



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

Volume 13

Indicadores de Saúde

Relatório Anual 2018



Porto Alegre - RS
Agosto de 2019
Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A



© 2019. Indicadores de Saúde Relatório Anual 2018. 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 – André Cecchini

Diretor Administrativo e Financeiro – Cláudio da Silva Oliveira

Diretor Técnico – Francisco Antônio Zancan Paz

Serviço de Saúde Comunitária

Gerente do Serviço de Saúde Comunitária – Helena Beatriz Silveira Cunha

Coordenador do Serviço de Saúde Comunitária - Simone Faoro Bertoni

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

Organizadores

Rui Flores

Silvia Takeda

Djalmo Sanzi Souza

Autores

Daniela Montano Wilhelms

Djalmo Sanzi Souza

Maria Lúcia Medeiros Lenz

Rui Flores

Sandra Rejane Soares Ferreira

Silvia Takeda

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

Carla Maria Pinto da Silva

Daniela Montano Wilhelms

Djalmo Sanzi Souza

Fátima Delurjan Ferreira Neves

Giane Seixas Biondani

Maria Lúcia Medeiros Lenz

Rui Flores

Sandra Rejane Soares Ferreira

Silvia Takeda

Vera Terezinha Santos de Oliveira

Distribuição eletrônica

Gerência de Informática do GHC

Contato:

Hospital Nossa Senhora da Conceição

Serviço de Saúde Comunitária

Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde

Telefone (51)3255-1735

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

Cristo Redentor

Email: monitoramentosscc@ghc.com.br

Porto Alegre – RS – 91350-200

Apresentação

O Relatório Anual apresenta um conjunto de indicadores e informações utilizados para monitorar e avaliar as ações de saúde desenvolvidas e os resultados alcançados, em 2018, 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 desenvolvidos no SSC com o propósito de acompanhar as ações programáticas dirigidas a problemas freqüentes, e também em outros sistemas de informação de âmbito nacional.

O Relatório de 2018 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	12
1.2.5 Tipos de parto.....	12
1.3 COMENTÁRIOS.....	14
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. SAÚDE DA MULHER	21
3.1 VIGILÂNCIA DO CÂNCER DE MAMA.....	22
3.1.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS	22
3.1.2 RESULTADOS	23
3.1.2.1 Razão de mamografias.....	23
3.1.2.1 Cobertura de mamografias.....	23
3.2 VIGILÂNCIA DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO	25
3.2.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS	26
3.2.2 RESULTADOS	27
3.2.2.1 Cobertura de mulheres com exame citológico de colo uterino.....	27
3.2.2.2 Coletas de exame citológico por categoria profissional	30
3.2.2.3 Qualidade do exame citológico de colo uterino	30
3.2.2.4 Acompanhamento de mulheres cujos exames citológicos apresentaram lesões de alto grau	36
3.3 COMENTÁRIOS.....	36
4. ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETE MELITO, TABAGISMO E ASMA.....	41
4.1 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO, DIABETE MELITO E OUTROS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES	42

4.1.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS	44
4.1.2 RESULTADOS	45
4.1.3 COMENTÁRIOS.....	62
4.1.3.1. Cobertura e Controle.....	62
4.1.3.2. Fatores de Risco	64
4.1.3.3. Lesões em Órgãos Alvo	64
4.1.3.4. Qualidade do registro	65
4.1.3.5. Aspectos a serem aperfeiçoados	65
4.2 O CONTROLE DO TABAGISMO	66
4.2.1 OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	67
4.2.2 RESULTADOS	67
4.2.3 COMENTÁRIOS.....	68
4.3 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM ASMA	69
4.3.1 OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	69
4.3.2 RESULTADOS	69
4.3.3 COMENTÁRIOS.....	70
5. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICAS DAS DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	73
5.1 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC) E OUTROS AGRAVOS.....	73
5.1.1 COMENTÁRIOS.....	75
5.2 ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM TUBERCULOSE	76
5.2.1 PANORAMA DE TUBERCULOSE NO BRASIL E NO MUNDO	76
5.2.2 A DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À TUBERCULOSE NO SSC	79
5.2.3 OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	80
5.2.4 RESULTADOS	81
5.2.5 COMENTÁRIOS.....	87
6. MORBIDADE HOSPITALAR	95
6.1 INTERNAÇÕES EM TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS	95
6.2 MORBIDADE HOSPITALAR DO ADULTO.....	97
6.3 MORBIDADE HOSPITALAR NAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PROGRAMA DE VOLTA PRA CASA.....	99
6.3.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS	99
6.3.2 RESULTADOS	100
6.3.2.1 Hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária (CSAP).....	101
6.3.2.2 Tempo decorrido entre a internação e o contato da equipe com a família	105
6.3.2.3 Internações em menores de um ano de idade.....	105
6.4 COMENTÁRIOS	107
7. NECESSIDADES EM SAÚDE: DIAGNÓSTICOS E PROBLEMAS FREQUENTES NOS AMBULATÓRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE.....	109

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 2018 dos territórios do SSC por local de nascimento, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	13
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 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	23
Tabela 9 - 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	24
Tabela 10 - Distribuição do número e proporções mamografias realizadas em mulheres com menos de 50 anos, entre 50 e 69 anos, com mais de 69 anos e total, por US. SSC/GHC. Porto Alegre, RS.	24
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.	27
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.....	28
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.	29
Tabela 14 - Distribuição do número e percentuais de coletas de CP entre diferentes categorias profissionais, anos 2017 e 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	30
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.	31
Tabela 16 - Série histórica (2013 a 2018) da distribuição dos exames com alterações, tipo de alteração, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	33
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.	36
Tabela 18 - 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 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	46
Tabela 19 - 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 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	47
Tabela 20 - 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 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	49
Tabela 21 - 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 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	51
Tabela 22 - Distribuição dos usuários com DM conforme o controle glicêmico, no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	54
Tabela 23 - 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 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS..	56
Tabela 24 - 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 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	58
Tabela 25 - 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 26 - 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 27 - 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 28 - Série histórica (2013 a 2018) da distribuição dos diabéticos inscritos na ação programática que consultaram com dentista, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	62
Tabela 29 - 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 2018. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	67
Tabela 30 - Número de grupos e distribuição dos usuários conforme uso de medicação e participação em atividades do Programa de Combate ao Tabagismo no ano de 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	68
Tabela 31 - Série histórica (2006 a 2018) do número de grupos realizados por US desde a implantação da Ação Programática no SSC, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	68
Tabela 32 - 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 33 - Série histórica de 2004 a 2018 das internações por asma em usuários com menos de dezenove anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	70
Tabela 34 - Série histórica (2009 a 2018) da distribuição do número de doenças de notificação compulsória (DNC) e outros agravos notificados, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	74
Tabela 35 - Distribuição das Doenças de Notificação Compulsória (DNC) e outros agravos notificados por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	74
Tabela 36 - Série histórica (2012 a 2018) da distribuição dos sintomáticos respiratórios (SR) examinados (investigados), em números absoluto e percentuais, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	81
Tabela 37 - Série histórica (2015 – 2018) 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.....	82
Tabela 38 - Série histórica (2011 a 2018) 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.....	83
Tabela 39 - Número de casos novos (CN) de TB esperados e identificados, número total de casos de TB notificados no território do SSC, local de diagnóstico e de tratamento, janeiro a dezembro de 2018. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	83
Tabela 40 - Número de casos novos e total de casos de tuberculose, notificados em 2018, em pessoas residentes no território do SSC, local de tratamento, tratamento diretamente observado (TDO) e desfecho de todos os casos acompanhados nas 12 US do SSC/GHC, em 2018. Porto Alegre, RS. 2019.....	84
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 2017 e 2018, Porto Alegre, RS, 2019.....	86
Tabela 42 - Série histórica (2011 a 2018) da distribuição do número de pessoas em tratamento para infecção latente da tuberculose (ILTb ou quimioprofilaxia), por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS, 2019.....	86
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.....	96
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.....	96
Tabela 45 - Série histórica (2007 a 2018) da distribuição das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em cadastrados no SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	97
Tabela 46 - Série histórica (2007 a 2018) da distribuição das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em usuários com 19 ou mais anos de idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	98
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.....	99
Tabela 48 - Série histórica (2002 a 2018) da distribuição das internações dos usuários de 0 a 18 anos nos quatro hospitais do GHC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	100
Tabela 49 - Distribuição da população e das internações em usuários de zero a dezoito anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	101
Tabela 50 - Distribuição das internações em usuários de zero a dezoito anos de idade, por idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS. 101	
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.....	102
Tabela 52 - Série histórica (2007 a 2018) da distribuição das internações por CSAP em usuários de zero a dezoito anos de idade. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	103
Tabela 53 - Distribuição das internações por CSAP em usuários de zero a 18 anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	104
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.....	105
Tabela 55 - Série histórica (2007 a 2018) 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.....	106
Tabela 56 - Distribuição dos diagnósticos e problemas frequentes por capítulo da CID por mês. SSC/GHC, Porto Alegre, RS	110

Tabela 57 - Distribuição dos diagnósticos e problemas freqüentes por capítulo da CID, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	111
Tabela 58 - Distribuição dos trinta diagnósticos ou problemas mais freqüentes, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	112
Tabela 59 - Distribuição dos trinta diagnósticos ou problemas mais freqüentes com o agrupamento do 4º dígito da classificação, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	113
Tabela 60 - Distribuição dos trinta diagnósticos ou problemas mais freqüentes com o agrupamento do 4º dígito da classificação, por CAPS. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	114
Tabela 61 - Distribuição do número de atividades coletivas e número de participantes (em parênteses) por tipo de atividade, por mês, por US. SSC/GHC. Porto Alegre, RS.....	115
Tabela 62 - Distribuição do número de atividades coletivas e número de participantes (em parênteses) por tipo de atividade, por mês, por US. SSC/GHC. Porto Alegre, RS.....	116
Tabela 63 - Distribuição do número de grupos, por mês, por CAPS. SSC/GHC, Porto Alegre, RS,	117

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 2018. 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 2018. 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 2017 e 2018. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	28
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 2017 e 2018. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	73
Quadro 4 - Síntese da série histórica (2006 a 2012) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US do SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	89
Quadro 5 - Síntese da série histórica (2006 a 2012) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US do SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	91

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Série histórica (1999 a 2018) 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 2018) 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 2018). 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, 2018, SSC/GHC.....	25
Gráfico 7 - Distribuição do número de mulheres com histologia de câncer de mama, por idade. SSC/GHC. 2018.....	25
Gráfico 8 - Série histórica (2002 a 2018) da distribuição do número de coletas de exames citológicos, por ano. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.....	29
Gráfico 9 - Série histórica (2003 a 2018) da proporção de exames citológicos de colo uterino alterados entre o total de exames citológicos realizados. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	35
Gráfico 10 - Série histórica de 2010 a 2018 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 de 2010 a 2018 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 (2007-2018). SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	65
Gráfico 13 - Série histórica (2006 a 2018) do percentual de Sintomáticos Respiratórios identificados e examinados (investigados) nos territórios das 12 US do SSC. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	81
Gráfico 14 - Série histórica (2006 a 2018) 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.	82
Gráfico 15 - Série histórica (2006 a 2018) do percentual de cura e de abandono dos Casos Novos (CN) de TB tratadas nas US do SSC/GHC, incluindo todos os desfechos, em pessoas residentes no território sob responsabilidade deste serviço, Porto Alegre, RS.	84
Gráfico 16 - Série histórica (2006 a 2018) do percentual de casos de TB acompanhados nas 12 US do SSC que receberam tratamento diretamente observado (TDO). SSC/GHC, Porto Alegre, RS.	85
Gráfico 17 - Série histórica (2006 a 2018) 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.	85
Gráfico 18 - Série histórica (2001 a 2018) 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.	102

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 sistematicamente os motivos de hospitalizações em gestantes e o tipo de parto.

Paralelamente, este ano, foi feita avaliação da qualidade do pré-natal no que diz respeito às orientações, procedimentos e os exames complementares realizados, entre aquelas que concluíram o pré-natal no SSC em 2018.

1.2 RESULTADOS

1.2.1 COBERTURA DE PRÉ-NATAL

Em 2018, nasceram 861 crianças nos territórios do SSC, dentre as quais, 852 (99%) mães realizaram o pré-natal e 9 (1%) não realizaram, conforme Sistema Nacional de Nascidos Vivos. As equipes do SSC acompanharam 443 gestantes, ou seja, aproximadamente 51% 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.

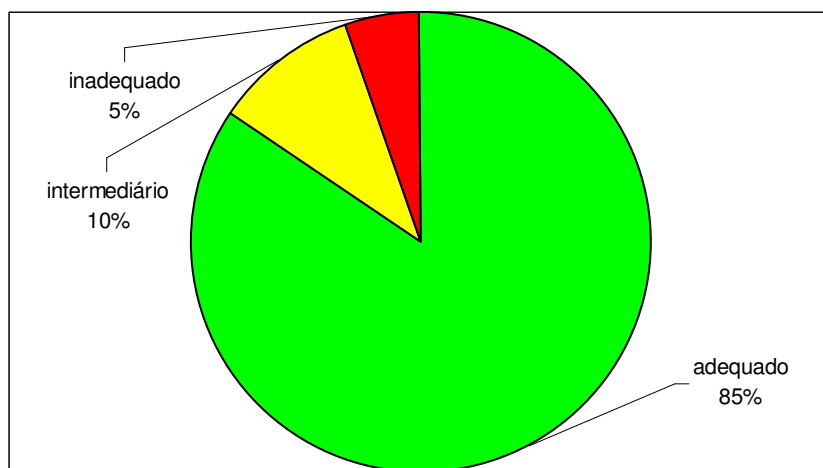
Em 2018, 337 gestantes foram avaliadas quanto ao IK e entre elas 85% apresentaram índice adequado (Figura 1). A Tabela 1 apresenta a distribuição do IK nas unidades do SSC, que variou de 68 a 100%. A meta pactuada no SSC foi alcançar 89% das gestantes com IK adequado. O Gráfico 1 apresenta a série histórica do IK no SSC, de 1999 a 2018.

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	285	16	3
3 a 5 consultas	12	6	5
< 3 consultas	4	5	1

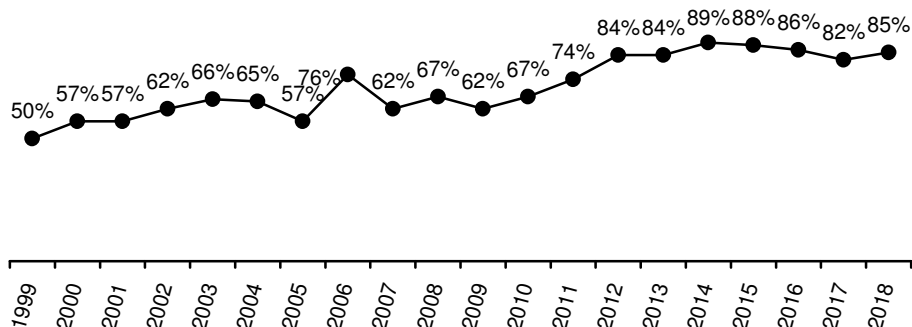
número total de gestantes avaliadas	337	
adequado	85%	285
intermediário	10%	34
Inadequado	5%	18

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

	Gestantes com término da gravidez em 2018		Pré-natal adequado %
	Todas	Com pré-natal completo no SSC*	
Conceição	56	38	79
Vila Floresta	31	16	81
Divina Providência	40	17	94
Sesc	55	43	91
Barão de Bagé	31	17	88
Jardim Leopoldina	61	29	90
Parque dos Maias	57	43	98
Jardim Itu	27	13	92
Santíssima Trindade	83	61	75
NSA	46	29	76
Coinma	22	9	100
Costa e Silva	27	22	68
SSC	536	337	85

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

Gráfico 1 - Série histórica (1999 a 2018) da proporção de gestantes cujo pré-natal realizado no SSC foi considerado adequado. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



No início de 2019, gestantes que concluíram o pré-natal no Serviço de Saúde Comunitária em 2018 e que obtiveram um IK adequado foram avaliadas quanto às orientações recebidas, procedimentos e exames complementares realizados.² Entre as 92 gestantes avaliadas, 95% realizaram todos os exames preconizados, 45% todos os procedimentos de exame físico e 44% todas as orientações preconizadas. Se considerarmos todos os parâmetros avaliados, apenas 25% dos pré-natais foram adequados. Ao mesmo tempo, 70% dos pré-natais foi realizado por médico/as e enfermeiro/as, e 90% das gestantes informou que o acompanhamento deu-se com os mesmos profissionais, denotando vínculo, uma característica do cuidado associada a melhores resultados em saúde.

1.2.3 HOSPITALIZAÇÕES DE GESTANTES DO TERRITÓRIO

Em 2018, ocorreram 62 (9%) hospitalizações por abortamento, 75 (11%) por complicações ocorridas na gestação ou puerpério e 528 (81%) hospitalizações por ocasião do parto, no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) ou Hospital Fêmina (HF), totalizando 655 hospitalizações em gestante no GHC (Tabela 2).

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

Motivo	Conceição	Vila Floresta	Divina Providência	Sesc	Barão de Bagé	Jardim Leopoldina	Parque dos Maías	Jardim Itú	Santíssima Trindade	NSA	Coinma	Costa e Silva	SSC
Parto	60	35	37	46	20	67	55	25	84	53	15	31	528
Gestação ectópica	0	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0	0	6
Abortamento	6	5	4	4	5	7	7	2	5	10	4	3	62
Hipertensão prévia ou gestacional	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Ameaça de aborto	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hiperemese gravídica	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Infecção urinária	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Diabete melito	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
Trabalho de parto precipitado	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Trabalho de parto com estado fetal não tranquilizador	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Complicações puerperais	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Afecções não especificadas	7	3	2	4	1	8	4	4	3	4	2	0	42
Total	76	43	49	54	28	84	70	32	94	70	21	34	655

² Lenz, MLM; Takeda, SM. Qualidade do pré-natal. Boletim Informativo em Saúde. N.189. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/arq.ptg.6.1.17914.pdf>

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

Em 2018, os hospitais do SUS foram referência para parto em 61% das famílias das nossas áreas de atuação (Tabela 3). O HNSC é referência para o parto de 94% das mães de recém-nascidos das áreas de atuação do SSC e que tiveram seus filhos em hospitais que atendem exclusivamente pelo SUS.

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

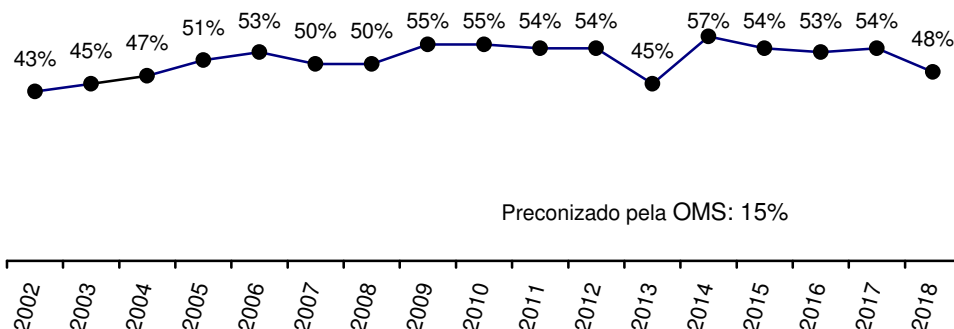
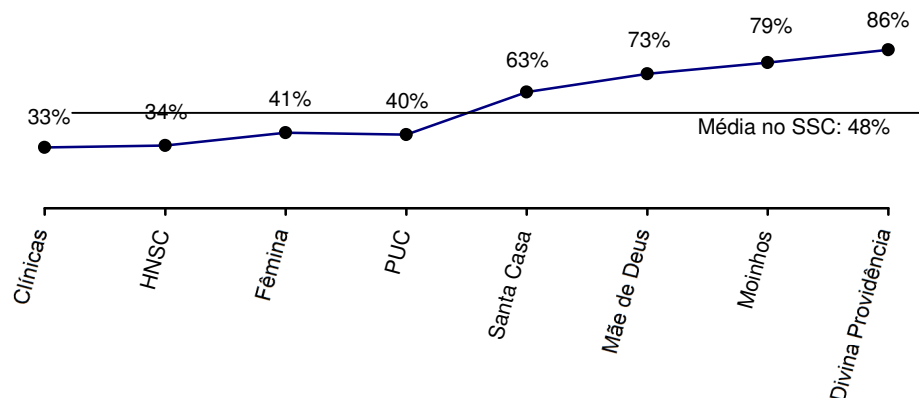
1.2.5 TIPOS DE PARTO

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 as 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% respectivamente³.

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, 48% de seus partos foram cirúrgicos (Gráfico 2), excetuando-se em 2013, quando o resultado apresentou declínio (45%) pois houve interrupção na digitação de Declarações de Nascidos Vivos (DNV) provenientes dos hospitais conveniados e particulares. Esse resultado pode estar relacionado ao percentual crescente de partos na maternidade do HNSC, entre as mulheres do território que tiveram seus filhos em hospitais exclusivamente SUS (85% em 2016, 89% em 2017 e 94% em 2018).

Tabela 3 - Distribuição dos recém-nascidos em 2018 dos territórios do SSC por local de nascimento, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	Recém-nascidos do território	Domicílio	Hospital Nsa Sra Conceição	Fêmnia	Pres. Vargas	Hospital de Clínicas	Santa Casa	PUC	Divina Providência	Mãe Deus	Moinhos de Vento	Outros
Conceição	92	-	51	3	-	3	5	2	7	8	12	1
Vila Floresta	91	-	30	1	2	-	5	-	10	9	33	1
Divina Providência	63	-	33	3	-	3	3	2	2	2	13	2
Sesc	61	-	44	-	1	4	5	1	2	2	1	1
Barão de Bagé	45	-	22	2	-	2	3	2	2	3	7	2
Jardim Leopoldina	117	-	58	3	3	6	13	6	10	11	6	1
Parque dos Maias	86	-	57	-	-	4	5	2	6	2	5	5
Jardim Itu	64	-	22	3	-	2	2	2	7	11	14	1
Santíssima Trindade	87	-	78	3	1	-	1	1	1	-	1	1
NSA	68	-	53	2	1	-	2	1	3	3	3	-
Coinma	46	-	16	1	-	1	2	1	11	8	4	2
Costa e Silva	41	-	31	1	2	-	3	-	2	-	-	2
SSC	861	-	495	22	10	25	49	20	63	59	99	19
Tipo de internação			SUS 527 (61%)			SUS ou convênio ou particular 94 (11%)			Convênio ou particular 240 (28%)			

Gráfico 2 - Série histórica (2002 a 2018) 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.³ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>

1.3 COMENTÁRIOS

Em 2018, a cobertura de pré-natal no SSC foi de 99%. Confirmando a literatura de que acesso ao pré-natal é um problema menor e que o foco deve ser o de melhorar a sua qualidade.

Em relação ao local de realização do pré-natal, estima-se que 51% 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 85% (variando de 68% a 100% 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%.⁴

O HNSC é o hospital mais procurado pelas gestantes do território do SSC, pois 94% dos partos no SUS ocorreram nesse hospital. Esta procura tem sido crescente nos últimos anos (85% em 2016 e 89% em 2017). O percentual de partos cirúrgicos entre as gestantes do SSC, em 2018, foi menor: 48%. Último ano com resultado semelhante foi em 2004 (47%), pois os resultado de 2013 não pode ser comparado devido a inúmeras perdas de DN's de crianças nascidas nos hospitais privados. Entretanto, as diferenças extremamente significativas entre os nascimentos ocorridos nos hospitais públicos e privados permanecem demonstrando que critérios inadequados são empregados para indicação de cesária.

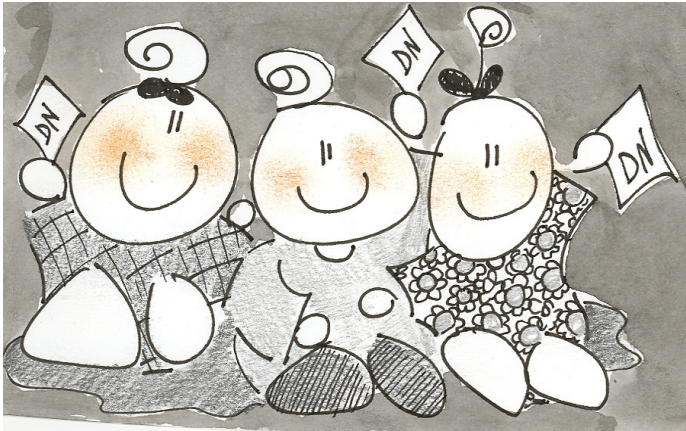
Em 2017, realizou-se a revisão das rotinas de pré-natal⁵. Nova revisão está prevista para 2020. Espera-se para os próximos anos, especialmente com a implantação do prontuário eletrônico, maior ênfase no monitoramento e avaliação – de forma sistemática - da qualidade do pré-natal no que diz respeito as recomendações preconizadas e seus registros.

⁴ <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf>

⁵ <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

A antiga sociedade rural com famílias numerosas morando próximas e mortalidade infantil elevada, foi sendo substituída por uma sociedade predominantemente urbana com um número de filhos reduzido, com arranjos familiares diversos e o risco de morte na infância diminuído. A atenção à saúde da criança e adolescente para atender às necessidades atuais precisa estar atenta às inequidades que ainda persistem e, ao mesmo tempo, focar em um novo perfil de morbidade que inclui problemas comportamentais, de saúde mental, relacionados a violência urbana e doméstica, sobrepeso e obesidade e de ascensão das condições crônicas.

Os indicadores utilizados para avaliar a atenção à criança no SSC 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 2018, recebemos 1.289 Declarações de Nascidos Vivos (DNVs). Destas, 28 (2%) não foram localizados nos endereços indicados, 94 (7%) mudaram-se para fora da área de abrangência, 95 (7%) foram consideradas fora da área de atuação do SSC e 211 (16%) foram identificadas em outras situações. Em 2018, considerou-se que 861 crianças nasceram no território de atuação do SSC.

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

Em 2018, entre as 861 crianças que nasceram e moram no território de atuação do SSC, 519 (60%) 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	92	49	53
Vila Floresta	91	35	38
Divina Providência	63	40	63
Sesc	61	33	54
Barão de Bagé	45	34	76
Jardim Leopoldina	117	49	42
Parque dos Maias	86	63	73
Jardim Itú	64	28	44
Santíssima Trindade	87	79	91
NSA	68	53	78
Coinma	46	19	41
Costa e Silva	41	37	90
SSC	861	519	60

2.2.2 ÉPOCA DE INÍCIO DA PRIMEIRA CONSULTA DE PUERICULTURA

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

Em 2018, 519 crianças menores de um ano realizaram consulta de puericultura no SSC; destas 341 (66%) as famílias trouxeram o recém-nascido às consultas espontaneamente e 178 (34%) 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 2018 esse percentual foi quase 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 2018). SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

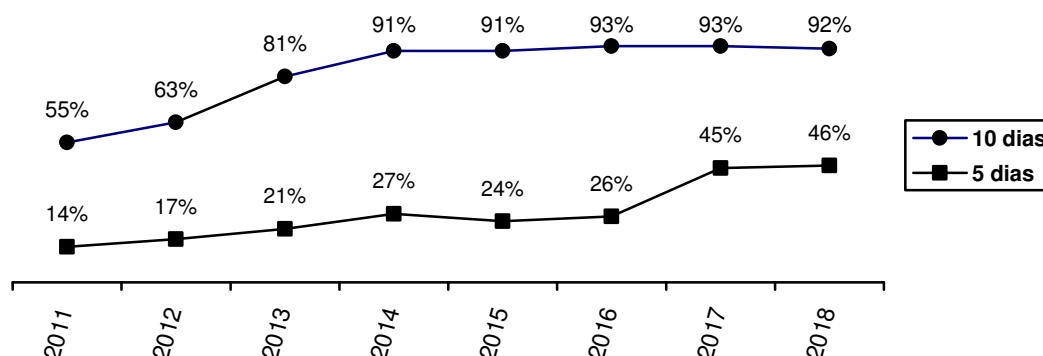


Tabela 5 - Distribuição das crianças nascidas no HNSC e HF que realizaram a 1ª consulta nos primeiros cinco e dez dias de vida, entre as que consultaram no SSC, por US do SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	1ª consulta no SSC	1ª consulta nos primeiros 5 dias		1ª consulta nos primeiros 10 dias	
	n	n	%	n	%
Conceição	38	18	47	34	89
Vila Floresta	26	7	27	23	88
Divina Providência	27	9	33	26	96
Sesc	23	10	43	22	96
Barão de Bagé	16	14	88	16	100
Jardim Leopoldina	36	10	28	31	86
Parque dos Maías	35	21	60	28	80
Jardim Itu	19	8	42	17	89
Santíssima Trindade	62	19	31	61	98
NSA	41	27	66	38	93
Coinma	11	2	18	10	91
Costa e Silva	26	22	85	24	92
SSC	360	167	46	330	92

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	49	48	98	31	65
Vila Floresta	35	34	97	26	76
Divina Providência	40	37	93	26	70
Sesc	33	32	97	18	56
Barão de Bagé	34	32	94	27	84
Jardim Leopoldina	49	49	100	26	53
Parque dos Maías	63	56	89	36	64
Jardim Itu	28	26	93	18	69
Santíssima Trindade	79	75	95	52	69
NSA	53	50	94	37	74
Coinma	19	18	95	14	78
Costa e Silva	37	37	100	31	84
SSC	519	494	95	342	69

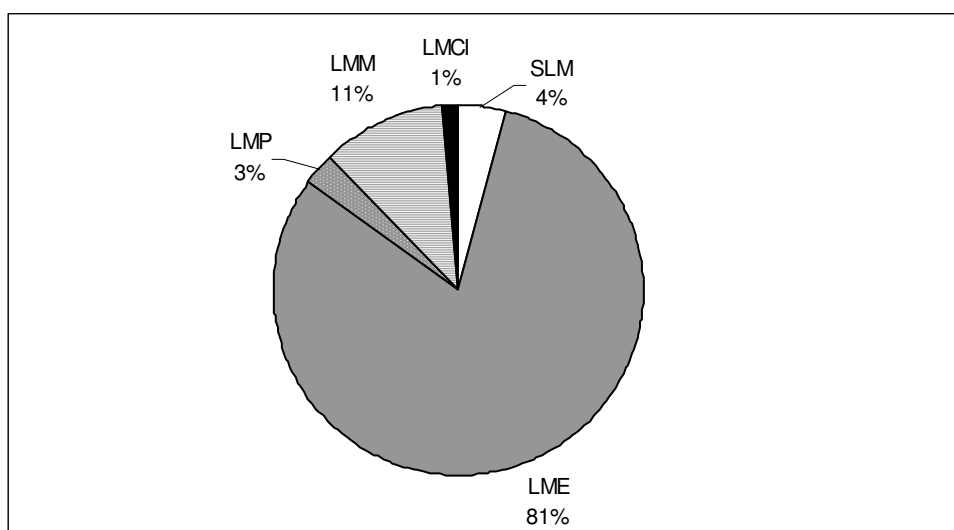
2.2.4 ALEITAMENTO MATERNO

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 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	3	6	35	71	0	-	11	22	0	-	49
Vila Floresta	3	9	27	77	1	3	4	11	0	-	35
Divina Providência	1	3	28	70	6	15	5	13	0	-	40
Sesc	1	3	30	91	1	3	1	3	0	-	33
Barão de Bagé	1	3	28	82	0	-	4	12	1	3	34
Jardim Leopoldina	1	2	39	80	1	2	7	14	1	2	49
Parque dos Maias	5	8	50	79	1	2	6	10	1	2	63
Jardim Itu	0	-	20	71	0	-	7	25	1	4	28
Santíssima Trindade	1	1	69	87	3	4	3	4	3	4	79
NSA	1	2	48	91	1	2	3	6	0	-	53
Coinma	0	-	17	89	0	-	2	11	0	-	19
Costa e Silva	4	11	29	78	1	3	3	8	0	-	37
SSC	21	4	420	81	15	3	56	11	7	1	519

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 2018, entre 861 crianças recém-nascidas no território, 519 (60%) iniciaram puericultura no SSC. Este percentual foi superior a 2016 (51%) e 2017 (55%); variou entre as 12 US (38% na US Vila Floresta e 91% na US Santíssima Trindade) e refletiu maior utilização do SSC para pré-natal (51%) nos últimos três anos. Conforme relatórios anteriores, nos últimos dez anos, as crianças que não consultam no SSC, têm acesso a serviços conveniados ou particulares.

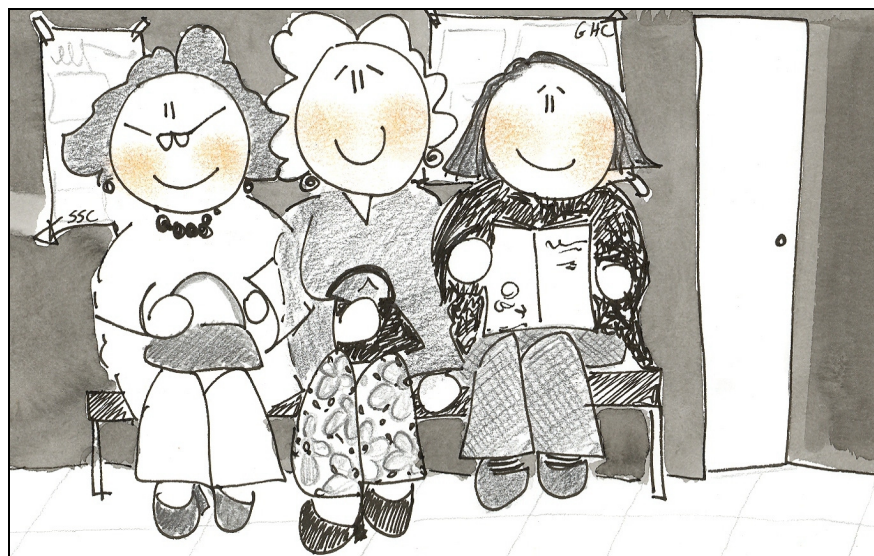
Consultar logo após o nascimento é importante para que as famílias recebam, em tempo hábil, orientações sobre amamentação, imunizações, detecção precoce de problemas e situações de maior risco. Em 2018, 92% das crianças nascidas no HF ou no HNSC, realizaram a primeira consulta nos primeiros 10 dias de vida. O percentual alcançado foi semelhante ao de 2017 (93%) e variou de 80 a 100% nas 12 US. A série histórica mostra uma melhora significativa nos últimos oito anos, inclusive de consulta nos primeiros cinco dias.

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, em 2017, 93% das crianças realizam teste do pezinho e 69% realizam no período preconizado. Em 2018, os resultados foram de 95% e 69%, não evidenciando mudança significativa. 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, em 2017, 85% das crianças estavam recebendo exclusivamente leite materno na primeira consulta de puericultura. Em 2018 esse resultado foi de 81%. As crianças que proporcionalmente mais encontram-se em aleitamento misto na primeira consulta são vinculadas às US Jardim Itu e Conceição. Nos próximos anos, com a implantação do prontuário eletrônico, o tipo de aleitamento será monitorado sistematicamente nos primeiros anos de vida.

3. SAÚDE DA MULHER

Daniela Montano Wilhelms



Neste capítulo são apresentados indicadores relacionados ao controle dos cânceres de mama e colo do útero. O SSC monitora e avalia sistematicamente os processos e resultados das atividades desenvolvidas nas equipes de saúde.

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.

A tendência da incidência de câncer de mama tem aumentado no mundo. Entretanto, nos países altamente desenvolvidos, a incidência atingiu uma estabilidade seguida de queda na última década, associado a uma combinação de melhoria na detecção precoce, por meio de rastreamento populacional, e intervenções terapêuticas mais eficazes. Apesar da taxa de mortalidade ser maior do que qualquer outro câncer, o câncer de mama tem letalidade relativamente baixa, visto que a taxa de mortalidade é menor que um terço da taxa de incidência.

A publicação “Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil” (INCA, 2018) prevê 59.700 casos novos de câncer da mama, com taxa de incidência de 56,33 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.⁶

O controle do câncer de mama tem sido uma das prioridades na agenda da Política Nacional de Saúde do Brasil. O Ministério da Saúde, por meio da publicação “Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil”, recomenda a identificação da doença em estágios iniciais por intermédio das estratégias de detecção precoce. A mamografia bienal para as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos é a estratégia de rastreio indicada, enquanto o diagnóstico precoce é formado pelo tripé: população alerta para os sinais e sintomas suspeitos; profissionais de saúde capacitados para avaliar os casos

⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da Incidência Câncer no Brasil. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018> Acesso em: 10/10/2019.

suspeitos; e sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna e com qualidade.⁷

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

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

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

No Brasil, a sua ocorrência apresenta diferenças regionais, sendo o primeiro mais incidente na Região Norte; nas Regiões Centro-Oeste e Nordeste está na segunda posição; no Sudeste e Sul ocupa a quarta posição.¹

O controle do câncer do colo do útero também tem sido uma das prioridades na agenda da Política Nacional de Saúde do Brasil. O método para rastreio do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citológico (exame de Papanicolaou), que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que já tiveram atividade sexual.⁹

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

3.1 VIGILÂNCIA DO CÂNCER DE MAMA

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

3.1.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS

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

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

O indicadores sob monitoramento são: cobertura de mamografia; razão de mamografia na população feminina entre 50 e 69 anos; o número de mulheres com câncer de mama acompanhadas no ano de 2018.

3.1.2 RESULTADOS

3.1.2.1 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 0,32 (Tabela 8).

Tabela 8 - 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	2822	1411	692	519	0,37
Vila Floresta	1057	529	299	220	0,42
Divina Providência	545	273	230	136	0,50
Sesc	577	289	120	79	0,27
Barão de Bagé	530	265	119	87	0,33
Jardim Leopoldina	2325	1163	388	273	0,23
Parque dos Maías	1163	582	225	154	0,26
Jardim Itu	1258	629	267	178	0,28
Santíssima Trindade	286	143	64	40	0,28
NSA	615	308	209	137	0,45
Coinma	776	388	136	84	0,22
Costa e Silva	545	273	140	109	0,40
SSC	12499	6250	2889	2016	0,32

3.1.2.1 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 45%, e a variação entre as equipes está entre 39 e 59%. As US Nossa Senhora Aparecida, Divina Providência e SESC apresentaram os melhores resultados do SSC, com coberturas superiores a 50%. Sete US aumentaram suas coberturas gerais em relação ao ano anterior, quatro mantiveram o mesmo resultado e uma diminuiu.

Quanto à proporção de mulheres que tiveram uma mamografia realizada nos últimos dois anos a cobertura encontra-se em 26% e a variação entre as US é de 22 a 39%. Nove US obtiveram aumento do indicador, duas mantiveram a mesma proporção e uma US diminuiu (Tabela 9).

A Tabela 10 apresenta faixa etária de realização da mamografia. As mulheres de 50 a 69 anos correspondem a 70% dos exames.

No Gráfico 6 encontra-se a distribuição das 26 mulheres que apresentaram BIRADS maior do que III na mamografia, por idade no ano de 2018. Destas, onze mulheres tiveram a confirmação do diagnóstico de carcinoma.

Foram identificadas, através dos resultados de histologia realizada em 2018 no GHC, 45 mulheres com resultado de carcinoma de mama. Destas, 60% encontram-se na faixa etária de rastreo e 11% em mulheres com menos do que 50 anos. (Gráfico 7)

Tabela 9 - 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	2822	1219	43	723	26
Vila Floresta	1057	521	49	333	32
Divina Providência	545	295	54	211	39
Sesc	577	303	53	158	27
Barão de Bagé	530	231	44	152	29
Jardim Leopoldina	2325	991	43	523	22
Parque dos Maías	1163	476	41	243	21
Jardim Itu	1258	485	39	302	24
Santíssima Trindade	286	141	49	68	24
NSA	615	361	59	229	37
Coinma	776	304	39	172	22
Costa e Silva	545	260	48	149	27
SSC	12499	5587	45	3263	26

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

Tabela 10 - Distribuição do número e proporções mamografias realizadas em mulheres com menos de 50 anos, entre 50 e 69 anos, com mais de 69 anos e total, por US. SSC/GHC. Porto Alegre, RS.

	< 50 anos		entre 50 e 69 anos		> 69 anos		total
	n	%	n	%	n	%	n
Conceição	79	11	519	75	94	14	692
Vila Floresta	40	13	220	74	39	13	299
Divina Providência	61	27	136	59	33	14	230
Sesc	30	25	79	66	11	9	120
Barão de Bagé	25	21	87	73	7	6	119
Jardim Leopoldina	64	16	273	70	51	13	388
Parque dos Maías	50	22	154	68	21	9	225
Jardim Itu	43	16	178	67	46	17	267
Santíssima Trindade	20	31	40	63	4	6	64
NSA	57	27	137	66	15	7	209
Coinma	34	25	84	62	18	13	136
Costa e Silva	19	14	109	78	12	9	140
SSC/GHC	522	18	2016	70	351	12	2889

Gráfico 6 - Número de mulheres com resultado de mamografia BIRADS maior do que III, 2018, SSC/GHC.

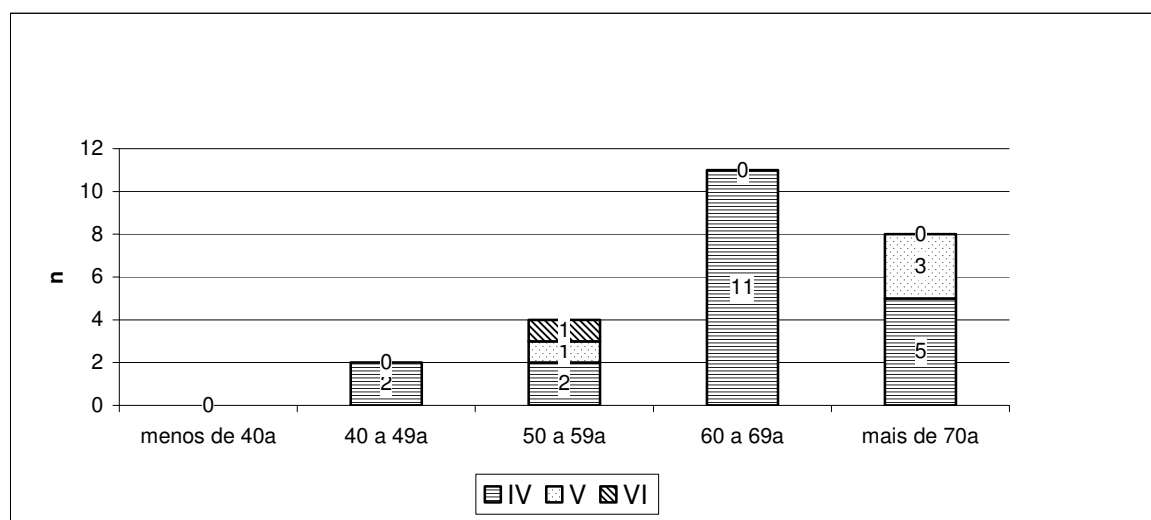
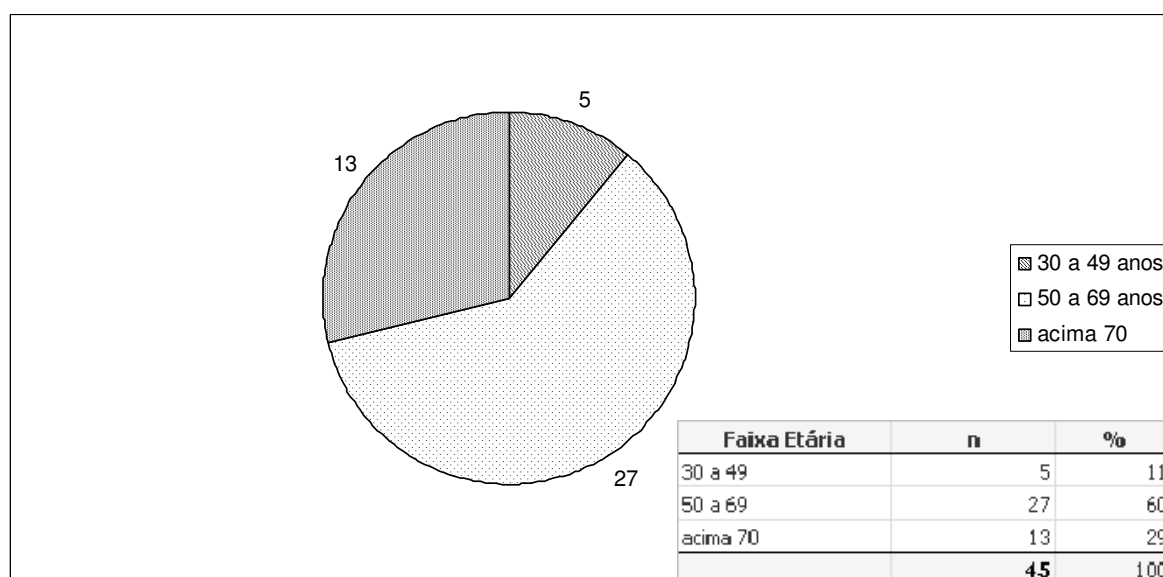


Gráfico 7 - Distribuição do número de mulheres com histologia de câncer de mama, por idade. SSC/GHC. 2018



3.2 VIGILÂNCIA DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO

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

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 CP 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 os indicadores relacionados à qualidade do CP são monitorados com o objetivo de reduzir o número de resultados falso-negativos deste exame. Os indicadores utilizados para avaliação da qualidade dos laboratórios de citologia são: Índice de positividade (IP), proporção de amostras insatisfatórias, percentuais de exames compatíveis com Atipia de significado indeterminado em células escamosas (ASC) entre os exames satisfatórios, ASC entre os exames alterados, exames compatíveis com Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), razão ASC/ Lesão intraepitelial escamosa (SIL).

Tratamento precoce dos casos alterados

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

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

3.2.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS

Os objetivos do programa de controle do câncer de colo do útero são: diminuir a incidência e a mortalidade por câncer de colo do útero; aumentar a cobertura do CP na população feminina; 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 2018 foram: 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 2018: 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.

3.2.2 RESULTADOS

3.2.2.1 COBERTURA DE MULHERES COM EXAME CITOLÓGICO DE COLO UTERINO

Os indicadores de cobertura consideram as mulheres que estão na faixa etária de 25 a 64 anos, e são: razão de CPs coletados (Tabela 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 0,57. As Unidades Santíssima Trindade, Nossa Senhora Aparecida, Barão de Bagé, Sesc e Costa e Silva atingiram a meta estabelecida (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	2781	927	568	0,61
Vila Floresta	1770	590	379	0,64
Divina Providência	1143	381	231	0,61
Sesc	1146	382	252	0,66
Barão de Bagé	929	310	213	0,69
Jardim Leopoldina	3725	1242	397	0,32
Parque dos Maias	2425	808	456	0,56
Jardim Itu	1987	662	202	0,30
Santíssima Trindade	1047	349	331	0,95
NSA	1128	376	388	1,03
Coinma	1243	414	204	0,49
Costa e Silva	1041	347	227	0,65
SSC	20365	6788	3848	0,57

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

A cobertura de CPs está em 59% entre mulheres na faixa etária recomendada para o rastreamento, considerando “ao menos um CP coletado na vida”, variando de 47 a 76% entre as equipes. As US Nossa Senhora Aparecida, SESC e Santíssima Trindade apresentam coberturas superiores a 70%. Quanto à proporção de mulheres que tiveram um CP coletado nos últimos três anos as US Nossa Senhora Aparecida (59%), Santíssima Trindade (53%) e SESC (52%) apresentam percentuais iguais ou superiores a 50% (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição da população feminina de 25 a 64 anos cadastrada, número de mulheres com um exame CP coletado e um exame CP coletado nos últimos 3 anos, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	nº mulheres do cadastro*	Resultados			
		1 cp coletado*		1 cp coletado últimos 3 anos	
		n	%	n	%
Conceição	2781	1753	63	1207	43
Vila Floresta	1770	920	52	669	38
Divina Providência	1143	706	62	339	30
Sesc	1146	861	75	591	52
Barão de Bagé	929	627	67	398	43
Jardim Leopoldina	3725	1763	47	939	25
Parque dos Maias	2425	1322	55	856	35
Jardim Itu	1987	933	47	509	26
Santíssima Trindade	1047	769	73	552	53
NSA	1128	854	76	670	59
Coinma	1243	719	58	492	40
Costa e Silva	1041	702	67	392	38
SSC	20365	11929	59	7614	37

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

Nota: início da série em abril de 2000.

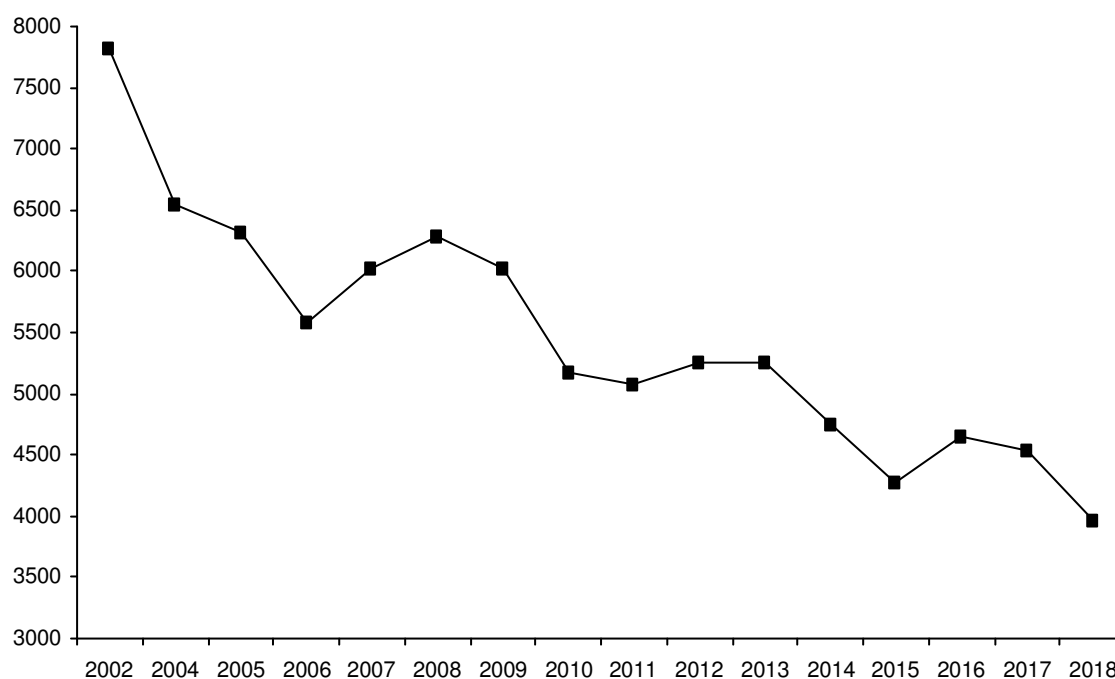
O Quadro 1 apresenta as coberturas de mulheres com pelo menos um exame citológico do colo do útero realizado na vida, por US, tendo como ponto de corte 60%. Em cinza destaca-se as três unidades que aumentaram suas coberturas em relação ao ano de 2017. Sete US diminuíram suas coberturas.

Quadro 1 - Distribuição das coberturas em mulheres de 25 a 64 anos com 1 exame CP coletado na vida, anos 2017 e 2018. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

Mais de 60% de cobertura (%)	Menos de 60% de cobertura (%)
Nossa Senhora Aparecida (82/76)	Jardim Itu (48/47)
Sesc (74/75)	Jardim Leopoldina (49/47)
Santíssima Trindade (69/73)	Vila Floresta (54/52)
Costa e Silva (69/67)	Parque dos Maias (55/55)
Divina Providência (62/62)	
Barão de Bagé (63/67)	
Conceição (65/63)	
Coinma (60/58)	

O Gráfico 8 apresenta a série histórica do número de exames citológicos coletados no SSC, período 2002 a 2018.

Gráfico 8 - Série histórica (2002 a 2018) da distribuição do número de coletas de exames citológicos, por ano. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



As coletas de CPs para rastreio deveriam estar concentradas na faixa etária de 25 a 64 anos. O SSC apresenta 88% dos exames coletados na faixa etária indicada. (Tabela 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	25	4	568	87	63	10	656
Vila Floresta	31	7	379	86	33	7	443
Divina Providência	13	5	231	91	10	4	254
Sesc	21	7	252	89	9	3	282
Barão de Bagé	32	12	213	80	20	8	265
Jardim Leopoldina	19	4	397	91	21	5	437
Parque dos Maías	48	9	456	87	18	3	522
Jardim Itu	10	4	202	89	14	6	226
Santíssima Trindade	40	11	331	89	2	1	373
NSA	35	8	388	90	8	2	431
Coinma	30	12	204	81	17	7	251
Costa e Silva	17	7	227	89	10	4	254
SSC	321	7	3848	88	225	5	4394

3.2.2.2 COLETAS DE EXAME CITOLÓGICO POR CATEGORIA PROFISSIONAL

A Tabela 14 apresenta o número de exames citológicos coletados por categoria profissional em 2017 e 2018. A enfermagem foi responsável por 70% dos exames; os residentes de medicina e enfermagem apresentam a mesma proporção de coletas (8%).

Tabela 14 - Distribuição do número e percentuais de coletas de CP entre diferentes categorias profissionais, anos 2017 e 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	2017									2018								
	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	%	
Conceição	37	6	28	5	509	89	0	0	557	22	4	21	4	526	92	0	0	569
Vila Floresta	19	4	59	13	286	65	79	18	481	24	7	16	4	321	87	6	2	367
Divina Providência	99	66	0	0	51	34	0	0	151	172	71	0	0	69	29	0	0	241
Sesc	6	2	7	2	315	96	0	0	327	10	4	20	8	234	89	0	0	264
Barão de Bagé	60	21	86	29	146	50	0	0	290	42	16	34	13	180	70	0	0	256
Jardim Leopoldina	26	4	0	0	470	80	92	16	607	4	1	0	0	248	62	148	37	400
Parque dos Maías	77	15	0	0	329	64	112	22	532	40	9	22	5	355	77	43	9	460
Jardim Itu	36	10	26	8	207	60	75	22	356	20	10	56	28	108	53	19	9	203
Santíssima Trindade	32	12	54	20	165	63	13	5	262	92	29	38	12	181	57	7	2	318
NSA	133	31	126	29	174	40	0	0	420	133	32	87	21	192	47	0	0	412
Coinma	24	7	59	16	260	71	22	6	387	19	8	1	0	160	68	57	24	237
Costa e Silva	10	5	0	0	166	75	46	21	151	8	3	4	2	182	78	38	16	232
SSC	559	12	445	10	3078	68	439	10	4521	586	15	299	8	2756	70	318	8	3959

3.2.2.3 QUALIDADE DO EXAME CITOLÓGICO DE COLO UTERINO

No SSC a média de exames satisfatórios foi 96,6%. Onze US apresentaram mais do que 95% de CP satisfatórios (Tabela 15). Em 62% dos exames identificou-se o epitélio glandular na amostra.

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	44	47	43	75	48	37
	% CP satisfatórios	100,0	97,9	95,3	98,7	97,9	100,0
	% CP com EG	43,2	55,3	41,9	54,7	79,2	73,0
Vila Floresta	nº CPs	27	32	26	42	60	14
	% CP satisfatórios	100,0	96,9	100,0	97,6	98,3	85,7
	% CP com EG	66,7	59,4	65,4	57,1	68,3	71,4
Divina Providência	nº CPs	13	4	50	12	26	13
	% CP satisfatórios	76,9	100,0	100,0	100,0	100,0	92,3
	% CP com EG	38,5	50,0	74,0	66,7	69,2	69,2
Sesc	nº CPs	8	22	29	29	30	16
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	96,6	100,0	93,8
	% CP com EG	62,5	86,4	82,8	79,3	86,7	75,0
Barão de Bagé	nº CPs	18	10	25	28	33	17
	% CP satisfatórios	100,0	70,0	92,0	100,0	100,0	100,0
	% CP com EG	88,9	10,0	68,0	75,0	54,5	64,7
Jardim Leopoldina	nº CPs	20	28	8	5	8	35
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	87,5	100,0	87,5	100,0
	% CP com EG	55,0	57,1	75,0	60,0	50,0	74,3
Parque dos Maias	nº CPs	17	46	23	57	41	45
	% CP satisfatórios	100,0	97,8	95,7	94,7	97,6	97,8
	% CP com EG	58,8	54,3	73,9	57,9	78,0	55,6
Jardim Itu'	nº CPs	15	35	35	38	36	4
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	97,1	100,0	97,2	100,0
	% CP com EG	66,7	68,6	68,6	65,8	50,0	75,0
Santíssima Trindade	nº CPs	16	24	36	29	32	26
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	91,7	100,0	96,9	96,2
	% CP com EG	62,5	70,8	72,2	55,2	56,3	61,5
NSA	nº CPs	45	17	5	66	32	47
	% CP satisfatórios	100,0	82,4	100,0	98,5	100,0	97,9
	% CP com EG	71,1	52,9	60,0	63,6	78,1	57,4
Coinma	nº CPs	23	12	25	12	1	1
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	96,0	100,0	100,0	100,0
	% CP com EG	73,9	50,0	72,0	66,7	100,0	100,0
Costa e Silva	nº CPs	31	15	17	28	26	17
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	100,0	92,3	100,0
	% CP com EG	77,4	66,7	64,7	53,6	61,5	70,6
SSC	nº CPs	277	292	322	421	373	272
	% CP satisfatórios	98,9	96,9	96,6	98,3	97,9	97,4
	% CP com EG	63,9	59,6	67,7	61,5	68,4	65,8

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	64	65	43	83	70	37	656
	% CP satisfatórios	98,4	96,9	95,3	96,4	94,3	97,3	97,3
	% CP com EG	53,1	61,5	51,2	60,2	44,3	45,9	55,3
Vila Vila Floresta	Nº CPs	28	36	51	37	54	36	443
	% CP satisfatórios	96,4	97,2	96,1	91,9	94,4	94,4	96,2
	% CP com EG	57,1	50,0	51,0	48,6	50,0	50,0	56,9
Divina Providência	Nº CPs	19	27	23	18	22	27	254
	% CP satisfatórios	100,0	96,3	100,0	100,0	100,0	96,3	97,6
	% CP com EG	78,9	66,7	60,9	61,1	72,7	63,0	66,9
Sesc	Nº CPs	14	32	19	58	15	10	282
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	93,1	100,0	100,0	97,9
	% CP com EG	42,9	78,1	52,6	65,5	73,3	80,0	73,4
Barão de Bagé	Nº CPs	18	24	13	20	29	30	265
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	100,0	100,0	93,1	100,0	97,4
	% CP com EG	77,8	91,7	76,9	70,0	62,1	56,7	67,5
Jardim Leopoldina	Nº CPs	69	64	44	73	52	31	437
	% CP satisfatórios	97,1	100,0	97,7	94,5	94,2	96,8	97,0
	% CP com EG	56,5	68,8	56,8	60,3	57,7	64,5	61,3
Parque dos Maias	Nº CPs	45	59	32	93	42	22	522
	% CP satisfatórios	100,0	69,5	96,9	93,5	90,5	100,0	93,1
	% CP com EG	62,2	50,8	68,8	61,3	54,8	54,5	60,2
Jardim Itu	Nº CPs	53	2	0	3	2	3	226
	% CP satisfatórios	98,1	100,0	-	100,0	100,0	100,0	98,7
	% CP com EG	69,8	50,0	-	66,7	100,0	33,3	65,0
Santíssima Trindade	Nº CPs	16	31	32	72	38	21	373
	% CP satisfatórios	100,0	100,0	93,8	98,6	89,5	95,2	96,5
	% CP com EG	81,3	80,6	62,5	66,7	55,3	66,7	65,4
NSA	Nº CPs	3	41	25	65	67	18	431
	% CP satisfatórios	100,0	97,6	100,0	90,8	95,5	94,4	96,3
	% CP com EG	66,7	65,9	40,0	67,7	46,3	72,2	61,5
Coinma	Nº CPs	1	0	7	50	64	55	251
	% CP satisfatórios	100,0	#DIV/0!	100,0	100,0	96,9	98,2	98,4
	% CP com EG	0,0	#DIV/0!	42,9	80,0	42,2	63,6	62,2
Costa e Silva	Nº CPs	10	30	19	32	17	12	254
	% CP satisfatórios	100,0	96,7	84,2	84,4	100,0	100,0	95,7
	% CP com EG	80,0	83,3	52,6	28,1	70,6	58,3	62,6
SSC	Nº CPs	340	411	308	604	472	302	4394
	% CP satisfatórios	98,5	94,2	96,4	94,7	94,7	97,4	96,6
	% CP com EG	62,4	66,9	55,8	62,1	52,8	59,3	62,0

Tabela 16 - Série histórica (2013 a 2018) da distribuição dos exames com alterações, tipo de alteração, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2013-2018	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conceição														
ASC-US	5	71	12	67	11	52	7	39	14	56	20	83	69	61
Lesão BG	1	14	4	22	6	29	5	28	8	32	1	4	25	22
ASC-H	0	0	1	6	3	14	0	-	0	-	1	4	5	4
Lesão AG	1	14	1	6	0	-	4	22	2	8	2	8	10	9
AGUS	0	-	0	-	1	5	1	6	1	4	0	-	3	3
CA	0	-	0	-	0	-	1	6	0	-	0	-	1	1
n alterações	7	-	18	-	21	-	18	-	25	-	24	-	113	-
Vila Floresta														
ASC-US	6	55	11	79	9	53	9	60	7	39	13	54	55	56
Lesão BG	4	36	2	14	4	24	2	13	4	22	3	13	19	19
ASC-H	1	9	0	-	1	6	1	7	2	11	2	8	7	7
Lesão AG	0	-	1	7	3	18	3	20	4	22	5	21	16	16
AGUS	0	-	0	-	0	-	0	-	1	6	1	4	2	2
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
n alterações	11	-	14	-	17	-	15	-	18	-	24	-	99	-
Divina Providência														
ASC-US	5	63	3	75	1	33	2	50	3	75	5	28	19	46
Lesão BG	2	25	0	-	0	-	1	25	0	0	7	39	10	24
ASC-H	1	13	1	25	0	-	1	25	1	25	3	17	7	17
Lesão AG	0	-	0	-	2	67	0	-	0	-	2	11	4	10
AGUS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	6	1	2
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0
n alterações	8	-	4	-	3	-	4	-	4	-	18	-	41	-
Sesc														
ASC-US	4	33	7	50	9	39	9	64	15	71	5	45	49	52
Lesão BG	6	50	5	36	9	39	2	14	3	14	2	18	27	28
ASC-H	0	0	0	-	2	9	2	14	1	5	0	-	5	5
Lesão AG	1	8	1	7	3	13	1	7	1	5	3	27	10	11
AGUS	0	-	1	7	0	-	0	-	1	5	1	9	3	3
CA	1	8	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1
n alterações	12	-	14	-	23	-	14	-	21	-	11	-	95	-
Barão de Bagé														
ASC-US	4	67	6	67	7	58	4	31	8	53	6	30	35	47
Lesão BG	2	33	2	22	3	25	8	62	5	33	8	40	28	37
ASC-H	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	4	20	4	5,3
Lesão AG	0	-	1	11	1	8	1	8	2	13	1	5	6	8
AGUS	0	-	0	-	1	8	0	-	0	-	0	-	1	1
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5	1	-
n alterações	6	-	9	-	12	-	13	-	15	-	20	-	75	-
Jardim Leopoldina														
ASC-US	7	88	14	74	13	65	24	77	12	55	11	42	81	64
Lesão BG	1	13	5	26	5	25	4	13	6	27	7	27	28	22
ASC-H	0	-	0	-	0	-	1	3	2	9	2	8	5	4
Lesão AG	0	-	0	-	2	10	2	6	0	0	6	23	10	8
AGUS	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5	0	-	1	1
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5	0	-	1	-
n alterações	8	-	19	-	20	-	31	-	22	-	26	-	126	-

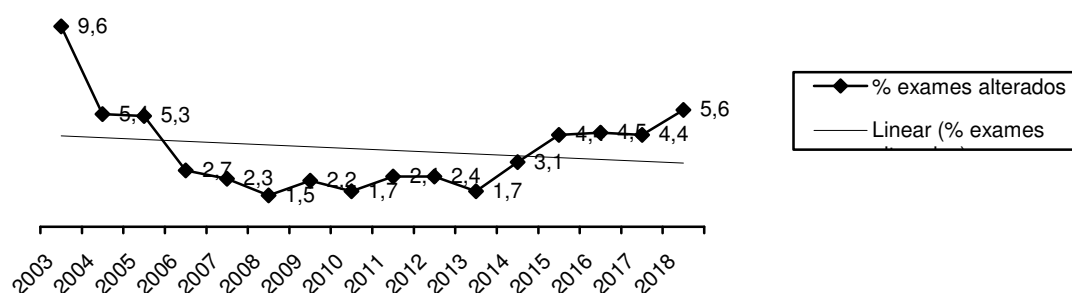
Tabela 16 - Série histórica (2013 a 2018) da distribuição dos exames com alterações, tipo de alteração, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação														
	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2013-2018	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Parque dos Maías														
ASC-US	2	22	9	47	17	49	13	41	16	55	16	41	73	45
Lesão BG	5	56	5	26	11	31	10	31	10	34	8	21	49	30
ASC-H	1	11	3	16	4	11	2	6	0	-	8	21	18	11
Lesão AG	1	11	2	11	3	9	6	19	3	10	6	15	21	13
AGUS	0	-	0	-	0	-	1	3	0	-	1	3	2	1
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0
n alterações	9	-	19	-	35	-	32	-	29	-	39	-	163	-
Jardim Itu														
ASC-US	1	50	4	57	8	44	9	50	11	85	4	57	37	57
Lesão BG	0	-	2	29	8	44	6	33	0	-	2	29	18	28
ASC-H	1	50	0	-	2	11	1	6	1	8	1	14	6	9
Lesão AG	0	-	1	14	0	-	1	6	1	8	0	-	3	5
AGUS	0	-	0	-	0	-	1	6	0	-	0	-	1	2
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0
n alterações	2	-	7	-	18	-	18	-	13	-	7	-	65	-
Santíssima Trindade														
ASC-US	5	56	5	56	12	63	10	42	10	48	19	59	61	54
Lesão BG	3	33	3	33	4	21	3	13	7	33	3	9	23	20
ASC-H	1	11	0	-	0	-	4	17	0	-	4	13	9	8
Lesão AG	0	-	1	11	3	16	6	25	4	19	3	9	17	15
AGUS	0	-	0	-	0	-	1	4	0	-	0	-	1	1
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	3	9	3	2,6
n alterações	9	-	9	-	19	-	24	-	21	-	32	-	114	-
NSA														
ASC-US	6	86	3	33	7	78	10	63	12	63	11	41	49	56
Lesão BG	1	14	3	33	2	22	5	31	2	11	8	30	21	24
ASC-H	0	-	3	33	0	-	1	6	1	5	3	11	8	9
Lesão AG	0	-	0	-	0	-	0	-	3	16	3	11	6	7
AGUS	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5	2	7	3	-
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0
n alterações	7	-	9	-	9	-	16	-	19	-	27	-	87	-
Coinma														
ASC-US	5	83	8	62	9	53	17	71	10	53	2	40	51	61
Lesão BG	0	-	4	31	6	35	4	17	3	16	1	20	18	21
ASC-H	1	17	0	-	0	-	1	4	3	16	2	40	7	8
Lesão AG	0	-	1	8	1	6	2	8	3	16	0	-	7	8
AGUS	0	-	0	-	1	6	0	-	0	-	0	-	1	1
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
n alterações	6	-	13	-	17	-	24	-	19	-	5	-	84	-
Costa e Silva														
ASC-US	2	67	11	85	7	54	10	67	12	80	11	73	53	72
Lesão BG	0	-	2	15	4	31	1	7	2	13	1	7	10	14
ASC-H	1	33	0	-	2	15	1	7	1	7	2	13	7	9
Lesão AG	0	-	0	-	0	-	3	20	0	-	1	7	4	5
AGUS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0
CA	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0,0
n alterações	3	-	13	-	13	-	15	-	15	-	15	-	74	-
SSC														
ASC-US	52	59,1	93	62,8	110	53,1	124	55,4	130	58,8	123	49,6	632	55,6
Lesão BG	25	28,4	37	25,0	62	30,0	51	22,8	50	22,6	51	20,6	276	24,3
ASC-H	7	8,0	8	5,4	14	6,8	15	6,7	12	5,4	32	12,9	88	7,7
Lesão AG	3	3,4	9	6,1	18	8,7	29	12,9	23	10,4	32	12,9	114	10,0
AGUS	0	0,0	1	0,7	3	1,4	4	1,8	5	2,3	6	2,4	19	1,7
CA*	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,5	4	1,6	7	0,6
n alterações	88		148		207		224		221		248		1136	

*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 5,6%. A Tabela 16 apresenta a distribuição dos exames com alterações por tipo e por US. A US com o maior número de casos identificou 39 exames alterados. O resultado mais frequente é Atipias de significado indeterminado em células escamosas, possivelmente não neoplásicas (ASCUS), totalizando 123 CPs (~50%). Houve aumento de resultados de LBG em relação ao ano anterior. O Gráfico 9 apresenta a série histórica das alterações por ano.

Gráfico 9 - Série histórica (2003 a 2018) 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)

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

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	6.4	Maior ou igual a 3
Percentual de exames com ASC entre os exames satisfatórios	4	até 4
Percentual de ASC entre os exames alterados	62.5	Abaixo de 60
Razão ASC/SIL	1.8	até 3
Percentual de exames com LIEAG	0.8	superior a 0,4
Percentual de amostras insatisfatórias	3.4	até 5

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

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

Em 2018 foram identificados 74 exames com suspeita de alteração de maior grau, totalizando 66 mulheres. Distribuídas em 26 “ASC, não pode afastar alto grau” (ASC-H); 40 casos de “lesão de alto grau” (27 HSIL; 2 HSIL sem excluir micro invasão, 3 carcinoma, 7 AGUS e 1 com alteração indefinida).

3.3 COMENTÁRIOS

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

O SSC atingiu 0,32 de razão de mamografias, resultado inferior em relação ao ano anterior. Houve dificuldade de acesso para realização do exame. A cobertura está em 45% e há grande variabilidade de resultados entre as US.

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 encontramos percentual inferior, 26% 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 alterados 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 26 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 identificados pela histologia 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.¹⁰

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 rastreamento¹¹. 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.¹² 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 0,57 CP coletados na faixa etária preconizada, valor abaixo do ano de 2017 que foi de 0,61. No SSC é necessário oferecer aproximadamente 6800 exames ao ano para realizar um CP a cada três anos para as mulheres cadastradas na faixa etária de 25 a 64 anos.

A variabilidade de cobertura, de mulheres com ao menos um CP realizado na vida na faixa etária de recomendação para o rastreio, entre as US é ampla. Chama a atenção a US Jardim Leopoldina que está com cobertura menor do que 50%, proporção inadequada em relação ao recomendado pelo MS.

No SSC a cobertura de mulheres com CP nos últimos três anos é de 37% apresentando grande variação entre as US. A US Nossa Senhora Aparecida apresenta a melhor cobertura (59%). 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, 88% 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%.¹³ O melhor resultado do SSC pode implicar em melhor efetividade do rastreio.

Do total de exames, 12% foram coletados fora da faixa etária, sendo 7% 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

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

¹¹ Gustafsson L, Ponten J, Zack M, Adami HO. **International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening.** Cancer Causes Control. 1997;8(5):755-63.

¹² Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, de Briton RC, Gaitan E, et al. **Screening for cervical cancer in Latin America: a case-control study.** Int J Epidemiol. 1992;21(6):1050-6.

¹³ 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

aproximadamente 70% dos exames. É necessário incrementar esta atividade na formação, visto que o número de CPs realizados por residentes 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.¹⁴ No SSC, 3,4% dos exames foram insatisfatórios. A revisão de literatura indica que a proporção de resultado insatisfatório não deve ser superior a 5%.

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 62%. Esse resultado pode ser atribuído a diversos aspectos, tais como: maior número de coletas realizadas entre mulheres cujo epitélio glandular seja difícil de ser amostrado (estenose do canal cervical, por exemplo); problemas na técnica de coleta do exame e problemas no processamento e análise das lâminas.

Os indicadores de avaliação de qualidade dos CPs no SSC estão dentro dos parâmetros estabelecidos com exceção do percentual de atipias de significado indeterminado entre os exames alterados que está ainda 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 6,4%. 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.

¹⁴ 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.

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.¹⁵

O acompanhamento dos casos suspeitos no rastreio, tanto do colo do útero como de mama, tem sido prioridade no trabalho das equipes. O cuidado continuado às mulheres e adesão ao seguimento de casos alterados é fundamental para a redução da mortalidade por estes tipos de câncer.

¹⁵ Peirson et all. Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. Systematic Reviews 2013, 2:35.

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

Djalmo Sanzi Souza
Maria Lúcia Lenz
Sílvia Takeda



A atual situação de saúde no Brasil exige que os serviços de saúde se reorganizem para responder à tripla carga de doenças relacionada às transições demográfica e 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 morbimortalidade por causas externas e (3) a presença das doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose, hanseníase, H1N1, dengue e malária, entre outras).

O número temático da revista “The Lancet”¹⁷ sobre a saúde no Brasil refere, no capítulo sobre as doenças crônicas não transmissíveis, que o controle dessas condições e de seus fatores de risco constitui-se em um enorme desafio para os serviços. Em 2007, cerca de 70% dos óbitos foram atribuídos às doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, renais, diabetes e aos cânceres. Em termos de mortes atribuíveis, os fatores de risco são: pressão arterial elevada, tabagismo, altos níveis de glicose sanguínea, inatividade física, sobrepeso e obesidade.

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 incluem 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.

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

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de risco para as doenças cerebrovasculares e tem uma prevalência mundial que varia entre 10 e 40% nas pessoas com 18 anos ou mais. A HAS tem sido responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 25% por doença coronariana (DC). A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg.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 realizado 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 12 unidades de saúde. A classificação utilizada considera a severidade da doença e a capacidade de autocuidado (http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf). A estratificação permite

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.

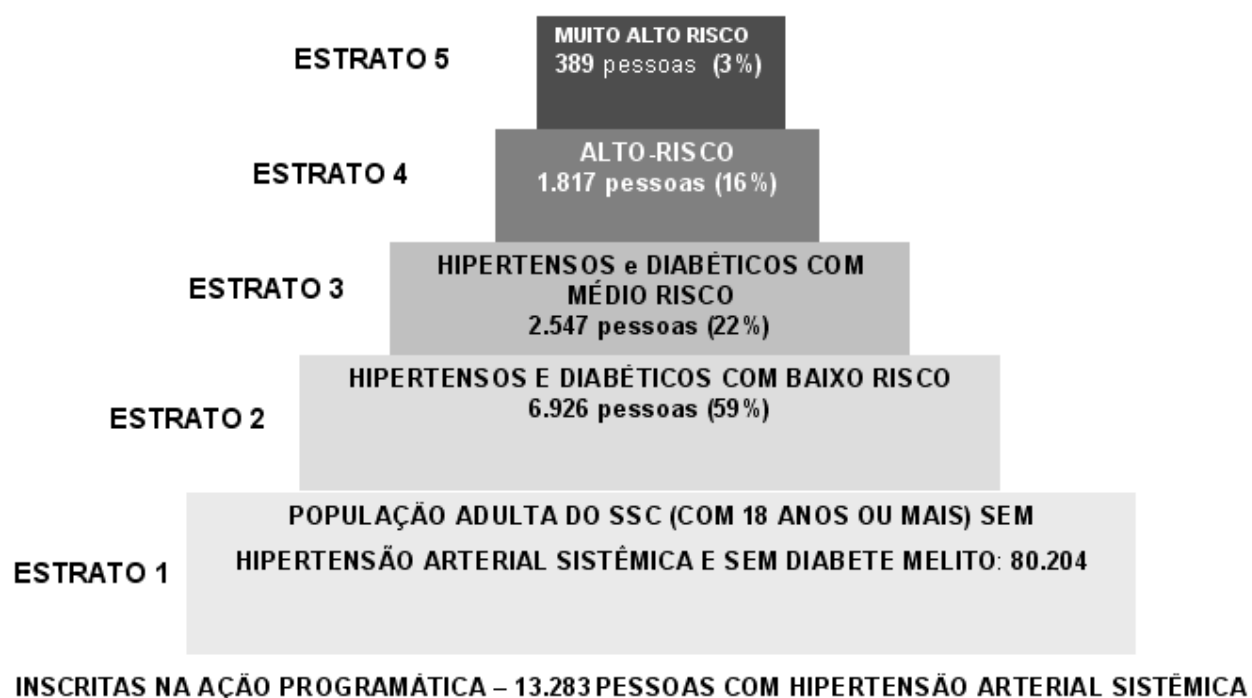
¹⁹ Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51

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 2018. SSC/GHC, Porto Alegre, RS



Notas:

1. O número e a proporção de pessoas nos estratos 2 a 5 referem-se aos 11.689 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 2018. SSC/GHC, Porto Alegre, RS



Notas:

1. O número e a proporção de pessoas nos estratos 2 a 5 referem-se aos 3.673 diabéticos estratificados.
2. O estrato 1 corresponde às pessoas sem diabetes melito. A este grupo populacional estão recomendadas ações de promoção da saúde.

4.1.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS

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

4.1.2 RESULTADOS

Coberturas: a Tabela 18 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 19 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 20 e 21 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 22 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 25 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 23 e 24 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 28 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 26 mostra a distribuição dos usuários com HAS, segundo estrato de risco, por US do SSC. A Tabela 27 mostra a distribuição dos usuários com DM, segundo estrato de risco, por US do SSC.

Tabela 18 - 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 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	usuários ≥ 18 anos cadastrados na unidade	estimativa ¹ do nº usuários com:		nº de usuários consultaram ² na US com:		usuários inscritos ³ na Ação Programática (cobertura)			
		HAS	DM	HAS	DM	HAS		DM	
						n	%	n	%
Conceição	16898	4393	1352	3230	1103	2749	63	675	50
Vila Floresta	7348	1910	588	1734	562	1405	74	399	68
Divina Providência	3422	890	274	806	356	695	78	283	103
Sesc	4472	1163	358	1051	435	850	73	270	75
Barão de Bagé	3163	822	253	697	303	563	68	155	61
Jardim Leopoldina	10774	2801	862	2322	882	1737	62	560	65
Parque dos Maías	7355	1912	588	1409	591	1086	57	323	55
Jardim Itu	7259	1887	581	1698	583	1398	74	429	74
Santíssima Trindade	3012	783	241	493	220	410	52	153	63
NSA	4555	1184	364	981	402	816	69	274	75
Coinma	4468	1162	357	908	373	713	61	212	59
Costa e Silva	3751	975	300	1021	453	861	88	259	86
SSC	76477	19882	6118	16350	6263	13283	67	3992	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 19 - 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 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua					
	PA	Avaliação Inicial		Avaliação Atual	
		n	%	n	%
Conceição	Controlada	1577	59	1227	77
	HAS Estágio I	519	19	182	11
	HAS Estágio II	228	8	92	6
	Ignorada	337	13	93	6
	Não informado	28	1	0	0
	Total	2689	100	1594	100
Vila Floresta	Controlada	775	58	705	81
	HAS Estágio I	350	26	81	9
	HAS Estágio II	175	13	81	9
	Ignorada	38	3	0	0
	Não informado	2	0	0	0
	Total	1340	100	867	100
Divina Providência	Controlada	320	52	395	79
	HAS Estágio I	183	30	87	18
	HAS Estágio II	60	10	12	2
	Ignorada	34	5	3	1
	Não informado	23	4	0	0
	Total	620	100	497	100
Sesc	Controlada	402	50	485	78
	HAS Estágio I	224	28	89	14
	HAS Estágio II	117	15	38	6
	Ignorada	25	3	7	1
	Não informado	35	4	0	0
	Total	803	100	619	100
Barão de Bagé	Controlada	240	43	317	65
	HAS Estágio I	193	35	117	24
	HAS Estágio II	107	19	53	11
	Ignorada	13	2	1	0
	Não informado	0	0	0	0
	Total	553	100	488	100
Jardim Leopoldina	Controlada	1170	69	867	81
	HAS Estágio I	363	21	158	15
	HAS Estágio II	139	8	48	4
	Ignorada	27	2	1	0
	Não informado	2	0	0	0
	Total	1701	100	1074	100
Parque dos Maías	Controlada	567	53	255	53
	HAS Estágio I	300	28	119	25
	HAS Estágio II	158	15	91	19
	Ignorada	41	4	17	4
	Não informado	3	0	0	0
	Total	1069	100	482	100

Tabela 19 - 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 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação					
PA	Avaliação Inicial		Avaliação Atual		
	n	%	n	%	
Jardim Itu					
Controlada	704	53	521	78	
HAS Estágio I	365	28	99	15	
HAS Estágio II	214	16	44	7	
Ignorada	31	2	6	1	
Não informado	2	0	0	0	
Total	1316	100	670	100	
Santíssima Trindade					
Controlada	167	43	243	73	
HAS Estágio I	84	22	50	15	
HAS Estágio II	46	12	20	6	
Ignorada	88	23	18	5	
Não informado	5	1	0	0	
Total	390	100	331	100	
NSA					
Controlada	426	61	260	74	
HAS Estágio I	151	22	54	15	
HAS Estágio II	92	13	37	10	
Ignorada	28	4	2	1	
Não informado	3	0	0	0	
Total	700	100	353	100	
Coinma					
Controlada	482	68	188	90	
HAS Estágio I	118	17	15	7	
HAS Estágio II	80	11	6	3	
Ignorada	26	4	0	0	
Não informado	3	0	0	0	
Total	709	100	209	100	
Costa e Silva					
Controlada	520	62	372	83	
HAS Estágio I	190	23	54	12	
HAS Estágio II	111	13	24	5	
Ignorada	21	2	0	0	
Não informado	2	0	0	0	
Total	844	100	450	100	
SSC					
Controlada	7350	58	5835	76	
HAS Estágio I	3040	24	1105	14	
HAS Estágio II	1527	12	546	7	
Ignorada	709	6	148	2	
Não informado	108	1	0	0	
Total	12734	100	7634	100	

Tabela 20 - 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 2018, 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	864	32	1184	641	2689	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	403	15	2131	155	2689	-	-	-	-	-
Tabagismo	269	10	1861	559	2689	138	9	1309	147	1594
Sedentarismo	1386	52	863	440	2689	978	61	480	136	1594
Dislipidemia	854	32	1304	531	2689	555	35	883	156	1594
Obesidade	756	28	1417	516	2689	430	27	1015	149	1594
Vila Floresta										
História Familiar	703	52	442	195	1340	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	224	17	1103	13	1340	-	-	-	-	-
Tabagismo	198	15	1069	73	1340	110	13	736	21	867
Sedentarismo	961	72	306	73	1340	663	76	175	29	867
Dislipidemia	626	47	579	135	1340	480	55	333	54	867
Obesidade	461	34	778	101	1340	316	36	510	41	867
Divina Providência										
História Familiar	335	54	217	68	620	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	129	21	478	13	620	-	-	-	-	-
Tabagismo	139	22	436	45	620	94	19	398	5	497
Sedentarismo	424	68	160	36	620	404	81	88	5	497
Dislipidemia	236	38	303	81	620	233	47	257	7	497
Obesidade	200	32	362	58	620	200	40	291	6	497
Sesc										
História Familiar	434	54	262	107	803	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	137	17	654	12	803	-	-	-	-	-
Tabagismo	170	21	595	38	803	106	17	491	22	619
Sedentarismo	561	70	215	27	803	394	64	208	17	619
Dislipidemia	287	36	424	92	803	159	26	435	25	619
Obesidade	269	33	409	125	803	198	32	403	18	619
Barão de Bagé										
História Familiar	265	48	185	103	553	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	84	15	469	0	553	-	-	-	-	-
Tabagismo	95	17	426	32	553	61	13	385	42	488
Sedentarismo	340	61	178	35	553	307	63	131	50	488
Dislipidemia	181	33	289	83	553	164	34	209	115	488
Obesidade	228	41	280	45	553	210	43	205	73	488
Jardim Leopoldina										
História Familiar	947	56	426	328	1701	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	292	17	1407	2	1701	-	-	-	-	-
Tabagismo	232	14	1270	199	1701	143	13	903	28	1074
Sedentarismo	1072	63	430	199	1701	839	78	207	28	1074
Dislipidemia	667	39	766	268	1701	515	48	495	64	1074
Obesidade	527	31	926	248	1701	395	37	620	59	1074
Parque dos Maías										
História Familiar	469	44	539	61	1069	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	185	17	876	8	1069	-	-	-	-	-
Tabagismo	132	12	915	22	1069	74	15	400	8	482
Sedentarismo	707	66	344	18	1069	349	72	118	15	482
Dislipidemia	478	45	538	53	1069	247	51	208	27	482
Obesidade	393	37	639	37	1069	170	35	289	23	482

Tabela 20 - 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 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

Fatores de risco - DCV	Avaliação Inicial					Avaliação Atual				
	sim		não		total	sim		não		total
	n	%	n	ign		n	%	n	ign	
Jardim Itu										
História Familiar	651	49	482	183	1316	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	242	18	1044	30	1316	-	-	-	-	-
Tabagismo	155	12	1043	118	1316	72	11	570	28	670
Sedentarismo	862	66	319	135	1316	465	69	181	24	670
Dislipidemia	535	41	630	151	1316	304	45	329	37	670
Obesidade	395	30	748	173	1316	221	33	422	27	670
Santíssima Trindade										
História Familiar	102	26	85	203	390	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	65	17	320	5	390	-	-	-	-	-
Tabagismo	46	12	149	195	390	34	10	97	200	331
Sedentarismo	152	39	38	200	390	110	33	19	202	331
Dislipidemia	74	19	101	215	390	42	13	79	210	331
Obesidade	89	23	97	204	390	61	18	61	209	331
NSA										
História Familiar	365	52	279	56	700	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	141	20	555	4	700	-	-	-	-	-
Tabagismo	96	14	573	31	700	38	11	303	12	353
Sedentarismo	524	75	145	31	700	296	84	46	11	353
Dislipidemia	350	50	308	42	700	198	56	143	12	353
Obesidade	246	35	424	30	700	124	35	218	11	353
Coinma										
História Familiar	395	56	298	16	709	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	124	17	584	1	709	-	-	-	-	-
Tabagismo	96	14	593	20	709	20	10	187	2	209
Sedentarismo	544	77	148	17	709	162	78	46	1	209
Dislipidemia	324	46	355	30	709	94	45	113	2	209
Obesidade	250	35	429	30	709	67	32	128	14	209
Costa e Silva										
História Familiar	532	63	215	97	844	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	171	20	657	16	844	-	-	-	-	-
Tabagismo	116	14	663	65	844	22	5	96	332	450
Sedentarismo	564	67	212	68	844	76	17	38	336	450
Dislipidemia	378	45	371	95	844	42	9	71	337	450
Obesidade	370	44	406	68	844	35	8	76	339	450
SSC										
História Familiar	6062	48	4614	2058	12734	-	-	-	-	-
Diabete (tipo 1 ou 2)	2197	17	10278	259	12734	-	-	-	-	-
Tabagismo	1744	14	9593	1397	12734	912	12	5875	847	7634
Sedentarismo	8097	64	3358	1279	12734	5043	66	1737	854	7634
Dislipidemia	4990	39	5968	1776	12734	3033	40	3555	1046	7634
Obesidade	4184	33	6915	1635	12734	2427	32	4238	969	7634

Tabela 21 - 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 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

	Lesões em órgão alvo	Avaliação Inicial					Avaliação Atual					Total
		sim		não	ign	total	sim		Não	ign	total	
		n	%	n	n	n	n	%	N	n	n	
Conceição	Cardiopatia isquêmica	158	6	1616	915	2689	117	7	1194	283	1594	
	AIT ou AVC	78	3	1679	932	2689	55	3	1250	289	1594	
	Pé diabético	3	0	259	2427	2689	4	0	171	1419	1594	
	Amputação por DM	1	0	273	2415	2689	1	0	173	1420	1594	
	Nefropatia	42	2	1705	942	2689	45	3	1245	304	1594	
	Doença arterial periférica	30	1	1727	932	2689	25	2	1285	284	1594	
	HVE ou ICC	77	3	1679	933	2689	58	4	1249	287	1594	
	Retinopatia	19	1	467	2203	2689	12	1	381	1201	1594	
Vila Floresta	Cardiopatia isquêmica	102	8	847	391	1340	92	11	725	50	867	
	AIT ou AVC	34	3	939	367	1340	41	5	792	34	867	
	Pé diabético	4	0	137	1199	1340	3	0	130	734	867	
	Amputação por DM	2	0	141	1197	1340	1	0	135	731	867	
	Nefropatia	29	2	916	395	1340	48	6	774	45	867	
	Doença arterial periférica	21	2	937	382	1340	15	2	812	40	867	
	HVE ou ICC	68	5	872	400	1340	62	7	762	43	867	
	Retinopatia	12	1	197	1131	1340	14	2	185	668	867	
Divina Providência	Cardiopatia isquêmica	45	7	455	120	620	45	9	449	3	497	
	AIT ou AVC	24	4	481	115	620	29	6	465	3	497	
	Pé diabético	2	0	97	521	620	0	0	167	330	497	
	Amputação por DM	3	0	95	522	620	0	0	167	330	497	
	Nefropatia	18	3	482	120	620	14	3	479	4	497	
	Doença arterial periférica	15	2	480	125	620	14	3	479	4	497	
	HVE ou ICC	23	4	473	124	620	31	6	461	5	497	
	Retinopatia	11	2	150	459	620	13	3	142	342	497	
Sesc	Cardiopatia isquêmica	56	7	589	158	803	57	9	503	59	619	
	AIT ou AVC	31	4	632	140	803	34	5	539	46	619	
	Pé diabético	5	1	101	697	803	4	1	85	530	619	
	Amputação por DM	2	0	141	660	803	2	0	85	532	619	
	Nefropatia	23	3	631	149	803	19	3	548	52	619	
	Doença arterial periférica	19	2	636	148	803	16	3	551	52	619	
	HVE ou ICC	43	5	604	156	803	34	5	528	57	619	
	Retinopatia	11	1	241	551	803	10	2	187	422	619	
Barão de Bagé	Cardiopatia isquêmica	34	6	383	136	553	37	8	413	38	488	
	AIT ou AVC	25	5	396	132	553	31	6	422	35	488	
	Pé diabético	2	0	64	487	553	2	0	73	413	488	
	Amputação por DM	0	0	66	487	553	0	0	76	412	488	
	Nefropatia	21	4	387	145	553	23	5	413	52	488	
	Doença arterial periférica	19	3	387	147	553	19	4	414	55	488	
	HVE ou ICC	25	5	365	163	553	29	6	394	65	488	
	Retinopatia	8	1	175	370	553	11	2	188	289	488	

Tabela 21 - 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 2018, por US. SSC/GHC., Porto Alegre, RS.

continuação

Lesões em órgão alvo	Avaliação Inicial					Avaliação Atual				
	sim		não		total	sim		não		total
	n	%	n	ign		n	%	n	ign	
Jardim Leopoldina										
Cardiopatia isquêmica	117	7	1208	376	1701	113	11	942	19	1074
AIT ou AVC	55	3	1279	367	1701	49	5	1007	18	1074
Pé diabético	2	0	236	1463	1701	4	0	254	816	1074
Amputação por DM	1	0	233	1467	1701	3	0	251	820	1074
Nefropatia	41	2	1272	388	1701	42	4	1009	23	1074
Doença arterial periférica	37	2	1271	393	1701	37	3	1014	23	1074
HVE ou ICC	103	6	1217	381	1701	85	8	961	28	1074
Retinopatia	11	1	498	1192	1701	14	1	335	725	1074
Parque dos Maías										
Cardiopatia isquêmica	81	8	836	152	1069	45	9	397	40	482
AIT ou AVC	41	4	878	150	1069	14	3	430	38	482
Pé diabético	4	0	153	912	1069	2	0	78	402	482
Amputação por DM	1	0	157	911	1069	0	0	81	401	482
Nefropatia	15	1	891	163	1069	11	2	423	48	482
Doença arterial periférica	27	3	881	161	1069	13	3	425	44	482
HVE ou ICC	36	3	865	168	1069	15	3	420	47	482
Retinopatia	8	1	204	857	1069	4	1	93	385	482
Jardim Iru										
Cardiopatia isquêmica	91	7	771	454	1316	62	9	454	154	670
AIT ou AVC	37	3	822	457	1316	37	6	476	157	670
Pé diabético	3	0	154	1159	1316	2	0	111	557	670
Amputação por DM	4	0	166	1146	1316	1	0	114	555	670
Nefropatia	15	1	830	471	1316	13	2	485	172	670
Doença arterial periférica	15	1	833	468	1316	12	2	487	171	670
HVE ou ICC	63	5	785	468	1316	35	5	466	169	670
Retinopatia	12	1	622	682	1316	10	1	393	267	670
Santíssima Trindade										
Cardiopatia isquêmica	14	4	140	236	390	12	4	120	199	331
AIT ou AVC	10	3	142	238	390	7	2	123	201	331
Pé diabético	0	0	31	359	390	0	0	25	306	331
Amputação por DM	0	0	32	358	390	0	0	26	305	331
Nefropatia	3	1	148	239	390	4	1	127	200	331
Doença arterial periférica	2	1	148	240	390	2	1	128	201	331
HVE ou ICC	12	3	136	242	390	11	3	117	203	331
Retinopatia	2	1	73	315	390	2	1	65	264	331
NSA										
Cardiopatia isquêmica	47	7	499	154	700	29	8	286	38	353
AIT ou AVC	31	4	515	154	700	23	7	291	39	353
Pé diabético	4	1	112	584	700	2	1	74	277	353
Amputação por DM	3	0	112	585	700	0	0	75	278	353
Nefropatia	30	4	516	154	700	40	11	274	39	353
Doença arterial periférica	16	2	527	157	700	7	2	305	41	353
HVE ou ICC	61	9	476	163	700	45	13	272	36	353
Retinopatia	11	2	388	301	700	11	3	193	149	353

Tabela 21 - 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 2018, 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		
Coinma	Cardiopatia isquêmica	80	11	565	64	709	24	11	163	22	209
	AIT ou AVC	35	5	611	63	709	10	5	176	23	209
	Pé diabético	1	0	103	605	709	0	0	36	173	209
	Amputação por DM	0	0	107	602	709	0	0	36	173	209
	Nefropatia	17	2	624	68	709	4	2	183	22	209
	Doença arterial periférica	10	1	637	62	709	5	2	183	21	209
	HVE ou ICC	27	4	606	76	709	7	3	178	24	209
	Retinopatia	8	1	432	269	709	2	1	132	75	209
Costa e Silva	Cardiopatia isquêmica	83	10	614	147	844	36	8	335	79	450
	AIT ou AVC	37	4	667	140	844	16	4	358	76	450
	Pé diabético	4	0	133	707	844	2	0	73	375	450
	Amputação por DM	0	0	137	707	844	0	0	75	375	450
	Nefropatia	28	3	660	156	844	14	3	353	83	450
	Doença arterial periférica	18	2	677	149	844	11	2	361	78	450
	HVE ou ICC	48	6	636	160	844	29	6	337	84	450
	Retinopatia	15	2	265	564	844	7	2	137	306	450
SSC	Cardiopatia isquêmica	908	7	8523	3303	12734	669	9	5981	984	7634
	AIT ou AVC	438	3	9041	3255	12734	346	5	6329	959	7634
	Pé diabético	34	0	1580	11120	12734	25	0	1277	6332	7634
	Amputação por DM	17	0	1660	11057	12734	8	0	1294	6332	7634
	Nefropatia	282	2	9062	3390	12734	277	4	6313	1044	7634
	Doença arterial periférica	229	0	9141	3364	12734	176	0	6444	1014	7634
	HVE ou ICC	586	0	8714	3434	12734	441	0	6145	1048	7634
	Retinopatia	128	0	3712	8894	12734	110	0	2431	5093	7634

Tabela 22 - Distribuição dos usuários com DM conforme o controle glicêmico, no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

	Glicemia	Avaliação Inicial		Avaliação Atual	
		n	%	n	%
Conceição	Controlada	287	52	162	52
	Não Controlada	177	32	72	23
	Ignorada	89	16	75	24
	Não informado	4	1	0	0
	Total	557	100	309	100
Vila Floresta	Controlada	133	43	105	62
	Não Controlada	125	41	60	35
	Ignorada	48	16	5	3
	Não informado	2	1	0	0
	Total	308	100	170	100
Divina Providência	Controlada	79	39	54	36
	Não Controlada	65	32	49	32
	Ignorada	40	20	48	32
	Não informado	20	10	0	0
	Total	204	100	151	100
Sesc	Controlada	94	41	131	83
	Não Controlada	55	24	23	15
	Ignorada	38	17	3	2
	Não informado	43	19	0	0
	Total	230	100	157	100
Barão de Bagé	Controlada	51	42	63	66
	Não Controlada	65	54	21	22
	Ignorada	4	3	12	13
	Não informado	1	1	0	0
	Total	121	100	96	100
Jardim Leopoldina	Controlada	215	48	154	54
	Não Controlada	171	39	84	30
	Ignorada	56	13	45	16
	Não informado	2	0	0	0
	Total	444	100	283	100
Parque dos Maias	Controlada	107	40	52	61
	Não Controlada	96	36	21	25
	Ignorada	55	21	12	14
	Não informado	7	3	0	0
	Total	265	100	85	100
Jardim Itu	Controlada	164	49	47	56
	Não Controlada	102	30	32	38
	Ignorada	35	10	5	6
	Não informado	36	11	0	0
	Total	337	100	84	100
Santíssima Trindade	Controlada	41	34	51	60
	Não Controlada	32	27	26	31
	Ignorada	37	31	8	9
	Não informado	9	8	0	0
	Total	119	100	85	100

Tabela 22 - Distribuição dos usuários com DM conforme o controle glicêmico, no momento da inscrição na ação programática e na última avaliação até dezembro de 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

		continuação			
Glicemia		Avaliação Inicial		Avaliação Atual	
		n	%	n	%
NSA	Controlada	91	45	27	43
	Não Controlada	77	38	36	57
	Ignorada	19	9	0	0
	Não informado	16	8	0	0
	Total	203	100	63	100
Coinma	Controlada	119	62	42	66
	Não Controlada	59	31	19	30
	Ignorada	4	2	3	5
	Não informado	11	6	0	0
	Total	193	100	64	100
Costa e Silva	Controlada	103	42	57	56
	Não Controlada	108	44	33	33
	Ignorada	33	13	11	11
	Não informado	3	1	0	0
	Total	247	100	101	100
SSC	Controlada	1484	46	945	57
	Não Controlada	1132	35	476	29
	Ignorada	458	14	227	14
	Não informado	154	5	0	0
	Total	3228	100	1648	100

Tabela 23 - 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 2018, 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	211	38	243	103	557	-	-	-	-	-	-	
	Hipertensão	403	72	150	4	557	-	-	-	-	-	-	
	Tabagismo	57	10	404	96	557	26	8	231	52	309		
	Sedentarismo	344	62	151	62	557	198	64	68	43	309		
	Dislipidemia	248	45	235	74	557	130	42	129	50	309		
	Obesidade	224	40	255	78	557	104	34	158	47	309		
Vila Floresta	História Familiar	162	53	92	54	308	-	-	-	-	-	-	
	Hipertensão	224	73	81	3	308	-	-	-	-	-	-	
	Tabagismo	40	13	244	24	308	16	9	149	5	170		
	Sedentarismo	222	72	63	23	308	141	83	26	3	170		
	Dislipidemia	164	53	99	45	308	114	67	46	10	170		
	Obesidade	133	43	147	28	308	75	44	87	8	170		
Divina Providência	História Familiar	116	57	67	21	204	-	-	-	-	-	-	
	Hipertensão	129	63	75	0	204	-	-	-	-	-	-	
	Tabagismo	49	24	138	17	204	30	20	120	1	151		
	Sedentarismo	149	73	45	10	204	132	87	18	1	151		
	Dislipidemia	103	50	83	18	204	80	53	70	1	151		
	Obesidade	84	41	104	16	204	66	44	84	1	151		
Sesc	História Familiar	120	52	84	26	230	-	-	-	-	-	-	
	Hipertensão	137	60	90	3	230	-	-	-	-	-	-	
	Tabagismo	33	14	189	8	230	23	15	131	3	157		
	Sedentarismo	172	75	51	7	230	100	64	55	2	157		
	Dislipidemia	95	41	124	11	230	38	24	116	3	157		
	Obesidade	86	37	112	32	230	46	29	109	2	157		
Barão de Bagé	História Familiar	61	50	34	26	121	-	-	-	-	-	-	
	Hipertensão	84	69	37	0	121	-	-	-	-	-	-	
	Tabagismo	12	10	98	11	121	4	4	88	4	96		
	Sedentarismo	70	58	44	7	121	67	70	23	6	96		
	Dislipidemia	56	46	46	19	121	39	41	44	13	96		
	Obesidade	64	53	52	5	121	53	55	38	5	96		
Jardim Leopoldina	História Familiar	273	61	96	75	444	-	-	-	-	-	-	
	Hipertensão	292	66	152	0	444	-	-	-	-	-	-	
	Tabagismo	58	13	340	46	444	26	9	253	4	283		
	Sedentarismo	295	66	111	38	444	229	81	53	1	283		
	Dislipidemia	228	51	160	56	444	174	61	93	16	283		
	Obesidade	184	41	207	53	444	127	45	140	16	283		
Parque dos Maías	História Familiar	123	46	120	22	265	-	-	-	-	-	-	
	Hipertensão	185	70	80	0	265	-	-	-	-	-	-	
	Tabagismo	30	11	227	8	265	13	15	72	0	85		
	Sedentarismo	188	71	71	6	265	67	79	18	0	85		
	Dislipidemia	144	54	108	13	265	57	67	25	3	85		
	Obesidade	124	47	127	14	265	39	46	45	1	85		

Tabela 23 - 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 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

Fatores de risco - DCV	Avaliação Inicial					Avaliação Atual				
	sim	não	ign	total	total	sim	não	ign	total	total
	n	%	n	n		n	%	n	n	
Jardim Itu										
História Familiar	165	49	125	47	337	-	-	-	-	-
Hipertensão	242	72	92	3	337	-	-	-	-	-
Tabagismo	41	12	264	32	337	6	7	74	4	84
Sedentarismo	231	69	73	33	337	63	75	17	4	84
Dislipidemia	162	48	134	41	337	41	49	39	4	84
Obesidade	128	38	162	47	337	32	38	49	3	84
Santíssima Trindade										
História Familiar	36	30	32	51	119	-	-	-	-	-
Hipertensão	65	55	54	0	119	-	-	-	-	-
Tabagismo	18	15	49	52	119	6	7	35	44	85
Sedentarismo	53	45	14	52	119	37	44	3	45	85
Dislipidemia	31	26	30	58	119	14	16	28	43	85
Obesidade	43	36	23	53	119	21	25	19	45	85
NSA										
História Familiar	105	52	71	27	203	-	-	-	-	-
Hipertensão	141	69	61	1	203	-	-	-	-	-
Tabagismo	28	14	165	10	203	4	6	57	2	63
Sedentarismo	163	80	28	12	203	53	84	8	2	63
Dislipidemia	124	61	66	13	203	41	65	20	2	63
Obesidade	92	45	102	9	203	22	35	39	2	63
Coinma										
História Familiar	110	57	79	4	193	-	-	-	-	-
Hipertensão	124	64	69	0	193	-	-	-	-	-
Tabagismo	20	10	169	4	193	7	11	56	1	64
Sedentarismo	148	77	44	1	193	54	84	10	0	64
Dislipidemia	115	60	74	4	193	37	58	26	1	64
Obesidade	93	48	90	10	193	22	34	36	6	64
Costa e Silva										
História Familiar	165	67	54	28	247	-	-	-	-	-
Hipertensão	171	69	76	0	247	-	-	-	-	-
Tabagismo	26	11	204	17	247	2	2	13	86	101
Sedentarismo	166	67	64	17	247	12	12	3	86	101
Dislipidemia	131	53	91	25	247	4	4	11	86	101
Obesidade	125	51	106	16	247	3	3	11	87	101
SSC										
História Familiar	1647	51	1097	484	3228	-	-	-	-	-
Hipertensão	2197	68	1017	14	3228	-	-	-	-	-
Tabagismo	412	13	2491	325	3228	163	10	1279	206	1648
Sedentarismo	2201	68	759	268	3228	1153	70	302	193	1648
Dislipidemia	1601	50	1250	377	3228	769	47	647	232	1648
Obesidade	1380	43	1487	361	3228	610	37	815	223	1648

Tabela 24 - 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 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continua

	Lesões em órgão alvo	Avaliação Inicial					Avaliação Atual				
		sim		não		total	sim		não		total
		n	%	n	n		n	%	n	n	
Conceição	Cardiopatia isquêmica	37	7	352	168	557	35	11	238	36	309
	AIT ou AVC	20	4	366	171	557	18	6	254	37	309
	Pé diabético	3	1	340	214	557	4	1	174	131	309
	Amputação por DM	1	0	344	212	557	1	0	176	132	309
	Nefropatia	20	4	362	175	557	18	6	247	44	309
	Doença arterial periférica	17	3	372	168	557	14	5	259	36	309
	HVE ou ICC	17	3	372	168	557	14	5	259	36	309
	Retinopatia	10	2	93	454	557	7	2	67	235	309
	Vila Floresta	Cardiopatia isquêmica	31	10	168	109	308	24	14	138	8
AIT ou AVC		8	3	197	103	308	6	4	162	2	170
Pé diabético		4	1	183	121	308	2	1	97	71	170
Amputação por DM		2	1	184	122	308	0	0	102	68	170
Nefropatia		12	4	183	113	308	16	9	148	6	170
Doença arterial periférica		7	2	196	105	308	6	4	160	4	170
HVE ou ICC		7	2	196	105	308	6	4	160	4	170
Retinopatia		9	3	35	264	308	9	5	35	126	170
Divina Providência		Cardiopatia isquêmica	13	6	158	33	204	13	9	137	1
	AIT ou AVC	6	3	168	30	204	8	5	143	0	151
	Pé diabético	2	1	160	42	204	0	0	146	5	151
	Amputação por DM	3	1	157	44	204	1	1	145	5	151
	Nefropatia	5	2	167	32	204	3	2	147	1	151
	Doença arterial periférica	4	2	161	39	204	4	3	144	3	151
	HVE ou ICC	4	2	161	39	204	4	3	144	3	151
	Retinopatia	4	2	40	160	204	5	3	41	105	151
	Sesc	Cardiopatia isquêmica	15	7	168	47	230	14	9	124	19
AIT ou AVC		3	1	190	37	230	8	5	136	13	157
Pé diabético		6	3	172	52	230	4	3	97	56	157
Amputação por DM		2	1	172	56	230	2	1	96	59	157
Nefropatia		13	6	173	44	230	10	6	132	15	157
Doença arterial periférica		13	6	175	42	230	11	7	130	16	157
HVE ou ICC		13	6	175	42	230	11	7	130	16	157
Retinopatia		9	4	63	158	230	5	3	48	104	157
Barão de Bagé		Cardiopatia isquêmica	12	10	88	21	121	13	14	77	6
	AIT ou AVC	6	5	96	19	121	7	7	84	5	96
	Pé diabético	2	2	89	30	121	2	2	63	31	96
	Amputação por DM	0	0	93	28	121	0	0	67	29	96
	Nefropatia	8	7	94	19	121	8	8	79	9	96
	Doença arterial periférica	2	2	96	23	121	3	3	85	8	96
	HVE ou ICC	2	2	96	23	121	3	3	85	8	96
	Retinopatia	6	5	39	76	121	5	5	35	56	96

Tabela 24 - 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 2018, 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	42	9	315	87	444	32	11	249	2	283
AIT ou AVC	11	2	347	86	444	13	5	268	2	283
Pé diabético	4	1	351	89	444	6	2	223	54	283
Amputação por DM	1	0	342	101	444	4	1	217	62	283
Nefropatia	19	4	339	86	444	20	7	260	3	283
Doença arterial periférica	18	4	336	90	444	20	7	260	3	283
HVE ou ICC	18	4	336	90	444	20	7	260	3	283
Retinopatia	10	2	98	336	444	13	5	66	204	283
Parque dos Maias										
Cardiopatia isquêmica	27	10	199	39	265	12	14	67	6	85
AIT ou AVC	8	3	218	39	265	2	2	78	5	85
Pé diabético	4	2	209	52	265	1	1	48	36	85
Amputação por DM	1	0	213	51	265	0	0	49	36	85
Nefropatia	12	5	207	46	265	6	7	69	10	85
Doença arterial periférica	11	4	211	43	265	3	4	74	8	85
HVE ou ICC	11	4	211	43	265	3	4	74	8	85
Retinopatia	6	2	44	215	265	3	4	16	66	85
Jardim Itu										
Cardiopatia isquêmica	20	6	191	126	337	8	10	66	10	84
AIT ou AVC	9	3	202	126	337	7	8	66	11	84
Pé diabético	3	1	207	127	337	2	2	55	27	84
Amputação por DM	4	1	208	125	337	1	1	57	26	84
Nefropatia	2	1	206	129	337	5	6	66	13	84
Doença arterial periférica	3	1	205	129	337	4	5	67	13	84
HVE ou ICC	3	1	205	129	337	4	5	67	13	84
Retinopatia	10	3	144	183	337	6	7	49	29	84
Santíssima Trindade										
Cardiopatia isquêmica	4	3	52	63	119	4	5	36	45	85
AIT ou AVC	2	2	54	63	119	2	2	38	45	85
Pé diabético	0	0	50	69	119	0	0	27	58	85
Amputação por DM	0	0	52	67	119	0	0	29	56	85
Nefropatia	2	2	50	67	119	2	2	34	49	85
Doença arterial periférica	1	1	52	66	119	1	1	37	47	85
HVE ou ICC	1	1	52	66	119	1	1	37	47	85
Retinopatia	1	1	20	98	119	2	2	10	73	85
NSA										
Cardiopatia isquêmica	14	7	146	43	203	5	8	51	7	63
AIT ou AVC	11	5	150	42	203	3	5	53	7	63
Pé diabético	5	2	151	47	203	2	3	44	17	63
Amputação por DM	3	1	151	49	203	0	0	45	18	63
Nefropatia	16	8	148	39	203	14	22	42	7	63
Doença arterial periférica	11	5	153	39	203	1	2	55	7	63
HVE ou ICC	11	5	153	39	203	1	2	55	7	63
Retinopatia	12	6	98	93	203	5	8	16	42	63

Tabela 24 - 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 2018, 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	21	11	153	19	193	6	9	49	9	64
	AIT ou AVC	11	6	162	20	193	3	5	52	9	64
	Pé diabético	3	2	158	32	193	0	0	45	19	64
	Amputação por DM	1	1	161	31	193	1	2	44	19	64
	Nefropatia	7	4	163	23	193	3	5	52	9	64
	Doença arterial periférica	174	90	0	19	193	57	89	0	7	64
	HVE ou ICC	174	90	0	19	193	57	89	0	7	64
	Retinopatia	1	1	115	77	193	1	2	38	25	64
Costa e Silva	Cardiopatia isquêmica	26	11	181	40	247	8	8	75	18	101
	AIT ou AVC	7	3	202	38	247	4	4	80	17	101
	Pé diabético	5	2	188	54	247	2	2	63	36	101
	Amputação por DM	1	0	190	56	247	0	0	64	37	101
	Nefropatia	18	7	183	46	247	6	6	73	22	101
	Doença arterial periférica	10	4	198	39	247	5	5	79	17	101
	HVE ou ICC	10	4	198	39	247	5	5	79	17	101
	Retinopatia	6	2	71	170	247	3	3	29	69	101
SSC	Cardiopatia isquêmica	262	8	2171	795	3228	174	11	1307	167	1648
	AIT ou AVC	102	3	2352	774	3228	81	5	1414	153	1648
	Pé diabético	41	1	2258	929	3228	25	2	1082	541	1648
	Amputação por DM	19	1	2267	942	3228	10	1	1091	547	1648
	Nefropatia	134	4	2275	819	3228	111	7	1349	188	1648
	Doença arterial periférica	271	8	2155	802	3228	129	8	1350	169	1648
	HVE ou ICC	271	0	2155	802	3228	129	0	1350	169	1648
	Retinopatia	84	0	860	2284	3228	64	0	450	1134	1648

Tabela 25 - 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	557	284	51	131	46	47	17	27	10	79	28
Vila Floresta	308	166	54	83	50	19	11	18	11	46	28
Divina Providência	204	132	65	59	45	12	9	11	8	50	38
Sesc	230	118	51	46	39	13	11	11	9	48	41
Barão de Bagé	121	76	63	27	36	10	13	5	7	34	45
Jardim Leopoldina	444	234	53	109	47	27	12	20	9	78	33
Parque dos Maías	265	82	31	33	40	7	9	10	12	32	39
Jardim Itu	337	133	39	51	38	13	10	19	14	50	38
Santíssima Trindade	119	69	58	18	26	10	14	9	13	32	46
NSA	203	92	45	34	37	9	10	10	11	39	42
Coinma	193	78	40	33	42	3	4	12	15	30	38
Costa e Silva	247	90	36	29	32	10	11	9	10	42	47
SSC	3228	1554	48	653	42	180	12	161	10	560	36

Nota:

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

Tabela 26 - Distribuição dos usuários com HAS inscritos na ação programática, proporção de estratificados e distribuição segundo estrato de risco*, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	usuários inscritos na AP e % de usuários inscritos na AP e estratificados		estratos									
			usuários estratificados	2		3		4		5		
				n	%	n	%	n	%	n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hospital Conceição	2749	84	2298	1564	68	320	14	362	16	52	2	
Vila Floresta	1405	91	1280	762	60	136	11	296	23	86	7	
Divina Providência	695	98	681	441	65	112	16	98	14	30	4	
Sesc	850	95	809	437	54	226	28	110	14	36	4	
Barão de Bagé	563	96	541	324	60	118	22	76	14	23	4	
Jardim Leopoldina	1737	95	1644	633	39	569	35	406	25	36	2	
Parque dos Maias	1086	69	752	435	58	241	32	60	8	16	2	
Jardim Itu	1398	84	1178	764	65	188	16	170	14	56	5	
Santíssima Trindade	410	82	336	203	60	79	24	46	14	8	2	
NSA	816	94	765	359	47	246	32	131	17	29	4	
Coinma	713	98	699	403	58	248	35	33	5	15	2	
Costa e Silva	861	81	696	601	86	64	9	29	4	2	0	
SSC/GHC	13283	88	11679	6926	59	2547	22	1817	16	389	3	

Nota:

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

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

	usuários inscritos na AP	% de usuários inscritos na AP e estratificados	estratos									
			usuários estratificados	2		3		4		5		
				n	n	%	n	%	n	%	n	%
Hospital Conceição	675	91	612	291	48	153	25	153	25	15	2	
Vila Floresta	399	92	367	155	42	57	16	115	31	40	11	
Divina Providência	283	98	278	124	45	79	28	54	19	21	8	
Sesc	270	97	262	88	34	107	41	54	21	13	5	
Barão de Bagé	155	99	153	62	41	45	29	37	24	9	6	
Jardim Leopoldina	560	96	539	104	19	250	46	170	32	15	3	
Parque dos Maias	323	83	268	109	41	125	47	29	11	5	2	
Jardim Itu	429	89	383	189	49	86	22	75	20	33	9	
Santíssima Trindade	153	89	136	59	43	35	26	36	26	6	4	
NSA	274	98	268	73	27	113	42	67	25	15	6	
Coinma	212	100	211	92	44	104	49	11	5	4	2	
Costa e Silva	259	81	209	175	84	26	12	7	3	1	0	
SSC/GHC	3992	92	3686	1521	41	1180	32	808	22	177	5	

Nota:

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

Tabela 28 - Série histórica (2013 a 2018) da distribuição dos diabéticos inscritos na ação programática que consultaram com dentista, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	inscritos na AP em 2018		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	consultaram com dentista		consultaram com dentista		consultaram com dentista		consultaram com dentista		consultaram com dentista		consultaram com dentista		consultaram com dentista	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conceição	604	-	25	-	27	-	21	-	22	-	23	-	136	23
Vila Floresta	391	-	43	-	33	-	42	-	34	-	34	-	149	38
Divina Providência	283	-	37	-	34	-	22	-	41	-	44	-	107	38
Sesc	270	-	38	-	42	-	37	-	32	-	48	-	125	46
Barão de Bagé	153	-	41	-	76	-	63	-	32	-	70	-	80	52
Jardim Leopoldina	541	-	21	-	20	-	23	-	36	-	29	-	107	20
Parque dos Maías	323	-	32	-	54	-	51	-	63	-	53	-	166	51
Jardim Itu	428	-	33	-	28	-	41	-	34	-	32	-	117	27
Santíssima Trindade	153	-	42	-	43	-	51	-	62	-	38	-	89	58
NSA	274	-	46	-	39	-	34	-	38	-	36	-	84	31
Coinma	209	-	28	-	39	-	43	-	44	-	39	-	77	37
Costa e Silva	259	-	20	-	24	-	28	-	39	-	26	-	76	29
SSC/GHC	3888	-	32	-	34	-	35	-	37	-	36	-	1313	34

4.1.3 COMENTÁRIOS

4.1.3.1. COBERTURA E CONTROLE

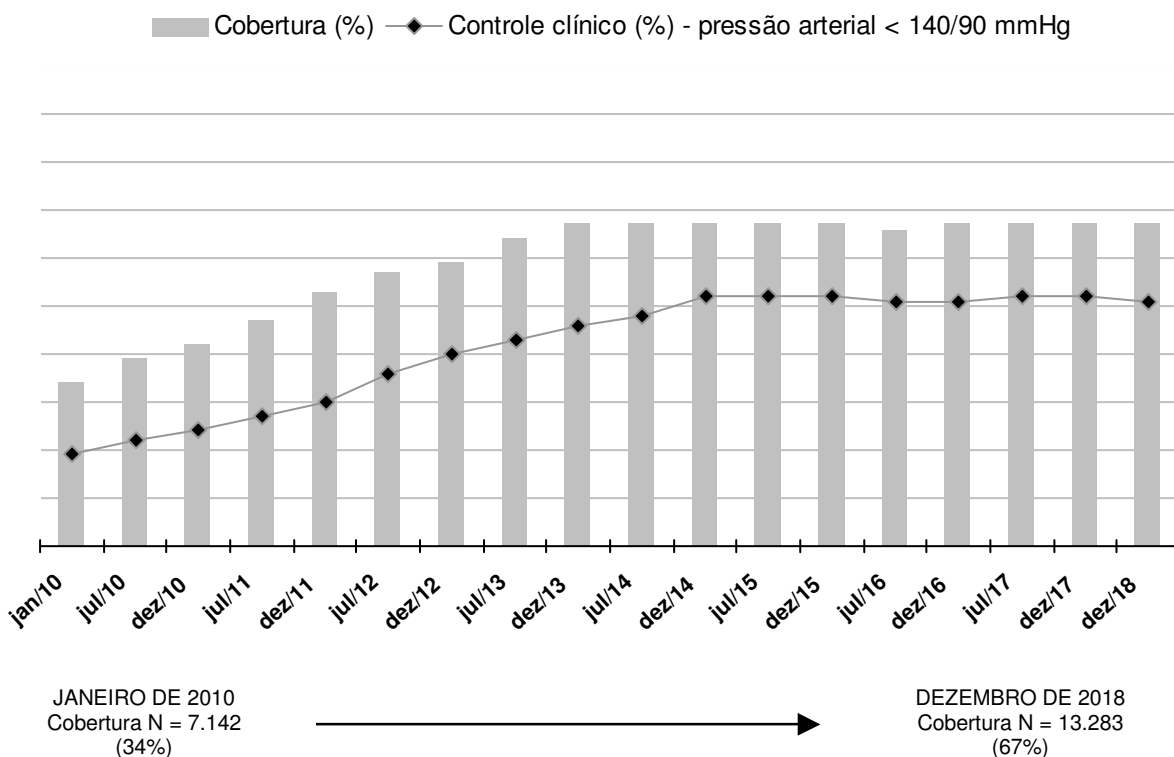
Hipertensão Arterial Sistêmica

Ao final de 2018, a cobertura atingida foi de 67%, equivalendo a 13.283 hipertensos inscritos na ação programática (Tabela 18). Destes, 76% 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 19.

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 (16.350) e o número de hipertensos inscritos (13.283) (Tabela 18): são 3.067 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 de 2010 a 2018 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.

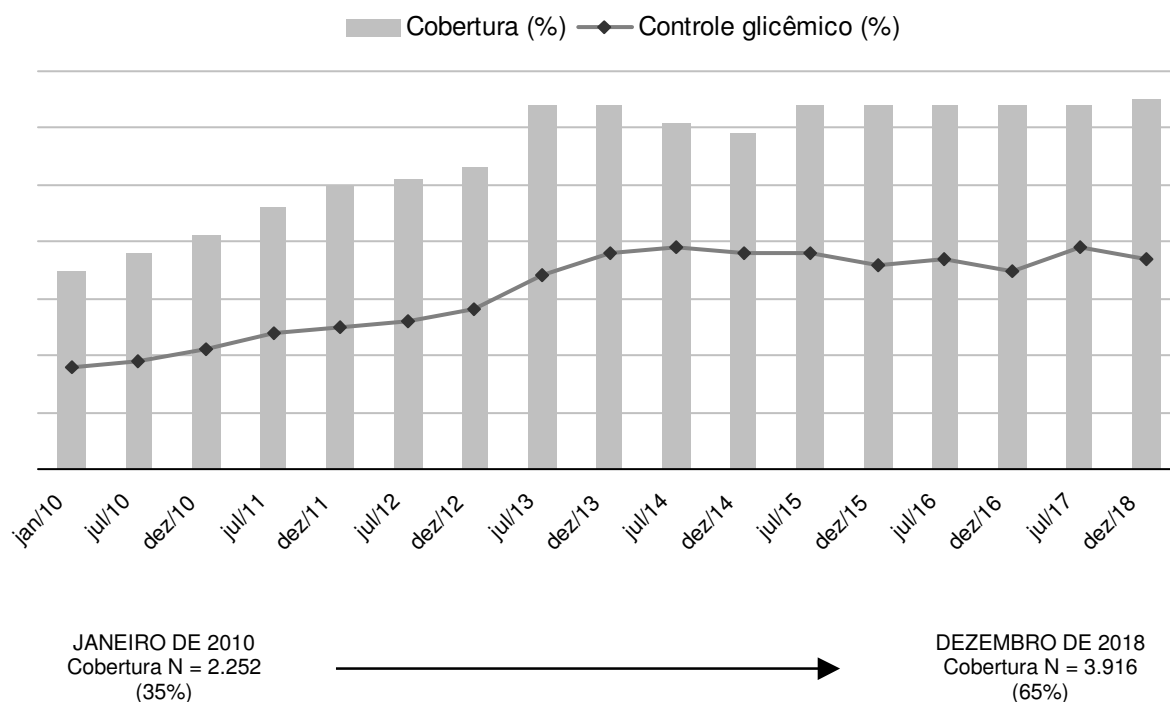
Diabetes melito

Ao final de 2018, o SSC alcançou a cobertura de 65% de inscritos (3.992 diabéticos) e a glicemia encontrava-se controlada em 57% destes (Tabelas 18 e 22 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 (6.263) e o número de diabéticos inscritos (3.992), demonstrando que 2.271 pessoas que tiveram diagnóstico de diabetes durante uma consulta nas US do SSC não foram inscritas na ação programática (Tabela 18).

Gráfico 11 - Série histórica de 2010 a 2018 da cobertura em diabetes melito e da proporção de diabéticos com a glicemia controlada, entre os inscritos. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



Nota:

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

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

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

4.1.3.2. FATORES DE RISCO

É alta a proporção de pessoas com fatores de risco modificáveis (sedentarismo, tabagismo, dislipidemias e obesidade) tanto para HAS (Tabela 20), quanto para DM (Tabelas 23). Estes fatores são passíveis de mudanças através do uso de um conjunto de tecnologias de comprovada eficácia citadas no item 5, a seguir, neste capítulo.

4.1.3.3. LESÕES EM ÓRGÃOS ALVO

As lesões em órgãos alvo (Tabelas 21 e Tabelas 24) são condições sensíveis à APS, e portanto podem ser diminuídas e/ou evitadas por ações das equipes de atenção primária. Manter a pressão arterial abaixo de 140/90 mm/hg, a glicemia conforme meta individualizada ($HbA1c$ abaixo de 7% para a maioria das pessoas com diabetes) e garantir orientações e apoio ao autocuidado são medidas fundamentais para evitar lesões em órgãos alvo.

O monitoramento do número de pessoas que hospitalizou no GHC por doença cérebro-vascular, insuficiência cardíaca, angina pectoris, diabetes melito e hipertensão arterial sistêmica revela que o número de casos diminuiu no período 2007 a 2018, e desde então encontra-se estabilizado (Gráfico 12, abaixo).

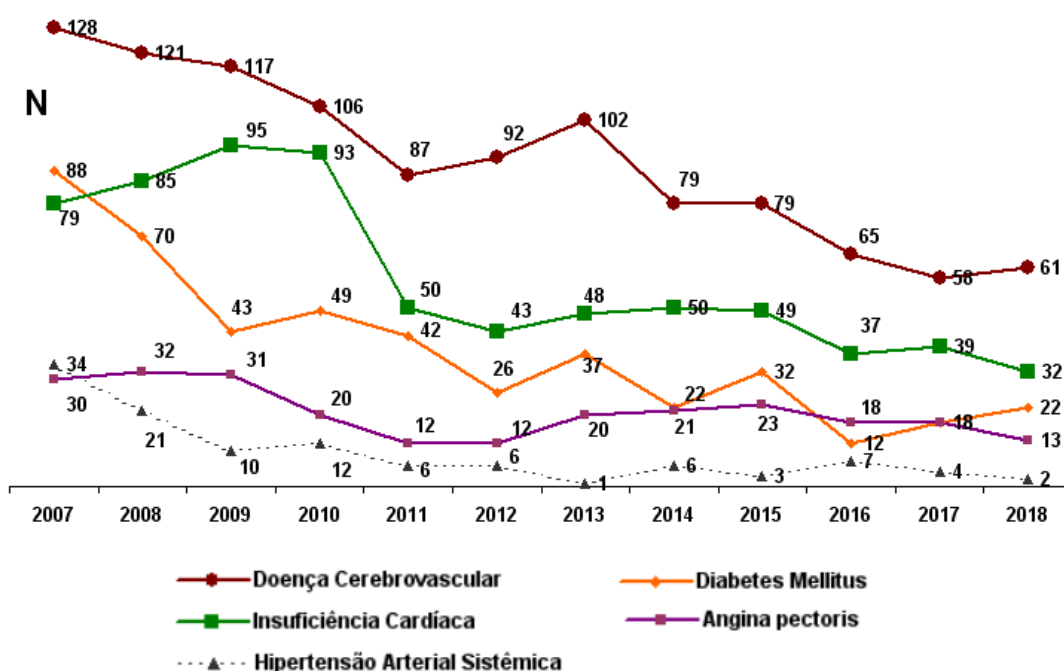
4.1.3.4. QUALIDADE DO REGISTRO

O sub-registro vem diminuindo discretamente nos últimos seis anos, mas nem todos os hipertensos e diabéticos acompanhados pelas equipes são inscritos na ação programática, o que leva a 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 20, 21, 23 e 24).

4.1.3.5. ASPECTOS A SEREM APERFEIÇOADOS

Algumas atividades são fundamentais para aumentar o acesso, aprimorar a vigilância e a qualidade da atenção às pessoas com condições crônicas. Entre elas destacam-se: a) inscrição 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 (2007-2018). SSC/GHC, Porto Alegre, RS



4.2 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. Assim, o percentual da adultos fumantes no País vem apresentando uma expressiva queda nas últimas décadas. Em 1989, 34,8% da população acima de 18 anos era fumante, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição e, em 2008, este percentual caiu para 18,5 %.²²

Os dados mais recentes mostram que no conjunto das 27 capitais a frequência de adultos fumantes foi de 9,3% sendo quase duas vezes maior no sexo masculino (12,1%) do que no feminino (6,9%). (Vigitel/MS, 2018)

Em Porto Alegre verifica-se aumento do número de adultos fumantes. Os percentuais variaram de 12,8% (em 2014) para 14,4 (em 2018). Atualmente, a cidade é a primeira capital brasileira com maior frequência de fumantes. Entre os homens a frequência é de 17,3% dos adultos e entre as mulheres é de 11,9% .

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 encontre-se 10.401 tabagistas.

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

4.2.1 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 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.

4.2.2 RESULTADOS

Os resultados são apresentados nas Tabelas 29, 30 e 31.

Tabela 29 - 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 2018. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	usuários ≥ 18 anos cadastrados na US	estimativa ¹ do nº de usuários tabagistas	número de tabagistas atendidos em grupo ²		tabagistas sem fumar ³	
	n	n	n	%	n	%
Conceição	16898	2298	531	23	237	45
Vila Floresta	7348	999	410	41	254	62
Divina Providência	3422	465	193	41	63	33
Sesc	4472	608	164	27	76	46
Barão de Bagé	3163	430	198	46	77	39
Jardim Leopoldina	10774	1465	352	24	161	46
Parque dos Maias	7355	1000	295	29	155	53
Jardim Itu	7259	987	317	32	156	49
Santíssima Trindade	3012	410	187	46	86	46
NSA	4555	619	272	44	168	62
Coinma	4468	608	300	49	140	47
Costa e Silva	3751	510	262	51	100	38
SSC	76477	10401	3481	33	1673	48

Nota:

¹ Estimativas - o nº estimado de usuários tabagistas (13,6% da população ≥ 18 anos cadastrados nas US do SSC).

² Tabagistas atendidos nos grupos - nº e % de usuários tabagistas atendidos em grupos anti tabagismo realizados nas US.

³ Tabagista sem fumar na 4ª sessão do grupo – nº e % de usuários tabagistas sem fumar na 4ª sessão do grupo.

Tabela 30 - Número de grupos e distribuição dos usuários conforme uso de medicação e participação em atividades do Programa de Combate ao Tabagismo no ano de 2018, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	nº grupos	nº de usuários			
		participou da 1ª sessão	participou da 4ª sessão	sem fumar na 4ª sessão	
				(n)	(%)
Conceição	2	18	9	7	39
Vila Floresta	2	20	11	8	40
Divina Providência	3	18	11	2	11
Sesc	3	19	9	8	42
Barão de Bagé	2	25	19	2	8
Jardim Leopoldina	1	9	7	6	67
Parque dos Maías	4	28	22	18	64
Jardim Itu	2	9	5	5	56
Santíssima Trindade	3	18	18	17	94
NSA	4	17	12	12	71
Coinma	3	25	19	13	52
Costa e Silva	4	27	15	11	41
SSC/GHC	33	233	157	109	47

Tabela 31 - Série histórica (2006 a 2018) 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	2018
Conceição	4	8	7	5	7	4	4	6	4	4	4	4	2
Vila Floresta	2	3	5	2	3	3	3	4	4	4	4	4	2
Divina Providência	2	2	2	1	-	2	1	2	3	(*)	2	3	3
Sesc	-	-	-	-	-	2	1	3	3	3	4	4	3
Barão de Bagé	2	-	2	2	2	1	2	3	3	4	4	3	2
Jardim Leopoldina	2	2	4	3	2	3	3	3	4	4	4	4	1
Parque dos Maías	1	2	2	2	4	4	2	3	4	4	4	4	4
Jardim Itu	-	-	4	4	5	3	7	4	4	4	4	3	2
Santíssima Trindade	3	-	1	-	1	3	4	6	4	3	4	3	3
NSA	-	-	3	1	-	1	4	5	4	4	4	4	4
Coinma	1	1	2	3	2	4	1	4	4	4	4	3	3
Costa e Silva	-	-	2	2	2	3	2	3	4	4	4	3	4
SSC	17	18	34	25	28	33	34	46	45	42	46	42	33

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

4.2.3 COMENTÁRIOS

Conforme mostra a Tabela 29, 33% dos tabagistas estimados para o território do SSC foram atendidos em grupos e destes, 48% estavam sem fumar na quarta sessão, percentual acima da meta estipulada (30%).

Na Tabela 30 verifica-se que foram realizados 33 grupos para cessação do tabagismo em 2018, onde foram atendidas 233 pessoas, das quais 109 (47%) estavam sem fumar na quarta sessão.

Na Tabela 31 consta-se um aumento significativo do número de grupos realizados por cada US; no período de 2006 a 2018 ocorreu um crescimento de 17 para 33 grupos, mas em relação aos anos anteriores este número decresceu.

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 33) – 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. Entretanto, há que monitorar-se o número de grupos por US para evitar que a redução deste ano volte a se registrar.

4.3 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM ASMA

4.3.1 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>

4.3.2 RESULTADOS

As coberturas do Programa da Asma no SSC por US podem ser observadas na Tabela 32 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 32 - 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	1402	294	158	54	38	24
Vila Floresta	893	188	197	105	160	81
Divina Providência	730	153	210	137	111	53
Sesc	898	189	301	159	77	26
Barão de Bagé	585	123	163	133	57	35
Jardim Leopoldina	1671	351	378	108	106	28
Parque dos Maias	1589	334	555	166	184	33
Jardim Itu	1014	213	150	70	51	34
Santíssima Trindade	1360	286	487	170	150	31
NSA	1001	210	327	156	72	22
Coinma	661	139	181	130	47	26
Costa e Silva	711	149	216	145	69	32
SSC	12515	2628	3323	126	1122	34

A Tabela 33 descreve o número absoluto de internações por asma nos quatro hospitais do GHC, por US, no período de 2004 a 2018. Em 2018, 64 crianças pertencentes ao território do SSC internaram por asma.

Tabela 33 - Série histórica de 2004 a 2018 das internações por asma em usuários com menos de dezenove anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Conceição	11	10	9	8	14	9	15	13	11	8	7	8	3	5	11
Vila Floresta	8	5	4	-	13	6	9	6	5	4	6	3	4	10	3
Divina Providência	13	8	10	10	3	10	11	16	7	4	4	1	3	6	4
Sesc	8	7	8	8	7	10	8	10	4	3	2	4	8	8	7
Barão de Bagé	2	2	5	3	1	6	8	3	5	1	4	3	2	3	2
Jardim Leopoldina	9	14	4	8	14	17	19	11	13	8	8	5	5	12	9
Parque dos Maias	6	2	7	11	4	10	9	7	6	2	8	5	7	5	2
Jardim Itu	11	2	3	8	4	7	4	9	3	4	-	-	2	4	2
Santíssima Trindade	32	35	30	29	29	29	24	21	13	8	12	18	8	11	15
NSA	5	2	10	9	7	8	10	12	9	8	7	3	8	11	5
Coinma	5	3	5	2	3	3	3	2	2	1	2	4	2	2	-
Costa e Silva	14	6	2	-	13	7	15	8	9	7	5	4	4	4	4
SSC	124	96	97	96	112	122	135	118	87	58	65	58	56	81	64

4.3.3 COMENTÁRIOS

A estimativa do número de crianças e adolescentes com asma em Porto Alegre é de 21%. Em 2018, a cobertura do Programa da Asma atingiu 126% 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, 34% 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 ou uma vez ao ano. Estudos recentes evidenciam que, mesmo em crianças sem queixas respiratórias durante a consulta médica, o percentual de asma não controlada é elevado²⁶ e teve um acréscimo de 30% nos últimos 20 anos.

Observou-se uma redução de 38% das internações por asma, nos últimos cinco anos (2014-2018) em relação aos cinco anos anteriores (2009-2013). 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 2018, o número de internações por asma manteve-se na média dos anos anteriores (64 internações). Espera-se que com a identificação e maior cuidado dos usuários que consultam nos serviços de emergência do GHC, obtenha-se ainda 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

5. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICAS DAS DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Sandra R. S. Ferreira
Rui Flores



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

5.1 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC) E OUTROS AGRAVOS

Quadro 3 - Distribuição das doenças de notificação compulsória (DNC) e outros agravos notificados nos anos de 2017 e 2018. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

Diagnósticos	2017		2018	
	n	%	n	%
Sífilis	193	21	210	30
Sífilis - outras formas e não especificadas	(n=156)		(n=186)	
Sífilis em gestantes	(n=34)		(n=23)	
Sífilis congênita	(n=3)		(n=1)	
Varicela	184	20	74	11
HIV/AIDS	162	18	125	18
AIDS	(n=107)		(n=85)	
HIV +	(n=52)		(n=38)	
Gestante HIV +	(n=3)		(n=2)	
Hepatites virais	84	9	65	9
Hepatite viral crônica	(n=50)		(n=41)	
Hepatites virais não especificadas	(n=31)		(n=20)	
Hepatite viral aguda A	-		(n=1)	
Hepatite viral aguda B	(n=1)		(n=2)	
Hepatite viral aguda C	(n=2)		(n=1)	
Mordedura por animais	84	9	76	11
Câncer ginecológico	68	7	57	8
Neoplasia maligna de mama	(n=48)		(n=43)	
Ca colo do útero	(n=11)		(n=9)	
Ca corpo do útero (endométrio)	(n=4)		(n=4)	
Ca ovário	(n=5)		(n=1)	
Ca vagina/vulva	-		-	
Tuberculose	62	7	40	6
Caxumba	61	7	27	4
Coqueluche	10	1	1	0
Dengue	7	1	4	1
Sarampo	-	-	4	1
Outras	5	1	10	1
SSC	918	100	693	100

Tabela 34 - Série histórica (2009 a 2018) da distribuição do número de doenças de notificação compulsória (DNC) e outros agravos notificados, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Consultório na Rua	-	-	-	-	-	-	3	4	3	1
Conceição	51	50	55	57	86	67	73	103	101	88
Vila Floresta	44	40	36	49	72	48	51	89	87	49
Divina Providência	66	48	64	89	71	51	33	58	72	56
Sesc	38	31	54	63	67	52	50	65	76	53
Barão de Bagé	53	36	63	58	53	26	25	56	50	51
Jardim Leopoldina	66	83	63	92	153	79	48	99	80	54
Parque dos Maías	42	53	30	149	64	86	71	123	67	87
Jardim Itu	51	69	33	50	33	48	50	88	96	88
Santíssima Trindade	38	42	40	102	64	38	41	72	103	59
NSA	36	36	29	52	56	19	57	81	59	46
Coinma	29	50	25	26	51	21	27	40	47	18
Costa e Silva	25	58	41	46	34	21	29	59	79	43
SSC	539	596	533	833	804	556	558	937	920	693

Tabela 35 - Distribuição das Doenças de Notificação Compulsória (DNC) e outros agravos notificados por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	Consultório na Rua	Conceição	Floresta	Divina Providência	Sesc	Barão de Bagé	Jardim Leopoldina	Parque dos Maías	Jardim Itu	Santíssima Trindade	NSA	Coinma	Costa e Silva	Total
SÍFILIS OUTRAS FORMAS E NÃO ESPECIFICADAS	1	15	8	20	14	16	16	20	22	21	11	6	16	186
AIDS	-	22	2	5	8	7	11	5	2	4	14	2	3	85
MORDEDURA POR ANIMAIS	-	1	13	-	-	4	-	21	29	-	1	-	7	76
VARICELA	-	2	8	7	7	3	1	19	8	10	2	-	7	74
NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA	-	10	4	1	4	4	8	1	7	1	3	-	-	43
HEPATITE VIRAL CRÔNICA	-	6	3	5	4	-	3	3	3	5	4	3	2	41
TUBERCULOSE	-	7	1	6	2	1	3	5	2	5	1	4	3	40
HIV + PAROTIDITE = CAXUMBA	-	14	3	3	5	2	3	1	2	2	2	1	-	38
SÍFILIS EM GESTANTE	-	4	2	-	3	3	-	3	6	2	3	-	1	27
HEPATITES VIRAIS NÃO ESPECIFICADAS	-	3	-	1	2	1	2	3	3	5	2	-	1	23
CA COLO DO UTERO	-	3	1	2	2	2	3	-	2	-	1	1	3	20
ACIDENTES POR ANIMAIS	-	1	1	3	-	1	-	-	2	1	-	-	-	9
PEÇONHENTOS	-	-	-	-	-	1	-	5	-	1	-	-	-	7
CA CORPO DO UTERO (ENDOMÉTRIO)	-	-	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	4
DENGUE	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	1	-	-	4
SARAMPO	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	1	-	4
GESTANTE HIV	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	2
HEPATITE VIRAL AGUDA B	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
MENINGITE VIRAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
CA OVARIO	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
COQUELUCHE	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
HANSENIASE	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
SÍFILIS CONGENITA	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DOENÇA DE CHAGAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
HEPATITE VIRAL AGUDA A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
HEPATITE VIRAL AGUDA C	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
SSC	1	88	49	56	53	51	54	87	88	59	46	18	43	693

5.1.1 COMENTÁRIOS

Na Tabela 34 verifica-se que, em 2018, o número de doenças de notificação compulsória (DNC) foi menor que o dos anos de 2016 e 2017. Esta redução deve-se, em parte, a diminuição 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, que continua sendo a principal DNC do SSC.

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

5.2 ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM TUBERCULOSE

5.2.1 PANORAMA DE TUBERCULOSE NO BRASIL E NO MUNDO

A tuberculose (TB) é uma doença causada por um bacilo de crescimento lento, aeróbio estrito, álcool-ácido resistente (BAAR), de transmissibilidade aerógena 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 de 2015, quando a OMS analisou os dados mundiais, a Organização 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, Vietname e Zimbabué)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 2018, a OMS estima que globalmente 10 milhões de pessoas (intervalo: 9,0–11,1 milhões) desenvolveram TB, um número relativamente estável nos últimos anos. O ônus da doença varia enormemente entre os países, de menos de cinco a mais de 500 CN por 100 mil hab./ano. A TB afeta pessoas de ambos os sexos em todas as faixas etárias, mas a o maior ônus está nos homens (com idade ≥ 15 anos), que representaram 57% de todos os casos de TB no mundo. Em comparação, as mulheres responderam por 32% e as crianças (< 15 anos) por 11%. Entre todos os casos de TB, 8,6% eram pessoas vivendo com HIV (PVHS)⁵.

Geograficamente, em 2018, a maioria dos casos de TB ocorreu nas Regiões da OMS do Sudeste Asiático (44%), África (24%) e Pacífico Ocidental (18%), com porcentagens menores em Mediterrâneo Oriental (8%), Américas (3%) e Europa (3%). Oito países representaram dois terços do total global: Índia (27%), China (9%), Indonésia (8%), Filipinas (6%), Paquistão (6%), Nigéria (4%), Bangladesh (4%) e África do Sul (3%). Estes e outros 22 países da lista da OMS dos 30 países com alto índice de TB representaram 87% dos casos do mundo⁵.

Estima-se que, em 2018, ocorreram 1,2 milhões de morte por TB (variação de 1,1 a 1,3 milhão) entre pessoas HIV negativas (27% redução de 1,7 milhões em 2000), e um adicional 251 mil mortes (variação: 223 mil e 281 mil) entre pessoas soropositivas (uma redução de 60% em relação a 620.000 em 2000)⁵. A TB é a décima principal causa de morte no mundo e desde 2007, tem sido a principal causa de morte de um único infeccioso, acima do HIV/ AIDS⁵. A maioria das mortes por TB poderiam ser prevenidas com diagnóstico precoce e tratamento adequado. Ainda que milhões de pessoas sejam diagnosticadas e tratadas com sucesso a cada ano, evitando mais mortes, persistem grandes lacunas de tempo entre a detecção e o tratamento efetivo⁵.

A TB resistente a medicamentos continua sendo uma ameaça à saúde pública. Em 2018, havia cerca de meio milhão de CN TB resistente à rifampicina. Os três países com a maior participação para a carga global foi: Índia (27%), China (14%) e Federação Russa (9%). Globalmente, 3,4% dos CN TB e 18% dos casos de retratamento apresentavam TB resistente à rifampicina (MDR / RR-TB)⁵.

Atualmente, a maioria das regiões da OMS e dos países com alta carga de TB possuem indicadores que não estão no caminho de alcançar os marcos de 2020 da estratégia “**End TB**”. Globalmente, a taxa média de declínio na incidência de TB foi de 1,6% ao ano no período 2000-2018, e 2,0% entre 2017 e 2018. A redução acumulada entre 2015 e 2018 foi apenas 6,3%, consideravelmente menor do que o estabelecido na estratégia “**End TB**” (redução de 20% entre 2015 e 2020). A redução global no total do número de mortes por TB entre 2015 e 2018 foi de 11%, menos de um terço para o fim da TB de acordo com o marco estratégico da “**End Tb**” que preconiza redução de 35% até 2020.

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% resistentes ao adoecimento nos primeiros anos, mais 5% poderão evoluir para a doença até o fim de suas vidas, dependendo do estado imunológico individual e de outros fatores (tabagismo, *diabetes mellitus*, uso de álcool e outras drogas, doenças que afetam a imunidade, má-nutrição, entre outros)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 consegue acessar os serviços e realizá-lo⁷.

Faz-se urgente a implementação de políticas públicas que provoquem influências mais amplas nas condições socioeconômicas da população, que reduzam os níveis de pobreza, da infecção pelo HIV, da desnutrição e do tabagismo. Os países com maior carga de TB têm grandes desafios para atingir as metas de desenvolvimento sustentável, relacionadas a estes e outros determinantes, sendo necessário estimular o compromisso político 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”⁵.

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 três listas, cada uma com os 30 países, com mais alta carga de TB, de coinfeção TB-HIV e de TB-MDR. As três listas somam 48 países prioritários para a abordagem da doença e alguns países encontram-se em duas ou nas três listas. Entre os países da América Latina estão incluídos o Brasil e o Perú; o Brasil, ocupa a 20ª posição quanto à carga da doença e a 19ª no que se refere à coinfeção TB-HIV. O Peru encontra-se apenas na lista de alta carga de TB-MDR⁵.

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 Ministério da Saúde (MS) estima que no período de 21 anos (conforme proposto pela estratégia *End TB*), seriam evitados 138.440 casos incidentes no Brasil, uma média de 6.592 por ano. Nessa projeção, o CI de 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 2018, foram notificados 72.788 casos novos (CN) da doença e o coeficiente de incidência (CI) foi de 34,8 casos/100 mil habitantes. A distribuição da TB no País e nos estados foi heterogênea. A Região Norte teve o maior CI = 44/100 mil hab., seguida pelo Sudeste (38,7), Nordeste (33,1), Sul (28,4) e Centro-Oeste (20,8). Os sete estados com maior incidência são: Amazonas (72,9), Rio de Janeiro (66,3), Pernambuco e Acre (47,1), Roraima (42,4), Pará (40,7) e Rio Grande do Sul (40).

Quanto as capitais brasileiras com maior CI de TB destacam-se seis: Manaus (102,6); Rio de Janeiro (89,9); Porto Alegre (83,6); Recife (81,2); Belém (62,7) e São Luís (62,3)¹¹.

No Rio Grande do Sul (RS) a maioria dos casos de TB estão concentrados em Porto Alegre e na sua Região Metropolitana. O risco de adoecimento por TB na população de Porto Alegre é 2 vezes maior do que o estadual e 2,5 vezes maior do que o nacional¹¹.

Em 2018, no Brasil o percentual de cura de CN de TB pulmonar com confirmação laboratorial foi de 71,4% e o abandono de 10,8%. No Rio Grande do Sul a cura foi de 64,0% e o abandono 12,2% e, em Porto Alegre, a cura foi de 53,3% e o abandono 18,2%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 foi a terceira capital brasileira com maior CI de TB (2018). Na população atendida pelo SSC o CI varia de acordo com as condições socioeconômicas e a infraestrutura urbana existentes em cada território atendido. O CI por bairros estimado em 2008 classificou os territórios do SSC da seguinte forma: Vila Floresta, Conceição e Jardim Itu o CI é de ~66/100 mil; Parque dos Maias e Jardim Leopoldina é de ~72/100 mil; Coinma e Barão de Bagé é de ~100/100 mil; Divina Providência, Santíssima Trindade, Nossa Senhora Aparecida, Costa Silva e Sesc é de ~140/100 mil¹². Nos 11 anos de descentralização da atenção à TB nestes territórios ainda não observamos modificação significativa no CI nos bairros atendidos.

5.2.2 A DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À TUBERCULOSE NO SSC

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. Portanto, o SSC, Serviço de Pneumologia do Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre organizaram, em julho de 2002, um Projeto Piloto para descentralizar a atenção à TB em quatro unidades de saúde.

A implantação da Ação Programática (AP) para atenção às pessoas com TB¹³ em quatro US, até 2004, mostrou as dificuldades e necessidades cotidianas das equipes no cuidado de pessoas com TB. Entretanto, a avaliação da descentralização foi considerada positiva e fundamental para auxiliar em uma futura redução da incidência. Em 2007, foi possível retomar a discussão do processo de descentralização do atendimento às pessoas com TB nas 12 US do SSC, na perspectiva de iniciar a construção de uma Linha de Cuidado (LC) e, em 2008, com o apoio do Serviço de Pneumologia do HNSC houve a efetiva descentralização da atenção à TB nas 12 US do SSC, as quais são responsáveis pelo cuidado de uma população de 105.428 habitantes, em sua maioria cadastrada nesse serviço (87%).

Na implantação da AP para atenção à TB¹³ foram pactuados com as equipes e a Gerência do SSC objetivos, metas e indicadores para o Monitoramento e Avaliação. A população alvo para cobertura da AP da TB e avaliação dos indicadores foi o número total de pessoas cadastradas (prontuário família) nas 12 U.S., este número varia anualmente de acordo com a inclusão e exclusão de cadastros. Em 2018, a população cadastrada nas 12 US foi de 91.345 habitantes e a estimativa foi de 83 CN de TB/ano, nessa população.

5.2.3 OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

A TB, na grande maioria dos casos, é uma doença passível de tratamento por equipes da APS. O objetivo da AP da TB no SSC é diminuir o número de casos da doença por meio da implantação das seguintes ações: a) prevenção primária através da investigação de contatos e atividades educativas; b) diagnóstico precoce da TB, através da identificação e investigação de sintomáticos respiratórios (SR); c) tratamento com esquema básico descentralizado nas 12 US de forma auto administrada e supervisionada; d) acompanhamento das pessoas com TB até a cura; e) diminuição da taxa de abandono de tratamento pelo acesso facilitado, oferta de tratamento diretamente observado (TDO) e ampliação do vínculo com a clientela; f) tratamento da infecção latente da TB (ILTB); g) investigação da coinfeção TB-HIV; h) tratamento compartilhado dos casos acompanhados por outros serviços e i) coordenação do cuidado e, quando necessário, o encaminhamento para outros níveis de atenção, por meio de fluxos construídos de forma integrada, na perspectiva de redes de atenção à saúde (RAS)⁸.

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 em 90% dos casos acompanhados nas US; j) realizar tratamento compartilhado dos casos de TB residentes no território do SSC e em acompanhamento em outros serviços e l) incrementar a oferta e realização de tratamento para Infecção Latente da Tuberculose nas 12 US⁸.

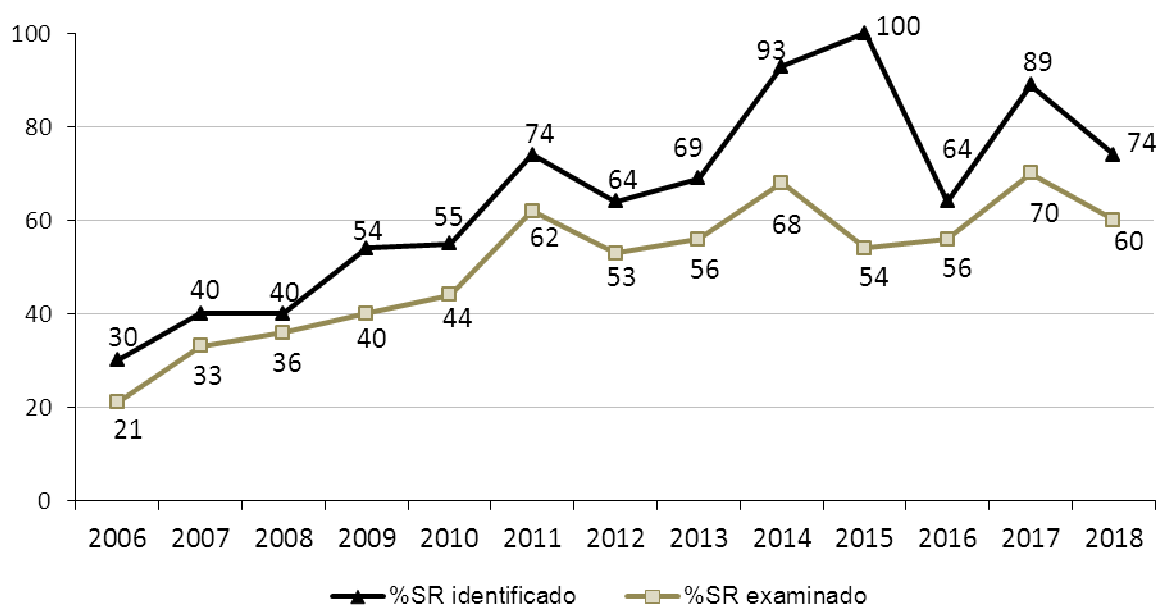
A avaliação do cuidado à saúde em TB é realizada através do monitoramento mensal de **indicadores**, sendo os principais a proporção de: a) contatos de caso de TB identificados e examinados; b) SR identificados e investigados; c) CN de TB localizados no território; d) CN de TB diagnosticados nas 12 US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

5.2.4 RESULTADOS

Tabela 36 - Série histórica (2012 a 2018) 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	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
		n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³	n ²	% ³
Conceição	193	52	27	41	21	72	37	56	29	56	29	105	54	99	51
Vila Floresta	82	41	52	60	76	62	78	68	86	37	47	52	63	62	76
D. Providência	43	39	93	28	67	19	45	24	57	18	43	32	74	35	81
Sesc	54	40	75	52	98	64	120	43	81	24	45	25	46	35	64
B de Bagé	39	31	78	23	58	35	88	31	78	30	76	28	71	32	82
J. Leopoldina	126	46	36	63	50	81	64	28	22	23	18	60	48	32	25
P. dos Maias	91	48	53	36	40	35	39	62	69	31	34	30	33	45	49
Jardim Itu	84	46	55	47	56	38	45	61	73	51	61	45	54	50	59
S. Trindade	47	41	96	50	117	53	124	53	124	23	54	41	88	32	68
NSA	55	22	42	32	61	28	54	31	59	22	42	38	69	37	67
Coinma	53	30	58	51	98	100	193	53	100	96	185	109	206	36	68
Costa e Silva	47	44	91	19	40	29	60	18	37	19	40	63	135	55	118
SSC	913	480	53	502	56	616	68	528	54	430	48	628	70	550	60

Notas:

¹ Nº estimado de SR no território – corresponde a 1% da população cadastrada nas US. Em janeiro de 2018, a população cadastrada nas 12 US do SSC era de 91.345 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 BAAR no escarro e um Raio X de tórax.³ % de SR investigados – a meta anual de investigação que a GSC busca corresponde a 80% da população estimada de SR.**Gráfico 13** - Série histórica (2006 a 2018) 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 (2015 – 2018) 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.

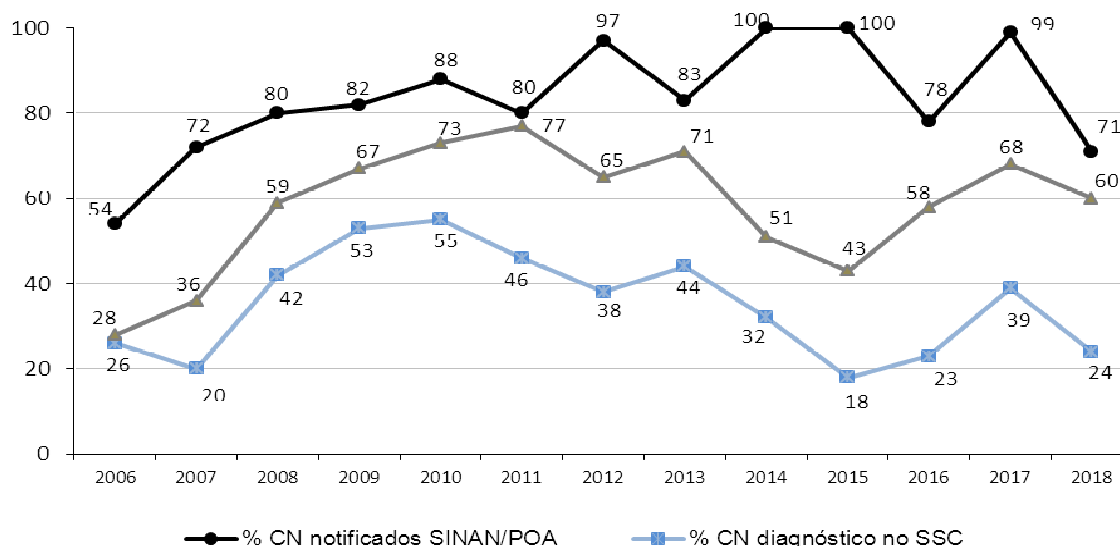
Unidades	2015				2016				2017				2018			
	2 amost de BAAR		BAAR +		2 amost de BAAR		BAAR +		2 amost de BAAR		BAAR +		2 amost de BAAR		BAAR +	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Co	51	25	1	2	48	23	5	10	98	51	3	3	90	47	2	2
VF	66	94	-	-	34	48	-	-	44	56	2	5	56	68	1	2
DP*	20	43	6*	30*	18	39	2*	11*	28	67	4	14	25	58	2	8
Sesc	33	60	1	3	23	42	1	4	21	39	1	5	34	63	-	-
BB	27	70	-	-	27	70	1	4	26	65	1	4	25	64	-	-
JL	25	19	1	4	20	16	-	-	47	37	5	10	24	19	1	8
PM	56	70	3	5	28	35	-	-	28	31	2	7	34	37	1	3
Jltu	54	64	-	-	45	53	4	9	40	48	3	8	39	47	1	3
ST	48	119	3	6	18	45	2	11	42	98	5	12	25	53	3	12
NSA	31	61	1	3	19	38	1	5	37	71	-	-	32	58	-	-
Coinma	53	102	1*	2	92	178	2	2	107	206	5	5	31	59	1	3
CS	18	37	-	-	18	37	2	11	57	119	3	5	50	107	4	8
SSC	482	54	17	4	391	44	20	5	575	64	34	6	465	51	16	4

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.

* De 2015 e 2017, a US DP realizou BAAR de escarro apenas nas pessoas que procuraram a unidade 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.

Gráfico 14 - Série histórica (2006 a 2018) 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 (2011 a 2018) 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 e % de Casos Novos TB Notificados no SINAN-TB Porto Alegre ²															
	Nº CN Esperados ¹	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
		n ²	%	n ²	%	n ²	%	n ²	%	n ²	%	n ²	%	n ²	%	n ²	%
HC	13	8	63	14	100	6	43	13	92	10	71	13	92	10	71	11	86
VF	5	5	96	8	160	5	100	10	200	6	120	4	80	12	240	6	111
DP	6	6	100	8	133	10	165	10	165	12	200	2	34	6	100	5	83
Sesc	8	10	134	8	115	7	100	9	128	4	57	3	42	1	14	1	13
BB	4	6	150	2	50	2	50	6	150	2	50	3	75	3	75	1	26
JL	9	7	77	9	100	8	90	16	177	12	132	10	110	10	122	3	33
PM	7	4	62	5	83	9	150	3	50	17	280	1	15	7	116	4	61
Jltu	6	2	36	4	66	3	50	7	116	3	50	5	83	4	67	3	54
ST	7	4	67	9	150	5	83	9	150	2	33	4	67	6	100	8	122
NSA	8	10	137	5	71	5	71	2	28	6	85	7	100	4	57	4	52
Co	5	4	77	5	100	4	80	9	180	5	100	6	120	9	180	6	114
CS	7	4	59	3	43	4	57	7	100	4	57	6	85	9	128	7	107
SSC	83	70	80³	80	97	68	83	101	123	83	102	64	78	81	99	59	71

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. De 2012 a 2017 o número esperado de CN de TB foi de 82/ano. Em 2018, o número esperado de CN de TB é de 83/ano.

Tabela 39 - Número de casos novos (CN) de TB esperados e identificados, número total de casos de TB notificados no território do SSC, local de diagnóstico e de tratamento, janeiro a dezembro de 2018. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	população total SSC	nº CN ¹ esperados	notificados ² 2018		Local de Diagnóstico ⁴			Local de Tratamento ⁵	
			CN	Todos ³	Internação	Outros Ambul	SSC	Outros serviços	SSC e Compart
Conceição	19294	13	11	13	6	6	1	5	8
Vila Floresta	8212	5	6	6	4	-	2	5	1
D. Providência	4298	6	5	8	5	3	-	1	7
Sesc	5409	8	1	1	1	-	-	-	1
B de Bagé	3918	4	1	1	1	-	-	1	-
J. Leopoldina	12626	9	3	7	2	4	1	1	6
P. dos Maias	9123	7	4	7	2	3	2	3	4
Jardim Itu	8357	6	3	3	1	-	2	1	2
S. Trindade	4673	7	8	9	4	2	3	2	7
NSA	5486	8	4	4	2	1	1	3	1
Coinma	5284	5	6	6	5	-	1	3	3
Costa e Silva	4665	7	7	7	3	1	3	3	4
SSC	91345	83	59 (71%)	72	36 (50%)	20 (28%)	16 (22%)	28 (39%)	44 (61%)

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. Não foram excluídos nessa análise as altas por mudança de diagnóstico.

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 2018) do percentual de cura e de abandono dos Casos Novos (CN) de TB tratadas nas US do SSC/GHC, incluindo todos os desfechos, em pessoas residentes no território sob responsabilidade deste serviço, Porto Alegre, RS.

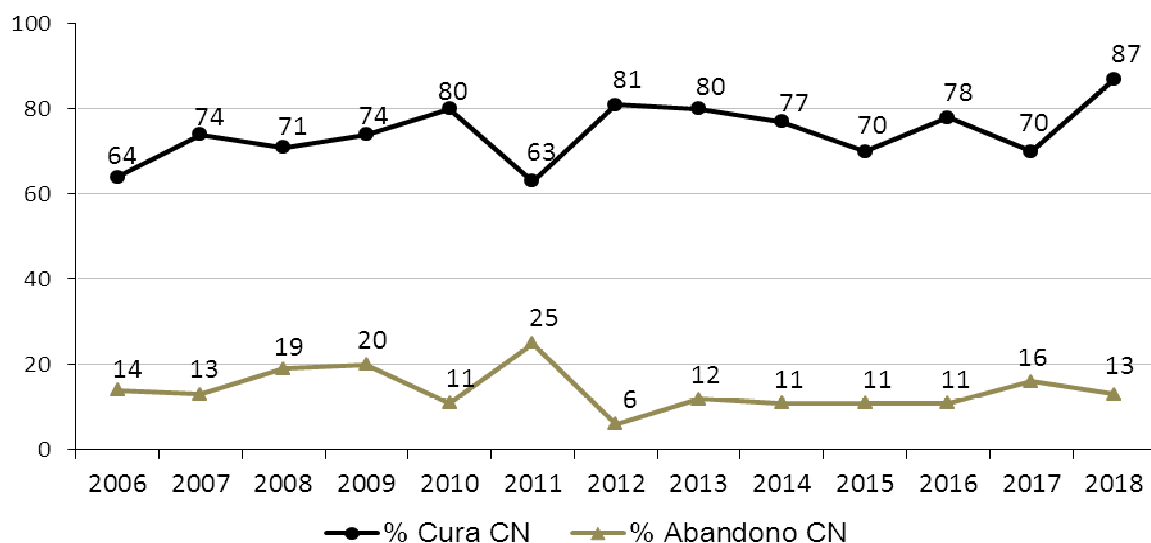


Tabela 40 - Número de casos novos e total de casos de tuberculose notificados em 2018 em pessoas residentes no território do SSC, local de tratamento, tratamento diretamente observado (TDO) e desfecho de todos os casos acompanhados nas 12 US do SSC/GHC, em 2018. Porto Alegre, RS. 2019.

	população total SSC ¹	notificados 2018		Mud. Diag.	Local de Tratamento		TDO	DESFECHOS – TODOS CASOS DO SSC				
		CN ²	todos		outro serviço ³	no SSC e Comp.		Cura	Aband.	Óbito	Trans. ⁴	Fal
Conc	19294	11	13	-	5	8	2	6	-	1	1	-
VF	8212	6	6	-	5	1	-	1	-	-	-	-
DP	4298	5	8	-	1	7	2	4	1	1	-	1
Sesc	5409	1	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-
BB	3918	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
JL	12626	3	7	-	1	6	2	5	1	-	-	-
PM	9123	4	7	-	3	4	1	3	1	-	-	-
Jitu	8357	3	3	-	1	2	-	2	-	-	-	-
ST	4673	8	9	1	2	6	2	6	-	-	-	-
N S A	5486	4	4	-	3	1	-	-	1	-	-	-
Coinma	5284	6	6	-	3	3	1	2	1	-	-	-
CS	4665	7	7	-	3	4	2	4	-	-	-	-
SSC/GHC	91345	59 (71%)	72	1 (1%)	28 (39%)	43 (60%)	12 (38%)	34 (79%)	5 (11%)	2 (5%)	1 (2%)	1 (2%)

Nota:

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 – 28 casos de TB foram acompanhados em outros serviços de Porto Alegre.

⁴ Transferências de casos: O SSC transferiu para acompanhamento em outro serviço 1 caso devido a: mudança de endereço (outro município).

Gráfico 16 - Série histórica (2006 a 2018) do percentual de casos de TB acompanhados nas 12 US do SSC que receberam tratamento diretamente observado (TDO). SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

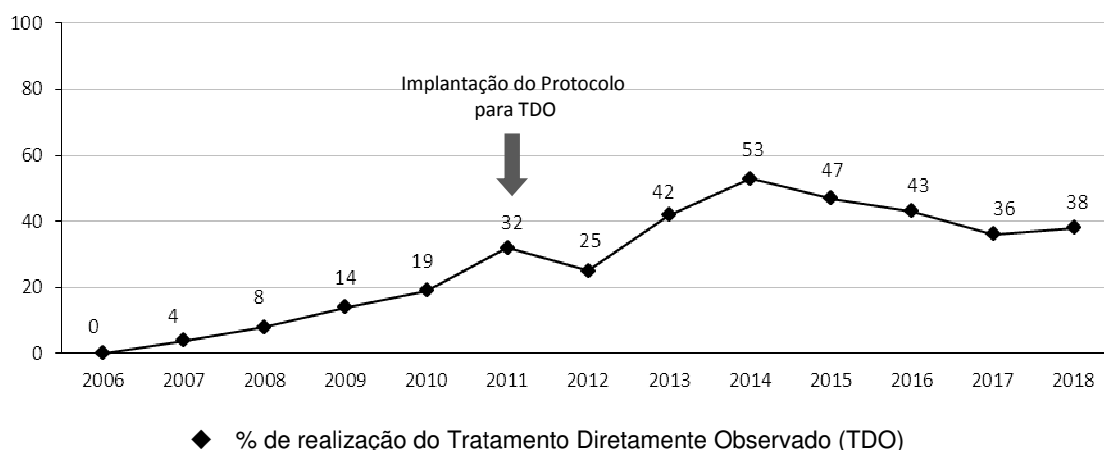
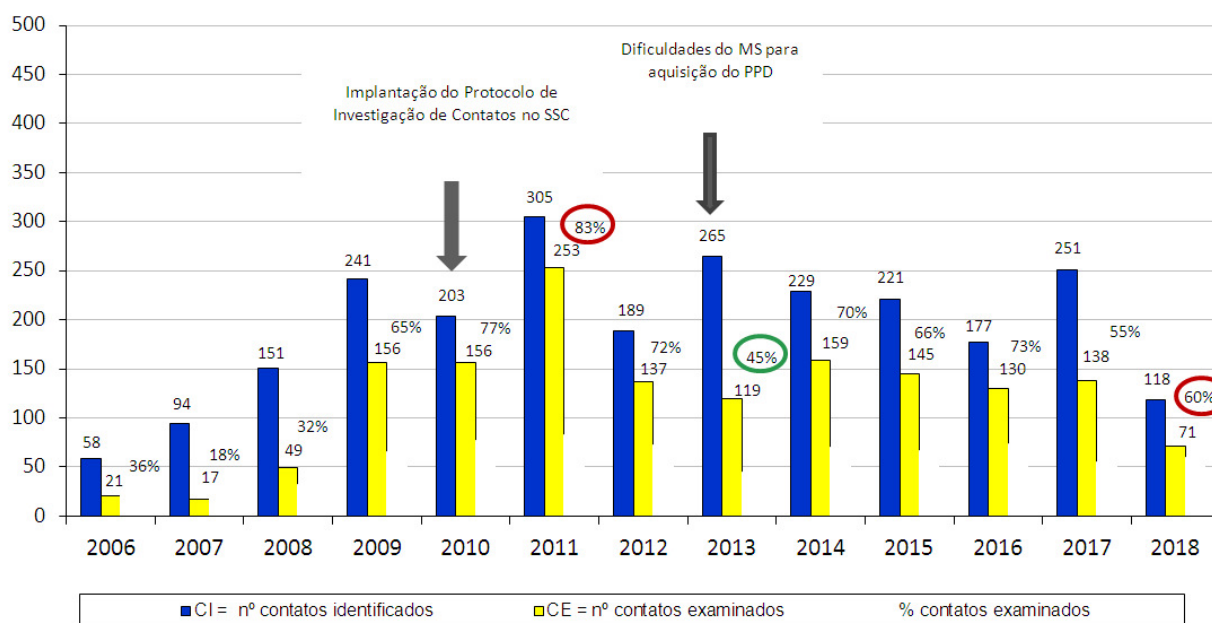


Gráfico 17 - Série histórica (2006 a 2018) do número de contatos dos casos de TB tratados no SSC que foram identificados, examinados e o percentual dos contatos examinados. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.



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 2017 e 2018, Porto Alegre, RS, 2019.

	2017				2018			
	Casos TB tratados no SSC- 2017	n estimativa contatos TB	Contatos		Casos TB tratados no SSC- 2018	n estimativa contatos TB	Contatos	
			identificado	investigado			identificado	investigado
Conceição	8	32	22	7 (32%)	8	32	24	10 (42%)
Vila Floresta	8	32	18	7 (39%)	1	4	1	0
D.Providência	6	24	11	4 (36%)	7	28	14	10 (71%)
Sesc	1	4	2	0	1	4	2	0
Barão Bagé	3	12	9	9 (100%)	-	-	-	-
J.Leopoldina	8	32	21	10 (48%)	6	24	9	8 (89%)
P Maias	5	20	20	4 (20%)	4	16	5	5 (100%)
Jardim Itu	3	12	17	4 (23%)	2	8	5	3 (60%)
S.Trindade	6	24	34	12 (35%)	7	28	19	15 (79%)
NSA	1	4	4	4 (100%)	1	4	10	0
Coinma	10	40	62	62 (100%)	3	12	4	4 (100%)
Costa e Silva	6	24	31	15 (48%)	4	16	25	16 (64%)
SSC	65	260	251	138 (55%)	44	176	118	71 (60%)

Notas:

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

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

Tabela 42 - Série histórico (2011 a 2018) da distribuição do número de pessoas em tratamento para infecção latente da tuberculose (ILTb ou quimioprevenção), por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS, 2019.

	Estimativa média do nº de contatos/ano ¹	Número de pessoas que realizaram tratamento da ILTB ²							
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Conceição	56	5	11	5	4	-	4	3	4
Vila Floresta	20	3	6	4	6	4	1	4	1
Divina Providência	24	4	-	3	6	4	-	4	1
Sesc	32	5	7	13	7	4	1	2	2
Barão de Bagé	16	11	3	5	1	1	-	2	4
J. Leopoldina	36	5	1	2	5	1	-	-	2
P. dos Maias	28	-	2	2	3	-	1	-	2
Jardim Itu	24	-	3	-	1	-	2	3	1
Sant. Trindade	28	1	3	13	30	8	5	2	3
NSA	32	1	-	-	-	-	-	1	-
Coinma	20	31	5	1	-	-	3	1	-
Costa e Silva	28	-	-	-	1	1	2	3	4
SSC	344	66	41	48	64	23	19	25	24

Nota:

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

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

5.2.5 COMENTÁRIOS

Na Tabela 36, série histórica (2012-2018) 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 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; em 2018 apenas três (Divina Providência, Barão de Bagé e Costa e Silva).

Verifica-se no Gráfico 13 (série histórica de 2006-2018 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 não acompanhou a curva ascendente de SR identificados. Houve queda na investigação dos SR em 2015 (10%) e em 2016 (6%). Em 2017 houve uma melhora no indicador (aumento de 14%), mas em 2018 a investigação dos SR voltou a cair (10%).

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, mas em 2018 ela voltou a cair.

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 2015 a 2018. 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 4% (2015), 5% (2016), 6% (2017) e 4% (2018). 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 2018 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 de 2006 a 2011 a linha do diagnóstico e acompanhamento dos casos foi ascendente, mas estes dois percentuais caíram muito em 2014 e

2015, entretanto em 2016 e 2017, os percentuais voltaram a crescer. Observa-se que a variabilidade do número de CN no território é bem menor, eles estão sendo diagnosticados, notificados e tratados por outros serviços. Em 2018 houve piora dos três indicadores.

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 2011 e 2013 este percentual foi maior que 80% mas, em 2016 e 2018 ele ficou na faixa de 70%; analisando-se a série histórica por US identifica-se que essas variações não ocorreram de forma homogênea.

Na Tabela 39, que apresenta a análise da notificação, diagnóstico e acompanhamento dos casos de TB em 2018, observa-se que o SSC diagnosticou apenas 22% dos casos da doença do seu território (16 casos) e acompanhou 61% dos casos de TB notificados (44 casos). Quatro US obtiveram excelentes resultados, pois acompanharam 80% dos casos: Divina Providência, Sesc, Jardim Leopoldina e Santíssima Trindade. Quatro US acompanharam em torno de 60% dos casos de TB: Conceição, Parque dos Maias, Jardim Itu e Costa e Silva.

No Gráfico 15 observa-se a série histórica (2006 a 2018) 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, 2013 e 2018 (80% ou mais) e os piores em 2006 antes da implantação da Ação Programática e da Linha de cuidado nas 12 unidades. Em 2011 ocorreu o menor percentual de cura (61%) após a implantação da Linha de cuidado. Nos outros anos sete anos a cura foi maior ou igual a 70%. O menor percentual de abandono do SSC foi em 2012 (6%) e o pior em 2011 (25%).

Na Tabela 40, observa-se os desfechos de todos os casos de TB (CN + retratamentos) tratados, em 2018, no SSC (43 casos) dentre os 72 casos notificados da doença. O percentual de cura dos casos do SSC foi de 79% e o de abandono foi de 11%. Ocorreram dois óbitos (5%), uma transferência para outro serviço (2%) e uma caso de falência (2%).

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 43%, mas, em 2017, houve queda na oferta de TDO que se manteve em 2018. Destaca-se que essa ação vem ocorrendo de forma heterogênea entre as 12 US.

No Gráfico 17 apresenta-se a série histórica (2006 a 2018) 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 2012, 2014 e 2016 examinou em torno de 70% dos contatos. Em 2013, houve uma queda significativa na 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 dos contatos de TB para a investigação. Em março de 2019 o Ministério da Saúde conseguiu reestabelecer o adequado abastecimento do teste no país.

Na Tabela 41, observa-se que a investigação de contatos ocorre de forma heterogênea nas 12 US; em 2017, três US atingiram a meta de investigação de contatos: Barão de Bagé, Nossa Senhora Aparecida e Coinma. Em 2018, quatro unidades atingiram a meta: Jardim Leopoldina, Parque dos Maias, Santíssima Trindade e Coinma.

Na Tabela 42, apresenta-se a série histórica 2011 a 2018 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 oferta do tratamento da ILTB. Em 2011 e 2014, obteve-se o maior número de tratamento para ILTB, mas em 2015 houve uma queda significativa na indicação do tratamento da ILTB que se manteve até 2018.

Quadro 4 - Síntese da série histórica (2006 a 2012) 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	2012
1. Estimativa de SR no território	971	971	971	971	900	901	901
2. Nº e % de SR investigados nas US do SSC	205 (21%)	324 (33%)	353 (36%)	389 (40%)	398 (44%)	556 (62%)	480 (53%)
3. Nº de CN de TB esperados no território das 12 unidades do SSC	89	89	89	89	87	87	82
4. Nº e % de CN do território notificados	48 (54%)	64 (72%)	71 (80%)	73 (82%)	77 (88%)	70 (80%)	80 (97%)
5. Nº total de casos TB território notificados SINAN (CN+ RA + RR + RF)	60	79	84	84	90	97	106
6. Nº de casos com mudança de diagnóstico (excluídos da avaliação).	-	2 (1 SSC)	2 (1 SSC)	3 (3 SSC)	2 (1 SSC)	3 (2 SSC)	2 (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	70% (74) Pulmonar 30% Extra
8. Nº e % de casos diagnosticados fora do SSC: - Por hospitalização de TB Pulmonar - Por hospitalização TB Extra pulmonar. - Ambulatório, emergência ou serviço referencia.	44 (73%) 9 (15%) 6 (10%) 29 (48%)	63 (80%) 19 (24%) 14 (18%) 30 (38%)	48 (57%) 7 (8%) 13 (16%) 28 (33%)	42 (50%) 14 (33%) 14 (33%) 14 (33%)	41 (46%) 17 (19%) 8 (9%) 16 (18%)	54 (56%) 14 (14%) 9 (9%) 31 (32%)	68 (64%) 17 (16%) 14 (13%) 37 (35%)
9. Nº e % de casos de TB tratados por outros Serviços	43 (72%)	49 (64%)	33 (40%)	30 (37%)	24 (27%)	28 (30%)	37 (35%)
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%)	5 (13%) 8 (22%)
11. Nº e % de casos de TB diagnosticados nas US/SSC	16 (26%)	16 (20%)	36 (43%)	42 (50%)	49 (54%)	43 (44%)	38 (36%)
12. Nº e % de casos TB com tratamento da TB nas unidades do SSC.	17 (28%)	28 (36%)	49 (60%)	51 (63%)	64 (73%)	64 (68%)	67 (65%)
13. Nº e % de casos TB em tratamento compartilhado com o SSC.	0	0	0	0	0	2 (2%)	0
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)	97% (65)
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)	3% (2)
16. % de coinfeção TB-HIV nos casos com tra ^{to} no SSC.	16% (2)	25% (6)	30% (13)	24% (11)	22% (14)	31% (18)	20% (13)

Quadro 4 - Síntese da série histórica (2013 a 2018) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US do SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1. Estimativa de SR no território	901	901	901	902	902	913
2. Nº e % de SR Investigados nas US do SSC	502 (56%)	616 (68%)	528 (59%)	505 (56%)	628 (70%)	550 (60%)
3. Nº de CN de TB esperados no território das 12 unidades do SSC	82	82	82	82	82	83
4. Nº e % de CN do território notificados no SINAN-TB	68 (83%)	101 (123%)	83 (102%)	64 (78%)	81 (99%)	59 (71%)
5. Nº total de casos TB território notificados SINAN (CN+ RA + RR + RF)	96	131	116	84	95	72
6. Nº de casos com mudança de diagnóstico (excluídos da avaliação).	3 (2 SSC)	9 (1 SSC)	2	0	5	4 (1 SSC)
7. Nº e % do tipo de TB identificada	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	72% (51) Pulmonar 28% Extra
8. Nº e % de casos diagnosticados fora do SSC-GHC:	58 (60%)	92 (70%)	94 (81%)	62 (74%)	58 (61%)	56 (79%)
- Por hospitalização de TB Pulmonar	19 (20%)	23 (18%)	27 (23%)	24 (29%)	25 (27%)	20 (28%)
- Por hospitalização TB Extra Pulmonar	10 (10%)	22 (17%)	16 (14%)	12 (14%)	9 (9%)	16 (22%)
- Ambulatório, emergência ou serviço referência.	29 (30%)	47 (36%)	51 (44%)	26 (31%)	24 (25%)	20 (28%)
9. Nº e % de casos de TB tratados por outros Serviços	28 (30%)	55 (45%)	64 (56%)	35 (42%)	28 (29%)	24 (33%)
10. Nº e % de óbitos dos casos de TB não tratados ou tratados por outros Serviços.	4 (14%)	11 (20%)	9 (14%)	6 (17%)	2 (7%)	2 (7%)
- Por outras causas	2 (7%)	0	5 (8%)	5 (14%)	2 (7%)	4 (14%)
- Por TB						
11. Nº e % de casos de TB diagnosticados nas US/SSC	38 (41%)	39 (30%)	22 (19%)	22 (26%)	37 (40%)	16 (22%)
12. Nº e % de casos TB com tratamento da TB nas unidades do SSC.	65 (70%)	61 (50%)	50 (44%)	47 (56%)	67 (71%)	43 (60%)
13. Nº e % de casos TB em tratamento compartilhado com o SSC.	4 (4%)	6 (5%)	1 (1%)	2 (2%)	1 (1%)	1 (1%)
14. % e Nº de casos de TB c/ tra ^{to} no SSC COM testagem para o HIV	92% (60)	91% (56)	92% (46)	96% (45)	97% (65)	98% (42)
15. % e Nº de casos de TB que não realizaram testagem para o HIV	8% (5)	8% (5)	8% (4)	4% (2)	3% (2)	2% (1)
16. % de coinfeção TB-HIV nos casos com tra ^{to} no SSC.	23% (15)	23% (13)	20% (9)	20% (9)	23% (15)	23% (10)

Notas explicativas do quadro 4:

- 1 O número de SR do território é estimado em 1% da população. No SSC pactuamos o indicador em 1% do número de pessoas cadastradas nas US, por meio do prontuário família.
- 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 diferentes territórios atendidos pelas 12 US do SSC mantem-se entre 66 e 140 casos/100 mil habitantes.
- 4 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 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 Número de casos que tiveram mudança de diagnóstico.
- 7 Número e % do tipo de TB identificada nos moradores dos territórios das unidades do SSC.
- 8 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 Número e % de casos de TB (pessoas do território do SSC) tratados em outros serviços (fora da APS). Excluídos os casos de alta por mudança de diagnóstico.
- 10 Número e % de pessoas com TB que foram a óbito e estavam sendo tratados por outros serviços ou não foram tratadas para a doença (diagnóstico tardio na internação hospitalar).
- 11 Número e % de casos de TB diagnosticados pelas 12 US do SSC.
- 12 Número e % de casos de TB tratados em uma US do SSC, independente do local de diagnóstico. Excluídos os desfechos por mudança de diagnóstico.
- 13 Número e % de casos de TB com tratamento compartilhado entre APS e Serviços de Referência.

- 14 % casos de TB tratados no SSC e testados para HIV. Em Porto Alegre, em 2018, o percentual de testagem foi de 82,4% e no RS de 81%. No Brasil o percentual de testagem em 2018 foi de 75,5%.
- 15 Número e % de casos de TB tratados no SSC com oferta do teste anti-HIV e que não aceitaram realizar o teste.
- 16 % de casos com coinfeção TB-HIV nos casos de TB acompanhados na 12 US do SSC. Em 2018, Porto Alegre teve um percentual de coinfeção TB-HIV de 25%; o RS de 15,3% e o Brasil de 8,7%.

Quadro 5 - Síntese da série histórica (2006 a 2012) 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	2012
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	67
Nº e % de casos transferidos do SSC para outro serviço	1 (5%)	1 (4%)	1 (2%)	3 (6%)	1 (2%)	8 (13%)	6 (9%)
Nº e % de altas por cura	9 (53%)	21 (75%)	32 (66%)	37 (73%)	47 (74%)	39 (61%)	50 (75%)
Nº e % de alta por abandono	5 (29%)	4 (14%)	12 (24%)	11 (21%)	9 (14%)	17 (26%)	9 (13%)
Nº e % de alta por óbito	3 (17%)	2 (7%)	3 (6%)	-	4 (6%)	-	1 (1,5%)
Nº e % de falência do EB	-	-	1 (2%)	-	3 (4%)	-	1 (1,5%)
18. Desfecho dos CASOS NOVOS que realizaram tratamento nas US do SSC							
Nº de casos em tratamento no SSC	14	23	42	49	56	52	52
Nº e % de casos transferidos do SSC para outro serviço	1 (7%)	1 (4%)	1 (2%)	3 (6%)	1 (2%)	6 (11%)	6 (11%)
Nº e % de altas por cura	9 (64%)	17 (74%)	30 (71%)	36 (74%)	45 (80%)	33(63%)	42 (81%)
Nº e % de alta por abandono	2 (14%)	3 (13%)	8 (19%)	10 (20%)	6 (11%)	13 (25%)	3 (6%)
Nº e % de alta por óbito	2 (14%)	2 (9%)	2 (5%)	-	3 (5%)	-	1 (2%)
Nº e % de falência do EB	-	-	1 (2%)	-	1 (2%)	-	-
19. Nº de CN compartilhados	0	0	0	0	0	0	0
20. % e Nº de casos TB que realizaram TDO nas US do SSC	-	4% (1)	8% (4)	14% (7)	19% (12)	32% (21)	25% (17)

Quadro 5 - Síntese da série histórica (2013 a 2018) das informações relativas à vigilância da tuberculose nos territórios sob responsabilidade das 12 US do SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

continuação

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
17. Desfecho de TODOS OS CASOS que realizaram tratamento nas US do SSC						
Nº de casos em tratamento no SSC	65	61	50	47	63	43
Nº e % de casos transferidos do SSC para outro serviço	6 (9%)	6 (10%)	4 (8%)	3 (6%)	3 (5%)	1 (2%)
Nº e % de altas por cura	47 (72%)	42 (69%)	34 (68%)	34 (72%)	46 (73%)	34 (79%)
Nº e % de alta por abandono	11(16%)	10 (16%)	9 (18%)	9 (19%)	10 (15%)	5 (11%)
Nº e % de alta por óbito	1 (2%)	2 (3%)	3 (6%)	1 (2%)	4 (6%)	2 (5%)
Nº e % de falência do EB	-	1 (2%)	-	-	1 (1%)	1 (2%)
18. Desfecho dos CASOS NOVOS (CN) que realizaram tratamento nas US do SSC						
Nº de CN em tratamento no SSC	49	53	36	36	57	31
Nº e % de CN transferidos do SSC para outro serviço	4 (8%)	4 (7%)	4 (11%)	3 (8%)	3 (5%)	-
Nº e % de altas por cura	38 (80%)	41 (77%)	25 (70%)	28 (78%)	40 (70%)	27 (87%)
Nº e % de alta por abandono	6 (12%)	6 (11%)	4 (11%)	4 (11%)	9 (16%)	4 (13%)
Nº e % de alta por óbito	-	2 (4%)	3 (8%)	1 (3%)	4 (7%)	-
Nº e % de falência do EB	-	-	-	-	1 (2%)	-
19. Nº de CN compartilhados	1	3	0	1	2	0
20. % e Nº de casos TB que realizaram TDO no SSC	42% (28)	53% (36)	47% (24)	43% (21)	36% (24)	38% (12)

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 2018 o % de cura dos CN de TB pulmonar, em Porto Alegre foi ~53,3%, no RS 64% e no Brasil 71,4%; o % de abandono foi 18,2% em Porto Alegre, 12,2% no RS e 10,8% 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 número de casos novos de TB com tratamento compartilhado entre o SSC e um serviço de referência secundária ou terciária.

20 Apresenta o percentual de realização de TDO para casos de TB. Em Porto Alegre no ano de 2018 10,5% dos CN realizaram TDO; no RS 12,2% e no Brasil 10,8%. 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 investigação da coinfeção TB/HIV e que vem mantendo a meta (90% ou mais de testagem para HIV). O percentual de coinfeção TB-HIV encontrado ao longo do tempo foi $\geq 20\%$. Em Porto Alegre a taxa de coinfeção TB/HIV foi $\sim 25\%$.

Nos Quadros 4 e 5 constata-se que os indicadores da TB se alternam ao longo dos anos com períodos de melhora e outros de piora, entretanto, em 2018, de forma geral houve a manutenção dos indicadores ou uma pequena melhora. Observa-se que:

- a. a investigação de SR (linha 2) aumentou de 21% (2006) para 68% (2014), mas caiu para 59% (2015) e 56% (2016). Em 2017, 70% de SR foram investigados e, em 2018, apenas 60%;
- 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% (2012, 2014, 2015 e 2017) caiu para 78% em 2016 e manteve-se nessa faixa em 2018 (71%);
- c. a redução do número de casos de TB tratados fora da APS (linha 9) que era de 72% (2006) e passou para 27% (2010) voltou a crescer; em 2014, passou para 45%, em 2015, para 56%, em 2016, para 42%. Houve melhora em 2017 (29%) e, em 2018, chegou a 33% dos casos. As US do SSC trataram 71% dos casos em 2017 e 60% em 2018;
- 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. As equipes informam que os casos, mesmo pulmonares, em função de comorbidades estão com diagnóstico mais complexo;
- 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%) e em 2018 foi de 60%;
- 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 e 2018);
- g. houve ampliação do percentual de cura de todos os casos de TB que iniciou em 2009 (linha 17) e mantém-se próximo a 70% dos casos. Em 2018 o percentual de cura foi de 79%;
- h. houve a ampliação da cura dos CN de TB que iniciou em 2007 (linha 18) e mantém entre 70 e 80% dos casos. Em 2018 atingimos a meta preconizada pelo Ministério com 87% de cura dos CN;
- i. a redução do abandono do tratamento dos CN de TB e de todos os casos (linhas 17 e 18) tem variado ao longo do tempo entre 10 e 20%, mas na maioria dos anos tem ficado em torno de 12%. Em 2012 obtivemos nosso melhor indicador 6%.

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

- a. o aumento nos últimos oito anos da proporção de casos de TB diagnosticados em internação hospitalar, serviço de emergência e ambulatorios especializados (Quadro 4, linha 8) passando de 46% (2010) para 56% (2011), 64% (2012), 60% (2013), 70% (2014), 81% (2015), 74% (2016), 61% (2017) e 79% (2018);
- b. o alto percentual de óbitos de caso de TB na internação hospitalar (Quadro 4, linha 10) em sua maioria sem tratamento da doença ou em tratamento irregular fora da APS;

Analisando-se o trabalho realizado conclui-se que é possível implantar na APS o controle da TB de forma descentralizada com o suporte de uma Linha de Cuidado, do Processo de Educação Permanente e de Protocolos Clínicos específicos, pois houve o envolvimento e aceitação dessa nova atividade 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 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.

Os esforços da maioria das equipes de saúde somados à decisão gerencial de 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 a Linha de Cuidado em funcionamento e permitem o seu aperfeiçoamento nos últimos anos.

Tendo em vista que alguns indicadores da TB apresentaram resultados abaixo do pactuado 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. Existem interferências que prejudicam o processo de trabalho das equipes, dificultam ou impedem ações para a melhoria dos indicadores monitorados, entre elas: problemas na área física das US, a violência urbana nos territórios que vem interferindo em diversas atividades, a falta de insumos (ex.: PPD) e de recursos humanos (afastamentos, aposentadorias, entre outros), 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. As deficiências referidas reduzem o investimento e a motivação de alguns profissionais para lidar com a vulnerabilidade social/econômica e a falta de rede social de apoio.

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.

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. Tais ações 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 2019. End TB. France: WHO; 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-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. Brasil Livre de Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Vol 49, n 11, Mar. 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>
- 11- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. Vol 50, n 9, março 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>
- 12- Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS-POA). Coordenadoria Geral de Vigilância à Saúde (CGVS). Boletim Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Ano X, nº 36, fevereiro de 2008.
- 13- 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.

6. MORBIDADE HOSPITALAR

Maria Lucia Medeiros Lenz



A hospitalização, além de gerar sofrimento familiar importante, é um evento de custo elevado e que, muitas vezes, pode ser prevenida com ações na APS. Assim, o número de internações e os motivos pelos quais as pessoas hospitalizam são importantes indicadores para avaliar alguns resultados dos serviços de 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 2018. São apresentadas as internações em todas as faixas etárias, e a seguir as internações ocorridas entre usuários com 19 ou mais anos de idade e os com 0 a 18 anos. Esse segundo grupo representa as crianças e adolescentes em vigilância pelo Programa De Volta pra Casa.

6.1 INTERNAÇÕES EM TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS

A distribuição de todas as internações dos usuários cadastrados no SSC, por US, ocorridas nos hospitais de GHC pode ser observada na Tabela 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	35	35	100	-	-
Conceição	619	549	89	70	11
Vila Floresta	332	283	85	49	15
Divina Providência	219	173	79	46	21
Sesc	275	209	76	66	24
Barão de Bagé	122	97	80	25	20
Jardim Leopoldina	424	359	85	65	15
Parque dos Maías	358	256	72	102	28
Jardim Itu	245	220	90	25	10
Santíssima Trindade	321	201	63	120	37
NSA	292	235	80	57	20
Coinma	173	148	86	25	14
Costa e Silva	209	155	74	54	26
SSC	3624	2920	81	704	19

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	35	5	14	30	86
Conceição	619	126	20	493	80
Vila Floresta	332	55	17	277	83
Divina Providência	219	48	22	171	78
Sesc	275	65	24	210	76
Barão de Bagé	122	20	16	102	84
Jardim Leopoldina	424	82	19	342	81
Parque dos Maías	358	54	15	304	85
Jardim Itu	245	57	23	188	77
Santíssima Trindade	321	57	18	264	82
NSA	292	51	17	241	83
Coinma	173	25	14	148	86
Costa e Silva	209	39	19	170	81
SSC	3624	684	19	2940	81

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 2018) 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	2018
1. Doenças infecciosas e parasitárias	25	30	23	28	37	35	21	25	19	13	13	18
1.1 Doenças imunizáveis	10	9	7	13	10	12	6	6	6	6	3	3
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	15	21	16	15	27	23	15	19	13	7	10	15
2. GEA infecciosas e suas complicações	38	36	32	41	43	29	27	21	24	22	34	23
3. Anemia ferropriva	8	6	6	2	2	2	3	3	7	2	3	4
4. Deficiências nutricionais	8	6	4	3	1	1	3	1	2	4	0	1
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	40	39	57	60	44	28	31	15	23	28	18	23
6. Pneumonias bacterianas	134	155	204	194	111	105	80	83	86	91	72	107
7. Asma	112	123	127	142	126	89	59	67	62	60	86	73
8. Doenças vias aéreas inferiores	56	62	47	58	45	33	23	19	25	40	27	36
9. Hipertensão	34	21	10	12	6	6	2	6	3	7	5	2
10. Angina pectoris	30	32	31	20	12	12	20	21	23	24	28	23
11. Insuficiência Cardíaca	79	85	95	93	50	43	48	51	49	52	57	57
12. Doenças cerebrovasculares	128	121	119	106	89	92	102	79	80	85	91	84
13. Diabetes Melito	90	71	43	52	47	27	38	25	35	21	28	28
14. Epilepsia	31	33	40	44	44	30	37	27	40	34	19	25
15. Infecção do rim e trato urinário	61	56	75	104	79	63	66	61	63	71	50	52
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	40	34	43	48	51	36	41	48	62	47	61	48
17. Doença inflamatória pélvica feminina	26	28	32	26	19	16	14	10	10	8	16	7
18. Úlceras gastrointestinais	33	33	33	38	30	21	20	26	24	26	23	50
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	7	14	26	24	10	12	13	16	17	22	15	18
19.1 Infecções urinárias na gestação	6	10	24	19	4	5	5	8	6	2	3	2
19.2 Sífilis congênita	1	4	2	5	6	7	8	8	11	20	12	16
19.3 Rubéola congênita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20. Câncer do colo do útero	5	9	11	7	9	3	12	5	-	7	3	5
Total de internações por CSAP	985	994	1058	1102	855	683	660	609	654	664	649	684
	(26%)	(25%)	(26%)	(24%)	(23%)	(21%)	(20%)	(20%)	(19%)	(19%)	(18%)	(19%)
Total de internações	3769	3914	4100	4676	3711	3267	3365	3119	3405	3451	3573	3624

6.2 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 2018) 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	2018
1. Doenças infecciosas e parasitárias	14	25	20	13	27	22	16	22	15	10	10	16
1.1 Doenças imunizáveis	3	5	5	1	2	2	1	4	5	4	0	1
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	11	20	15	12	25	20	15	18	10	6	10	15
2. GEA infecciosas e suas complicações	17	7	10	13	12	9	5	8	11	7	18	14
3. Anemia ferropriva	6	6	4	1	2	2	3	2	7	2	2	4
4. Deficiências nutricionais	6	5	4	3	0	1	1	1	1	3	0	0
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	3	1	3	1	4	5	4	3	3	3	1	3
6. Pneumonias bacterianas	102	119	138	135	79	71	55	58	53	62	64	78
7. Asma	16	11	5	7	8	2	1	2	4	4	5	9
8. Doenças vias aéreas inferiores	56	62	46	57	43	32	22	19	25	40	26	36
9. Hipertensão	34	21	10	12	6	6	1	6	3	7	5	2
10. Angina pectoris	30	32	31	20	12	12	20	21	23	24	28	23
11. Insuficiência Cardíaca	79	85	95	93	50	43	48	50	49	52	56	57
12. Doenças cerebrovasculares	128	121	117	106	87	92	102	79	79	85	91	84
13. Diabetes Melito	88	70	43	49	42	26	37	22	32	21	23	28
14. Epilepsia	18	14	23	11	16	8	16	11	12	14	8	11
15. Infecção do rim e trato urinário	50	43	58	71	53	40	46	56	41	57	42	35
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	27	25	30	30	35	24	24	25	42	37	48	39
17. Doença inflamatória pélvica feminina	24	27	30	24	17	16	11	9	10	8	15	6
18. Úlceras gastrointestinais	32	30	33	37	30	21	20	26	24	26	23	50
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	6	9	21	15	2	2	3	7	5	2	3	2
19.1 Infecções urinárias na gestação	6	9	21	15	2	2	3	7	5	2	3	2
20. Câncer do colo do útero	5	9	11	7	9	3	12	5	0	7	3	5
Total de internações por CSAP	741	722	732	705	534	437	447	432	439	471	471	502
	(25%)	(18%)	(20%)	(19%)	(19%)	(18%)	(17%)	(18%)	(17%)	(17%)	(16%)	(17%)
Total de internações	3014	3160	3262	3623	2791	2464	2590	2449	2632	2733	2941	2920

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 Iú	Santíssima Trindade	NSA	Coima	Costa e Silva	Total
1. Doenças infecciosas e parasitárias	2	2	0	3	0	0	1	2	0	2	1	1	2	16
1.1 Doenças imunizáveis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	2	2	0	3	0	0	1	2	0	2	1	1	1	15
2. GEA infecciosas e suas complicações	0	3	1	0	0	1	1	1	1	2	2	1	1	14
3. Anemia ferropriva	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	4
4. Deficiências nutricionais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3
6. Pneumonias bacterianas	3	19	10	5	9	0	8	2	7	3	7	2	3	78
7. Asma	0	1	0	2	0	1	1	2	1	1	0	0	0	9
8. Doenças vias aéreas inferiores	0	10	1	1	6	3	4	0	3	2	2	3	1	36
9. Hipertensão	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
10. Angina pectoris	0	9	2	1	1	0	2	2	3	1	0	1	1	23
11. Insuficiência Cardíaca	0	11	9	9	7	0	11	1	3	2	1	2	1	57
12. Doenças cerebrovasculares	0	17	12	6	8	2	7	9	8	1	8	4	2	84
13. Diabetes Melito	0	4	2	0	7	0	3	0	4	2	3	1	2	28
14. Epilepsia	0	4	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	11
15. Infecção do rim e trato urinário	0	10	2	3	0	0	6	2	4	3	3	1	1	35
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	0	4	1	2	4	5	5	4	6	2	3	0	3	39
17. Doença inflamatória pélvica feminina	0	1	0	1	0	0	3	0	0	0	1	0	0	6
18. Úlceras gastrointestinais	0	8	4	3	3	0	8	5	5	3	6	2	3	50
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
19.1 Infecções urinárias na gestação	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
20. Câncer do colo do útero	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	5
Total de internações por CSAP	5	106	45	38	46	13	61	37	47	24	39	19	22	502
Total de internações	35	549	283	173	209	97	359	256	220	201	235	148	155	2920

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

6.3.1 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS

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

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

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

6.3.2 RESULTADOS

Nos últimos 17 anos ocorreram 13.524 internações em menores de 19 anos entre os usuários do SSC, nos hospitais do GHC. Sendo assim, uma média de 689 internações em menores de 19 anos ocorre a cada ano no GHC. Em 2018, houve 704 internações em menores de 19 anos de idade (Tabela 48).

Tabela 48 - Série histórica (2002 a 2018) 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	619	2,8
2018	704	3,2
Total	13524	-

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 3,2% da população com menos de 19 anos de idade, a variação desse resultado nas unidades do SSC é significativa, entre 1,2% 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 2018	
	n	n	%
Conceição	3359	70	2,1
Vila Floresta	3026	49	1,6
Divina Providência	1355	46	3,4
Sesc	1258	66	5,2
Barão de Bagé	972	25	2,6
Jardim Leopoldina	2640	65	2,5
Parque dos Maias	2568	102	4,0
Jardim Itu	2048	25	1,2
Santíssima Trindade	1244	120	9,6
NSA	1079	57	5,3
Coinma	1225	25	2,0
Costa e Silva	1244	54	4,3
SSC	22018	704	3,2

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	275	39	
1	57	8	47
2	41	6	53
3	30	4	57
4	27	4	61
5	23	3	64
6	23	3	68
7	25	4	71
8	18	3	74
9	16	2	76
10	18	3	79
11	24	3	82
12	15	2	84
13	20	3	87
14	12	2	89
15	9	1	90
16	17	2	92
17	27	4	96
18	27	4	100
Total	704	100	-

6.3.2.1 HOSPITALIZAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)

Em 2018, 182 (26%) das 704 internações em menores de 19 anos de idade foram por CSAP. O Gráfico 18 apresenta uma série histórica (2001 a 2018) 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 2018, nasceram 861 crianças no território de atuação do SSC; foram notificados 29 casos de gestantes com sífilis e 16 crianças com sífilis congênita, o que resulta em uma taxa de detecção de sífilis em gestante e crianças de 34 e 18 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 2018) 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

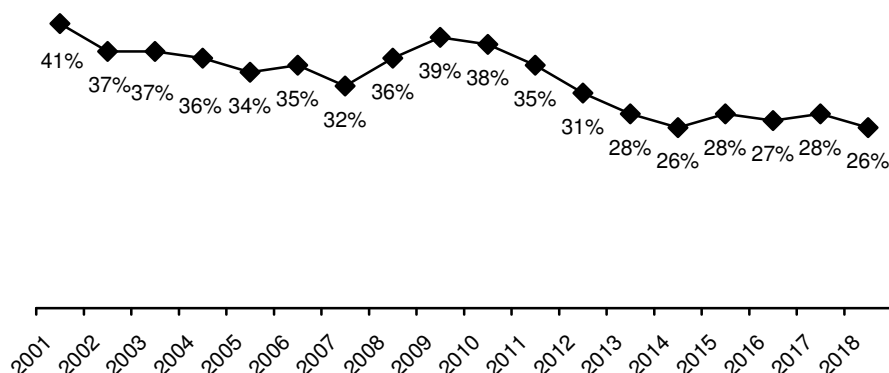


Tabela 51 - Distribuição das internações por condições sensíveis e não sensíveis à APS em usuários de zero a dezoito anos de idade, por US. SSC/GHC, Porto Alegre, RS.

	internação por CSAP		internação por motivos não CSAP		total de internações
	n	%	n	%	n
Conceição	20	29	50	71	70
Vila Floresta	10	20	39	80	49
Divina Providência	10	22	36	78	46
Sesc	19	29	47	71	66
Barão de Bagé	7	28	18	72	25
Jardim Leopoldina	21	32	44	68	65
Parque dos Maías	17	17	85	83	102
Jardim Itu	10	40	15	60	25
Santíssima Trindade	33	28	87	73	120
NSA	12	21	45	79	57
Coinma	6	24	19	76	25
Costa e Silva	17	31	37	69	54
SSC	182	26	522	74	704

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 2018) 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	2018
1. Doenças infecciosas e parasitárias	11	5	3	15	10	13	5	3	4	3	3	2
1.1 Doenças imunizáveis	7	4	2	12	8	10	5	2	1	2	3	2
1. 2 Infecções ou complicações evitáveis	4	1	1	3	2	3	0	1	3	1	0	0
2. GEA infecciosas e suas complicações	21	29	22	28	31	20	22	13	13	15	16	9
3. Anemia ferropriva	2	0	2	1	0	0	0	1	0	0	1	0
4. Deficiências nutricionais	2	1	0	0	1	0	2	0	1	1	0	1
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	37	38	54	59	40	23	27	12	20	25	16	20
6. Pneumonias bacterianas	32	36	66	59	32	34	25	25	33	29	8	29
7. Asma	96	112	122	135	118	87	58	65	58	56	81	64
8. Doenças vias aéreas inferiores	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	1	0
9. Hipertensão	0	0	0	0	0	0	1	0	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	0
12. Doenças cerebrovasculares	0	0	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0
13. Diabetes Melito	2	1	0	3	5	1	1	3	3	0	5	0
14. Epilepsia	13	19	17	33	28	22	21	16	28	20	10	14
15. Infecção do rim e trato urinário	11	13	17	33	26	23	20	5	22	14	7	17
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	13	9	13	18	16	12	17	23	20	10	13	9
17. Doença inflamatória pélvica feminina	2	1	2	2	2	0	3	1	0	0	1	1
18. Úlceras gastrointestinais	1	3	0	1	0	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	16
19.1 Infecções urinárias na gestação	0	1	3	4	2	3	2	1	1	0	0	0
19.2 Sífilis congênita	1	4	2	5	6	7	8	8	11	20	12	16
19.3 Rubéola congênita	0	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	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%)	182 (26%)
Total de internações	755	754	838	1051	920	807	775	670	773	718	632	704

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 Maías	Jardim Itú	Santíssima Trindade	NSA	Coima	Costa e Silva	Total
1. Doenças infecciosas e parasitárias	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
1.1 Doenças imunizáveis	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
1.2 Infecções ou complicações evitáveis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. GEA infecciosas e suas complicações	2	0	1	1	0	0	2	0	2	0	0	1	9
3. Anemia ferropriva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Deficiências nutricionais	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0	0	1	2	4	2	2	3	3	0	3	20
6. Pneumonias bacterianas	0	2	1	5	1	6	4	3	1	1	3	2	29
7. Asma	11	3	4	7	2	9	2	2	15	5	0	4	64
8. Doenças vias aéreas inferiores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9. Hipertensão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10. Angina pectoris	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11. Insuficiência Cardíaca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12. Doenças cerebrovasculares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13. Diabetes Mellito	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14. Epilepsia	0	1	1	2	0	0	2	1	3	0	2	2	14
15. Infecção do rim e trato urinário	1	1	1	0	0	1	2	1	4	2	1	3	17
16. Infecções de pele e tecido subcutâneo	2	1	0	1	0	0	1	0	2	1	0	1	9
17. Doença inflamatória pélvica feminina	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
18. Úlceras gastrintestinais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	3	1	2	2	1	1	2	1	2	0	0	1	16
19.1 Infecções urinárias na gestação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19.2 Sífilis congênita	3	1	2	2	1	1	2	1	2	0	0	1	16
19.3 Rubéola congênita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20. Câncer do colo do útero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de internações por CSAP	20	10	10	19	7	21	17	10	33	12	6	17	182
Total de internações	70	49	46	66	25	65	102	25	120	57	25	54	704

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

As famílias consideram o contato com a equipe de saúde após a internação uma das ações mais importantes do Programa De Volta pra Casa. Esse momento é reconhecido 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	12	28	43
Vila Floresta	27	71	38
Divina Providência	30	75	40
Sesc	55	95	58
Barão de Bagé	15	68	22
Jardim Leopoldina	52	85	61
Parque dos Maias	10	12	83
Jardim Itu	19	95	20
Santíssima Trindade	54	57	94
NSA	6	15	40
Coinma	11	52	21
Costa e Silva	40	89	45
SSC	331	59	565

6.3.2.3 INTERNAÇÕES EM MENORES DE UM ANO DE IDADE

As internações de menores de um ano de idade (275) representam 39% do total das internações ocorridas entre usuários de zero a dezoito anos de idade. Um terço das internações nesta faixa etária ocorre por causas respiratórias, um terço por causas perinatais e um terço pelas demais outras causas. (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 2018) 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	2018
1 - Doenças Infecciosas e parasitárias	17	21	16	26	23	23	26	23	28	28	27	34
2- Neoplasias	4	1	3	1	3	2	1	0	0	0	0	4
3- Hematológicas, Imunológicas	2	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
4- Endócrinas, nutricionais/metabólicas	10	11	5	8	7	2	5	4	3	4	4	6
5 Transtornos mentais e comportamentais	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
6- Doenças do Sistema Nervoso	4	5	3	4	7	7	5	6	4	7	7	4
7- Doenças dos olhos e anexos	0	1	1	3	0	0	0	0	1	4	1	0
8- Doenças do ouvido e mastóide	3	2	7	5	3	1	4	0	0	3	3	4
9- Doenças circulatórias	3	0	0	4	0	1	1	3	0	0	0	1
10- Doenças do aparelho respiratório	77	94	137	125	115	117	81	68	88	89	61	92
11- Doenças do aparelho digestivo	14	13	12	18	16	6	9	2	8	11	9	4
12- Doenças da pele e tecido subcutâneo	4	2	6	4	5	2	5	0	3	4	2	2
13- Doenças osteomusculares e tecido conjuntivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
14- Doenças genito-urinárias	7	5	5	11	6	6	6	1	11	8	3	11
16- Doenças perinatais	130	88	101	125	100	108	90	95	103	108	99	85
17- Malformações ou anomalias cromossômicas	5	2	5	6	5	4	2	6	3	8	4	5
18- Sintomas, sinais, exames anormais	15	17	7	12	21	15	20	9	13	19	10	15
19- Lesões, envenenamentos	4	6	5	3	3	4	6	3	3	5	8	1
20- Causas externas	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	1
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	5
SSC	301	270	318	360	320	301	263	221	272	306	240	275

6.4 COMENTÁRIOS

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

Diversos estudos demonstram que os principais fatores relacionados às hospitalizações são: pobreza, cor negra, baixa escolaridade dos pais, pouco acesso a atendimento ambulatorial, baixa resolutividade das consultas, não consultar com o mesmo médico, residir em área urbana, inexistência de hospital próximo ao local de moradia, disponibilidade de leitos hospitalares, sexo masculino, baixo peso ao nascer, comportamento médico e familiar.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 2018, 3.624 internações ocorreram entre moradores do território do SSC. Considerando as internações de todas as faixas etárias, o percentual de internações por CSAP foi de 19%.

Os motivos mais frequentes de internações por CSAP em todas as faixas etárias foram: 1ª) Pneumonia bacteriana, 2ª) Doença cerebrovascular, 3ª) Asma. Essas três causas correspondem a 39% das internações por CSAP.

Entre os usuários adultos (19 anos ou mais) o percentual de internação por CSAP foi de 17%, resultado semelhante aos alcançados em anos anteriores. As três condições sensíveis mais frequentes que levaram adultos a internarem nos hospitais de GHC foram: doenças cerebrovasculares, pneumonias bacterianas e úlcera gastrointestinal. As doenças cardiovasculares (hipertensão, angina, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e diabetes melito) correspondem a 39% 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 a 37% 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 3,2% 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 CSAP continua sendo asma. A seguir, mas com uma frequência bem abaixo, encontramos: pneumonia e infecção de ouvido, nariz e garganta. 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 diagnóstico e os motivos que levaram as crianças expostas à sífilis necessitarem hospitalização como a

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.

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 respiratórias e perinatais os principais motivos. Em 2017, capítulo sobre bronquiolite foi incluído nas Rotinas de Atenção à Asma.

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

Rui Flores



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

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

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

A seguir são apresentadas Tabelas com os diagnósticos e problemas agrupados por capítulos da CID (uma Tabela para o SSC e outra para as US) 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	12593	9407	12464	11917	12544	12570	12164	12573	11405	15557	14177	11226	148597
11. Doenças do aparelho digestivo	2227	1506	2074	2287	2308	2309	2050	2154	1756	2666	2259	1849	25445
9. Doenças do aparelho circulatório	1685	1136	1762	1791	2160	2046	1903	1903	1577	2187	2100	1888	22138
10. Doenças do aparelho respiratório	799	513	1109	1228	1674	2322	2546	2101	1477	1765	1349	996	17879
5. Transtornos mentais e comportamentais	1334	982	1456	1259	1320	1178	1086	1243	1083	1335	1322	1204	14802
18. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	973	708	954	1058	1030	1087	1134	1173	1032	1229	1152	924	12454
4. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	965	695	1026	999	1051	1007	950	900	853	1150	1169	1026	11791
13. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	924	725	943	892	983	852	804	907	865	1063	949	862	10769
1. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	698	452	631	601	611	556	548	556	555	628	586	608	7030
14. Doenças do aparelho geniturinário	578	463	601	542	574	522	480	562	511	722	616	509	6680
12. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	624	403	498	482	461	415	420	429	385	640	539	475	5771
8. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	229	175	198	211	218	241	259	238	230	267	240	201	2707
19. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	236	164	188	241	153	187	173	210	161	186	220	153	2272
6. Doenças do sistema nervoso	166	133	164	168	189	166	151	176	148	231	187	163	2042
7. Doenças do olho e anexos	144	111	135	158	170	156	166	148	134	204	170	158	1854
2. Neoplasias (tumores)	83	73	65	74	68	65	72	85	63	77	86	86	897
20. Causas externas de morbidade e mortalidade	59	35	46	52	33	29	31	43	30	49	41	48	496
3. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	45	33	39	38	52	39	31	35	28	44	36	33	453
15. Gravidez, parto e puerpério	28	16	22	27	24	16	24	27	25	26	22	10	267
17. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	24	9	14	9	17	17	13	13	16	10	10	19	171
16. Algumas afecções originadas no período perinatal	3	6	8	4	3	8	6	5	7	7	5	3	65
SSC	24417	17745	24397	24038	25643	25788	25011	25481	22341	30043	27235	22441	294580

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	1039	22882	13918	11300	10103	8889	16848	14478	14318	7549	9655	11182	6436	148597
11. Doenças do aparelho digestivo		2105	2279	2056	2859	1908	2004	2807	1613	2445	2596	1215	1558	25445
9. Doenças do aparelho circulatório		4590	2796	1310	1795	1411	2825	1313	1633	1140	1267	870	1188	22138
10. Doenças do aparelho respiratório		1500	1505	1218	1252	1418	1681	2004	1505	1326	1638	1393	1439	17879
5. Transtornos mentais e comportamentais	394	2746	1253	538	1515	1298	1862	485	1287	843	605	1108	868	14802
18. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório		1236	1499	2265	954	877	846	754	1025	905	853	423	817	12454
4. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas		2104	1195	771	852	832	1639	705	1013	712	812	510	646	11791
13. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo		1264	792	715	886	686	1098	903	1059	834	1126	690	716	10769
1. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10	540	460	486	775	1133	431	497	521	653	681	356	487	7030
14. Doenças do aparelho geniturinário		935	538	512	554	465	535	555	659	503	537	423	464	6680
12. Doenças da pele e do tecido subcutâneo		396	362	369	520	460	375	441	616	511	562	475	684	5771
8. Doenças do ouvido e da apófise mastóide		234	215	219	223	197	201	393	349	205	179	138	154	2707
19. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas		104	137	291	207	205	156	173	197	258	238	136	170	2272
6. Doenças do sistema nervoso		314	217	74	213	156	190	104	207	190	146	139	92	2042
7. Doenças do olho e anexos		211	139	123	150	116	235	206	212	107	142	103	110	1854
2. Neoplasias (tumores)		99	71	41	72	106	83	57	113	54	79	45	77	897
20. Causas externas de morbidade e mortalidade		40	35	22	40	82	15	24	60	59	38	17	64	496
3. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários		44	21	17	72	51	52	19	45	68	27	24	13	453
15. Gravidez, parto e puerpério		12	15	16	26	22	13	16	31	35	45	8	28	267
17. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas		20	22	10	11	14	20	13	14	17	13	3	14	171
16. Algumas afecções originadas no período perinatal			6	7	7	18	4	4	5	7	3	2	2	65
SSC	1443	41376	27475	22360	23086	20344	31113	25951	26482	18421	21242	19260	16027	294580

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		3726	979	2599	2953	1998	4162	2913	4326	862	1115	40	553	26226
Z00 Exame geral invest		9268	1374	82	114	684	818	2089	315	1108	1481	1983	269	19585
Z71.2 Pessoa que consulta p/explic		3930	2446	1135	1453	1174	2449	1173	1202	981	1053	705	1009	18710
Z76.1 Pessoas cont serv		1038	445	1802	1008	391	488	918	416	43	784	2738	634	10705
Z71.2 Pessoa que consulta p/explic		66	4173	25	17	121	5609	16	8	9	213	11	14	10282
Z01.2 Exame dentário		847	590	763	874	1245	685	979	824	696	753	624	654	9534
Z71.2 Pessoa que consulta p/explic		768	1089	1686	335	477	211	986	1127	66	321	58	95	7219
K02 Carie dentária		629	789	591	781	516	439	740	310	614	564	286	226	6485
E11 Diabetes mellitus		904	811	524	363	433	1001	286	446	297	244	175	216	5700
Z75.2 Outr período de espera p/invest e		583	460	498	543	425	338	561	702	388	378	195	520	5591
Z00.1 Exame de rotina de saúde da criança		459	564	520	513	388	377	467	290	707	376	158	402	5221
K04 Doenc da polpa e dos tec periapicais		244	362	333	691	340	328	464	401	414	568	207	437	4789
Z01.4 Exame ginecológico		779	468	251	301	213	495	581	182	309	564	283	315	4741
K03.6 Depósitos nos dentes		522	467	484	274	124	384	580	305	436	572	243	293	4684
Z34 Supervisão de gravidez normal		473	273	254	539	254	484	585	261	581	339	183	262	4488
J00 Nasofaringite aguda		355	360	19	132	557	464	228	341	167	649	572	100	3944
Z71.9 Aconselhamento NE	1000	154	33	116	12	67	141	1430	62	200	41	651	23	3930
F32 Episódios depressivos		825	411	229	251	178	605	122	352	43	250	290	130	3686
Z10 Exame geral de rotina subpopulação definida		63	50	69	33	59	26	4	599	3	552	1861	25	3344
J45 Asma		192	443	320	162	225	361	384	219	315	201	190	184	3196
M54 Dorsalgia		422	216	108	112	65	340	432	136	87	440	380	238	2976
Z01 Outr exam invest		346	172	173	152	228	501	121	238	282	151	174	250	2788
Z76.1 Superv cuid saúde de crianças assistidas		124	341	104	383	86	122	354	228	207	266	212	9	2436
Z71.3 Aconselhamento e supervisão dietéticos		297	192	85	76	362	401	245	298	89	144	111	58	2358
Z48 Outr seguimento cirurgico		887	719	93	2	305	6	12	5	71	3	131	115	2349
Z76.9 Pessoa cont serv saúde em circunstâncias NE		3		99	2			2	2093	2	1	2		2204
A09 Diarreia e gastroenterite orig infecc		114	148	148	210	264	151	161	173	159	184	108	177	1997
Z50.4 Psicoterapia NCOP		370		204	157	175	468		9	59		359	186	1987
R10 Dor abdominal e pélvica		221	129	185	162	180	196	151	123	87	141	141	138	1854
F41 Outr transt ansiosos		388	131	69	82	107	270	27	190	187	95	229	46	1821
SSC	1000	28997	18635	13568	12687	11641	22320	17011	16181	9469	12443	13300	7578	184830

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 Maia	Jardim Itú	Santíssima Trindade	NSA	Coima	Costa e Silva	Total
Z76.0 Emissão de prescrição de repetição		3726	979	2599	2953	1998	4162	2913	4326	862	1115	40	553	26226
Z00 Exame geral invest		9429	1458	101	142	711	897	2339	409	1284	2380	2021	295	21466
I10 Hipertensão essencial		3930	2446	1135	1453	1174	2449	1173	1202	981	1053	705	1009	18710
Z76 Pessoas com serv		1290	907	2161	1496	512	945	1477	2935	470	1138	3099	651	17081
Z71 Pessoa com serv														
Z71.2 Pessoa que consulta p/explic	1000	376	4300	299	119	272	5756	1474	121	276	491	786	86	15356
Z01 Outro exame invest		1205	778	949	1100	1486	1189	1121	1084	1079	974	801	941	12707
Z71.2 Pessoa que consulta p/explic		768	1089	1686	335	477	211	986	1127	66	321	58	95	7219
K02 Cárie dentária		700	814	621	788	516	501	749	379	617	690	289	331	6995
E11 Diabetes mellitus não-insulino- dependente		1026	816	526	484	441	1002	289	454	302	261	185	316	6102
Z75 Problema de relac		590	468	505	544	425	344	676	709	391	384	196	521	5753
K03 Outra doença dos tec		613	536	529	403	139	475	717	340	510	625	274	335	5496
Z00.1 Exame de rotina de saúde da criança		459	564	520	513	388	377	467	290	707	376	158	402	5221
M54 Dorsalgia		541	296	384	312	238	458	496	349	377	634	432	324	4841
K04 Doença da polpa e dos tec periapicais		245	364	334	691	340	334	466	401	415	571	207	441	4809
Z01.4 Exame ginecológico		779	468	251	301	213	495	581	182	309	564	283	315	4741
Z34 Supervisão de gravidez normal		475	273	255	546	256	486	585	264	590	346	184	291	4551
F32 Episódios depressivos		908	436	252	400	272	635	208	411	98	285	303	150	4358
J00 Nasofaringite aguda		355	360	19	132	557	464	228	341	167	649	572	100	3944
Z10 Exame geral de rotina subpopulação definida		279	59	71	36	76	47	4	604	7	566	1862	25	3636
J45 Asma		224	449	324	238	243	365	459	236	385	233	190	273	3619
Z48 Outro seguimento cirúrgico		1128	1269	226	121	306	6	106	53	74	3	133	145	3570
K05 Gengivite e doença periodontais		114	209	219	542	581	216	250	103	216	210	115	115	2890
F41 Outro transt ansiosos		426	142	103	188	183	449	78	257	247	136	235	91	2535
J06 Infecção aguda das vias aéreas superiores		148	164	424	228	71	107	251	169	312	194	60	318	2446
R10 Dor abdominal e pelvica		264	164	205	212	198	198	249	165	168	253	143	184	2403
Z71.3 Aconselhamento e supervisão dietéticos		297	192	85	76	362	401	245	298	89	144	111	58	2358
Z02 Exame médico e consulta c/finalidade admin		58	256	179	189	60	118	10	374	249	199	108	480	2280
Z50 Cuidados envolvendo procedimento de reabilitação		373	4	204	236	183	507	3	73	62		362	187	2194
Z30 Anticoncepção		81	108	156	528	199	35	209	92	392	153	75	148	2176
A09 Diarreia e gastroenterite originada em presumida		114	148	148	210	264	151	161	173	159	184	108	177	1997
SSC	1000	30921	20516	15470	15516	13141	23780	18970	17921	11861	15132	14095	9357	207680

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	5989	8		5997
F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat	3713	8	10	3731
F99 Transt mental NE em outr parte		1359	4	1363
F31 Transt afetivo bipolar	17	954	118	1089
F14 Transt mentais e comport dev uso da cocaina	770	3		773
F32 Episodios depressivos	5	583	147	735
F20 Esquizofrenia	7	660	46	713
F33 Transt depressivo recorrente	2	214	29	245
F25 Transt esquizoafetivos	2	174	2	178
F12 Transt mentais comport dev uso canabinoides	134	12	15	161
F60 Transt especificos da personalidade		121	38	159
F90 Transt hipercineticos	2		125	127
F91 Disturbios de conduta			122	122
F71 Retardo mental moderado		71	38	109
F84 Transt globais do desenvolv			98	98
F70 Retardo mental leve	1	23	63	87
F41 Outr transt ansiosos		44	30	74
Z76.0 Emissao de prescricao de repeticao			60	60
F40 Transt fobico-ansiosos		28	18	46
F15 Transt ment comp uso outr estim incl cafeina	37			37
F42 Transt obsessivo-compulsivo		32	2	34
F06 Outr transt ment lesao disf cereb doenc fis		27		27
F23 Transt psicoticos agudos e transitorios			22	22
F50 Transt da alimentacao			12	12
F79 Retardo mental NE			12	12
F92 Transt mistos de conduta e das emocoes			12	12
F72 Retardo mental grave		11		11
F22 Transt delirantes persistentes	1	6		7
F13 Transt mentais comport dev uso sedat hipnot	6			6
G40 Epilepsia			6	6
Total	10686	4338	1029	16053
Total (todos os diagnósticos ou problemas)	10697	4341	1061	16099

Tabela 61 - Distribuição do número de atividades coletivas e número de participantes (em parênteses) por tipo de atividade, por mês, por US. SSC/GHC. Porto Alegre, RS.

		continua					
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Consultório na Rua	Educação em saúde	3 (30)	1 (4)	3 (32)	4 (36)	3 (37)	-
	Atendimento em grupo	-	-	-	1 (11)	-	1 (7)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Conceição	Educação em saúde	-	1 (6)	2 (19)	4 (47)	7 (114)	4 (45)
	Atendimento em grupo	5 (37)	-	5 (36)	4 (24)	6 (41)	8 (66)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	1 (20)	8 (151)
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Vila Floresta	Educação em saúde	2 (27)	-	4 (29)	4 (24)	3 (21)	2 (13)
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	2 (6)	4 (21)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	1 (5)	-
Divina Providência	Educação em saúde	1 (9)	-	2 (40)	2 (18)	3 (23)	1 (9)
	Atendimento em grupo	-	-	5 (45)	7 (46)	4 (28)	7 (29)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	1 (9)	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Sesc	Educação em saúde	-	-	-	-	1 (4)	1 (1)
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	1 (6)	3 (9)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	1 (14)	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Barão de Bagé	Educação em saúde	-	-	2 (31)	3 (37)	6 (56)	5 (41)
	Atendimento em grupo	4 (9)	2 (5)	7 (51)	13 (92)	9 (66)	9 (71)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	2 (21)	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	1 (8)
Jardim Leopoldina	Educação em saúde	1 (9)	1 (8)	-	-	-	-
	Atendimento em grupo	9 (69)	2 (12)	1 (3)	-	-	4 (9)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Parque dos Maías	Educação em saúde	-	2 (17)	4 (27)	9 (84)	10 (101)	8 (90)
	Atendimento em grupo	1 (1)	4 (14)	3 (11)	3 (11)	3 (8)	1 (3)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Jardim Itu	Educação em saúde	6 (52)	5 (69)	10 (140)	9 (99)	13 (223)	12 (201)
	Atendimento em grupo	1 (20)	3 (11)	3 (33)	10 (110)	17 (251)	8 (142)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	1 (28)	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Santíssima Trindade	Educação em saúde	1 (20)	4 (18)	4 (38)	8 (117)	6 (76)	7 (66)
	Atendimento em grupo	-	-	-	1 (7)	3 (16)	3 (17)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	1 (10)	-
NSA	Educação em saúde	1 (10)	2 (16)	1 (6)	-	4 (37)	3 (18)
	Atendimento em grupo	1 (7)	-	1 (7)	-	2 (10)	3 (19)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Coinma	Educação em saúde	2 (15)	3 (38)	14 (219)	12 (218)	12 (217)	-
	Atendimento em grupo	1 (6)	-	-	5 (101)	1 (20)	1 (1)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	1 (6)	1 (25)	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
Costa e Silva	Educação em saúde	5 (16)	4 (11)	4 (31)	3 (20)	2 (8)	-
	Atendimento em grupo	1 (6)	-	3 (10)	5 (15)	5 (26)	6 (30)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-
SSC	Educação em saúde	22 (188)	23 (187)	50 (612)	58 (700)	70 (917)	43 (484)
	Atendimento em grupo	23 (155)	11 (42)	28 (196)	49 (417)	53 (478)	58 (424)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	2 (15)	6 (108)	8 (151)
	Mobilização social	-	-	-	-	2 (15)	1 (8)

Tabela 62 - Distribuição do número de atividades coletivas e número de participantes (em parênteses) por tipo de atividade, por mês, por US. SSC/GHC. Porto Alegre, RS.

		continuação						
		Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Consultório na Rua	Educação em saúde	2 (13)	-	-	-	-	-	16 (152)
	Atendimento em grupo	-	-	-	-	-	-	2 (18)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Conceição	Educação em saúde	5 (18)	4 (16)	4 (79)	10 (89)	8 (65)	-	49 (498)
	Atendimento em grupo	15 (204)	7 (33)	2 (13)	6 (52)	3 (15)	2 (10)	63 (531)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	1 (13)	-	-	10 (184)
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Vila Floresta	Educação em saúde	4 (26)	4 (43)	2 (11)	4 (23)	4 (26)	3 (27)	36 (270)
	Atendimento em grupo	3 (10)	3 (16)	3 (18)	1 (6)	-	1 (10)	17 (87)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	1 (5)
Divina Providência	Educação em saúde	2 (22)	-	-	4 (106)	-	-	15 (227)
	Atendimento em grupo	6 (33)	5 (40)	7 (50)	6 (72)	10 (306)	9 (75)	66 (724)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	5 (303)	-	6 (309)
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Sesc	Educação em saúde	-	1 (5)	-	1 (6)	1 (24)	2 (10)	7 (50)
	Atendimento em grupo	1 (5)	4 (15)	1 (2)	3 (17)	-	2 (15)	15 (69)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	1 (14)
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Barão de Bagé	Educação em saúde	6 (44)	8 (141)	4 (40)	4 (76)	2 (31)	3 (31)	43 (528)
	Atendimento em grupo	7 (43)	9 (195)	10 (56)	8 (220)	7 (53)	8 (42)	93 (903)
	Avaliação/procedimento coletivo	1 (19)	2 (16)	2 (43)	-	2 (25)	-	9 (124)
	Mobilização social	1 (8)	-	-	-	-	-	2 (16)
Jardim Leopoldina	Educação em saúde	-	-	3 (14)	2 (18)	-	4 (11)	11 (60)
	Atendimento em grupo	1 (9)	3 (50)	4 (52)	4 (68)	4 (29)	2 (18)	34 (319)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Parque dos Maías	Educação em saúde	1 (11)	2 (11)	3 (22)	4 (25)	1 (7)	1 (17)	45 (412)
	Atendimento em grupo	2 (5)	-	5 (52)	5 (36)	3 (4)	-	30 (145)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Jardim Itu	Educação em saúde	13 (216)	18 (242)	5 (58)	9 (178)	20 (1021)	3 (23)	123 (2522)
	Atendimento em grupo	3 (45)	4 (123)	8 (184)	5 (79)	2 (24)	2 (35)	66 (1057)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	1 (28)
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Santíssima Trindade	Educação em saúde	5 (45)	1 (12)	3 (32)	5 (66)	2 (22)	3 (38)	49 (550)
	Atendimento em grupo	3 (10)	1 (6)	2 (17)	2 (15)	-	1 (6)	16 (94)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	1 (18)	1 (33)	-	3 (61)
NSA	Educação em saúde	-	1 (2)	-	6 (43)	-	1 (5)	19 (137)
	Atendimento em grupo	2 (8)	2 (7)	1 (5)	1 (3)	3 (13)	2 (8)	18 (87)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
Coinma	Educação em saúde	3 (45)	4 (64)	5 (101)	19 (299)	19 (296)	11 (136)	104 (1648)
	Atendimento em grupo	-	-	-	3 (24)	4 (28)	-	15 (180)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	1 (17)	1 (25)	2 (44)	1 (21)	-	7 (138)
	Mobilização social	-	-	-	-	-	1 (6)	1 (6)
Costa e Silva	Educação em saúde	3 (53)	2 (13)	5 (22)	2 (5)	4 (24)	2 (3)	36 (206)
	Atendimento em grupo	13 (58)	9 (50)	9 (42)	8 (33)	9 (38)	10 (37)	78 (345)
	Avaliação/procedimento coletivo	-	-	-	-	-	-	-
	Mobilização social	-	-	-	-	-	-	-
SSC	Educação em saúde	44 (493)	45 (549)	34 (379)	70 (934)	61 (1516)	33 (301)	553 (7260)
	Atendimento em grupo	56 (430)	47 (535)	52 (491)	52 (625)	45 (510)	39 (256)	513 (4559)
	Avaliação/procedimento coletivo	1 (19)	3 (33)	3 (68)	3 (57)	8 (349)	-	34 (800)
	Mobilização social	1 (8)	-	-	1 (18)	1 (33)	1 (6)	7 (88)

Tabela 63 - Distribuição do número de grupos, por mês, por CAPS. SSC/GHC, Porto Alegre, RS,

	meses												total
	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	
CAPS AD	67	55	77	66	67	69	70	67	71	76	62	57	803
CAPS adulto	30	24	44	47	43	41	45	24	36	54	40	32	460
CAPS infantil	18	18	23	46	33	42	37	46	25	52	46	26	414



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL