BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO
n. 2 Ago 2015

EDITORIAL

Classificadas no grupo de Doenças Negligenciadas, a Tuberculose e a Hanseníase merecem atenção especial em nosso município.

Afetam, preferencialmente, a população mais vulnerável e, tanto por seu potencial incapacitante como pelo estigma a que estão associadas, geram um ciclo que piora a situação de vulnerabilidade das populações afetadas. Em graus variados, as repercussões podem ser percebidas em toda a sociedade, mas são mais cruéis com os mais desfavorecidos.

O Sistema de Saúde tem papel fundamental na interrupção deste ciclo de pobreza, mas precisa de um olhar mais atento a estes problemas e de apoio de outras instituições para vencer alguns desafios relacionados aos cuidados com as pessoas que estão sob maior risco de adoecimento.

Esperamos que o compartilhamento destas informações possa ajudar os colegas e parceiros a refletir sobre formas mais efetivas de unirmos esforços para proteger a população.

Como sempre, o desafio é grande, mas nosso potencial também!

GVE

Autores: Ana Cristina Vidor, Caroline Andrade Machado, Cely Edna Pereira Ribeiro, Francimar Furukawa Barreto, Isabela Zeni, Maria Cristina Itokazu, Maurício Bolze, Nilceia Antunes, Silvia Marani dos Santos Teixeira, Valdete da Silva Sant'Anna.

A HANSENÍASE EM FLORIANÓPOLIS

INTRODUÇÃO

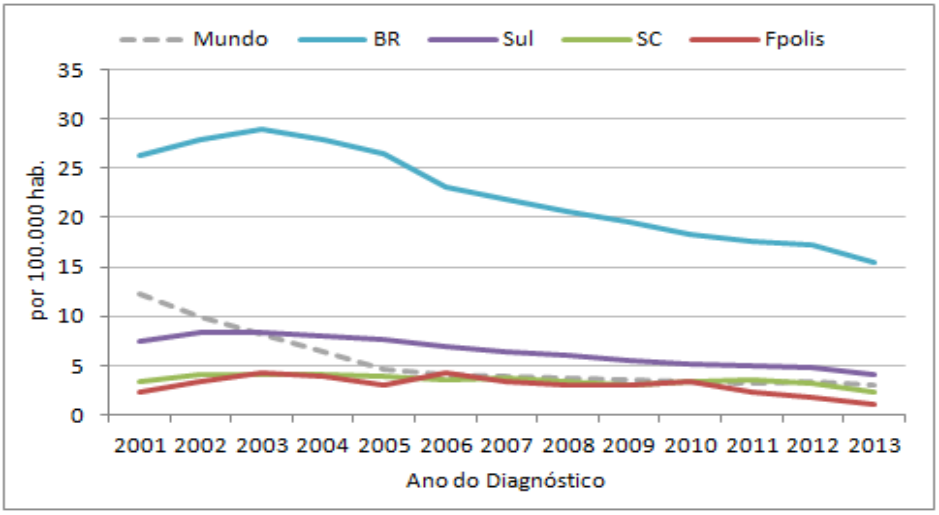
A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium Leprae* (bacilo de Hansen). Tem evolução lenta e se manifesta com lesões na pele e comprometimento dos nervos periféricos. A transmissão da doença se dá pelo trato respiratório, que constitui a mais provável via de entrada do M. Leprae no corpo[1]. Apenas 10% das pessoas infectadas pelo bacilo de Hansen manifestam sintomas, embora ele infecte um grande número de pessoas. O risco de adoecer está associado, dentre outros fatores, a características individuais (resposta imunológica), condições socioeconômicas, condições precárias de habitação, baixa escolaridade e ao número de pessoas vivendo no mesmo ambiente[2].

O tratamento segue um esquema poliquimioterápico padronizado (PQT) determinado pela classificação do caso, definida pela baciloscopia e/ou pelo número de lesões cutâneas em paucibacilar ou multibacilar. Mais informações sobre o tratamento de escolha, esquema, orientações sobre o critério de cura e situações pós alta estão disponíveis no Guia de Vigilância em Saúde, aqui.

Embora haja tendência de queda no número de casos da doença observada no país e no mundo, a hanseníase ainda é considerada uma doença relevante devido ao seu poder incapacitante, que atinge principalmente a faixa etária economicamente ativa[3]. A partir de meados de 2002, o mundo atingiu a meta estabelecida na 49ª Assembléia Mundial de Saúde de eliminar a Hanseníase (<10 casos em 100.000 hab.) como problema de saúde pública. O Brasil, apesar de seguir essa tendência, apresenta importantes diferenças regionais e apenas as regiões sul e sudeste atingiram níveis de eliminação da doença nos anos de 2001 e 2007, respectivamente[1].

O gráfico 1 mostra que o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase no Brasil caiu de 26,2/100.000 hab. em 2001 para 15,4/100.000 hab. em 2013, bem próximo da meta mundial, representando uma redução de 58,7% no período. No mundo, o coeficiente de detecção reduziu de 12,3/100.000 hab. em 2011 para 3/100.000 hab. em 2013 (redução de 24%). Observa-se ainda que, em 2013, Florianópolis apresentava um coeficiente de 27,5%, abaixo do regional e estadual.

Gráfico 1: Coeficiente de detecção de hanseníase no mundo, no Brasil, na região Sul, em Santa Catarina e em Florianópolis.



Fontes: OMS / DATASUS / SINAN / IBGE, 07/07/2015.

NESTE Nº: Editorial 1 Hanseníase 1 Tuberculose 6 Indicadores 9

Outros indicadores importantes para o controle da doença são:

- ✓ **A proporção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física** no diagnóstico, que avalia a efetividade das atividades de detecção precoce de casos. Onde estas ações são efetivas, esta proporção é baixa. No Brasil, no período de 2001 a 2013, a proporção se manteve na faixa considerada média[1]. Em Florianópolis, essa proporção oscila, dado o número reduzido de casos, mas foi considerada alta em 2003, 2004, 2011 e novamente em 2014 (Tabela 1), indicando que muitos pacientes são diagnosticados tardiamente, já com algum grau de incapacidade física.
- ✓ **O coeficiente de detecção de casos novos em pessoas com menos de 15 anos de idade**, que sinaliza a existência de focos de infecção ativos e de transmissão recente e, no Brasil, mostrou tendência de queda no período de 2001 a 2013, conseguindo sair da faixa considerada muito alta[2] no ano de 2012. Em Florianópolis, pelo mesmo parâmetro, esse coeficiente se mantém baixo (Tabela 1).

Tabela 1. Proporção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no diagnóstico e coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em pessoas com menos de 15 anos de idade em Florianópolis.

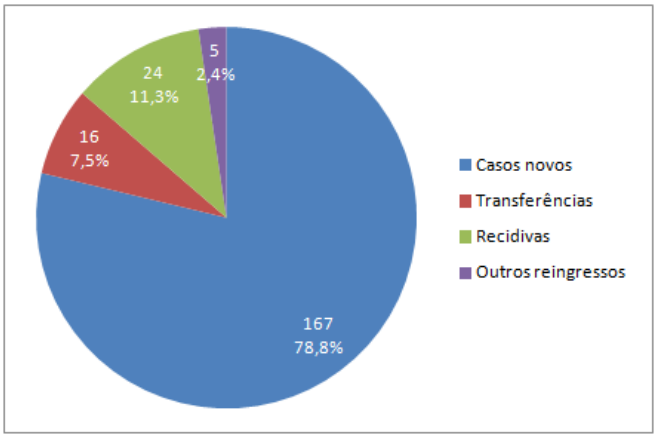
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Proporção de casos com grau II de incapacidade física	0,0%	8,3%	37,5%	33,3%	0,0%	0,0%	7,1%	0,0%	8,3%	7,1%	10,0%	0,0%	0,0%	22,2%
Coeficiente de detecção em < 15 anos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,33	1,31	0,00	0,00	0,00

Fontes: SINAN / IBGE, 07/07/2015.

MODO DE ENTRADA

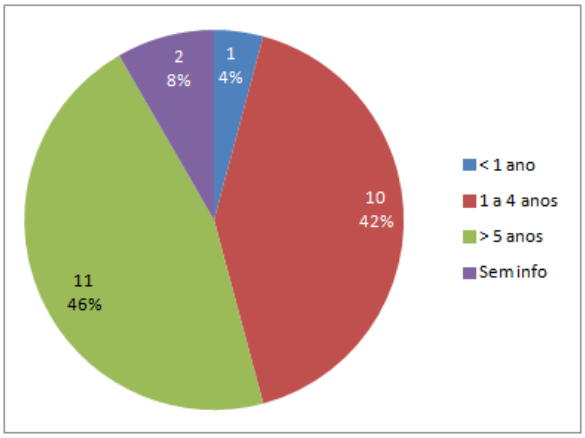
Em Florianópolis, entre 1996 e 2015, foram registrados 212 casos de hanseníase em residentes no município. A distribuição desses casos segundo o modo de entrada está descrita no gráfico 2.

Gráfico 2. Modo de entrada dos casos de hanseníase em residentes em Florianópolis, 1996-2015.



Fonte: SINAN, 07/07/2015.

Gráfico 3. Intervalo (em anos) entre a cura e a recidiva em residentes em Florianópolis, 1996-2015.



Fonte: SINAN, 07/07/2015.

Uma questão que chama atenção é a proporção de recidivas no município (11,3%), marcadamente superior à estadual e nacional (6,2 e 3,2% respectivamente). É possível que as reações hansênicas (manifestações inflamatórias que podem surgir em qualquer fase da doença ou após o tratamento com PQT)[(1)] estejam sendo confundidas com recidiva (reaparecimento dos sinais e sintomas da doença depois de um tratamento finalizado com cura). Esta hipótese é reforçada pelo fato de que quase a metade (46%) das recidivas em residentes em Florianópolis aconteceu menos de 5 anos depois da cura (um dos quais ocorreu em menos de um ano da cura) (gráfico 3), o que é raro em pessoas tratadas com os esquemas preconizados. Assim, é necessário maior rigor na investigação dos casos e constante atualização dos profissionais que manejam a doença.

Caso as recidivas de Florianópolis se confirmem como tal, é importante avaliar a possibilidade de falha de tratamento (como a resistência medicamentosa, por exemplo), considerando o contraste com os dados estaduais e nacionais.

---

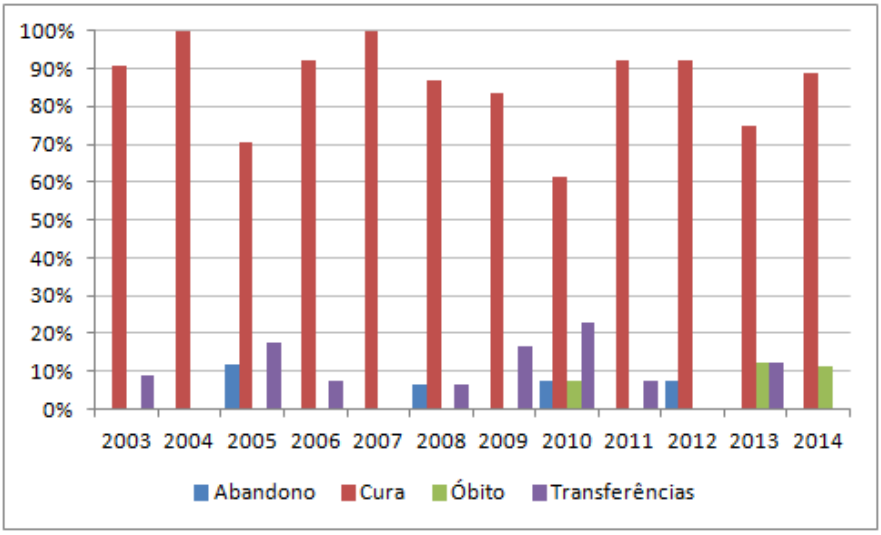
[1] Dados da SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica). Para a proporção de casos de hanseníase com grau II de incapacidade física no diagnóstico os parâmetros do MS são: Alta: ≥ 10%; Média: 5 a 9,9% e Baixa: < 5% [(9)].

[2] Dados da SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica). Os parâmetros do MS para o coeficiente de detecção de casos novos em pessoas com menos de 15 anos de idade são: hiperendêmicos: ≥10/100.000 hab; Muito alto: 5 a 9,99/100.000 hab; Alto: 2,50 a 4,99/100.000 hab; Médio: 0,5 a 2,49/100.000 hab; Baixo: < 0,50/100.000 hab. [(9)].

TIPO DE ALTA

A **efetividade do tratamento** da Hanseníase é avaliada pela **taxa de cura** dos casos no encerramento das coortes, que são de um após o diagnóstico, no caso de hanseníase paucibacilar, ou dois anos após o diagnóstico no caso da multibacilar. As taxas de cura de casos novos de 2003 a 2014 em Florianópolis (gráfico 4) variam de 60 a 100% e as taxas de abandono, de 0 a 10%. No período ocorreram 3 óbitos, todos por outras causas. O Ministério da Saúde considera boas as taxas de cura que estão acima de 90%; as taxas entre 75% a 90% são consideradas regulares e abaixo de 75% precárias. A partir da coorte de 2011, a efetividade do tratamento em Florianópolis está classificada entre regular e boa.

Gráfico 4. Tipo de alta nas coortes de casos novos em residentes em Florianópolis, 2003-2014.



Fonte: SINAN, 07/07/2015.

ESTRATÉGIAS PARA INTERROMPER A CADEIA DE TRANSMISSÃO

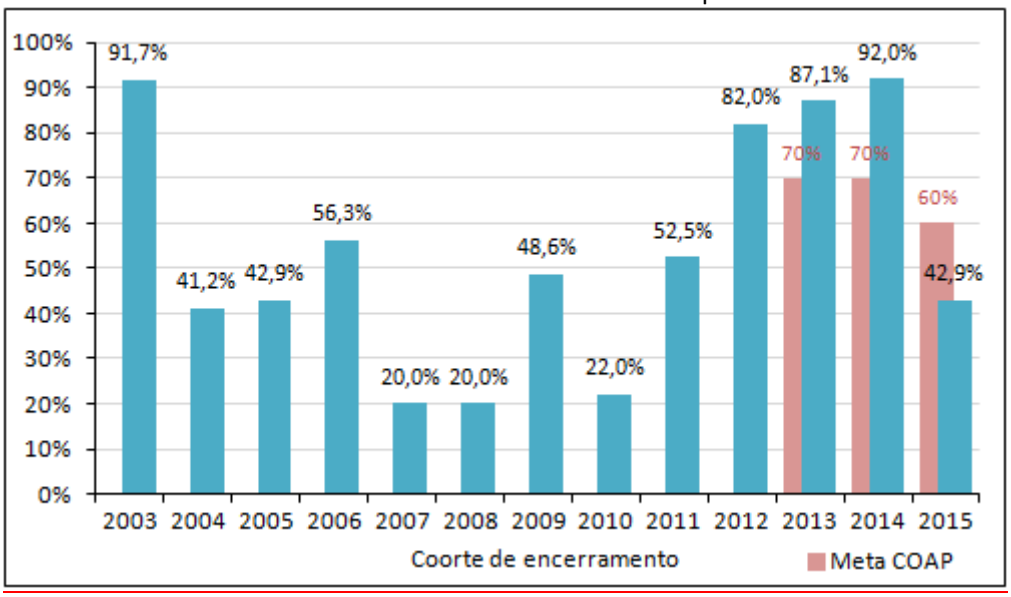
Diversas estratégias têm sido traçadas ao longo dos anos no país e no mundo com objetivo de eliminar a hanseníase. Dentre os fatores que contribuem para a manutenção da transmissão destacam-se o longo período de incubação do bacilo (de dois a sete anos), a cronicidade das manifestações clínicas e o preconceito. O diagnóstico e o tratamento precoces[5,6], a vigilância de contatos, a divulgação de informações sobre as manifestações clínicas e a sensibilização dos profissionais constituem relevantes medidas de controle da doença[7].

Considerando que os portadores de hanseníase têm dificuldade para reconhecer o problema e dificilmente procuram o serviço de saúde espontaneamente, o exame e acompanhamento de contatos é ainda mais importante, pois permite o diagnóstico precoce da doença nas pessoas que têm risco aumentado para seu desenvolvimento. Recomenda-se que a investigação dos contatos inclua não somente a realização da anamnese e do exame dermatoneurológico, mas também a busca da presença da cicatriz de vacina BCG e o fornecimento de informações adequadas sobre os sinais e sintomas da doença.

Deve-se considerar também que, para interromper a cadeia de transmissão de uma doença com período de incubação longo como esta, não é suficiente fazer o exame dos contatos no momento do diagnóstico[8], sendo necessário um acompanhamento mais prolongado desses contatos. Além disso, *os contatos não examinados de todos os casos (não somente os novos, mas também os recidivantes, reingressantes e transferidos de outros municípios) já encerrados também devem ser buscados para avaliação*.

O gráfico 5 mostra que Florianópolis alcançou as metas pactuadas em Santa Catarina para o indicador referente aos exames dos contatos intradomicilares de casos novos de hanseníase no Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP 2013-2015) para o ano de 2013 e 2014. Deve-se observar, no entanto, que a meta para o ano de 2015 provavelmente não será atingida. Os bons resultados apresentados a partir de 2012 devem ser atribuídos a uma intensificação da busca ativa dos contatos dos casos novos de hanseníase realizada naquele ano pela Atenção Primária com apoio da Vigilância Epidemiológica. Como as coortes incluem casos diagnosticados até dois anos antes do ano de avaliação, os efeitos dessa ação bem sucedida se fazem sentir até a coorte de 2014.

Gráfico 5. Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados nas coortes de 2003 a 2015 em Florianópolis.

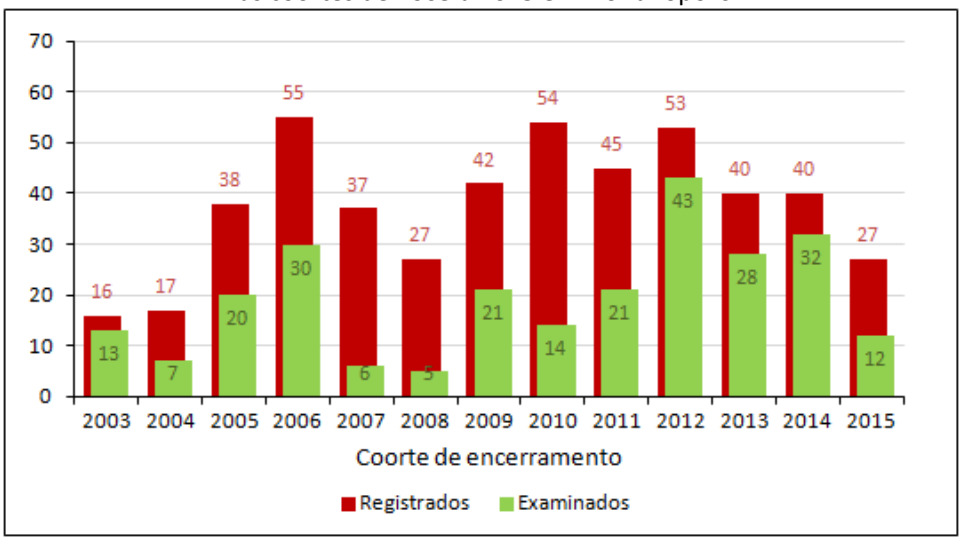


Fonte: SINAN, 07/07/2015.

Estes resultados realçam a importância de ações engajadas da rede de atenção primária, não apenas em esforços bem sucedidos como ocorreram em 2012, mas como atividades permanentes de vigilância de seu território.

O gráfico 6 mostra a quantidade de contatos que deixamos de examinar em cada ano, dando idéia do tamanho da população sob risco que ainda precisa ser avaliada para descartar o desenvolvimento de hanseníase.

Gráfico 6. Contatos intradomiciliares registrados e examinados de todos os casos de hanseníase, nas coortes de 2003 a 2015 em Florianópolis.



Fonte: SINAN, 07/07/2015.

Os contatos não examinados de todos os casos (não somente os novos, mas também os recidivantes, reingressantes e transferidos de outros municípios) já encerrados também devem ser buscados para avaliação.

Outra reflexão que deve ser feita é sobre a qualidade da avaliação dos contatos examinados. Dos 167 casos novos de hanseníase em residentes de Florianópolis no período de 1996 até 2015, apenas 6 (3,6%) foram detectados através da análise dos contatos dos casos índice, o último deles em 2011. Estudos realizados em nosso país apontam percentuais em torno de 16% de casos novos detectados por exame de contatos[7,10]. Esse percentual chega a 30% em estudos realizados em outras partes do mundo[11,12].

Com base nas informações apresentadas, consideramos oportuna a reedição da parceria entre a Atenção Primária e a Vigilância Epidemiológica para a busca ativa dos contatos dos casos de hanseníase, incluindo todos os casos conhecidos e também os já encerrados.

A diminuição da proporção de contatos examinados na coorte de 2015 (gráfico 5) aponta também a necessidade de incorporar a busca ativa e o acompanhamento desses contatos na rotina das equipes de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Saúde. Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 344; 368 p. Disponível em: http://bit.ly/1OMOzDW Acesso em 21/07/2015.
2. Soares, L.B.C. Hanseníase e condições de vida no município de Ji-Paraná - Rondônia/2001-2009. 2011.131f. Dissertação (apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde pública Sérgio Arouca-ENSP. Rio de Janeiro, 2011
3. Oliveira, V. M.; Assis, C. R. D.; Silva, K. C. C.. Levantamento epidemiológico da hanseníase no nordeste brasileiro durante o período de 2001-2010. Scire Salutis, Aquidabã, v.3, n.1, p.16-27, 2013.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica 03/2012 - Instrutivo para cálculo da taxa de cura nos anos da coorte. Disponível em: http://bit.ly/1IqEjlF Acesso em 21/07/2015.
5. Cairns, W.; Smith, S.; Aerts. A. Role of contact tracing and prevention strategies in the interruption of leprosy transmission. Lepr Rev. 2014 Mar;85(1):2-17.
6. WHO. Weekly epidemiological record. n. 36, 2014. Disponível em: http://www.who.int/wer
7. Ribeiro; Fabri; Amaral; Machado; Lana. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 out/dez;16(4):728-35. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase na microrregião de Diamantina - Minas Gerais. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i4.22371. - doi: 10.5216/ree.v16i4.22371.
8. Santos A.S.; Castro D.S.; Falqueto A. Fatores de risco para a transmissão da Hanseníase. Rev. bras. enferm. Vol. 61 (2008).
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3125 de 07/10/2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase. Disponível em: http://bit.ly/1NE4d6O. Acesso em 19/08/2015.
10. Lobo, J.R.; Barreto, J.C.C. et alii. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2011 jul-ago;9(4):283-7.
11. Fine, P.E.M.; Sterne, J.A.C. et alii. Household and dwelling contact as risk factors for leprosy in Northern Malawi. American Journal of Epidemiology, vol. 146, no. 1, pp. 91–102, 1997.
12. Van Beers SM, Hatta M, Klatser PR. Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. Int J Lepr Other Mycobact Dis, 1999; 67: 119–128. ↙.

O DESAFIO DA TUBERCULOSE

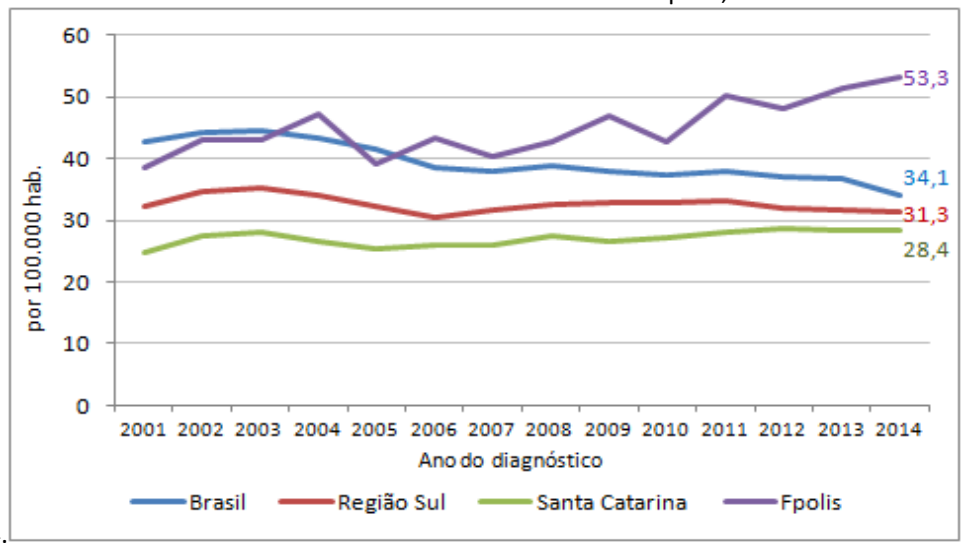
INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa de transmissão pessoa a pessoa e tratamento longo (6 a 9 meses). No mundo, as taxas de mortalidade atribuídas à doença diminuíram 45% entre 1990 e 2013, mas se supõe que um terço da população esteja infectada com o bacilo causador da TB[1]. No Brasil, que faz parte do grupo de 22 países que concentram 80% dos casos de TB no mundo, a incidência de casos novos apresenta tendência de queda (41,5 por 100.000 habitantes em 2005 e 34,1 em 2014)[2].

Alguns dos desafios para o controle da TB na atualidade são a associação entre TB e HIV (a infecção pelo HIV aumenta de 20 a 37 vezes o risco de desenvolver TB)[3], as infecções resistentes e multirresistentes e os determinantes socioculturais da doença (a TB está presente em todo o mundo, mas 95% das mortes por TB ocorrem nos países em desenvolvimento)[1].

Em Florianópolis, a tuberculose se destaca historicamente por apresentar incidência elevada quando comparada ao estado, região sul e Brasil. É possível observar no gráfico 1 que, enquanto o Brasil, SC e a região sul seguem tendência similar de estabilidade, Florianópolis apresenta tendência de elevação desde 2005, quando o município assumiu o diagnóstico e tratamento do agravo, com destaque para o ano de 2014, quando a incidência atingiu 53,3 casos por 100.000 habitantes.

Gráfico 1 - Incidência de Tuberculose em Florianópolis, 2001-2014.



Fontes: DATASUS / SINAN / IBGE, 15/07/2015.

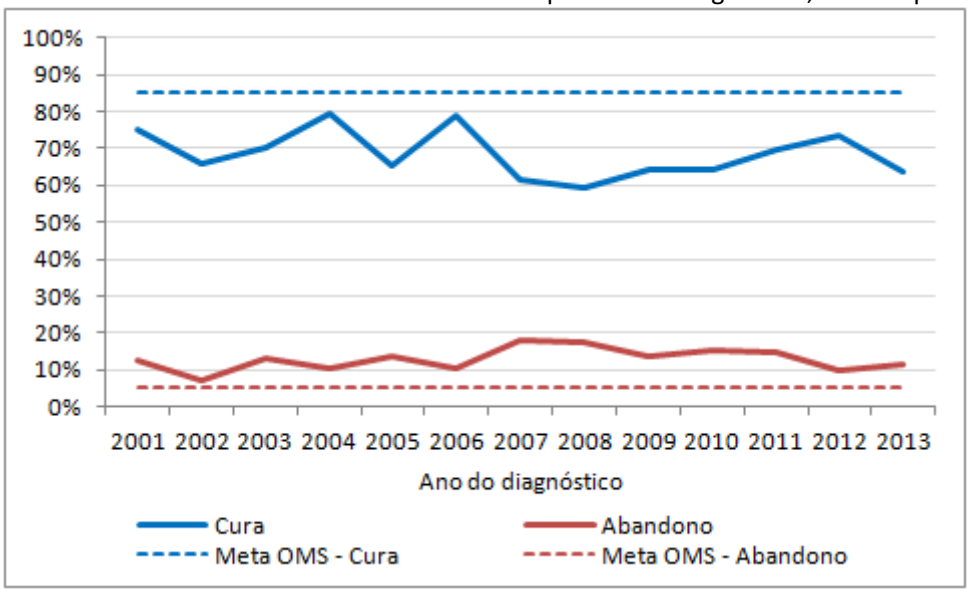
O Boletim Epidemiológico de Florianópolis já focou a TB em duas oportunidades: em junho de 2013 foi publicado um panorama da TB no município, com destaque para a coinfecção TB/HIV, o exame de contatos, a busca de sintomáticos respiratórios e os principais fatores relacionados ao abandono do tratamento; a edição de setembro de 2014 abordou a coinfecção TB/HIV/Hepatites, mostrando entre outros fatores a importância da sensibilização das equipes de saúde para investigação e tratamento adequado da infecção latente por TB (ILTB) nas pessoas que vivem com o HIV.

A forma pulmonar da TB, além de ser mais frequente, é também a mais relevante para a saúde pública, por conta do potencial de transmissão da doença. Cada doente não diagnosticado tende a infectar de 10 a 15 pessoas em um ano, sendo que uma ou duas adoecem[5]. Quanto às formas clínicas, se observa que o município segue a tendência nacional[4], com a maior parte dos casos novos pulmonares (em média 78,7%) e destes, 68,1% bacilíferos.

Para interromper a cadeia de transmissão da TB podem ser destacadas duas estratégias: o fortalecimento da adesão ao tratamento para obtenção da cura e o diagnóstico precoce (através do desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico, da busca ativa dos sintomáticos respiratórios (SR) e da avaliação efetiva dos contatos dos casos de TB pulmonar bacilífera).

Com relação ao primeiro, a OMS preconiza, para impactar na cadeia de transmissão da TB, uma taxa de cura de pelo menos 85% dos casos pulmonares; ao mesmo tempo, a taxa de abandono não deve ultrapassar os 5%[4]. Em Florianópolis, a situação descrita no Boletim nº 1, de jun/13 ainda desafia o sistema de saúde. Os dados atualizados (gráfico 2) mostram que as metas preconizadas pela OMS ainda não são atingidas em nosso município, nem em relação à cura nem em relação ao abandono dos casos.

Gráfico 2: Taxas de cura e abandono dos casos novos de TB por ano de diagnóstico, Florianópolis 2001-2013.



Fonte: SINAN, 15/07/2015.

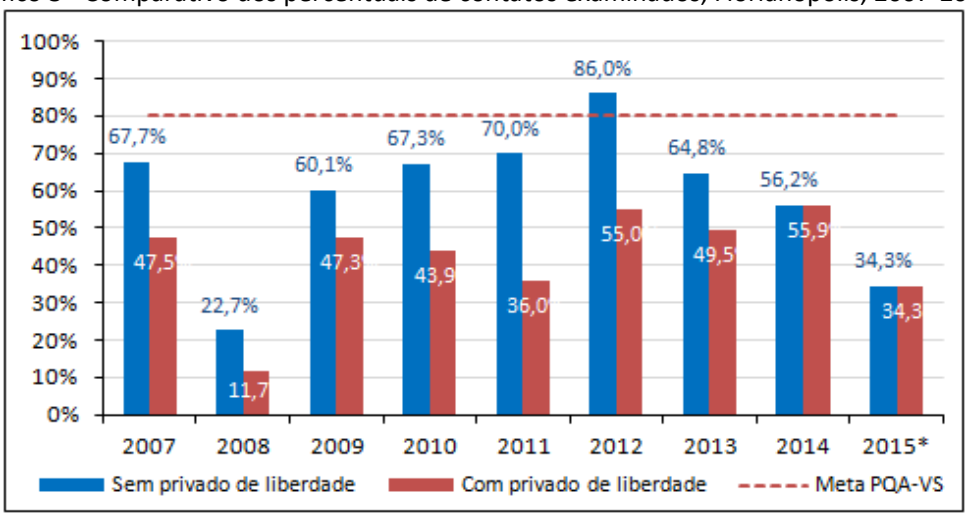
O preocupante cenário atual une **aumento da prevalência, altas taxas de abandono e baixas taxas de cura**. Neste contexto, a interrupção da cadeia de transmissão é crucial. Desta forma, o exame dos contatos precisa ser valorizado, uma vez que o longo tempo de exposição e a relação de proximidade com o caso índice são fatores que aumentam o risco de infecção. Além disso, a avaliação de contatos possibilita a identificação de pessoas que devem receber a quimioprofilaxia que, quando bem utilizada, reduz de 60 a 90% o risco de adoecimento[4].

São considerados contatos todas as pessoas que convivem com o caso índice no momento do diagnóstico, seja no ambiente domiciliar, no trabalho, escola ou instituições de longa permanência.[6]

Infelizmente, como já divulgado em 2013, o percentual de exame de contatos de casos de TB pulmonar bacilífera em Florianópolis está sempre abaixo dos 80% estabelecidos como meta pelo Programa de Qualificação das Ações de Vigilância Saúde (PQA-VS) (gráfico 3 - barra em vermelho).

Esse percentual é fortemente influenciado pelo baixo índice de exames de contatos dos pacientes de TB privados de liberdade, embora também seja observado na população em geral (gráfico 3). Vale ressaltar que em 2014 e 2015 o indicador está possivelmente superestimado, pois houve falta de informação sobre o número de contatos dos casos de TB privados de liberdade, situação que está sendo corrigida pelo serviço.

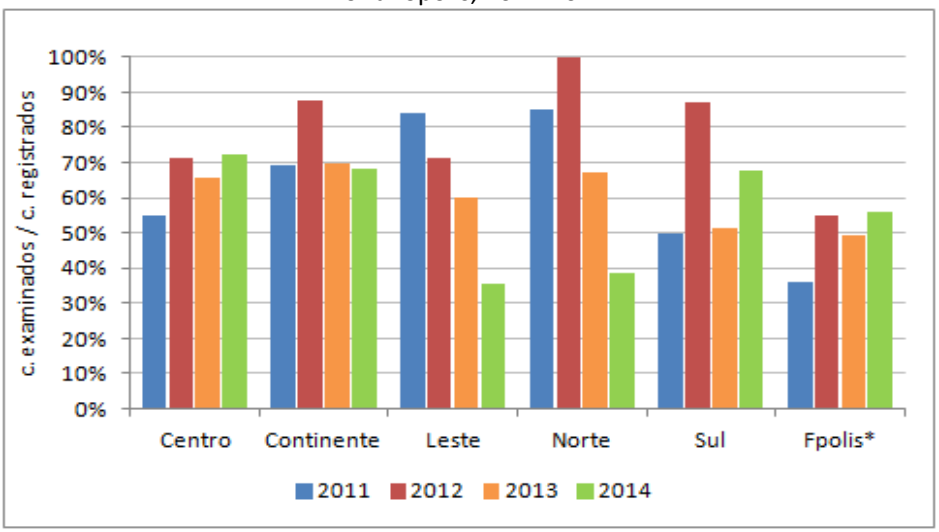
Gráfico 3 - Comparativo dos percentuais de contatos examinados, Florianópolis, 2007-2015.



* Dados parciais.
Fonte: SINAN, 15/07/2015.

Em relação ao exame de contatos por distrito sanitário (DS) (gráfico 4), observa-se que, no ano de 2012, os DS Norte, Continente e Sul conseguiram alcançar a meta (80% de contatos examinados). Por outro lado, houve queda neste percentual em todos os DS em 2013, sendo que em 2014 os DS Leste e Norte apresentaram as maiores dificuldades.

Gráfico 4 - Percentual de exame de contatos de casos novos de TB pulmonar bacilífera por DS e ano de diagnóstico, Florianópolis, 2011-2014.

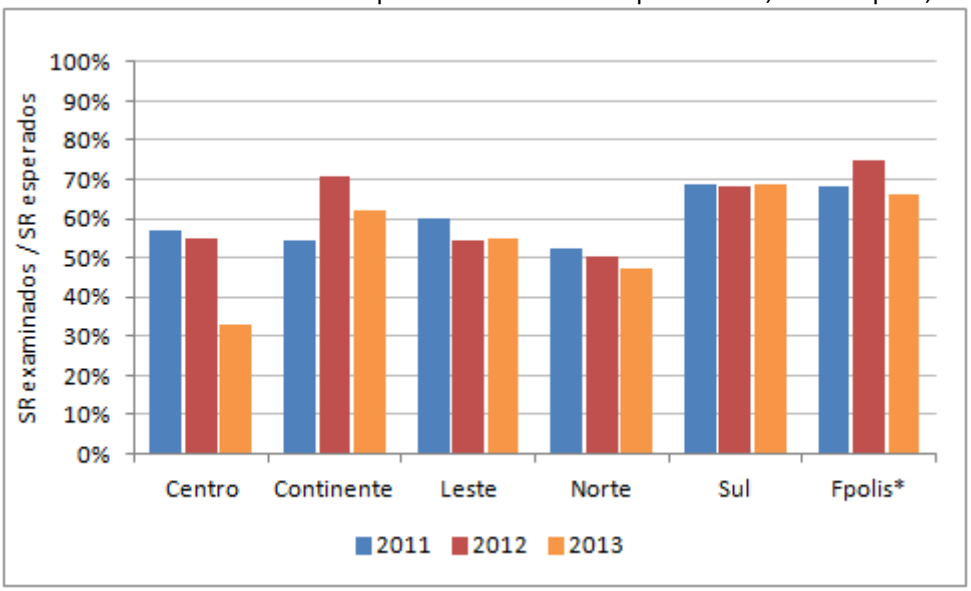


Fonte: SINAN, 15/07/2015- sujeito a alteração

*Inclui as pessoas privadas de liberdade, que não foram consideradas como residentes em nenhum distrito.

Outra atividade essencial para detectar precocemente os casos de TB é a busca ativa dos SR. **Qualquer pessoa com tosse produtiva por pelo menos 3 semanas deve ser investigada.** As equipes de saúde devem estar atentas para examinar, no período de 1 ano, pelo menos 1% da população de sua área de abrangência, a fim de diminuir a possibilidade de subdiagnóstico de TB[(4)]. O gráfico 5 mostra que, nos anos avaliados, nenhum distrito alcançou o número de SR avaliados esperado. Além disso, o monitoramento do Livro de Sintomáticos Respiratórios deve ser valorizado para manter ativa a vigilância local e, quando necessário, providenciar busca dos pacientes sintomáticos que ainda não foram adequadamente avaliados. Quanto mais tempo um possível doente passar sem diagnóstico e tratamento adequados, maior o risco de outras pessoas se contaminarem na mesma comunidade.

Gráfico 5 - Percentual de sintomáticos respiratórios examinados por Distrito, Florianópolis, 2011-2013.



Fonte: LAMUF, 15/07/2015 - sujeito a alteração

*Inclui as baciloscopias solicitas por outros estabelecimentos que não os da Rede de Atenção Básica.

A descentralização do tratamento da tuberculose em Florianópolis é um potencial para melhorar o acesso ao diagnóstico e tratamento, além de permitir maior vinculação das equipes com as famílias afetadas. Mas ainda se faz necessário que estas facilidades se traduzam em melhor controle da doença, o que ainda não foi observado. Uma reflexão sobre as práticas relacionadas ao cuidado com os portadores de TB se faz necessária em todos os níveis de atenção e vigilância do município para aprimorar os processos de trabalho e melhorar o cuidado com as pessoas vulneráveis a esta doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2015 Feb 20]. Available from: http://www.who.int/tb/ publications/global_report/en/
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. Boletim Epidemiológico, vol. 46, n. 9, 2015. Disponível em: http://migre.me/qozcs
3. Haileyesus Getahun, Christian Gunneberg, Reuben Granich, and Paul Nunn. HIV Infection—Associated Tuberculosis: The Epidemiology and the Response. Clin Infect Dis. (2010) 50 (Supplement 3): S201-S207 doi:10.1086/651492
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 812 p. Disponível em: http://bit.ly/1OMOzDW Acesso em 21/07/2015.
5. Castilho GR, Jimenez GT. Epidemiologia de la tuberculosis. Rev Méd Hosp Gen Mex. 1982;45(5/6):164-7.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília, 2011. ↙.

MONITORAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE

A Gerência de Vigilância Epidemiológica atua no monitoramento dos indicadores do Pacto Municipal de Saúde e do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) cuja fonte é um dos sistemas de informação sob sua responsabilidade no município, segundo o Caderno de Diretrizes disponível em http://bit.ly/1PAAWaJ. ↙.

NOTAS DA TABELA DE INDICADORES

As informações referentes ao ano de 2015 são parciais (janeiro a julho).

NR Nenhum caso registrado.

* Taxa por 100 mil habitantes. As 4 principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis são: doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Houve mudança na forma de cálculo deste indicador. A partir de 2013, passa-se a considerar apenas a população residente entre 30 e 69 anos, quando anteriormente eram considerados todos os residentes com menos de 70 anos.

** Não há informações disponíveis.

*** Estão disponíveis apenas os dados dos exames realizados pelo LAMUF.

**** A fonte destes indicadores é o VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico); os resultados são divulgados em meados do ano seguinte ao ano da avaliação.

Nome do Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº de óbitos maternos em determ. período e local	2	0	1	1	2	2	2	0	0
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	0,0%	1,1%	39,5%	96,1%	100,0%	98,8%	66,7%	70,7%	70,4%
Proporção de óbitos maternos investigados	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	50,0%	NR	NR
Proporção óbitos de mulh. id. fértil investigados	0,0%	0,0%	99,1%	99,3%	98,1%	100,0%	82,4%	84,7%	86,6%
Proporção de óbitos ñ fetais c/ causa bás. definida	98,8%	98,9%	99,7%	98,8%	98,8%	98,7%	99,1%	98,4%	98,9%
Taxa de APVP por Causas Externas por mil hab.	19,7	22,9	19	20,3	18,2	17,6	14,7	16,8	4,3
Taxa de APVP por D. Ap. Circulatório por mil hab.	7,8	7,9	7,8	7,4	7,2	7,4	7,9	8,1	4,9
Taxa de APVP por Neoplasias por mil habitantes	9,9	9,8	9,6	9,4	9,6	10,5	9,9	10,7	5,7
Taxa de mortalid. prematura (<70 a) pelas 4 DCNT*	129,2	131	136,5	126,5	262,3	269,5	256,4	277,3	167,7
Taxa de mortal. infantil por mil nascidos vivos	7,94	9,93	8,98	9,05	8,43	9,09	5,2	10,9	8,7
Proporção de NV mães c 7 ou + consultas de PN	65,3%	66,5%	67,8%	74,3%	70,0%	68,7%	68,8%	70,1%	70,8%
Proporção de Partos Normais	48,3%	47,7%	45,6%	44,4%	43,5%	44,7%	46,5%	48,1%	48,0%
Razão de ex. citopat. do colo do útero (♀ 25 a 64)	**	0,42	0,45	0,41	0,45	0,45	0,35	0,29	0,3
Razão de mamografias de rastream. (♀ 50 a 69)	**	0	0,09	0,24	0,29	0,28	0,25	0,23	0,26
Número de testes de sífilis por gestante	**	1,9	1,5	1,2	2,3	2,6	3,1	1,2***	1,5***
Casos de agravos relacion. ao trabalho notificados	138	476	387	565	582	558	766	928	481
Incidência de Sífilis Congênita	9	4	7	10	12	15	45	55	35
Número de casos de AIDS em < 5 anos de idade	2	4	1	1	6	1	0	0	0
Proporção de PAC. HIV+ 1º CD4 < 200 cel/mm^3	**	**	**	**	26,0%	27,0%	20,6%	51,1%	**
Número de US notificando violência doméstica	6	5	5	5	4	15	18	33	15
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase	100,0%	80,0%	83,3%	66,7%	93,3%	83,3%	70,0%	88,9%	80,0%
Proporção de contatos de CN de Hans. examin.	20,0%	20,0%	48,6%	22,0%	52,5%	82,0%	87,1%	92,0%	42,9%
Proporção de cura de CN TB pulmonar bacilífera	80,2%	55,8%	64,2%	57,1%	62,5%	63,2%	67,6%	61,4%	30,1%
Proporção de exame anti-HIV real. entre CN de TB	72,0%	75,6%	75,4%	79,6%	82,5%	79,5%	78,4%	78,9%	71,1%
Proporção de DNCI encerradas oportunamente	75,0%	77,4%	74,5%	87,0%	93,6%	93,8%	96,6%	91,2%	92,0%
Cobertura vacinal com a vacina tetravalente	88,1%	82,2%	90,7%	86,4%	87,2%	77,6%	75,6%	77,5%	67,9%
Proporção do CBV Criança c/ coberturas alcançadas	16,7%	33,3%	33,3%	28,6%	42,9%	14,3%	25,0%	12,5%	12,5%
% de adultos (≥ 18 a) que aval. saúde como ruim	4,10%	3,90%	4,00%	4,30%	4,20%	3,60%	4,90%	****	****
Prevalência Ativ. Física Suf. Tempo Livre (adulto)	27,50%	28,90%	32,80%	32,90%	32,10%	33,10%	43,90%	47,00%	****
Prevalência de Diabetes Mellitus	6,1%	4,9%	5,6%	6,5%	6,2%	7,3%	5,5%	****	****
Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica	20,6%	22,1%	20,5%	22,3%	20,6%	21,7%	20,5%	23,0%	****
Prevalência de Obesidade	11,3%	11,4%	13,0%	14,3%	15,0%	15,7%	15,4%	14,0%	****
Prevalência de Tabagismo em Adultos	18,4%	15,8%	18,2%	16,0%	13,3%	13,6%	12,4%	12,1%	****

Secretaria Municipal de Saúde

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Vigilância em Saúde
Gerência de Vigilância Epidemiológica
Av. Prof. Henrique da Silva Fontes, 6100
Florianópolis, SC - CEP 88036-700
Plantão 24h: (48) 3212-3907 Cel (48) 9985-2710
Tel: (48) 3212-3910 Fax: (48) 3212-3906
Email: vigilanciaepidemiologica@pmf.sc.gov.br

NA EDIÇÃO DE DEZEMBRO DE 2015:

Transmissão Vertical do HIV
Condições de Nascimento em Florianópolis