente, no período de 2006-2015^{2,3}. A meta principal foi a redução em 50% da prevalência TB e a diminuição do número de mortes pela doença em 2015, comparando-se os resultados obtidos com os dados de 1990.

No Relatório Global da Tuberculose - 2015, avaliando os dados mundiais a OMS apontou avanços importantes, a partir do ano 2000, relacionados as metas globais para o combate da doença, entre eles a melhoria na atenção às pessoas e o declínio da mortalidade que caiu 47%, desde 1990⁴. A OMS estima que o diagnóstico eficaz e o tratamento da TB salvou 43 milhões de vidas no mundo, entre 2000 e 2014⁴. Destaca que a meta para deter e reverter a incidência da TB foi alcançada em cada uma das seis regiões do mundo e em 16 dos 22 países com elevada carga da doença (coletivamente responsáveis por 80% dos casos de TB). Globalmente desde 2000 a incidência média da TB caiu em torno de 1,5% ao ano e, em 2015, a incidência estava 18% menor se comparada aos dados de 2000⁴.

A prevalência de TB no mundo, em 2015, foi 42% menor do que em 1990. Portanto, a meta da OMS de reduzir para metade a taxa em relação a 1990, por meio da “Estratégia *StopTB*”, foi alcançada em três regiões - Américas, Ásia Sul-Oriental, Pacífico Ocidental - e em nove países com alta carga da doença (Brasil, Camboja, China, Etiópia, Índia, Myanmar, Filipinas, Uganda e Vietnã)⁴.

A meta da “Estratégia *StopTB*” de reduzir para metade a taxa de mortalidade por TB até 2015, em relação a 1990, foi atingida em quatro das regiões definidas pela OMS - Américas, Mediterrâneo Oriental, Sudeste da Ásia e Pacífico Ocidental - e em 11 países com alta carga da doença (Brasil, Camboja, China, Etiópia, Índia, Myanmar, Paquistão, Filipinas, Uganda, Vietnã e Zimbabuê)⁴.

Assim, os três objetivos da Estratégia *StopTB* da OMS para 2015 (redução de incidência, prevalência e mortalidade) foram alcançados em nove países com alta carga da doença - Brasil, Camboja, China, Etiópia, Índia, Myanmar, Filipinas, Uganda e Vietnã⁴.

A partir dessa análise, dando continuidade a resposta global a epidemia da TB, a OMS e a ONU definiram para o período 2016-2035, a “Estratégia *End TB*” com o objetivo de acabar com a epidemia global da doença. As novas metas incluem a redução de 90% das mortes e de 80% da incidência (casos novos TB/ano) até 2030, em comparação com os dados de 2015⁵. Esses objetivos requerem provisão de cuidados dentro de um contexto mais amplo como o da cobertura universal da saúde para a prevenção da TB com ações multisetoriais que incluam a abordagem de questões sociais e econômicas considerando-as como determinantes e consequência dos altos índices da doença⁵.

Em 2017, a OMS estima que 10 milhões de pessoas (intervalo de 9,0 a 11,1 milhões) desenvolveram TB: 5,8 milhões de homens, 3,2 milhões de mulheres e 1,0 milhão de crianças⁵.

Atualmente, em todo o mundo, a tuberculose está entre as 10 principais causas de morte, sendo a principal causa por um único agente infeccioso em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Em 2017, a TB causou cerca de 1,3 milhões de mortes (intervalo, 1,2 a 1,4 milhões) entre pessoas HIV-negativas e houve um adicional de 300 mil mortes por tuberculose (intervalo 266 – 335 mil) entre pessoas HIV-positivas. A maioria das mortes por TB poderiam ser prevenidas com diagnóstico precoce e tratamento adequado. Milhões de pessoas são diagnosticadas e tratadas com sucesso a cada ano, evitando tantas mortes, mas ainda existem grandes lacunas na detecção e no tratamento⁵.

Houve casos em todos os países e grupos etários, mas, em geral, 90% dos casos ocorreram em adultos (com idade ≥ 15 anos), 9% eram pessoas vivendo com HIV (72% na África) e dois terços viviam em oito países: Índia (27%), China (9%), Indonésia (8%), as Filipinas (6%), o Paquistão (5%), a Nigéria (4%), Bangladesh (4%) e África do Sul (3%). Estes e 22 outros países na lista da OMS de 30 países com alta carga da doença representaram 87% dos casos de TB do mundo. Apenas 6% dos casos de TB no mundo foram na Região Europeia da OMS (3%) e Região das Américas (3%)⁵.

A OMS estima que um terço da população mundial está infectada pelo *M. tuberculosis* e aproximadamente 5% dela poderá desenvolver a doença nos primeiros anos após a primo infecção. Os outros 95% resistirão ao adoecimento após a infecção e desenvolverão imunidade parcial à doença. No entanto, permanecem com alguns bacilos vivos, embora bloqueados pela reação inflamatória do organismo – o que é definido como TB infecção ou infecção latente. Entre os 95% que resistiram ao adoecimento nos primeiros anos, mais 5% poderão evoluir para a doença até o fim de suas vidas, dependendo do estado imunológico individual e de outros fatores (tabagismo, *diabetes mellitus*, uso de álcool e outras drogas, doenças que afetam a imunidade, má-nutrição, entre outros)⁶. O tratamento preventivo da TB está em expansão, especialmente nos dois grupos prioritários que são as pessoas vivendo com HIV/AIDS e as crianças abaixo de cinco anos. No entanto, a maioria das pessoas elegíveis para o tratamento da infecção latente da TB (ILTb) nem sempre conseguem acessar os serviços e realizá-lo⁷.

De acordo com a Conferência Ministerial Mundial da OMS para o enfrentamento da epidemia de TB, realizada em 2016, faz-se urgente a implementação de políticas públicas que provoquem influências mais amplas nas condições sociais e econômicas da população, o que inclui redução nos 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 deles e dos países doadores internacionais para a sustentabilidade da batalha contra a doença e para colocarem-se lado a lado no caminho que possibilita acabar com a epidemia de TB⁷.

Quanto as condutas para novos diagnósticos, medicamentos, regimes de tratamento e as vacinas, a ONU sinaliza que pesquisas nestas áreas estão progredindo, mas lentamente. Houve aumento no investimento em pesquisa e desenvolvimento, mas é necessário mais investimentos para se alcançar os avanços tecnológicos necessário para o combate da doença até 2025 como prevê a campanha “End TB”⁷.

Apesar destes avanços e da possibilidade de cura de quase todos os casos, a TB continua sendo um grave problema de saúde pública permanecendo no ranking das doenças infecciosas que

mais matam, mesmo que os fundamentos científicos para seu controle na comunidade sejam conhecidos há muito tempo. As fontes de infecção encontram-se, principalmente, entre os doentes pulmonares com baciloscopia positiva (P+), responsáveis pela cadeia epidemiológica de transmissão que ocorre, na grande maioria das vezes, por via aerógena, em ambientes fechados através de contatos íntimos e prolongados⁸.

A OMS criou duas listas de países, uma que relaciona os 30 com mais alta carga da doença e outra que relaciona os 30 com os maiores índices de coinfeção TB-HIV. O Brasil, como alguns países, aparece nas duas listas que somam um total de 48 países prioritários para a abordagem da TB. O Brasil e o Perú são os países da América Latina incluídos nessa lista, na qual, o Brasil, ocupa a 20ª posição quanto à carga da doença e a 19ª no que se refere à coinfeção TB-HIV⁹.

Estima-se que um em cada quatro brasileiros esteja infectado pelo bacilo de Koch. O coeficiente de incidência (CI) da TB reduziu de 42,7, em 2001, para 32,4 casos/100 mil habitantes, em 2016⁸. O MS estima que no período de 21 anos (conforme proposto pela estratégia *End TB*), seriam evitados 138.440 casos incidentes no Brasil, uma média de 6.592 por ano. Nessa projeção, o CI de CN de TB seria de 20,7/100 mil hab. em 2035⁹. A meta para eliminação da TB como problema de saúde pública definida pela OMS é de < 10 casos/ 100 mil habitantes¹⁰.

No Brasil, em 2017, o coeficiente de incidência foi igual a 33,5 casos/100 mil hab. Foram notificados 69.569 CN de TB e 13.347 casos de retratamento da doença. A distribuição da TB no País e nos estados foi heterogênea. A Região Norte teve o maior CI = 42,7/100.000 hab, seguida pelo Sudeste (37,7), Nordeste (31,2), Sul (27,2) e Centro-Oeste (20,0). Os seis estados com maior incidência são: Amazonas (74,1), Rio de Janeiro (63,5), Pernambuco (46,0), Rio Grande do Sul (39,5), São Paulo (39,4) e Pará (38,6). Quanto à incidência nas capitais, destacam-se as seis com maior CI: Manaus (104,7); Rio de Janeiro (88,5); Recife (85,5); Porto Alegre (81,7), Belém (64,9) e Cuiabá (59,5)¹¹.

No Rio Grande do Sul a maioria dos casos de TB estão concentrados em Porto Alegre e na sua Região Metropolitana. O risco de adoecimento por TB na população de Porto Alegre é duas vezes maior do que o estadual e três vezes maior do que o nacional¹².

No Brasil o percentual de cura de CN de TB pulmonar com confirmação laboratorial foi de 73% e o abandono de 10,3%. No Rio Grande do Sul a cura foi de 67,4% e o abandono 13,5% e, em Porto Alegre, a cura foi de 62,2% e o abandono 21,8%¹¹. A OMS preconiza que para o controle da doença a meta de cura seja igual ou superior a 85% e a de abandono seja menor do que 5%. Observa-se nesses resultados que o país ainda possui encerramentos aquém dos valores definidos pela OMS².

Porto Alegre é a quarta capital brasileira com maior incidência de TB e na população atendida pelo SSC o CI varia de acordo com as condições socioeconômicas e a infraestrutura urbana existentes em cada território atendido. Nas US: Vila Floresta, Conceição e Jardim Itu o CI é de ~66/100 mil; Parque dos Maias e Jardim Leopoldina é de ~72/100 mil; Coinma e Barão de Bagé é de ~100/100 mil; Divina Providência, Santíssima Trindade, Nossa Senhora Aparecida, Costa Silva e Sesc é de ~140/100 mil¹³.

A TB é uma prioridade entre as políticas governamentais, assim como para o SSC, que busca seguir as diretrizes e metas estabelecidas para os serviços relacionadas ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos. O SSC e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, iniciaram, em julho de 2002, o processo de descentralização do atendimento às pessoas com TB para a

APS através de um projeto piloto que implantou uma Ação Programática (AP) para atenção às pessoas com TB¹⁴ em quatro US. Em setembro de 2007, com o apoio do Serviço de Pneumologia do Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC), a AP da TB foi implantada nas outras oito US, totalizando 12 unidades desenvolvendo as ações preconizadas.

Considera-se como população alvo para cobertura da AP da TB o número total de pessoas cadastradas (prontuário família) nas 12 U.S. que varia anualmente de acordo com a inclusão e exclusão de cadastros. Em 2017, a população cadastrada nas 12 US foi de 90.188 habitantes esperando-se em torno de 82 casos novos (CN) de TB no ano.

6.2.1 OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

A TB, na grande maioria dos casos, é uma doença passível de tratamento por equipes da APS. O objetivo da AP da TB no SSC é diminuir o número de casos da doença por meio da implantação das seguintes ações de: 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.

As **metas** adotadas para o SSC são: a) investigar 80% dos contatos de caso de TB identificados no território; 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 no território; f) dar alta por cura para 85% dos casos de TB acompanhados nas US; g) reduzir as altas por abandono de tratamento para um percentual menor que 10%; h) realizar TDO para todos os casos de TB com perfil vulnerável ao abandono (40% dos casos); i) investigar a coinfeção TB-HIV para 90% dos casos acompanhadas na 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 Tuberculose nas 12 US⁸.

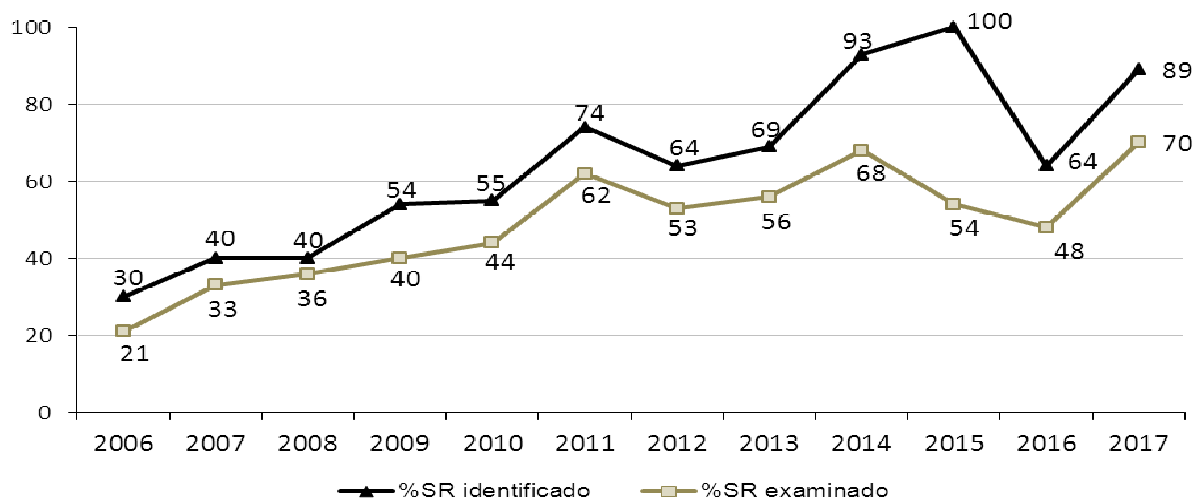
A avaliação do cuidado à saúde em TB é realizada através do monitoramento mensal de **indicadores**, sendo os principais a proporção de: a) contatos de caso de TB identificados e examinados; b) SR identificados e investigados; c) CN de TB localizados no território; d) CN de TB diagnosticados nas 12 US do SSC; e) casos de TB acompanhados nas 12 US do SSC; 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 ILTB⁸.

6.2.2 RESULTADOS

Tabela 36 - Série histórica (2011 a 2017) da distribuição dos sintomáticos respiratórios (SR) examinados (investigados), em números absoluto e percentuais, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	nº estimado de SR, em 2015 ¹	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
		n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³
Conceição	193	42	22	52	27	41	21	72	37	56	29	56	29	105	54
Vila Floresta	79	31	39	41	52	60	76	62	78	68	86	37	47	52	63
D. Providência	42	40	96	39	93	28	67	19	45	24	57	18	43	32	74
Sesc	53	53	99	40	75	52	98	64	120	43	81	24	45	25	46
B de Bagé	40	36	91	31	78	23	58	35	88	31	78	30	76	28	71
J. Leopoldina	126	56	44	46	36	63	50	81	64	28	22	23	18	60	48
P. dos Maias	90	38	42	48	53	36	40	35	39	62	69	31	34	30	33
Jardim Itu	84	57	68	46	55	47	56	38	45	61	73	51	61	45	54
S. Trindade	43	44	103	41	96	50	117	53	124	53	124	23	54	41	88
NSA	52	35	67	22	42	32	61	28	54	31	59	22	42	38	69
Coinma	52	87	168	30	58	51	98	100	193	53	100	96	185	109	206
Costa e Silva	48	37	77	44	91	19	40	29	60	18	37	19	40	63	135
SSC	902	556	62	480	53	502	56	616	68	528	54	430	48	628	70

Notas:

¹ Nº estimado de SR no território – corresponde a 1% da população cadastrada nas US. Em janeiro de 2017, a população cadastrada nas 12 US do SSC era 90.188 pessoas.² Nº de SR examinado – nº de pessoas com tosse há três ou mais semanas, com ou sem expectoração, que realizaram dois exames de BAAR no escarro ou um exame de BAAR no escarro e um Raio X de tórax.³ % de SR investigados – a meta anual de investigação corresponde a 80% da população estimada de SR a cada ano.**Gráfico 13** - Série histórica (2006 a 2017) do percentual de Sintomáticos Respiratórios identificados e examinados (investigados) nos territórios das 12 US do SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

Notas:

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

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

Tabela 37 - Série histórica (2014 – 2017) da distribuição dos sintomáticos respiratórios (SR) com pelo menos duas baciloskopias (BAAR) de escarro e resultado positivo, em números absolutos e percentuais, por US. SSC/GHC.

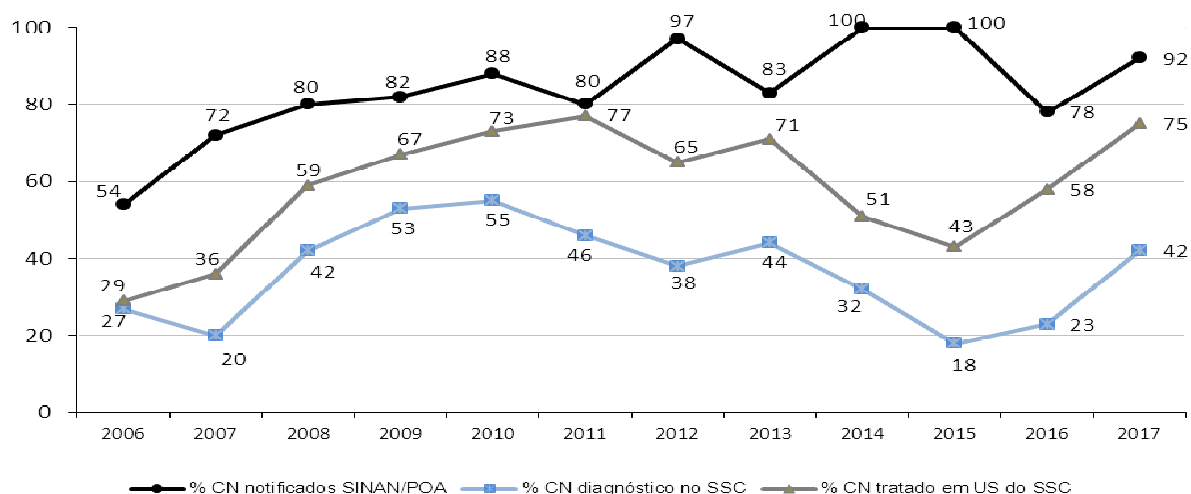
Unidades	2014				2015				2016				2017			
	2 amost de BAAR		BAAR + ¹		2 amost de BAAR		BAAR +		2 amost de BAAR		BAAR +		2 amost de BAAR		BAAR +	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Co	67	32	-	0	51	25	1	2	48	23	5	10	98	51	3	3
VF	53	74	1	2	66	94	-	-	34	48	-	-	44	56	2	5
DP*	14	30	5*	35*	20	43	6*	30*	18	39	2*	11*	28	67	4	14
Sesc	54	98	3	3	33	60	1	3	23	42	1	4	21	39	1	5
BB	34	87	2	2	27	70	-	-	27	70	1	4	26	65	1	4
JL	72	58	6	10	25	19	1	4	20	16	-	-	47	37	5	10
PM	35	44	2	6	56	70	3	5	28	35	-	-	28	31	2	7
Jltu	33	39	3	8	54	64	-	-	45	53	4	9	40	48	3	8
ST	46	115	5	4	48	119	3	6	18	45	2	11	42	98	5	12
NSA	28	56	-	0	31	61	1	3	19	38	1	5	37	71	-	-
Coinma	99	190	3	3	53	102	1	2	92	178	2	2	107	206	5	5
CS	29	59	-	0	18	37	-	-	18	37	2	11	57	119	3	5
SSC	564	63	30	5	482	54	17	4	391	44	20	5	575	64	34	6

Notas:

¹ A segunda coluna de cada ano, “BAAR +”, apresenta o número e o percentual de amostras de escarro com resultado positivo, por US. Estima-se que, em Porto Alegre, 8% dos SR investigados por baciloscopia (BAAR) de escarro deveriam ter resultado do exame positivo. Em áreas com menor incidência de TB estima-se que 4% dos SR investigados teriam BAAR positivo.

* A US DP teve seu prédio interditado, de 2013 a 2016, e a equipe foi alojada em um local provisório. Portanto, a US não realizou a investigação de SR no território da forma habitual e a solicitação de baciloscopia foi realizada nas pessoas que procuraram a US com sintomas de TB. Atribuímos a esse fato o alto percentual de positividade dos exames de BAAR neste período. Ao fim de 2017 a situação da Unidade foi regularizada e eles voltaram a desenvolver a Ação Programática da TB.

Gráfico 14 - Série histórica (2006 a 2017) do percentual de CN de TB do território do SSC notificados¹ no SINAN-TB-Porto Alegre, percentual de CN de TB diagnosticados e tratados nas 12 US do SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



Nota:

¹O 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.

Em 2017, em Porto Alegre, a incidência média de TB foi de 81,7 casos/100.000 hab./ano. A incidência nos territórios das 12 US do SSC variou entre 66 e 140 casos/100.000 habitantes. A média anual da estimativa de CN de TB nos territórios das 12 US do SSC é de 82 CN/ano.

Tabela 38 - Série histórica (2010 a 2017) da distribuição dos casos novos (CN) de tuberculose, notificados no SINAN/TB Porto Alegre, residentes no território sob responsabilidade do SSC, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

Nº CN TB ¹		Nº e % de Casos Novos TB Notificados no SINAN-TB Porto Alegre ²															
		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
		n ²	%	n ²	%	n ²	%	n ²	%	n ²	%	n ²	%	n ²	%	n ²	%
HC	14	13	92	8	63	14	100	6	43	13	92	10	71	13	92	10	71
VF	5	6	115	5	96	8	160	5	100	10	200	6	120	4	80	12	240
DP	6	7	115	6	100	8	133	10	165	10	165	12	200	2	34	6	100
Sesc	7	6	85	10	134	8	115	7	100	9	128	4	57	3	42	1	14
BB	4	8	200	6	150	2	50	2	50	6	150	2	50	3	75	3	75
JL	9	8	88	7	77	9	100	8	90	16	177	12	132	10	110	10	122
PM	6	4	66	4	62	5	83	9	150	3	50	17	280	1	15	7	116
Jltu	6	4	66	2	36	4	66	3	50	7	116	3	50	5	83	4	67
ST	6	11	183	4	67	9	150	5	83	9	150	2	33	4	67	6	100
NSA	7	6	85	10	137	5	71	5	71	2	28	6	85	7	100	4	57
Co	5	2	40	4	77	5	100	4	80	9	180	5	100	6	120	9	180
CS	7	2	28	4	59	3	43	4	57	7	100	4	57	6	85	9	128
SSC	82	77	88³	70	80³	80	97	68	83	101	123	83	102	64	78	81	99

Notas:

¹ Nº CN TB = número (n) estimado de CN de TB com base na incidência da doença na região e o número de usuários cadastrados nas US do SSC.

² CN de TB notificados no SINAN/Porto Alegre, em moradores dos territórios do SSC.

³ Até 2011, o número esperado de CN de TB era de 89-87/ano. A partir de 2012 o número esperado de CN de TB é de 82/ano.

Tabela 39 - Número de casos novos (CN) de TB esperados no território, número total de casos de TB no território do SSC notificados, local de diagnóstico e de tratamento, janeiro a dezembro de 2017. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	população total SSC	nº CN ¹ esperados	notificados ² 2017			Local de Diagnóstico ⁴		Local de Tratamento ⁵	
			CN	Todos ³	Internação	Outros Ambul	SSC	Outro serviço	SSC e Compart
Conceição	19290	13	10	13	6	3	4	5	8 (61%)
Vila Floresta	7906	5	12	12	6	3	3	3	9 (75%)
D. Providência	4186	6	6	8	4	-	4	2	6 (75%)
Sesc	5333	7	1	1	-	-	1	-	1 (100%)
B de Bagé	3973	4	3	4	1	-	3	1	3 (75%)
J. Leopoldina	12614	9	10	13	4	7	2	5	8 (61%)
P. dos Maias	8991	6	7	7	2	3	2	2	5 (71%)
Jardim Itu	8381	6	4	5	1	3	1	2	3 (60%)
S. Trindade	4290	6	6	8	2	1	5	2	6 (75%)
NSA	5227	7	4	5	3	1	1	4	1 (20%)
Coinma	5187	5	9	10	3	-	7	-	10 (100%)
Costa e Silva	4810	7	9	9	2	3	4	2	7 (78%)
C Rua	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SSC	90.188	82	81	95	34 (36%)	24 (25%)	37 (40%)	28 (29%)	67 (71%)

Notas:

¹ O número (n) esperado de CN de TB é calculado com base na incidência de TB da região e o número de usuários cadastrados nas US do SSC.

² Casos de TB notificados no SINAN/Porto Alegre de residentes no território do SSC.

³ O total de casos de TB é a soma dos casos novos e de retratamento.

⁴ Local de diagnóstico inclui: diagnóstico na internação de hospitais; outros Ambulatórios (US de referência de Porto Alegre, Serviço de Emergência, UPAS) e diagnóstico nas 12 Unidades do SSC.

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

Gráfico 15 - Série histórica (2006 a 2017) do percentual de cura e de abandono dos Casos Novos de TB tratadas nas US do SSC/GHC, incluindo todos os desfechos, em pessoas residentes no território sob responsabilidade deste serviço, Porto Alegre, RS.

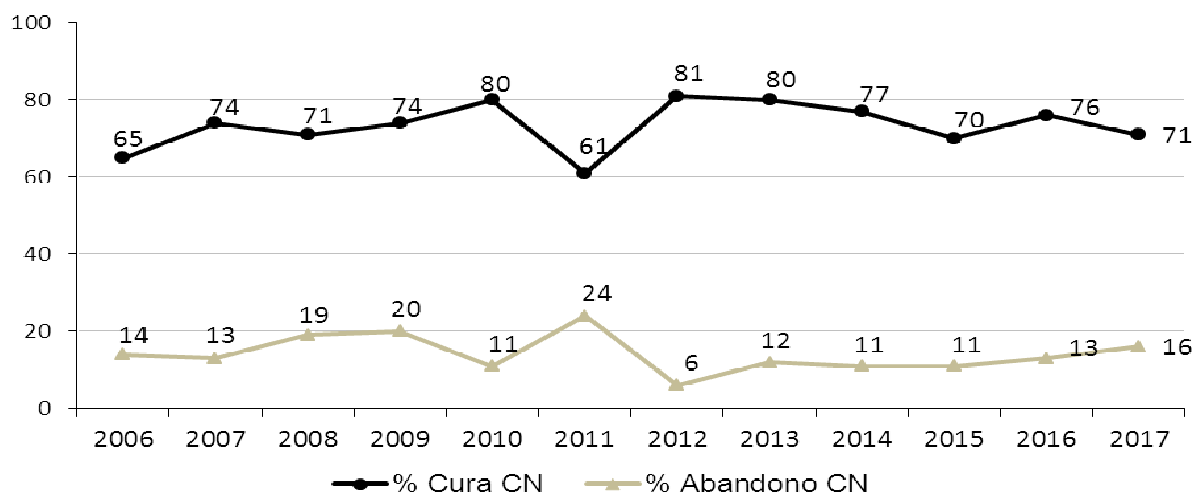


Tabela 40 - Número estimado de casos novos de TB, casos novos e total de casos notificados em pessoas residentes no território do SSC, local de tratamento, tratamento diretamente observado (TDO) no SSC e desfecho de todos os casos acompanhados nas 12 US do SSC/GHC, em 2017. Porto Alegre, RS. 2018.

	população total SSC ¹	notificados 2017		Mud. diagn.	Local de Tratamento		TDO	Desfechos – todos os casos do SSC				
		CN ²	todos		outro serviço ³	no SSC e Comp		Cura	Aband.	Falenc.	Óbito	Trans. ⁴
Conc	19290	10	13	-	5	8	1	5	2	-	-	1
VF	7906	12	12	1	3	8	-	7	-	-	1	-
DP	4186	6	8	-	2	6	1	5	1	-	-	-
Sesc	5333	1	1	-	-	1	1	-	1	-	-	-
BB	3973	3	4	-	1	3	1	1	1	1	-	-
JL	12614	10	13	1	4	8	2	6	2	-	-	-
PM	8991	7	7	-	2	5	1	5	-	-	-	-
Jltu	8381	4	5	1	1	3	-	2	1	-	-	-
ST	4290	6	8	-	2	6	5	3	1	-	-	2
NSA	5227	4	5	1	3	1	-	1	-	-	-	-
Coinma	5187	9	10	-	-	10	9	8	-	-	2	-
CS	4810	9	9	1	2	6	2	4	1	-	1	-
SSC	90.188	81	95	5 (5%)	25 (26%)	65 (69%)	23 (35%)	47 (72%)	10 (15%)	1 (1%)	4 (6%)	3 (5%)

Notas:

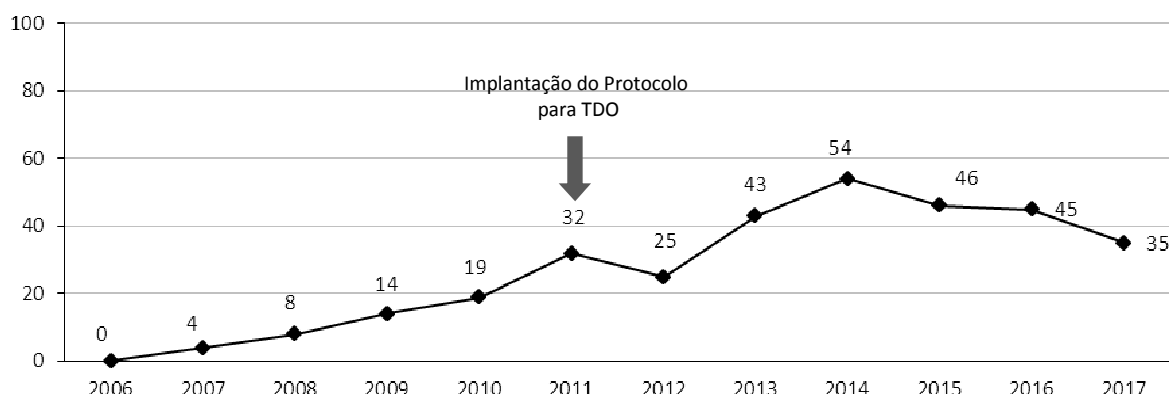
¹ Considera-se como população alvo para cobertura da Ação Programática o número total de pessoas cadastradas nas 12 US.

² O nº estimado (esperado) de casos novos (CN) de TB – varia anualmente pela modificação do nº de usuários cadastrados nas 12 US do SSC. O CI das 12 US foi calculado de acordo com o CI dos bairros de POA, e variou entre 66 e 140 casos/100 mil hab.

³ Tratamento em outro Serviço – 25 casos de TB foram acompanhados em outros serviços de Porto Alegre.

⁴ Transferências de casos: O SSC transferiu para acompanhamento em outro serviço 3 casos devido a: necessidade de mudança do esquema terapêutico (1); mudança de endereço (1); falência (1).

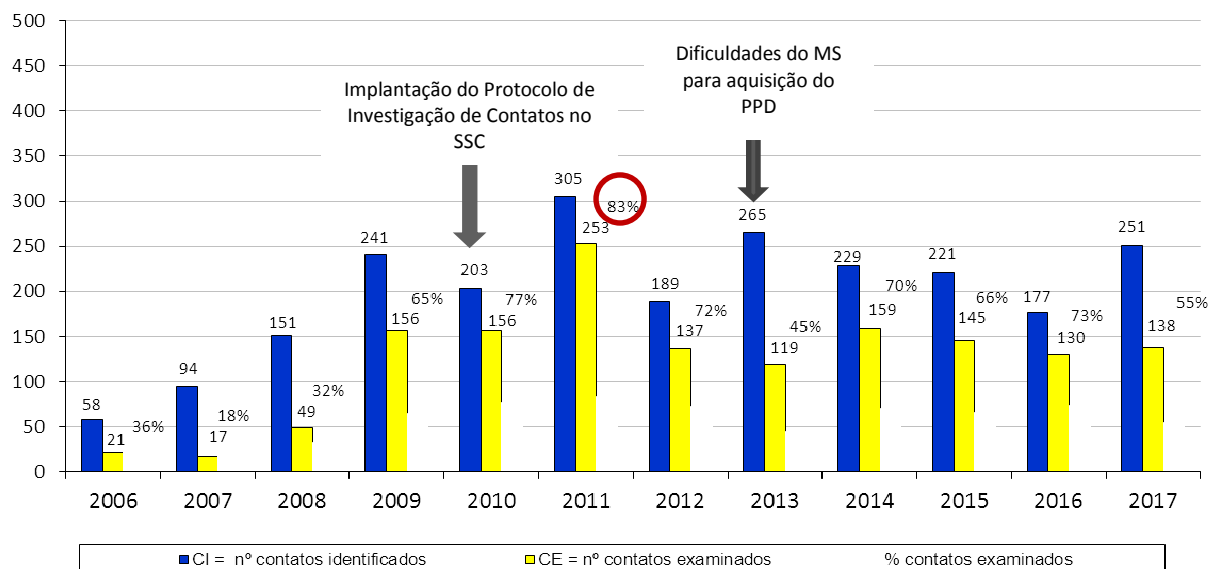
Gráfico 16 - Série histórica (2006 a 2017) do percentual de casos de TB acompanhados nas 12 US do SSC que receberam tratamento diretamente observado (TDO). SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



Nota:

TDO – Tratamento Diretamente Observado (observação da ingestão do medicamento 5 vezes por semana).

Gráfico 17 - Série histórica (2006 a 2017) do número de contatos dos casos de TB tratados no SSC que foram identificados, examinados e o percentual dos contatos examinados. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



Notas:

¹ Contato de caso de TB: toda pessoa que convive no mesmo ambiente com um caso de TB, no momento do diagnóstico. Esse convívio deve ser prolongado (6 a 8 horas diárias), por pelo menos uma semana e pode ocorrer em casa, no trabalho, escola ou outras instituições.

² Contato identificado (CI): aqueles cujos nomes estão relacionados na ficha clínica de acompanhamento do caso índice de TB.

³ Contato examinado (CE) ou investigado: aquele 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.

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

Tabela 41 - Distribuição do número de casos de TB tratados nas US do SSC, estimativa do número de contatos, número de contatos identificados¹ e investigados², em 2016 e 2017, Porto Alegre, RS, 2018.

	2016				2017			
	Casos TB tratados no SSC- 2016	n estimativa contatos TB	Contatos		Casos TB tratados no SSC- 2017	n estimativa contatos TB	Contatos	
			identificado	investigado			identificado	investigado
Conceição	8	32	18	10 (56%)	8	32	22	7 (32%)
Vila Floresta	1	4	4	4 (100%)	8	32	18	7 (39%)
D.Providência	1	4	2	1 (50%)	6	24	11	4 (36%)
Sesc	4	16	12	4 (33%)	1	4	2	-
Barão Bagé	3	12	11	10 (91%)	3	12	9	9 (100%)
J.Leopoldina	8	32	7	2 (28%)	8	32	21	10 (48%)
P Maias	-	-	-	-	5	20	20	4 (20%)
Jardim Itu	6	24	23	14 (61%)	3	12	17	4 (23%)
S.Trindade	2	12	8	3 (38%)	6	24	34	12 (35%)
NSA	4	16	11	2 (18%)	1	4	4	4 (100%)
Coinma	5	20	70	70 (100%)	10	40	62	62 (100%)
Costa e Silva	3	12	10	9 (90%)	6	24	31	15 (48%)
C Rua*	2	8	1	1 (100%)	-	-	-	-
SSC	47	192	177	130 (73%)	65	260	251	138 (55%)

Notas:

¹ Considera-se contatos identificados todas as pessoas que convivem no mesmo ambiente com alguém que tenha TB ativa (doença), no momento em que foi feito o diagnóstico. O convívio deve ser prolongado (6 a 8 horas diárias em ambiente fechado) 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.

* O Consultório de Rua não tem no rol de suas atividades realizar tratamento para TB e investigação de contatos; somente apóia as US capacitadas para realizar o tratamento e investigação de contatos na identificação e encaminhamento dos sintomáticos respiratórios e dos casos suspeitos de TB, entre as pessoas em situação de rua.

Tabela 42 - Série histórico (2010 a 2017) da distribuição do número de pessoas em tratamento para infecção latente da tuberculose (ILTb ou quimioprevenção), por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	Estimativa média do nº de contatos/ano ¹	Número de pessoas que realizaram tratamento da ILTB							
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Conceição	56	3	5	11	5	4	-	4	3
Vila Floresta	20	-	3	6	4	6	4	1	4
Divina Providência	24	2	4	-	3	6	4	-	4
Sesc	32	-	5	7	13	7	4	1	2
Barão de Bagé	16	2	11	3	5	1	1	-	2
J. Leopoldina	36	1	5	1	2	5	1	-	-
P. dos Maias	24	2	-	2	2	3	-	1	-
Jardim Itu	24	1	-	3	-	1	-	2	3
Sant. Trindade	24	-	1	3	13	30	8	5	2
NSA	28	1	1	-	-	-	-	-	1
Coinma	20	-	31	5	1	-	-	3	1
Costa e Silva	28	-	-	-	-	1	1	2	3
SSC	324	12	66	41	48	64	23	19	25

Nota:

¹ A estimativa média do número de contatos dos casos de TB foi calculada com base no número estimado de CN de TB/ano, por US, multiplicado por quatro. A média do número de contatos identificados nas 12 unidades do SSC, no período de 10 anos, foi de 286 pessoas/ano.

6.2.3 COMENTÁRIOS

Na Tabela 36, série histórica (2011-2017) da investigação dos sintomáticos respiratórios (SR), observa-se que esta atividade ocorre de forma heterogênea nas 12 Unidades de Saúde (US). A meta do SSC é investigar 80% dos SR. Esta meta foi alcançada em 2011 por cinco US (Divina Providência, Sesc, Barão de Bagé, Santíssima Trindade e Coinma); em 2012, por quatro US (Divina Providência, Barão de Bagé, Santíssima Trindade e Costa e Silva); em 2013, por três US (Sesc, Santíssima Trindade e Coinma); em 2014, por cinco US (Vila Floresta, Sesc, Barão de Bagé, Santíssima Trindade e Coinma); em 2015, por cinco US (Vila Floresta, Sesc, Barão de Bagé, Santíssima Trindade e Coinma); em 2016, apenas a US Coinma; em 2017, três US (Santíssima Trindade, Coinma e Costa e Silva) alcançaram a meta.

Verifica-se no Gráfico 13 (série histórica de 2006-2017 do percentual de SR identificados e examinados) que, de 2006 a 2014, ocorreu uma tendência ascendente no percentual de identificação e investigação dos SR, mas em 2015 e 2016 houve uma queda na investigação dos SR, embora a identificação de SR em 2015 continuasse a crescer. Em 2016, ocorreu o pior desempenho deste indicador nos últimos cinco anos. Observa-se o aumento significativo da identificação de SR, em 2014 e 2015, mas a curva de SR examinados não acompanha este aumento. 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. Entretanto, destaca-se que o percentual de SR examinados acompanhou até 2013 a curva ascendente de SR identificados mas, a partir de 2014, a linha de SR examinados começou a cair, em 2015 (10%) e em 2016 (6%).

Em 2016 houve uma significativa queda do percentual de SR identificados (40%), pois neste período os ACS deixaram de realizar de forma sistemática e monitorada a “Busca Oportuna de SR” nos domicílios. Em 2017, houve um crescimento significativo (20%) da identificação e investigação dos SR pelas equipes.

Na Tabela 37 apresenta-se o percentual de positividade da baciloscopia de escarro para os SR que realizaram pelo menos dois exames de BAAR de 2014 a 2017. Em Porto Alegre espera-se uma positividade de 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. A média de positividade no SSC foi de 5% (2014), 4% (2015), 5% (2016) e 6% (2017). Entretanto, os resultados são heterogêneos para as 12 US, na medida que algumas tiveram um percentual de positividade muito alto e baixa investigação de SR e, em geral, isso significa que a investigação ocorreu apenas para os casos com doença mais avançada que procuraram o serviço de saúde. Outras US não identificaram nenhum caso de TB pulmonar, a maioria com baixa investigação de SR no território.

O Gráfico 14 apresenta a série histórica de 2006 a 2017 do percentual de CN de TB localizados no território do SSC e que foram notificados no SINAN-TB-Porto Alegre, também o percentual de CN de TB diagnosticados e tratados nas 12 US do SSC. Observa-se que, desde 2011, estes dois percentuais

caíram até 2015 e que, em 2016 e 2017, voltaram a crescer, ainda que essa variabilidade pouco ocorreu com o número de CN no território que foram notificados, diagnosticados e tratados por outros serviços.

O SSC pactuou como meta, em 2008, localizar no território (identificar) 90% dos CN de TB independente do local onde tenham realizado o diagnóstico ou o tratamento da doença. Na Tabela 38 observa-se que em 2012, 2014, 2015 e 2017 localizou-se 90% ou mais do percentual de casos de TB estimados para o território. Nos anos de 2010, 2011 e 2013 o percentual de localização dos CN foi maior que 80% mas, em 2016, houve uma queda neste percentual; analisando-se a série histórica por US identifica-se que esta ação não ocorreu de forma homogênea.

Na Tabela 39, que apresenta a análise do diagnóstico e acompanhamento dos casos de TB em 2017, observa-se que o SSC diagnosticou 40% dos casos da doença do seu território (37 casos) e acompanhou 71% dos casos de TB notificados. Oito US obtiveram um excelente indicador, pois acompanharam 70% ou mais dos casos: Vila Floresta, Divina Providência, Sesc, Barão de Bagé, Parque dos Maias, Santíssima Trindade, Coinma e Costa e Silva. Três US acompanharam em torno de 60% dos casos de TB: Conceição, Jardim Leopoldina e Jardim Itú. Finalmente a US Nossa Senhora Aparecida acompanhou apenas 20% dos casos.

No Gráfico 15 observa-se a série histórica (2006 a 2017) do percentual de cura e abandono dos CN de TB em pessoas tratadas nas US do SSC. Verifica-se que obtivemos os melhores indicadores de cura em 2010, 2012 e 2013 (80% e 81%) e os piores em 2006 e 2011 (64% e 61%). Nos outros anos a cura foi maior que 70%. O menor percentual de abandono do SSC foi em 2012 (6%) e o pior em 2011 (24%). Em 2017 o percentual de cura foi 71% e o de abandono foi de 16%.

Na Tabela 40, observam-se os desfechos de todos os casos de TB (CN + retratamentos) tratados no SSC (65 casos) dentre os 95 casos da doença notificados no território. O percentual de cura foi de 72% e o de abandono foi de 15%. Ocorreram quatro óbitos (6%), três casos de transferências para outros serviços (5%) e uma caso de falência (1%).

No Gráfico 16 verifica-se que após a implantação oficial do TDO no SSC, em 2010, o maior percentual de supervisão do tratamento ocorreu em 2014 (54%) e o pior em 2012 (25%). Entre 2013 e 2016, a média foi em torno de 47%, mas, em 2017, houve queda na oferta de TDO. Destaca-se que essa ação vem ocorrendo de forma heterogênea entre as 12 US.

No Gráfico 17 apresenta-se a série histórica (2006 a 2017) do número de contatos de TB identificados e examinados nas 12 US. O SSC implantou, em 2010, o protocolo de investigação de contatos com consulta para avaliação da presença de sinais ou sintomas da doença e, quando indicado, teste tuberculínico (PPD) e radiografia de tórax. Verifica-se que, em 2011, o SSC atingiu a meta de examinar 80% dos contatos identificados e que em 2010, 2012, 2014 e 2016 examinou em torno de 70% dos contatos. Em 2013, houve uma queda da investigação de contatos (45%) e acredita-se que a falta de PPD para realização do teste tuberculínico (exame auxiliar para identificar contato recente com o bacilo da TB), iniciada neste ano em todo o Brasil, possa ter desestimulado a busca ativa de contatos de caso de TB para a investigação. Em 2017, 55% dos contatos foram investigados.

Na Tabela 41, observa-se que a investigação de contatos ocorre de forma heterogênea nas 12 US; em 2016, quatro US atingiram a meta de investigação de contatos: Vila Floresta, Barão de Bagé,

Coinma e Costa e Silva; em 2017, três US atingiram a meta de investigação de contatos: Barão de Bagé, Nossa Senhora Aparecida e Coinma.

Na Tabela 45, apresenta-se a série histórica 2010 a 2017 com a distribuição do número de pessoas que realizaram tratamento para a infecção latente da TB (ILTB) nas US do SSC. Em 2011, o SSC passou a investir sistematicamente na capacitação das equipes para a investigação de contatos e tratamento da ILTB. Em 2011 e 2014, obteve-se o maior número de tratamento para ILTB, mas de 2015 a 2017, houve uma queda significativa na indicação do tratamento da ILTB se comparado com o outro período.

Quadro 4 - Síntese da série histórica (2006 a 2010) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US do SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1. Estimativa de SR no território	971	971	971	971	900	901
2. Nº e % de SR investigados nas US do SSC	205 (21%)	324 (33%)	353 (36%)	389 (40%)	398 (44%)	556 (62%)
3. Nº de CN de TB esperados no território	89	89	89	89	87	87
4. Nº e % de CN do território notificados	48 (54%)	64 (72%)	71 (80%)	73 (82%)	77 (88%)	70 (80%)
5. Nº total de casos TB território notificados SINAN (CN+ RA + RR + RF)	60	79	84	84	90	97
6. Nº de casos com mudança de diagnóstico e que foram 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% (80) Pulmonar 18% Extra
8. Nº e % de casos diagnosticados fora do SSC: - Por hospitalização de TB Pulmonar - Por hospitalização TB Extra pulmonar. - Ambulatório, emergência ou serviço referência.	44 (73%) 9 (15%) 6 (10%) 29 (48%)	63 (80%) 19 (24%) 14 (18%) 30 (38%)	48 (57%) 7 (8%) 13 (16%) 28 (33%)	42 (50%) 14 (33%) 14 (33%) 14 (33%)	41 (46%) 17 (19%) 8 (9%) 16 (18%)	54 (56%) 14 (14%) 9 (9%) 31 (32%)
9. Nº e % de casos de TB tratados por outros Serviços	43 (72%)	49 (64%)	33 (40%)	30 (37%)	24 (27%)	28 (30%)
10. Nº e % de óbitos dos casos de TB não tratados ou tratados por outros Serviços - Por outras causas - Por TB	5 (12%) 1 (2%)	5 (10%) 1 (2%)	4 (12%) 1 (3%)	4 (13%) 3 (10%)	3 (12%) 3 (12%)	8 (27%) 4 (14%)
11. Nº e % de casos de TB diagnosticados nas US/SSC	16 (26%)	16 (20%)	36 (43%)	42 (50%)	49 (54%)	43 (44%)
12. Nº e % de casos TB com início de tratamento no SSC.	17 (28%)	28 (36%)	49 (60%)	51 (63%)	64 (73%)	64 (68%)
13. Nº e % de casos TB em trat. compartilhado com o SSC.	0	0	0	0	0	2 (2%)
14. % e Nº de casos de TB c/ tra ^{to} no SSC com testagem para o HIV	71% (12)	86% (24)	90% (44)	90% (46)	91% (58)	91% (58)
15. % e Nº de casos de TB que não realizaram testagem para o HIV	29% (5)	14% (4)	10% (5)	10% (5)	9% (6)	9% (6)
16. % de coinfeção TB-HIV nos casos com tra ^{to} no SSC.	16% (2)	25% (6)	30% (13)	24% (11)	22% (14)	31% (18)

Quadro 4 - Síntese da série histórica (2011 a 2014) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US do 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 do SSC	480 (53%)	502 (56%)	616 (68%)	528 (54%)	430 (48%)	628 (70%)
3. Nº de CN de TB esperados no território	82	82	82	82	82	82
4. Nº e % de CN do território notificados no SINAN-TB	80 (97%)	68 (83%)	101 (123%)	83 (102%)	64 (78%)	81 (99%)
5. Nº total de casos TB território notificados SINAN (CN+ RA + RR + RF)	106	96	131	116	84	95
7. Nº de casos com mudança de diagnóstico e que foram excluídos da avaliação.	2 (2 SSC)	3 (2 SSC)	9 (1 SSC)	2	0	5
6. Nº e % do tipo de TB identificada	70% (74) Pulmonar 30% Extra	76% (73) Pulmonar 24% Extra	79% (103) Pulmonar 21% Extra	74% (86) Pulmonar 26% Extra	80% (67) Pulmonar 20% Extra	80% (76) Pulmonar 20% Extra
8. Nº e % de casos diagnosticados fora do SSC-GHC: - Por hospitalização de TB Pulmonar - Por hospitalização TB Ext. P - Ambulatório, emergência ou serviço referencia.	68 (64%) 17 (16%) 14 (13%) 37 (35%)	58 (60%) 19 (20%) 10 (10%) 29 (30%)	92 (70%) 23 (18%) 22 (17%) 47 (36%)	94 (81%) 27 (23%) 16 (14%) 51 (44%)	62 (74%) 24 (29%) 12 (14%) 26 (31%)	58 (61%) 25 (73%) 9 (27%) 24 (25%)
9. Nº e % de casos de TB tratados por outros Serviços	37 (35%)	28 (30%)	55 (45%)	64 (56%)	35 (42%)	28 (29%)
10. Nº e % de óbitos dos casos de TB não tratados ou tratados por outros Serviços - Por outras causas - Por TB	5 (13%) 8 (22%)	4 (14%) 2 (7%)	11 (20%) 0	9 (14%) 5 (8%)	6 (17%) 5 (14%)	2 (7%) 2 (7%)
11. Nº e % de casos de TB diagnosticados nas US/SSC	38 (36%)	38 (41%)	39 (30%)	22 (19%)	22 (26%)	37 (40%)
12. Nº e % de casos TB com tratamento no SSC.	67 (65%)	61 (66%)	61 (50%)	50 (44%)	47 (56%)	67 (71%)
13. Nº e % de casos TB em tratamento compartilhado com o SSC.	0	4 (4%)	6 (5%)	1 (1%)	2 (2%)	1 (1%)
14. % e Nº de casos de TB c/ tra ^{to} no SSC com testagem para o HIV	97% (65)	92% (56)	91% (56)	92% (46)	96% (45)	97% (65)
15. % e Nº de casos de TB que não realizaram testagem para o HIV	3% (2)	8% (5)	8% (5)	8% (4)	4% (2)	3% (2)
16. % de coinfeção TB-HIV nos casos com tra ^{to} no SSC.	20% (13)	27% (15)	23% (13)	20% (9)	20% (9)	23% (15)

Notas explicativas do quadro 4:

1 O número de SR do território é estimado em 1% da população. No SSC, 1% do número de pessoas cadastradas nas US.

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.

3 O número estimado de CN de TB em Porto Alegre é calculado com base na incidência da doença ao longo do tempo nos diferentes territórios. A incidência nos territórios das 12 US do SSC variou entre 66 e 140 casos/100 mil habitantes.

4 O item 4 apresenta o número de pessoas que tiveram TB pela primeira vez (CN) moradores do território do SSC e que foram notificados no SINAN de Porto Alegre.

5 O item 5 apresenta o número total de pessoas residentes no território sob responsabilidade do SSC que tiveram TB (CN e retratamentos) e foram notificados no SINAN de Porto Alegre.

6 O item 6 apresenta o número de casos que tiveram mudança de diagnóstico.

7 O item 7 apresenta o número e % do tipo de TB identificada nos moradores do território do SSC.

8 O item 8 apresenta o número e % de casos de TB com diagnóstico realizados fora da APS/AB, em hospitalização, serviços de referência de TB, ambulatórios especializados e serviços de emergência.

9 O item 9 apresenta o número e % de casos de TB em pessoas do território do SSC tratados em outros serviços (fora da APS).

10 O item 10 apresenta o número e % de pessoas com TB que foram a óbito e estavam sendo tratados por outros serviços ou não foram tratados para a doença.

11 O item 11 apresenta o número e % de casos de TB diagnosticados pelas 12 US do SSC.

12 O item 12 apresenta o número e % de casos de TB com início do tratamento em uma US do SSC, independente do local de diagnóstico.

13 O item 13 apresenta o número e % de casos de TB com tratamento compartilhado entre APS e Serviços de Referência.

14 Apresenta o percentual de casos de TB testados para HIV no SSC. Em Porto Alegre, em 2016, o percentual de testagem foi de 88% e no RS de 84%. No Brasil o percentual de testagem em 2016 foi de 73%.

15 Apresenta o número e % de casos de TB do SSC em que foi ofertado o teste anti-HIV, mas não aceitaram realizar o teste.

16 Apresenta o % de casos com coinfeção TB-HIV nos casos de TB acompanhados na 12 US do SSC. Em 2016, Porto Alegre teve um percentual de co-infecção TB-HIV de 25%; o RS de 19% e o Brasil de 9%.

Quadro 5 - Síntese da série histórica (2006 a 2010) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US do SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
17. Desfecho de todos os casos que realizaram tratamento nas US do SSC						
Nº de casos em tratamento no SSC	18	28	49	51	64	64
Nº e % de casos transferidos do SSC para outro serviço	1 (5%)	1 (4%)	1 (2%)	3 (6%)	1 (2%)	8 (13%)
Nº e % de altas por cura	10 (56%)	21 (75%)	32 (66%)	37 (73%)	47 (74%)	39 (61%)
Nº e % de alta por abandono	5 (28%)	4 (14%)	12 (24%)	11 (21%)	9 (14%)	17 (26%)
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 CN que realizaram tratamento nas US do SSC						
Nº de casos em tratamento no SSC	14	23	42	49	56	37
Nº e % de casos transferidos do SSC para outro serviço	1 (7%)	1 (4%)	1 (2%)	3 (6%)	1 (2%)	3 (8%)
Nº e % de altas por cura	9 (64%)	17 (74%)	30 (71%)	36 (74%)	45 (80%)	28 (76%)
Nº e % de alta por abandono	2 (14%)	3 (13%)	8 (19%)	10 (20%)	6 (11%)	5 (13%)
Nº e % de alta por óbito	2 (14%)	2 (9%)	2 (5%)	-	3 (5%)	1 (3%)
Nº e % de falência do EB	-	-	1 (2%)	-	1 (2%)	-
19. Nº de casos compartilhados com o SSC	0	0	0	0	0	2
20. % e Nº de casos TB que realizaram TDO nas US do SSC	-	4% (1)	8% (4)	14% (7)	19% (12)	32% (21)

Quadro 5 - Síntese da série histórica (2010 a 2014) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US do SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	2012	2012	2013	2014	2015	2017
17. Desfecho de todos os casos que realizaram tratamento nas US do SSC						
Nº de casos em tratamento no SSC	67	61	61	50	47	65
Nº e % de casos transferidos do SSC para outro serviço	6 (9%)	5 (8%)	6 (10%)	4 (8%)	3 (6%)	3 (5%)
Nº e % de altas por cura	50 (75%)	46 (75%)	42 (69%)	34 (68%)	34 (72%)	47 (72%)
Nº e % de alta por abandono	9 (13%)	9 (15%)	10 (16%)	9 (18%)	9 (19%)	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 (1%)
18. Desfecho dos CN que realizaram tratamento nas US do SSC						
Nº de casos em tratamento no SSC	52	48	51	36	37	56
Nº e % de casos transferidos do SSC para outro serviço	6 (11%)	4 (8%)	4 (8%)	4 (11%)	3 (8%)	2 (4%)
Nº e % de altas por cura	42 (81%)	38 (80%)	39 (76%)	25 (70%)	28 (76%)	40 (71%)
Nº e % de alta por abandono	3 (6%)	6 (12%)	6 (12%)	4 (11%)	5 (13%)	9 (16%)
Nº e % de alta por óbito	1 (2%)	-	2 (4%)	3 (8%)	1 (3%)	4 (7%)
Nº e % de falência do EB	-	-	-	-	-	-
19. Nº de casos compartilhados	0	4	5	1	2	1
20. % e Nº de casos TB que realizaram TDO no SSC	25% (17)	43% (28)	54% (36)	47% (24)	43% (21)	34% (23)

Notas explicativas do quadro 5

17 Apresenta o desfecho do acompanhamento de todos os casos de TB tratados nas 12 US do SSC.

18 Apresenta o desfecho do acompanhamento dos CN de TB tratados no SSC. Para referência da análise, em 2016 o % de cura dos CN de TB pulmonar, em Porto Alegre foi ~62%, no RS 63% e no Brasil 72%; o % de abandono foi 16% em Porto Alegre, 17% no RS e 10% no Brasil. O MS recomenda

uma taxa de abandono em torno de 5% dos casos. Os principais fatores associados ao abandono identificados no SSC foram: coinfeção TB-HIV, uso de álcool e outras drogas, pessoas em situação de rua e pessoas envolvidas com situações ilegais (tráfico de drogas, entre outros).

19 Apresenta o desfecho do acompanhamento dos casos de TB com tratamento compartilhado entre o SSC e outros serviços.

20 Apresenta o percentual de realização de TDO para casos de TB. Em PoA no ano de 2016 15,3% dos CN realizaram TDO; no RS 17,2% e no Brasil 36,3%. O SSC preconiza TDO para no mínimo 40% dos casos de TB (pessoas em vulnerabilidade social).

No Quadro 4 constata-se (linhas 14,15 e 16) que as US do SSC alcançam, desde 2008, um excelente percentual de realização do exame anti-HIV para pessoas com TB que vem se mantendo dentro da meta (90% ou mais de testagem para identificação da coinfeção TB/HIV). O percentual de coinfeção TB-HIV encontrado ao longo do tempo foi $\geq 20\%$. A testagem para identificação da coinfeção TB/HIV em Porto Alegre foi de 88% nos CN e a coinfeção TB/HIV foi $\sim 25\%$.

Nos Quadros 4 e 5 constata-se que alguns indicadores da AP da TB que vinham melhorando pioraram nos últimos dois anos, entretanto, em 2017, houve uma pequena melhora. Observa-se que:

- a. a investigação de SR (linha 2) aumentou de 21% (2006) para 68% (2014), mas caiu para 54% (2015) e 48% (2016). Em 2017, 70% de SR foram investigados;
- b. a localização dos CN de TB identificados no território e notificados no SINAN Municipal (linha 4) era de 54% da estimativa de CN/ano (2006); chegou a 100% (2014 e 2015) caiu para 78% em 2016. Em 2017, ocorreu melhora com 99% de localização dos casos;
- c. a redução do número de casos de TB tratados fora da APS (linha 9) que era de 72% (2006) e passou para 30% (2013) voltou a crescer; em 2014, passou para 45%, em 2015, para 56% e em 2016, para 42%. Houve melhora em 2017 e as US trataram 71% dos casos;
- d. o número de casos de TB diagnosticados na APS (linha 11) que era de 26% (2006), passou para 54% (2010), voltou a cair e nos dois últimos anos se igualou ao período pré implantação da descentralização da atenção à TB no SSC;
- e. a vinculação dos casos de TB nas US do SSC para tratamento (linha 12) aumentou de 28%, em 2006, para 73%, em 2010, mas caiu para 44% (2015) e 56% (2016). Entretanto melhorou em 2017 (71%);
- f. a implantação do tratamento compartilhado entre APS e Serviços de Referência (linha 13) que iniciou em 2% (2011) e passou para 5% dos casos (2014) caiu para 1% (2015), 2% (2016) e 1% (2017);
- g. a ampliação do percentual de cura de todos os casos de TB que vinha ocorrendo (linhas 17 e 18) e chegou a 75% (2012 e 2013) caiu nos três últimos anos para 69% (2014), 68% (2015), 72% (2016 e 2017);
- h. a ampliação significativa da cura dos CN de TB que vinha ocorrendo (linhas 17 e 18) e chegou a 80% (2010, 2012 e 2013) caiu para a faixa dos 71% (2014, 2015, 2016 e 2017);
- i. a redução do abandono dos CN de TB (linhas 17 e 18) que foi alcançado em 2012 (6%) aumentou nos últimos quatro anos para $\sim 12\%$;

Nos Quadros 4 e 5 e nas Tabelas deste relatório, também constata-se que alguns indicadores da AP da TB não melhoraram ao longo do tempo ou pioraram nos últimos anos, entre eles:

- a. o aumento nos últimos seis anos da proporção de casos de TB diagnosticados em internação hospitalar, serviço de emergência e ambulatorios especializados (linha 8) passando de 46% (2010) para 56% (2011), 64% (2012), 60% (2013), 70% (2014), 81% (2015), 74% (2016) e 61% (2017);
- b. o alto percentual de óbitos de caso de TB na internação hospitalar (linha 10) em sua maioria sem tratamento da doença ou em tratamento irregular fora da APS;

Analisando-se o trabalho realizado pode-se dizer que é possível implantar na APS o controle da TB de forma descentralizada por meio de uma Ação Programática, pois houve o envolvimento e aceitação das atividades por um número significativo de profissionais das equipes de saúde o que produziu melhores resultados nas taxas de cura dos casos, quando comparados com os dados de Porto Alegre. Entretanto, o desenvolvimento das ações previstas na AP da TB não ocorre 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 Gerência de Saúde Comunitária.

Tendo em vista os resultados negativos em diversos indicadores da TB acompanhados ao longo do tempo no SSC é importante compreender os problemas enfrentados pelas equipes e os fatores que levaram e/ou impediram um trabalho mais integrado e uma melhor comunicação relacionada a esse tema. Espera-se que estes dados estimulem a reflexão nas equipes de saúde sobre a necessidade de intensificar os esforços na busca ativa dos SR (integração do trabalho do ACS com a equipe) e no diagnóstico precoce dos casos pulmonares.

Os esforços da maioria das equipes de saúde somados à descentralização das ações, as atividades constantes de sensibilização sobre o problema realizadas pelo setor de M&A e parcerias institucionais, as atividades de educação permanente, as ações de matriciamento realizadas por pneumologista do HNSC, a supervisão direta e indireta nas US e a participação do Serviço de Pneumologia do HNSC em todas essas atividades, constituem-se nos fatores que mantêm o funcionamento da Ação Programática da TB nos últimos anos.

Contudo, existem interferências que prejudicam o processo de trabalho das equipes, dificultando ou impedindo 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), aumento da demanda geral da APS e fragilidade das redes de apoio como a saúde mental e assistência social que não conseguem fazer um trabalho integrado 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. Estas deficiências reduzem o investimento e a motivação de alguns profissionais para lidar com a vulnerabilidade social/econômica e falta de rede social de apoio.

O desafio para o SSC continua sendo intensificar a identificação e avaliação dos SR na comunidade e a investigação dos contatos de caso de TB; implementar a gestão de caso e o tratamento diretamente observado (TDO) para todas as pessoas acometidas pela doença, ações que poderão

aumentar o diagnóstico precoce na APS, ampliar a vinculação com o serviço de saúde, reduzir os percentuais de abandono e falência do tratamento.

Referências

- 1- World Health Organization. The Global Plan to Stop TB 2011-2015: transforming the fight. Towards elimination of tuberculosis. Geneva: WHO; 2011. Disponível em: http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf
- 2- World Health Organization. THE STOP TB STRATEGY. Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. Geneva: WHO; 2006. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/2006/who_hm_tb_2006_368.pdf
- 3- World Health Organization. The Global Plan to Stop TB 2015-2050: transforming the fight. Towards elimination of tuberculosis. Geneva: WHO; 2011.
- 4- World Health Organization. Global tuberculosis report 2016. Geneva: WHO; 2016. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/publications/global_report/en
- 5- World Health Organization. Global tuberculosis report 2018. End TB. France: WHO; 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf?ua=1>
- 6- World Health Organization. Global tuberculosis control: WHO report 2012. Geneva: WHO; 2013.
- 7- World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. End TB. France: WHO; 2017. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_main_text.pdf
- 8- Ferreira SRS, Ferreira RLT, Glasenapp R, Flores R. Linha de Cuidado da Tuberculose: trabalhando na perspectiva da construção de redes de atenção à Saúde. In Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Tuberculose na Atenção Primária à Saúde. organização de Sandra Rejane Soares Ferreira et al; 3. ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2015. p. 23-48.
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/24/Plano-Nacional-Tuberculose.pdf>
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil. Vol 48, n 8, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/23/2017-V-48-N-8-Indicadores-priorit-rios-para-o-monitoramento-do-Plano-Nacional-pelo-Fim-da-Tuberculose-como-Problema-de-Sa-de-P-blica-no-Brasil.pdf>
- 11- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Vol 49, n 11, Mar. 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>
- 12- Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS-POA). Relatório Anual de gestão: 2017. Porto Alegre, 2018.
- 13- Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS-POA). Coordenadoria Geral de Vigilância à Saúde (CGVS). Boletim Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Ano X, nº 36, fevereiro de 2008.
- 14- Ministério da Saúde (Brasil). Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Serviço de Saúde Comunitária. Ação Programática para atenção às pessoas com tuberculose no Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Organizado por Ferreira, Sandra Rejane Soares. 4ª ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

7. 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 APS²⁷ 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 2017. 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.

7.1 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 43.

²⁷ STARFIELD, B. PRIMARY CARE. **Concepts, Evolution and Policy**. Oxford University Press, New York, 1992.

Tabela 43 - 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	16	16	100	-	-
Conceição	614	555	90	59	10
Vila Floresta	354	299	84	55	16
Divina Providência	188	151	80	37	20
Sesc	261	224	86	37	14
Barão de Bagé	147	129	88	18	12
Jardim Leopoldina	454	374	82	80	18
Parque dos Maias	364	285	78	79	22
Jardim Itu	250	224	90	26	10
Santíssima Trindade	285	168	59	117	41
NSA	250	197	78	53	22
Coinma	201	169	84	32	16
Costa e Silva	189	150	79	39	21
SSC	3573	2941	82	632	18

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).²⁸ 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.²⁹ A Tabela 44 apresenta o percentual de internação por CSAP por US do SSC e a Tabela 45 a série histórica dos motivos de internações por CSAP do SSC.

Tabela 44 - 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	16	2	12	14	88
Conceição	614	112	18	502	82
Vila Floresta	354	70	20	284	80
Divina Providência	188	34	18	154	82
Sesc	261	54	21	207	79
Barão de Bagé	147	22	15	125	85
Jardim Leopoldina	454	86	19	368	81
Parque dos Maias	364	62	17	302	83
Jardim Itu	250	48	19	202	81
Santíssima Trindade	285	50	18	235	82
NSA	250	47	19	203	81
Coinma	201	31	15	170	85
Costa e Silva	189	31	16	158	84
SSC	3573	649	18	2924	82

²⁸ BILLINGS, J. ANDERSON, G. NEWMAN L. Recent findings on preventable hospitalizations. **Health Aff**; n.15, p. 239-49, 1996;

²⁹ 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 45 - Série histórica (2007 a 2017) da distribuição das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em cadastrados no SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1. Doenças infecciosas e parasitárias	25	30	23	28	37	35	21	25	19	13	13
1.1 Doenças imunizáveis	10	9	7	13	10	12	6	6	6	6	3
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	15	21	16	15	27	23	15	19	13	7	10
2. GEA infecciosas e suas complicações	38	36	32	41	43	29	27	21	24	22	34
3. Anemia ferropriva	8	6	6	2	2	2	3	3	7	2	3
4. Deficiências nutricionais	8	6	4	3	1	1	3	1	2	4	0
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	40	39	57	60	44	28	31	15	23	28	18
6. Pneumonias bacterianas	134	155	204	194	111	105	80	83	86	91	72
7. Asma	112	123	127	142	126	89	59	67	62	60	86
8. Doenças vias aéreas inferiores	56	62	47	58	45	33	23	19	25	40	27
9. Hipertensão	34	21	10	12	6	6	2	6	3	7	5
10. Angina pectoris	30	32	31	20	12	12	20	21	23	24	28
11. Insuficiência Cardíaca	79	85	95	93	50	43	48	51	49	52	57
12. Doenças cerebrovasculares	128	121	119	106	89	92	102	79	80	85	91
13. Diabetes Melito	90	71	43	52	47	27	38	25	35	21	28
14. Epilepsia	31	33	40	44	44	30	37	27	40	34	19
15. Infecção do rim e trato urinário	61	56	75	104	79	63	66	61	63	71	50
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	40	34	43	48	51	36	41	48	62	47	61
17. Doença inflamatória pélvica feminina	26	28	32	26	19	16	14	10	10	8	16
18. Úlceras gastrointestinais	33	33	33	38	30	21	20	26	24	26	23
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	7	14	26	24	10	12	13	16	17	22	15
19.1 Infecções urinárias na gestação	6	10	24	19	4	5	5	8	6	2	3
19.2 Sífilis congênita	1	4	2	5	6	7	8	8	11	20	12
19.3 Rubéola congênita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20. Câncer do colo do útero	5	9	11	7	9	3	12	5	-	7	3
Total de internações por CSAP	985	994	1058	1102	855	683	660	609	654	664	649
	(26%)	(25%)	(26%)	(24%)	(23%)	(21%)	(20%)	(20%)	(19%)	(19%)	(18%)
Total de internações	3769	3914	4100	4676	3711	3267	3365	3119	3405	3451	3573

7.2 MORBIDADE HOSPITALAR DO ADULTO

Na Tabela 46, apresenta-se a distribuição das internações em maiores de dezoito anos, série histórica, cujos diagnósticos tratam-se de CSAP. E a Tabela 47 a distribuição das condições sensíveis por US do SSC.

Tabela 46 - Série histórica (2007 a 2017) da distribuição das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em usuários com 19 ou mais anos de idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1. Doenças infecciosas e parasitárias	14	25	20	13	27	22	16	22	15	10	10
1.1 Doenças imunizáveis	3	5	5	1	2	2	1	4	5	4	0
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	11	20	15	12	25	20	15	18	10	6	10
2. GEA infecciosas e suas complicações	17	7	10	13	12	9	5	8	11	7	18
3. Anemia ferropriva	6	6	4	1	2	2	3	2	7	2	2
4. Deficiências nutricionais	6	5	4	3	0	1	1	1	1	3	0
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	3	1	3	1	4	5	4	3	3	3	1
6. Pneumonias bacterianas	102	119	138	135	79	71	55	58	53	62	64
7. Asma	16	11	5	7	8	2	1	2	4	4	5
8. Doenças vias aéreas inferiores	56	62	46	57	43	32	22	19	25	40	26
9. Hipertensão	34	21	10	12	6	6	1	6	3	7	5
10. Angina pectoris	30	32	31	20	12	12	20	21	23	24	28
11. Insuficiência Cardíaca	79	85	95	93	50	43	48	50	49	52	56
12. Doenças cerebrovasculares	128	121	117	106	87	92	102	79	79	85	91
13. Diabetes Melito	88	70	43	49	42	26	37	22	32	21	23
14. Epilepsia	18	14	23	11	16	8	16	11	12	14	8
15. Infecção do rim e trato urinário	50	43	58	71	53	40	46	56	41	57	42
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	27	25	30	30	35	24	24	25	42	37	48
17. Doença inflamatória pélvica feminina	24	27	30	24	17	16	11	9	10	8	15
18. Úlceras gastrointestinais	32	30	33	37	30	21	20	26	24	26	23
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	6	9	21	15	2	2	3	7	5	2	3
19.1 Infecções urinárias na gestação	6	9	21	15	2	2	3	7	5	2	3
20. Câncer do colo do útero	5	9	11	7	9	3	12	5	0	7	3
Total de internações por CSAP	741	722	732	705	534	437	447	432	439	471	471
	(25%)	(18%)	(20%)	(19%)	(19%)	(18%)	(17%)	(18%)	(17%)	(17%)	(16%)
Total de internações	3014	3160	3262	3623	2791	2464	2590	2449	2632	2733	2941

Tabela 47 - 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 Matias	Jardim Itú	Santíssima Trindade	NSA	Coima	Costa e Silva	Total
1. Doenças infecciosas e parasitárias	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	2	1	1	10
1.1 Doenças imunizáveis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	2	1	1	10
2. GEA infecciosas e suas complicações	0	8	2	0	1	0	1	0	0	3	0	0	3	18
3. Anemia ferropriva	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
4. Deficiências nutricionais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
6. Pneumonias bacterianas	0	12	4	4	14	1	7	4	4	5	3	3	3	64
7. Asma	0	2	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	5
8. Doenças vias aéreas inferiores	0	4	3	1	6	0	2	2	4	0	3	0	1	26
9. Hipertensão	0	2	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	5
10. Angina pectoris	0	4	5	3	2	2	3	3	2	0	1	1	2	28
11. Insuficiência Cardíaca	0	11	7	4	3	1	10	2	9	3	5	0	1	56
12. Doenças cerebrovasculares	0	18	8	2	5	7	6	16	9	3	5	7	5	91
13. Diabetes Melito	0	4	0	0	2	1	7	1	0	3	2	3	0	23
14. Epilepsia	0	2	0	0	0	0	0	2	1	0	1	2	0	8
15. Infecção do rim e trato urinário	0	8	5	1	5	3	6	5	2	2	2	2	1	42
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	0	13	4	4	3	1	5	6	3	2	2	2	3	48
17. Doença inflamatória pélvica feminina	1	2	1	0	1	1	4	2	1	0	0	1	1	15
18. Úlceras gastrointestinais	0	8	5	0	1	0	2	1	1	1	1	2	1	23
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	3
19.1 Infecções urinárias na gestação	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	3
20. Câncer do colo do útero	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3
Total de internações por CSAP	2	99	46	20	45	17	57	47	40	25	27	24	22	471
Total de internações	16	555	299	151	224	129	374	285	224	168	197	169	150	2941

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

7.3.1 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.

7.3.2 RESULTADOS

Nos últimos 16 anos ocorreram 12.411 internações em menores de 19 anos entre os usuários do SSC, nos hospitais do GHC. Sendo assim, uma média de 776 internações em menores de 19 anos ocorre a cada ano no GHC. Em 2017, houve 632 internações em menores de 19 anos de idade (Tabela 48).

Tabela 48 - Série histórica (2002 a 2017) 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 e 2}
2002	751	2,5
2003	775	2,5
2004	784	2,6
2005	697	2,3
2006	721	2,4
2007	755	2,5
2008	754	2,5
2009	838	2,8
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	632	2,9
Total	12411	-

Notas:

1 - a população de 0 a 18 anos do SSC segundo IBGE 2000 é de 30.395 pessoas.

2 - 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 2,9% da população com menos de 19 anos de idade, a variação desse resultado nas unidades do SSC é significativa, entre 1,3% na US Jardim Itú e 9,6%, na US Santíssima Trindade (Tabela 49).

Tabela 49 - 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 2017	
	n	n	%
Conceição	3359	59	1,8
Vila Floresta	3026	55	1,8
Divina Providência	1355	37	2,7
Sesc	1258	37	2,9
Barão de Bagé	972	18	1,9
Jardim Leopoldina	2640	80	3,0
Parque dos Maias	2568	79	3,1
Jardim Itu	2048	26	1,3
Santíssima Trindade	1244	117	9,4
NSA	1079	53	4,9
Coinma	1225	32	2,6
Costa e Silva	1244	39	3,1
SSC	22018	632	2,9

Tabela 50 - 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	245	39	-
1	61	10	48
2	34	5	54
3	32	5	59
4	29	5	63
5	25	4	67
6	22	3	71
7	13	2	73
8	20	3	76
9	17	3	79
10	18	3	82
11	17	3	84
12	8	1	86
13	12	2	88
14	6	1	88
15	11	2	90
16	17	3	93
17	25	4	97
18	20	3	100
Total	632	100	-

7.3.2.1 HOSPITALIZAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)

Em 2017, 178 (28%) das 632 internações em menores de 19 anos de idade foram por CSAP. O Gráfico 18 apresenta uma série histórica (2001 a 2017) do percentual de internações por CSAP nos quatro hospitais do GHC, entre moradores menores de 19 anos do território do SSC. A Tabela 51 evidencia a proporção de internação por CSAP por US do SSC e a Tabela 52 uma série histórica dos motivos de internação por CSAP.

Em 2017, nasceram 937 crianças no território de atuação do SSC; foram notificados 40 casos de gestantes com sífilis e 12 crianças com sífilis congênita, o que resulta em uma taxa de detecção de sífilis em gestante e crianças de 42 e 13 em 1.000 nascidos vivos, respectivamente. As taxas de detecção de

sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita em Porto Alegre, capital com maior incidência de sífilis congênita do país, são de 23 e 29/1000.³⁰ Torna-se importante salientar que a captação dos casos de gestantes com sífilis no SSC ocorre, além da ficha de investigação epidemiológica, também através de identificação de exames laboratoriais positivos para sífilis, o que justificaria uma maior detecção de casos na gestação no SSC que em Porto Alegre, e talvez um menor número de casos em crianças. De qualquer maneira, estamos com incidências muito elevadas.

Gráfico 18 - Série histórica (2001 a 2017) 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

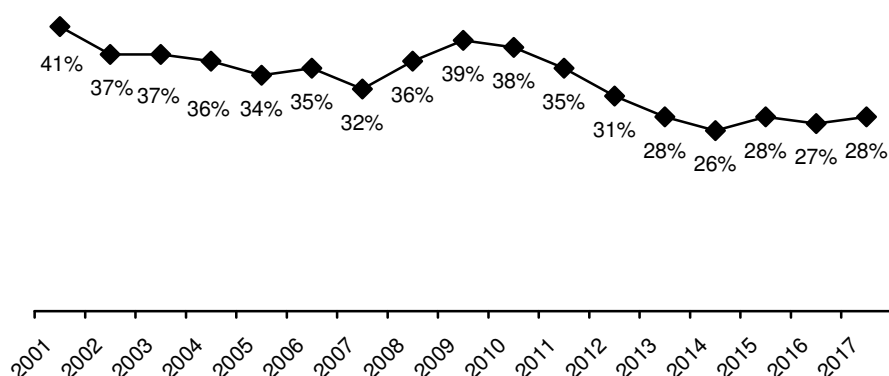


Tabela 51 - Distribuição das internações por condições sensíveis e não sensíveis à APS em usuários de zero a dezoito anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	internação por CSAP		internação por motivos não CSAP		total de internações
	n	%	n	%	n
Conceição	13	22	46	78	59
Vila Floresta	24	44	31	56	55
Divina Providência	14	38	23	62	37
Sesc	9	24	28	76	37
Barão de Bagé	5	28	13	72	18
Jardim Leopoldina	29	36	51	64	80
Parque dos Maías	15	19	64	81	79
Jardim Itu	8	31	18	69	26
Santíssima Trindade	25	21	92	79	117
NSA	20	38	33	62	53
Coinma	7	22	25	78	32
Costa e Silva	9	23	30	77	39
SSC	178	28	454	72	632

³⁰ <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>

Tabela 52 - Série histórica (2007 a 2017) da distribuição das internações por CSAP em usuários de zero a dezoito anos de idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1. Doenças infecciosas e parasitárias	11	5	3	15	10	13	5	3	4	3	3
1.1 Doenças imunizáveis	7	4	2	12	8	10	5	2	1	2	3
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	4	1	1	3	2	3	0	1	3	1	0
2. GEA infecciosas e suas complicações	21	29	22	28	31	20	22	13	13	15	16
3. Anemia ferropriva	2	0	2	1	0	0	0	1	0	0	1
4. Deficiências nutricionais	2	1	0	0	1	0	2	0	1	1	0
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	37	38	54	59	40	23	27	12	20	25	17
6. Pneumonias bacterianas	32	36	66	59	32	34	25	25	33	29	8
7. Asma	96	112	122	135	118	87	58	65	58	56	81
8. Doenças vias aéreas inferiores	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	1
9. Hipertensão	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
10. Angina pectoris	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11. Insuficiência Cardíaca	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
12. Doenças cerebrovasculares	0	0	2	0	2	0	0	0	1	0	0
13. Diabetes Melito	2	1	0	3	5	1	1	3	3	0	5
14. Epilepsia	13	19	17	33	28	22	21	16	28	20	11
15. Infecção do rim e trato urinário	11	13	17	33	26	23	20	5	22	14	8
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	13	9	13	18	16	12	17	23	20	10	13
17. Doença inflamatória pélvica feminina	2	1	2	2	2	0	3	1	0	0	1
18. Úlceras gastrointestinais	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	1	5	5	9	8	10	10	9	12	20	12
19.1 Infecções urinárias na gestação	0	1	3	4	2	3	2	1	1	0	0
19.2 Sífilis congênita	1	4	2	5	6	7	8	8	11	20	12
19.3 Rubéola congênita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20. Câncer do colo do útero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de internações por CSAP	244 (32%)	272 (36%)	326 (39%)	397 (38%)	321 (35%)	246 (31%)	213 (28%)	177 (26%)	215 (28%)	193 (27%)	178 (28%)
Total de internações	755	754	838	1051	920	807	775	670	773	718	632

Tabela 53 - 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 Maíes	Jardim Itú	Santíssima Trindade	NSA	Coima	Costa e Silva	Total
1. Doenças infecciosas e parasitárias	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3
1.1 Doenças imunizáveis	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. GEA infecciosas e suas complicações	3	1	0	0	0	5	1	0	2	2	1	1	16
3. Anemia ferropriva	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
4. Deficiências nutricionais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	1	3	1	1	1	4	1	1	2	1	0	1	17
6. Pneumonias bacterianas	1	0	2	0	0	3	0	0	1	1	0	0	8
7. Asma	5	10	6	8	3	12	5	4	11	11	2	4	81
8. Doenças vias aéreas inferiores	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
9. Hipertensão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10. Angina pectoris	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11. Insuficiência Cardíaca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
12. Doenças cerebrovasculares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13. Diabetes Mellito	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	5
14. Epilepsia	1	0	1	0	0	1	3	1	2	2	0	0	11
15. Infecção do rim e trato urinário	1	3	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	8
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	0	2	1	0	1	0	0	2	4	0	0	3	13
17. Doença inflamatória pélvica feminina	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
18. Úlceras gastrintestinais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	3	2	0	0	2	2	0	1	1	1	0	12
19.1 Infecções urinárias na gestação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19.2 Sífilis congênita	0	3	2	0	0	2	2	0	1	1	1	0	12
19.3 Rubéola congênita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20. Câncer do colo do útero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de internações por CSAP	13	24	14	9	5	29	15	8	25	20	7	9	178
Total de internações	59	55	37	37	18	80	79	26	117	53	32	39	632

7.3.2.2 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 como um período vulnerável à saúde da família quando o acesso facilitado aos serviços de saúde torna-se fundamental.

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 54, 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 54 - 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	13	33	40
Vila Floresta	25	56	45
Divina Providência	31	97	32
Sesc	33	100	33
Barão de Bagé	9	75	12
Jardim Leopoldina	59	88	67
Parque dos Maias	2	15	13
Jardim Itu	15	28	54
Santíssima Trindade	60	95	63
NSA	16	35	46
Coinma	14	64	22
Costa e Silva	31	70	44
SSC	308	65	471

7.3.2.3 INTERNAÇÕES EM MENORES DE UM ANO DE IDADE

As internações de menores de um ano de idade (245) representam 39% do total das internações ocorridas entre usuários de zero a dezoito anos de idade. Os dois principais grupos de causas de internação correspondem às causas perinatais (41%) e às doenças respiratórias (25%) (Tabela 55).

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 55 - Série histórica (2007 a 2017) 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	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1 - Doenças Infecciosas e parasitárias	17	21	16	26	23	23	26	23	28	28	27
2- Neoplasias	4	1	3	1	3	2	1	0	0	0	0
3- Hematológicas, Imunológicas	2	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0
4- Endócrinas, nutricionais/metabólicas	10	11	5	8	7	2	5	4	3	4	4
5 Transtornos mentais e comportamentais	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
6- Doenças do Sistema Nervoso	4	5	3	4	7	7	5	6	4	7	7
7- Doenças dos olhos e anexos	0	1	1	3	0	0	0	0	1	4	1
8- Doenças do ouvido e mastóide	3	2	7	5	3	1	4	0	0	3	4
9- Doenças circulatórias	3	0	0	4	0	1	1	3	0	0	0
10- Doenças do aparelho respiratório	77	94	137	125	115	117	81	68	88	89	61
11- Doenças do aparelho digestivo	14	13	12	18	16	6	9	2	8	11	10
12- Doenças da pele e tecido subcutâneo	4	2	6	4	5	2	5	0	3	4	2
13- Doenças osteomusculares e tecido conjuntivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
14- Doenças genito-urinárias	7	5	5	11	6	6	6	1	11	8	4
16- Doenças perinatais	130	88	101	125	100	108	90	95	103	108	100
17- Malformações ou anomalias cromossômicas	5	2	5	6	5	4	2	6	3	8	4
18- Sintomas, sinais, exames anormais	15	17	7	12	21	15	20	9	13	19	11
19- Lesões, envenenamentos	4	6	5	3	3	4	6	3	3	5	8
20- Causas externas	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
21- Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços	1	2	3	3	2	3	2	1	4	7	2
SSC	301	270	318	360	320	301	263	221	272	306	245

7.4 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.³¹ As internações por CSAP são utilizadas para monitorar e avaliar serviços e ações de saúde, uma vez que muitos desses fatores implicados relacionam-se diretamente com os princípios da APS.

Internações em todas as faixas etárias e especificamente em adultos

Em 2017, 3.573 internações ocorreram entre moradores do território do SSC. Considerando as internações de todas as faixas etárias, o percentual de internações por CSAP foi de 18%.

Os motivos mais frequentes de internações por CSAP em todas as faixas etárias foram: 1º) Doença cérebro-vascular, 2º) asma, 3º) Pneumonia bacteriana, 4º) Infecção pele e tecido subcutâneo e 5º) Insuficiência cardíaca; as cinco primeiras causas correspondem a 57% das internações por CSAP.

Entre os usuários adultos (19 anos ou mais) o percentual de internação por CSAP foi de 16%, resultado semelhante aos alcançados em anos anteriores. As três condições sensíveis mais frequentes que levaram adultos a internarem nos hospitais de GHC foram: doenças cérebro-vasculares, pneumonias bacterianas e insuficiência cardíaca. As doenças cardiovasculares (hipertensão, angina, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e diabetes melito) correspondem a 43% das internações por CSAP.

Observa-se que 18% das internações dos moradores de todas as faixas etárias do território do SSC registradas no GHC, ocorrem nas duas primeiras décadas de vida, ou seja, entre menores de 19 anos de idade, com variações significativas entre as US (de 10% nas US Jardim Itu e Conceição a 41% na US Santíssima Trindade). Para esse grupo específico ações de vigilância constituem-se no Programa De Volta pra Casa.

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

O percentual de 2,9% de internação em usuários de 0 a 18 anos de idade do SSC 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.

O principal motivo de internação por CSAPS continua sendo asma. A seguir, mas com uma frequência bem abaixo, encontramos: infecção de ouvido, nariz e garganta; gastroenterites; infecções de pele; epilepsia e sífilis congênita. Sugere-se manter a inclusão das CSAP nos temas de educação permanente das equipes, como já acontece em asma e sífilis.

A incidência de sífilis adquirida vem crescendo 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

³¹ 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.

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.

Os motivos de internação em menores de um ano continuam estáveis, sendo as causas perinatais os principais motivos, seguido das doenças respiratórias e infecto-parasitárias. Em 2017, capítulo sobre bronquiolite foi incluído nas Rotinas de Atenção à Asma e, atualmente, as rotinas de Atenção à Saúde da Criança está sendo reescrita e irá contemplar um capítulo novo sobre as principais intercorrências na infância e critérios de encaminhamento e hospitalização.

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

Rui Flores



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

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

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

A seguir são apresentadas Tabelas com os diagnósticos e problemas agrupados por capítulos da CID (uma Tabela para o SSC e outra para as US) e os 30 diagnósticos e problemas mais freqüentes (para o SSC e para as US).

Tabela 56 - 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	11778	9632	13668	12035	15057	13194	13580	14180	12016	13223	13395	12021	153779
11. Doenças do aparelho digestivo	2006	1581	2259	2125	2787	2632	2645	2761	2232	2545	2486	2213	28272
9. Doenças do aparelho circulatório	1674	1438	2064	1724	2549	1976	1948	2116	1828	1821	2050	1948	23136
10. Doenças do aparelho respiratório	798	635	1577	1315	2395	2905	2578	2129	1473	1495	1392	995	19687
5. Transtornos mentais e comportamentais	1239	843	1310	1194	1753	1456	1357	1552	1355	1508	1591	1406	16564
4. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	940	773	1089	931	1301	1019	1015	1082	980	1006	1130	1075	12341
18. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	801	564	1033	816	995	939	1066	1109	962	1053	1141	959	11438
13. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	796	656	925	744	1060	844	853	1005	812	950	1030	828	10503
14. Doenças do aparelho geniturinário	590	459	686	527	697	617	592	673	578	560	628	587	7194
1. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	586	507	608	486	701	518	575	646	539	637	588	568	6959
12. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	503	457	534	395	515	434	543	559	545	520	511	526	6042
8. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	222	213	253	190	254	258	257	241	222	217	181	239	2747
19. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	237	189	242	202	219	196	208	244	195	234	272	181	2619
6. Doenças do sistema nervoso	153	130	179	143	212	177	198	210	194	180	188	166	2130
7. Doenças do olho e anexos	170	104	148	138	168	162	200	208	151	145	147	157	1898
2. Neoplasias (tumores)	65	55	62	66	87	69	80	95	73	79	81	85	897
20. Causas externas de morbidade e mortalidade	48	39	52	43	34	25	28	44	45	57	44	56	515
3. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	39	38	52	31	54	43	37	43	27	48	45	28	485
15. Gravidez, parto e puerpério	34	12	30	16	22	14	21	18	27	22	21	20	257
17. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	15	14	13	10	18	20	18	17	14	15	14	9	177
16. Algumas afecções originadas no período perinatal	4	6	5	6		1	10	5	8	4	3	7	59
SSC	22698	18345	26789	23137	30878	27499	27809	28937	24276	26319	26938	24074	307699

Tabela 57 - Distribuição dos diagnósticos e problemas frequentes por capítulo da CID, por US.
SSC/GHC, Porto Alegre, RS

	Consultório na Rua	Conceição	Floresta	Divina Providência	Sesc	Barão de Bage	Jardim Leopoldina	Parque dos Matias	Jardim Itú	Santíssima Trindade	NSA	Coima	Costa e Silva	Total
21. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	1084	25712	12671	8595	8920	9277	18652	16880	15491	7106	9690	13605	6096	153779
11. Doenças do aparelho digestivo	-	2087	2763	2146	2839	1896	2940	2924	2271	2421	2752	1749	1484	28272
9. Doenças do aparelho circulatório	-	4123	3077	1437	2167	1399	2794	1349	2033	1152	1463	912	1230	23136
10. Doenças do aparelho respiratório	-	2070	1556	1331	1300	1377	2240	1775	1642	1477	1818	1682	1419	19687
5. Transtornos mentais e comportamentais	755	3514	1372	379	1376	1635	1895	557	1471	776	673	1464	697	16564
4. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	2432	1373	866	1020	854	1555	616	1164	668	769	533	491	12341
18. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	-	1565	1081	1304	997	1079	879	548	1049	853	933	499	651	11438
13. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	-	1538	738	505	903	663	1250	699	1184	659	1133	724	507	10503
14. Doenças do aparelho geniturinário	-	1362	576	391	610	459	753	411	683	457	582	503	407	7194
1. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	65	594	513	370	695	813	635	346	735	616	653	442	482	6959
12. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	666	469	339	458	419	468	321	652	545	486	544	675	6042
8. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	335	222	143	215	190	238	353	361	137	222	156	175	2747
19. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	-	156	169	223	193	331	133	173	246	298	277	190	230	2619
6. Doenças do sistema nervoso	-	407	209	60	261	144	221	71	253	110	122	161	111	2130
7. Doenças do olho e anexos	-	304	156	97	146	142	282	151	138	92	131	149	110	1898
2. Neoplasias (tumores)	-	147	82	32	110	66	117	52	99	23	70	43	56	897
20. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	62	38	40	41	82	12	25	87	41	29	6	52	515
3. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	-	70	53	32	59	49	74	9	59	21	25	15	19	485
15. Gravidez, parto e puerpério	-	20	14	13	43	11	20	7	38	14	35	9	33	257
17. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	-	21	18	15	18	14	18	10	10	20	15	2	16	177
16. Algumas afecções originadas no período perinatal	-	5	1	2	6	15	6	4	8	3		1	8	59
SSC	1904	47190	27151	18320	22377	20915	35182	27281	29674	17489	21878	23389	14949	307699

Tabela 58 - 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 Maías	Jardim Itú	Santíssima Trindade	NSA	Coima	Costa e Silva	Total
Z76.0 Emissão de prescrição de repetição	-	6415	882	2522	2941	1717	5133	2979	4135	853	1160	15	568	29320
I10 Hipertensão essencial	-	3318	2656	1274	1708	1151	2408	1223	1594	1017	1208	766	990	19313
Z00 Exame geral invest	-	6582	1336	60	78	657	736	3528	772	1142	1072	2016	300	18279
Z01.2 Exame dentário	-	1024	766	901	979	1150	1064	1120	1331	684	908	861	642	11430
Z76 Pessoas com serv	-	1519	653	529	102	752	545	394	445	82	353	2517	787	8678
Z71 Pessoa com serv	-	66	2560	5	8	117	5183	17	14	19	350	34	27	8400
Z71.2 Pessoa que consulta p/explic	-	532	925	601	842	483	907	695	531	683	651	416	204	7470
Z75.2 Outro período de espera p/invest e tratamento	-	1149	1153	1151	469	545	194	934	1005	137	193	62	126	7118
E11 Diabetes mellitus não-insulino-dependente	-	663	648	590	537	339	493	534	930	355	563	415	453	6520
Z00.1 Exame de rotina de saúde da criança	-	857	844	556	327	476	836	268	491	314	238	293	174	5674
K03.6 Depósitos nos dentes	-	555	629	440	435	443	487	580	370	665	453	246	327	5630
Z01.4 Exame ginecológico	-	453	538	573	297	91	593	718	607	449	581	463	249	5612
K04 Doença da polpa e dos tec. periapicais	-	997	408	152	334	188	757	696	298	187	532	428	351	5328
Z71.9 Aconselhamento NE	-	229	475	412	589	421	464	482	415	549	578	221	426	5261
Z34 Supervisão de gravidez normal	782	643	97	3	3	156	83	1984	73	55	6	635	2	4522
F32 Episódios depressivos	-	392	282	349	495	282	484	633	274	528	282	147	282	4430
J45 Asma	-	1353	496	88	193	194	611	115	343	28	306	488	145	4360
J00 Nasofaringite aguda	-	307	383	372	200	261	527	458	292	515	295	295	279	4184
Z10 Exame geral de rotina subpopulação definida	-	311	399	16	186	449	535	235	400	325	471	651	106	4084
Z01 Outro exame invest	-	22	36	57	5	86	13	3	588	2	679	2490	16	3997
Z76.1 Superv. cuid. saúde de crianças assistidas	-	264	195	176	119	215	592	91	396	360	274	248	118	3048
Z71.3 Aconselhamento e supervisão dietéticos	-	139	432	105	322	75	203	389	420	174	282	469	3	3013
M54 Dorsalgia	-	297	192	129	132	264	831	234	517	59	81	218	24	2978
Z48 Outro seguimento cirúrgico	-	515	187	98	114	66	338	366	192	50	455	420	166	2967
Z50.4 Psicoterapia NCOP	-	1400	737	63		374	3	104	3	78	3	122	42	2929
F41 Outro transt. ansiosos	-	607	6	62	159	412	525	22	173	148	1	569	186	2870
J06 Infecção agudas vias aéreas super. loc. mult.	-	411	124	63	55	133	277	19	227	242	64	238	30	1883
R10 Dor abdominal e pélvica	-	205	48	442	9	4	308	256	38	30	96	62	260	1758
A09 Diarreia e gastroenterite orig. infecção presumida	-	244	125	139	116	163	184	85	101	148	109	201	131	1746
SSC	782	31572	18311	12007	11917	11878	25560	19263	17174	9972	12409	16135	7544	194524

Tabela 59 - 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 Maías	Jardim Itú	Santíssima Trindade	NSA	Coima	Costa e Silva	Total
Z76.0 Emissão de prescrição de repetição	-	6415	882	2522	2941	1717	5133	2979	4135	853	1160	15	568	29320
Z00 Exame geral invest pess s/queix diagn relat	-	6767	1362	74	155	747	754	3708	851	1321	2168	2023	325	20255
I10 Hipertensão essencial	-	3318	2656	1274	1708	1151	2408	1223	1594	1017	1208	766	990	19313
Z01 Outr exam invest esp pess s/queix diag relat	-	1325	986	1085	1129	1383	1660	1247	1755	1156	1364	1120	820	15030
Z76 Pessoas cont serv saúde em outr circunst	-	1954	1277	785	541	852	898	974	2228	362	806	3073	798	14548
Z71 Pess cont serv saúde outr acons cons med NCOP	782	867	2682	133	86	446	5285	2037	182	131	374	804	86	13895
K02 Carie dentária	-	575	943	612	857	484	968	709	630	696	698	422	349	7943
Z71.2 Pessoa que consulta p/explic achados exame	-	1149	1153	1151	469	545	194	934	1005	137	193	62	126	7118
Z75 Probl relac facilid medic outr cuid saúde	-	671	655	596	543	339	497	692	932	357	569	418	458	6727
K03 Outr doenc dos tec dentários duros	-	525	624	631	447	109	722	864	681	497	633	553	274	6560
E11 Diabetes mellitus não-insulino-dependente	-	954	848	556	471	510	840	278	498	321	242	295	242	6055
Z00.1 Exame de rotina de saúde da criança	-	555	629	440	435	443	487	580	370	665	453	246	327	5630
Z01.4 Exame ginecológico	-	997	408	152	334	188	757	696	298	187	532	428	351	5328
K04 Doenc da polpa e dos tec periapicais	-	231	476	412	589	421	468	498	415	550	578	221	427	5286
F32 Episódios depressivos	-	1440	534	139	340	367	632	200	464	55	346	503	160	5180
M54 Dorsalgia	-	618	289	273	326	264	525	411	404	321	629	428	259	4747
Z34 Supervisão de gravidez normal	-	403	284	353	560	283	485	635	275	549	286	147	301	4561
J45 Asma	-	338	387	372	296	278	531	491	305	530	311	296	323	4458
Z10 Exame geral de rotina subpopulação definida	-	276	37	58	7	86	42	15	615	3	679	2490	16	4324
Z48 Outr seguimento cirurgico	-	1564	1079	149	3	378	4	667	37	82	4	122	173	4262
J00 Nasofaringite aguda	-	311	399	16	186	449	535	235	400	325	471	651	106	4084
Z50 Cuidados envolv uso proced de reabilitação	-	615	7	62	227	466	581	24	178	194	136	572	187	3249
K05 Gengivite e doenc periodontais	-	134	236	216	506	526	244	283	158	217	289	210	119	3138
J06 Infecç agudas vias aéreas super loc mult NE	-	297	258	572	156	106	309	280	232	245	224	90	325	3094
Z71.3 Aconselhamento e supervisão dietéticos	-	297	192	129	132	264	831	234	517	59	81	218	24	2978
F41 Outr transt ansiosos	-	499	152	91	210	220	488	73	322	270	98	246	77	2746
R10 Dor abdominal e pélvica	-	279	158	158	201	199	185	112	150	211	240	207	161	2261
Z02 Exame med e consulta c/finalid admin	-	86	232	189	167	54	259	1	211	242	238	135	101	1915
Z30 Anticoncepção	-	154	99	121	285	192	35	129	133	314	104	110	165	1841
N30 Cistite	-	463	127	81	72	19	196	126	163	44	178	252	29	1750
SSC	782	34077	20051	13402	14379	13486	26953	21335	20138	11911	15292	17123	8667	217596

Tabela 60 - 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	Total
F10 Transt mentais comport dev uso alcool	6230	5	-	6235
F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat	2603	-	2	2605
F31 Transt afetivo bipolar	25	1214	54	1293
F20 Esquizofrenia	20	808	18	846
F14 Transt mentais e comport dev uso da cocaina	822	-	-	822
F99 Transt mental NE em outr parte	-	801	-	801
F32 Episodios depressivos	5	573	21	599
F25 Transt esquizoafetivos	-	208	5	213
F33 Transt depressivo recorrente	2	189	6	197
F60 Transt especificos da personalidade	3	172	-	175
F12 Transt mentais comport dev uso canabinoides	156	-	-	156
F41 Outr transt ansiosos	-	110	28	138
F71 Retardo mental moderado	-	114	13	127
F70 Retardo mental leve	1	87	5	93
F91 Disturbios de conduta	-	-	58	58
F90 Transt hipercineticos	-	-	57	57
Z76.0 Emissao de prescricao de repeticao	-	12	41	53
F84 Transt globais do desenvolv	-	1	39	40
F15 Transt ment comp uso outr estim incl cafeina	37	-	-	37
F40 Transt fobico-ansiosos	-	25	10	35
F98 Outr transt comp emoc c/inicio inf adolesc	-	-	32	32
F92 Transt mistos de conduta e das emocoes	1	-	29	30
F06 Outr transt ment lesao disf cereb doenc fis	-	27	-	27
F42 Transt obsessivo-compulsivo	-	13	1	14
F23 Transt psicoticos agudos e transitorios	-	-	13	13
F72 Retardo mental grave	-	12	-	12
F79 Retardo mental NE	-	-	12	12
F39 Transt do humor NE	-	11	-	11
F13 Transt mentais comport dev uso sedat hipnot	10	-	-	10
F81 Transt especif desenvolv habilidade escolar	-	-	10	10
Total	9915	4382	454	14751
Total (todos os diagnósticos ou problemas)	9925	4406	468	14799



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL