

EDITORIAL

O uso das informações produzidas diariamente pelos serviços de saúde para embasar melhor nossa prática diária deve ser uma missão constante dos gestores dos serviços de saúde. Neste segundo boletim de 2014, procuramos aprofundar o conhecimento dos fatores de risco e impacto das medidas preventivas para auxiliar na qualificação do manejo dos pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), cujo número deve aumentar consideravelmente nas próximas semanas. O acompanhamento dos casos notificados pode ser uma fonte riquíssima de conhecimento, e procuramos refletir aqui o que foi observado na coorte dos pacientes notificados em 2013.

O segundo tema tratado neste boletim é a violência. Agravo de notificação mais recente, tem provocado grande impacto na saúde da população, incluindo aqui os profissionais de saúde. Muitas vezes seus efeitos são difíceis de medir, e a melhor forma de monitoramento deste importante problema de saúde pública ainda está sendo buscada. Mas, apesar das limitações, já podemos compartilhar com os colegas o que temos observado em relação aos casos notificados. Esperamos que, com empenho dos profissionais de saúde e articulação com outros setores, possamos compreender melhor a auxiliar no enfrentamento da violência no município.

Vale ressaltar que este número contou com a colaboração dos residentes de Medicina de Família e Comunidade. Em nome da equipe da Gerência de Vigilância Epidemiológica, agradeço a colaboração destes preciosos colegas.

Ana Cristina Vidor
Gerente de Vigilância Epidemiológica.
DVS – SMS – Florianópolis.

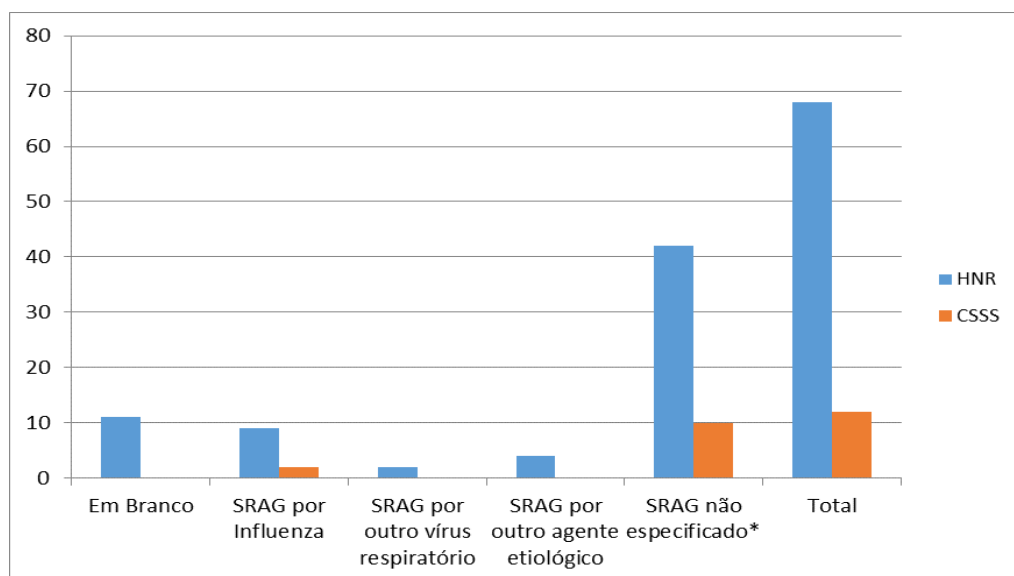
S R A G

É chamado de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) o quadro de síndrome gripal – em indivíduos de qualquer idade – acompanhado por dispneia ou outros sinais de gravidade, como saturação de O₂ < 95%, sinais de desconforto respiratório, taquipneia, hipotensão ou descompensação clínica das doenças de base. Por definição, são casos com indicação de internação hospitalar que merecem cuidado especial. Embora possa ser causada por vários agentes etiológicos, a SRAG é a principal complicação de infecções respiratórias virais, dentre as quais as associadas ao influenza.

Dada a preocupação em relação a estas infecções, especialmente após a pandemia de 2009, foi criada uma rede de monitoramento das infecções por influenza, formada pelas unidades sentinela de síndrome gripal, unidades sentinela de SRAG em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e notificação de casos de SRAG.

Em Florianópolis, foram acrescentadas em 2013 a esta rede de vigilância as Unidades Sentinela do Hospital Nereu Ramos e da Clínica São Sebastião, que passaram a monitorar os agentes etiológicos dos casos de SRAG internados em suas UTIs. Desde o início das atividades destas sentinelas, foram coletadas 80 amostras de pacientes internados nas UTIs por SRAG. Destas, em 63 não houve detecção de patógenos. Nas outras amostras, os agentes encontrados foram 08 vírus Influenza do tipo A, 03 Influenza do tipo B, 01 Vírus Sincicial Respiratório (VRS) e 01 Adenovírus. Outros patógenos também foram detectados (01 *M. tuberculosis*, 02 *P. jeroveci*, 01 *Pneumococcus*). O gráfico 1 traz a classificação final dos casos notificados nas UTIs Sentinelas, conforme resultado laboratorial.

Gráfico 1- Classificação final dos casos notificados de SRAG internados nas UTIs Sentinelas conforme resultado laboratorial, Florianópolis, 2013.



Fonte: SIVEP_Gripe, ano 2013. Dados sujeitos à alterações.

HNR: Hospital Nereu Ramos CSSS: Casa de Saúde São Sebastião

* SRAG Não Especificado: Conforme critério de classificação final da ficha de investigação da SRAG, casos em que não houver tipificação viral nas amostras coletadas serão classificadas como SRAG não especificada, ou seja, o caso será considerado como síndrome respiratória, porém sem agente causal definido.

GVE: Ana Cristina Vidor, Denise de Souza Berto da Silva, Janaína dos Santos Silva, Jaqueline Pereira, Julia Maria de Souza, Maurício de Garcia Bolze, Monich Melo Cardoso, Taina Barbie Espírito Santo, Vinicius Paim Brasil; Residência em Medicina de Família e Comunidade: Daiane Serrano Rotava, Vanessa Leão Nascimento, Nicolle Vigna Nakata, Denise Tatiana Loesch, Joao Ricardo Martinelli, Ana Lúcia Roncaglia Seco, Ananda Beatriz Munhoz Cretella, Andressa Rosado Ribeiro.

Vários fatores de risco têm sido associados ao mau prognóstico das SRAGs, e medidas como vacinação contra o influenza e início precoce de terapia antiviral têm sido incentivadas pelo Ministério da Saúde com o intuito de diminuir a ocorrência de complicações (1).

O impacto destes fatores de risco e das intervenções recomendadas pelo Ministério da Saúde foi avaliado nesta coorte retrospectiva dos 464 pacientes notificados por SRAG em Florianópolis em 2013¹. O perfil dos pacientes notificados por SRAG em 2013 está descrito na tabela 1.

Tabela 1- Perfil dos pacientes notificados por SRAG em Florianópolis em 2013.

Característica	N (%)
Sexo	
Homens	236 (50,8)
Mulheres	228 (49,2)
Idade*	
<19	169 (36,5)
20-40	91 (19,7)
40-60	115 (24,8)
>60	87 (18,6)
*Dois casos não possuem esta informação	
Presença de Fator de Risco**	
Pneumopatia	115 (24,8)
Cardiopatia	61 (13,2)
Insuficiência renal	7 (1,5)
Imunodeficiência/imunodepressão	94 (20,3)
Diabetes mellitus	47 (10,2)
Insuficiência hepática	13 (2,8)
Doença neurológica crônica	14 (2,8)
Síndrome de Down	5 (1,1)
Puerpério (até 42 dias pós-parto)	3 (0,7)
Obesidade	20 (4,3)
Outras morbidades	109 (21,6)
Sem Fator de Risco	139 (30,2)
**Alguns pacientes tinham mais de um fator de risco. Cinco casos não possuíam esta informação.	
História de Vacinação Contra Influenza	
Sim	161 (34,7)
Não	223 (48,1)
Ignorado	80 (17,2)
Uso de Antiviral	
Sim	406 (87,5)
Não	53 (11,4)
Ignorado	5 (1,07)
Uso de Antiviral Oportuno***	
Sim	179 (38,4)
Não	280 (60,3)
Ignorado	5 (1,07)

*** em até 48 horas do início dos sintomas

Fonte: Sinan Florianópolis, 12/05/2014.

¹ Ocorreram 463 notificações por SRAG em Florianópolis em 2013, sendo um paciente notificado em duas internações diferentes.

Através da ficha de investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do cruzamento das informações com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) foram identificados os pacientes admitidos em UTI no período da internação correspondente à notificação ou que vieram a óbito durante ou nas semanas seguintes à internação. Para fins de avaliação, os óbitos dos pacientes notificados por SRAG foram classificados da seguinte forma:

- ✓ Óbitos por Influenza: aqueles que tiveram como causa básica do óbito a infecção por influenza com confirmação laboratorial (CID 10- J09);
- ✓ Óbitos por Causas Respiratórias: aqueles que tiveram como causa básica do óbito uma complicação respiratória (CID 10 capítulo J – excluindo J09);
- ✓ Óbitos Associados à SRAG: óbitos que tiveram uma afecção respiratória (CID 10 capítulo J) na sequência de determinação da causa básica de morte;
- ✓ Óbitos por outras causas: todos os outros óbitos, exceto as situações acima.

A avaliação da categoria “Óbitos Associados à SRAG” se justifica porque, mesmo quando a infecção não é a causa básica do óbito, ela pode ter papel importante na descompensação da doença de base que ocasionou o óbito, como insuficiência cardíaca ou diabetes, por exemplo². Desta forma, a identificação de medidas de prevenção da infecção poderia impactar não apenas nos óbitos diretos por SRAG, mas também naqueles decorrentes da descompensação destas condições.

Para avaliar a associação entre os fatores de risco ou medidas preventivas na internação em UTI ou nos óbitos dos pacientes notificados para SRAG foi utilizado o teste do χ^2 de Pearson (ou teste exato de Fisher, quando indicado), considerando-se significativo $p < 0,05$. Foi ainda calculado o Risco Relativo (RR) e respectivo intervalo de confiança (IC) de 95%.

A tabela 2 traz a avaliação do efeito de fatores de risco, da vacinação e do uso de antirretrovirais na internação em UTI dos pacientes notificados por SRAG em Florianópolis.

Tabela 2: Efeito de fatores de risco, da vacinação e do uso de antirretrovirais na internação em UTI dos pacientes notificados por SRAG em Florianópolis, 2013.

Fatores de Risco (n)	Internação UTI	RR	IC:95%	p
Pneumopatia (n=115)	50	1,39	1,07-1,81	0,02
Cardiopatia (n=61)	35	1,83	1,40-2,38	<0,001
Insuficiência renal (n=7)	3	1,23	0,52-2,91	0,71
Imunodeficiência/imunodepressão (n=94)	35	1,08	0,80-1,46	0,63
Diabetes mellitus (n=47)	21	1,31	0,92-1,86	0,20
Insuficiência hepática (n=13)	4	0,88	0,39-2,01	1,00
Doença neurológica crônica (n=14)	4	0,83	0,36-1,90	0,78
Síndrome de Down (n=5)	2	1,44	0,53-3,86	0,61
Puerpério (até 42 dias pós-parto) (n=3)	1	0,95	0,19-4,73	1,00
Obesidade (n=20)	8	1,15	0,66-2,00	0,62
Outras morbidades** (n=109)	46	1,42	1,08-1,88	<0,02
Intervenções	Internação UTI	RR	IC:95%	p
Vacina		0,84	0,61-1,14	0,30
Sim (n=161)	45			
Não (n=223)	75			
Antiviral*		0,47	0,37-0,59	<0,001
Sim (n=406)	127			
Não (n=53)	36			
Antiviral 48hs**		0,67	0,51-0,89	<0,01
Sim (n=179)	49			
Não (280)	114			

Fonte: Sinan Florianópolis, 12/05/2014.

A avaliação de alguns fatores de risco ficou limitada pela baixa ocorrência de casos, mas foi possível confirmar a associação entre cardiopatia ou pneumopatia com internação em UTI por SRAG, chamando a atenção para o risco de

descompensação clínica que a infecção respiratória pode provocar nestes indivíduos. Já a presença de imunodepressão ou diabetes não esteve associada a aumento de risco de internação em UTI nesta coorte.

A vacina contra influenza não teve impacto sobre o risco de internação em UTI. Seu efeito foi observado apenas sobre a ocorrência de infecção por influenza confirmada laboratorialmente (tabela 3). Nesta coorte, apenas 79 pacientes tiveram o diagnóstico de influenza confirmados laboratorialmente, sendo 63 tipo A (39 H1N1, 23 H3N2 e 1 sem subtipagem) e 16 tipo B (não subtipados mas, de acordo com as Unidades Sentinela, provavelmente eram B-Yamagata, diferente do contido na vacina de 2013). Além da necessidade de combinação das cepas vacinais com as cepas circulantes, também é importante frisar que, na Região Sul, as campanhas de vacinação contra influenza sempre ocorrem quando uma quantidade considerável de vírus já está circulando, o que pode diminuir seu possível efeito protetor. Por outro lado, as evidências atualmente disponíveis sobre o impacto da vacina contra o influenza ou não têm demonstrado efeito benéfico ou ressaltam a escassez de avaliação adequada em alguns subgrupos de pacientes⁴, deixando clara a necessidade de melhor avaliação do impacto da vacinação na prevenção de infecção por influenza e suas complicações.

Tabela 3- Efeito da vacinação sobre a confirmação laboratorial de infecção por Influenza nos casos notificados por SRAG em Florianópolis, 2013.

História de Vacinação Contra Influenza	Diagnóstico Laboratorial de Influenza	RR	IC:95%	p
Sim (n=161)	19	0,44	(0,27-070)	0,02
Não (n=223)	60			

Fonte: Sinan Florianópolis, 12/05/2014.

Já o uso de antiviral reduziu em aproximadamente 50% o risco de internação em UTI quando comparado com quem não usou o medicamento, mesmo quando não iniciado em momento oportuno (em até 48 horas do início dos sintomas). Além disso, uso de antiviral reduziu em aproximadamente 30% o risco de internação em UTI se iniciado nas primeiras 48h quando comparado com quem iniciou mais tardiamente ou não usou o medicamento.

No período avaliado, ocorreram apenas 4 óbitos confirmados por influenza, comprometendo as avaliações de fatores de risco ou de medidas de proteção para este desfecho. A tabela 4 traz a análise dos fatores de risco associados a óbitos nos pacientes notificados por SRAG em Florianópolis em 2013.

Tabela 4: Fatores de risco associados a óbitos nos casos notificados por SRAG em Florianópolis, 2013.

Desfechos	Óbitos por influenza (CID 10 J09)		Óbitos por causas respiratórias (CID 10 grupo J)		Óbitos associados à SRAG		Óbitos por outras causas	
	n	RR (IC95%); p	n	RR (IC95%); p	n	RR (IC95%); p	n	RR (IC95%); p
Fatores de risco*								
Pneumopatia (n=115)	1	0,96 (0,10 -9,10); 1,0	9	3,23 (1,28-8,17); 0,009	10	1,44 (0,69-2,97); 0,33	4	0,82 (0,28-2,44); 1,0
Cardiopatia (n=61)	1	2,12 (0,22-20,0); 0,44	9	5,71 (2,42-13,48); <0,001	5	1,27 (0,51-3,19); 0,61	5	2,44 (0,90-6,60); 0,07
Imunodeficiência (n=94)	1	1,26 (0,13-11,96); 1,00	0	-	17	3,81 (1,95-7,43); <0,001	9	3,77 (1,54-9,25); 0,002
Diabetes mellitus (n=47)	1	2,84 (0,30-26,79); 0,36	5	3,05 (1,15-8,08); 0,02	3	0,95 (0,30-3,01); 1,00	2	1,06 (0,25-4,50); 1,00
Síndrome de Down (n=5)	0	-	0	-	3	10,29 (4,59-23,07); 0,002	0	-
Outras morbidades (n=109)	3	8,67 (0,91-82,48); 0,05	7	2,02 (0,79-5,18); 0,14	12	2,31 (1,12-4,78); 0,02	4	0,83 (0,28-2,46); 0,05

Fonte: Sinan Florianópolis, 12/05/2014.

*Fatores não excludentes.

Assim como observado para o risco de internação em UTI, a presença de cardiopatia e pneumopatia foram associadas a risco de óbito por causas respiratórias nos pacientes notificados para SRAG.

Por outro lado, e curiosamente, apesar da presença de diabetes ou imunodepressão não terem sido associados a risco de internação em UTI, aumentaram o risco de óbito nos pacientes internados por SRAG. As razões pelas quais o risco aumentado de óbito nesses pacientes não corresponde a frequência maior de internação em UTI ainda precisam ser esclarecidas. Do acordo com esta coorte, um paciente diabético internado em Florianópolis por SRAG tem aproximadamente 3 vezes o risco de ir a óbito por causa respiratória que o paciente não diabético. Em relação ao paciente com imunodeficiência, devem ser feitas algumas considerações. Por padronização, quando a presença de infecção por HIV é relatada na Declaração de Óbito (DO), independente da ordem na sequência de determinação da causa básica de morte, a causa básica do óbito será a infecção por HIV. Isto ocorre mesmo quando a infecção por HIV ou Aids são registrados fora desta sequência (DO -Causas da Morte, parte II)². Desta forma, mesmo quando a sequência de eventos aponta claramente para um óbito por SRAG, a causa básica não será “óbitos por causas respiratórias”, mas sim “óbitos associados a SRAG”, pois será considerada causa básica do óbito a infecção pelo HIV. Apesar disso, a presença de imunodeficiência foi associada a um aumento de risco para óbitos por SRAG e por outras causas (mas não para óbito por influenza). Além dos fatores demonstrados na tabela, também foram avaliados insuficiência renal, insuficiência hepática, doença neurológica crônica, puerpério e obesidade. A ocorrência de óbitos nestes grupos foi muito baixa ou inexistente.

O impacto da imunização e uso de antivirais nos óbitos de pacientes notificados por SRAG está na tabela 5.

Tabela 5- Avaliação da imunização contra influenza e uso de antiviral na ocorrência de óbitos em pacientes notificados por SRAG em Florianópolis, 2013.

	Óbitos por influenza (CID 10 J09)		Óbitos por causas respiratórias (CID 10 grupo J)		Óbitos associados à SRAG		Óbitos por outras causas	
Vacina*		RR: 0,70		RR: 0,93		RR: 1,39		RR: 1,95
Sim (n=161)	1	IC: (0,06-7,62)	6	IC: (0,34-2,56)	11	IC: (0,62-3,13)	7	IC: (0,63-6,04)
Não (n=223)	2	p=1,00	9	p=0,65	11	p=0,42	5	p=0,24
Antiviral		RR: 0,39		RR: 0,39		RR: 0,38		RR: 0,46
Sim (n=406)	3	IC: (0,04-3,71)	5	IC: (0,14-1,03)	9	IC: (0,19-0,83)	4	IC: (0,16-1,34)
Não (n=53)	3	p=0,39	15	p=0,05	23	P=0,01	14	p=0,14
Antiviral 48hs		RR: 1,57		RR: 0,67		RR: 0,62		RR: 1,57
Sim (n=179)	2	IC: (0,23-11,07)	6	IC: (0,26-1,72)	9	IC: (0,29-1,30)	9	IC: (0,64-3,89)
Não (280)	2	p=0,64	14	p=0,40	23	p=0,20	9	p=0,32

Fonte: Sinan Florianópolis, 12/05/2014, SIM Florianópolis, 09/05/2014.

A vacina contra influenza não teve impacto sobre o risco de óbitos. Já o uso de antiviral foi associado a redução de aproximadamente 60% do risco de óbito associado à SRAG em comparação aos pacientes que não usaram o medicamento. Vale observar que um estudo de caso e controle conduzido pela Diretoria de Vigilância em Saúde (DIVE) em parceria com o Ministério da Saúde – MS (3) em pacientes com SRAG e confirmação laboratorial para Influenza identificou que o uso tardio de antiviral aumentou o risco de óbito, quando comparados àqueles com uso oportuno do medicamento. A diferença entre uso oportuno ou inoportuno de antiviral, bem como as demais avaliações associadas à ocorrência de óbitos, não tiveram significância estatística na coorte de Florianópolis, possivelmente, em parte, por conta da baixa ocorrência de óbitos em cada categoria avaliada.

Apesar das limitações metodológicas, os efeitos do uso de antiviral observados nesta coorte chamam atenção para a necessidade de avaliação mais adequada de subgrupos de pacientes com maior risco de complicação, especialmente os portadores de cardiopatias, pneumopatia, diabetes e imunodeficiência, uma vez que o impacto de intervenções nestes casos pode ser diluído na avaliação conjunta com pacientes de baixo risco, como tem ocorrido nas principais metanálises (5).

De qualquer forma, as principais medidas preventivas das infecções respiratórias, como lavagem adequada e frequente das mãos e adoção e disseminação da chamada “etiqueta da tosse”, ainda parecem ser as ações centrais no combate a estas doenças, e devem fazer parte da prática diária de todos os profissionais de saúde, tanto no seu comportamento como no aconselhamento da população sob seus cuidados.

² Para maiores informações sobre preenchimento da DO, consultar em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_de_obito_final.pdf

PRINCIPAIS RESULTADOS:

- **Pacientes com cardiopatia e pneumopatia internados por SRAG têm risco aumentado de internação em UTI e óbito;**
- **Ter recebido vacina diminuiu a probabilidade de infecção por influenza confirmada laboratorialmente, mas não interferiu no risco de internação em UTI ou óbito nos pacientes internados por SRAG;**
- **O uso de antiviral, mesmo após as 48h do início dos sintomas, foi associado a menor risco de internação em UTI e óbito nos pacientes internados por SRAG. O efeito protetor parece ser maior quando o uso do medicamento é mais precoce.**

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. <http://www.unasus.gov.br/influenza>
2. William W. Thompson, Matthew R. Moore, Eric Weintraub, Po-Yung Cheng, Xiaoping Jin, Carolyn B. Bridges, Joseph S. Bresee, and David K. Shay. Estimating Influenza-Associated Deaths in the United States. American Journal of Public Health: October 2009, Vol. 99, No. S2, pp. S225-S230. doi: 10.2105/AJPH.2008.151944. Disponível em <http://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2008.151944> (acessado em 15/04/2014)
3. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. Análise dos óbitos por Influenza em Santa Catarina – 2012. Disponível em file:///C:/Users/anacris/Downloads/Fabio%20Gaudenzi%20de%20Faria.pdf (acessado em 30/04/2014)
4. Osterholm MT, Kelley NS, Sommer A, Belongia EA. Efficacy and effectiveness of Influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis. The Lancet infectious diseases. 2012;12(1):36-44. Epub 2011/10/29
5. Jefferson T, Jones MA, Doshi P, Del Mar CB, Hama R, Thompson MJ, Spencer EA, Onakpoya I, Mahtani KR, Nunan D, Howick J, Heneghan CJ. Oseltamivir for influenza in adults and children: systematic review of clinical study reports and summary of regulatory comments. BMJ 2014;348:g2545 doi: 10.1136/bmj.g2545 (Published 9 April 2014). Disponível em http://www.bmj.com/highwire/filestream/693792/field_highwire_article_pdf/0/bmj.g2545. (acessado em 02/05/2014)

VIOLÊNCIA

Com a mudança do perfil epidemiológico nos últimos 20 anos, as violências e os acidentes vêm ultrapassando as doenças degenerativas e infecciosas em taxas de mortalidade e morbidade, já que, além dos efeitos diretos, cada vez mais surgem doenças psicossomáticas causadas pelas condições de vida, pelos acidentes e pela violência.

Por isto, além de ser uma questão política, cultural, policial e jurídica, a violência é também um importante problema de saúde pública. Para compreendê-la e enfrentá-la, devemos analisar um conjunto de fatores, como condições de vida, questões ambientais, trabalho, habitação, educação, lazer e cultura. Seu enfrentamento, por outro lado, exige uma convergência de medidas de impacto que passa por campanhas educativas, ações de prevenção, segurança, melhorias dos registros ambulatoriais, hospitalares e a capacitação de recursos humanos para a prevenção e atendimento às vítimas de violência, entre outras ações.

A Portaria Ministerial 104/2011 MS torna obrigatória aos profissionais de saúde a notificação dos casos de violência que tiver conhecimento, inclusive a doméstica, podendo o profissional responder pela omissão se assim não o fizer. A notificação ajuda a dimensionar a questão da violência, determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância, assistência e ainda permite o conhecimento da dinâmica da violência no município.

Deve ser notificada a suspeita ou confirmação de violência, considerando-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

A OMS classifica a violência em três grandes grupos, segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (autoprovocada), violência interpessoal (doméstica e comunitária) e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias). A violência doméstica é de notificação compulsória para ambos os sexos e todas as idades e é definida pela violência física (tapas, chutes, beliscões, etc), psicológica (rejeição, humilhação, desrespeito e utilização da pessoa para atender as necessidades psíquicas de outrem) e tortura (constranger alguém com uso de força física ou ameaça).

A violência autoprovocada (tentativas de suicídio e suicídio) é de notificação para ambos os sexos. Importante chamar atenção que abaixo de 10 anos a ocorrência de lesão auto provocada é considerada negligência.

Já a violência extra familiar (criminalidade) que é a pratica de agressão grave, atentado a vida e a seus bens, constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública (assaltos, assassinatos, brigas de rua). Este tipo de violência praticado contra adultos de 20 a 59 anos do sexo masculino não é de notificação obrigatória, mas são monitorados através do VIVA Inquérito e sistemas de informação das forças de segurança pública.

Se considerada a natureza da violência, ela pode ser dividida conforme o quadro 1, e deve ser notificada de acordo com as características da vítima. Informações complementares sobre cada tipo de violência podem ser consultadas na publicação “[Por uma Cultura da Paz, a Promoção da Saúde e a Prevenção da Violência](#)” (Ministério da Saúde, 2009).

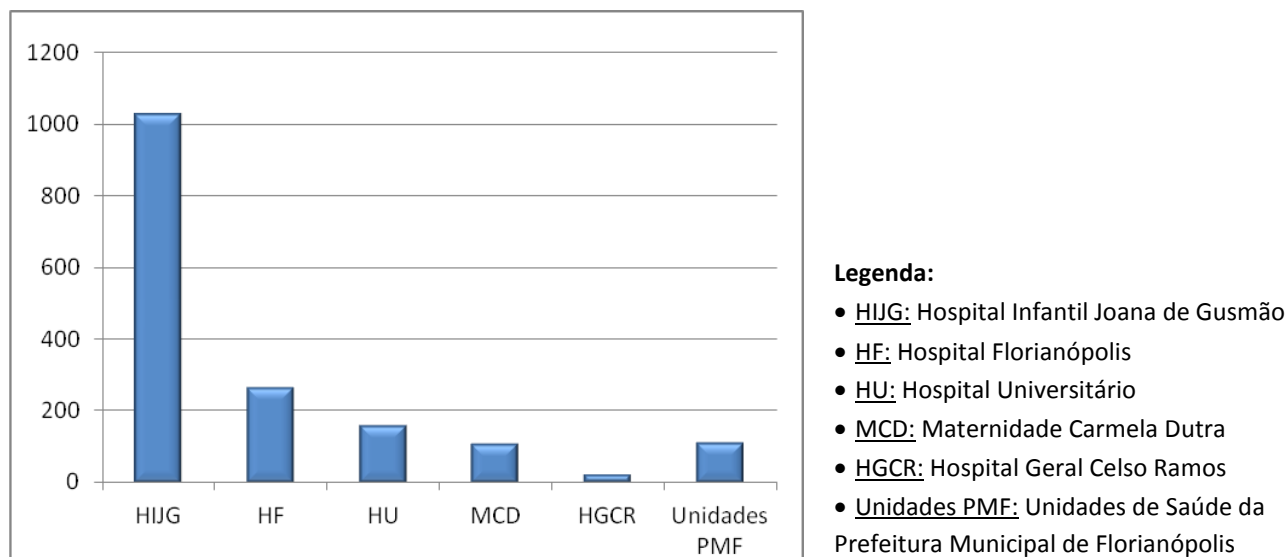
Quadro 1: Classificação das violências para fins de notificação, conforme natureza da ocorrência e características das vítimas.

NATUREZA DA VIOLÊNCIA	DEFINIÇÃO	CARACTERÍSTICA DA VÍTIMA	
		SEXO	IDADE
Violência sexual	É qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder, e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, obriga outra pessoa a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar de qualquer modo sua sexualidade.	M e F	TODAS
Tráfico de pessoas	Recrutamento, transporte ou alojamento de pessoas recorrendo a ameaça ou força física para exercer a prostituição, trabalho sem remuneração, escravo ou de servidão.	M e F	TODAS
Intervenção por agente legal público	É a intervenção por representante do Estado, policial ou outro agente da lei, por meio do uso de arma de fogo, explosivos, gás, empurrão, golpe, murro, etc. que possa causar ferimento, agressão, constrangimento e morte. Nela há a suspeita de abuso de poder.	M e F	TODAS
Violência financeira ou patrimonial	Exploração imprópria ou ilegal, ou uso não consentido de recursos financeiros e patrimoniais da vítima.	M e F	≤ 19 anos ou pessoas com necessidades especiais ou deficiência ou transtorno mental
Negligência / abandono	É a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da vítima. O abandono é uma forma extrema de negligência.	M e F	≤ 19 anos ou pessoas com necessidades especiais ou deficiência ou transtorno mental.
Trabalho Infantil	É o conjunto de ações e atividades desempenhadas por crianças de forma rotineira e obrigatória (com valor econômico direto e indireto) as inibindo de viver plenamente sua condição de infância e adolescência.	M e F	<16 anos, salvo na condição de jovem aprendiz.

O monitoramento da violência através da notificação por estabelecimentos de saúde e/ou educação complementam as informações de outros órgãos relacionados ao manejo deste impactante problema de saúde pública. É importante destacar que, isoladamente, as informações sobre violência provenientes dessas notificações possivelmente representam mais a sensibilidade dos estabelecimentos do que sua ocorrência na população. Os Gráficos 1 e 2 trazem o número de violência por unidade notificadora, indicando a sensibilidade de notificação de violência pelos serviços de saúde de Florianópolis.

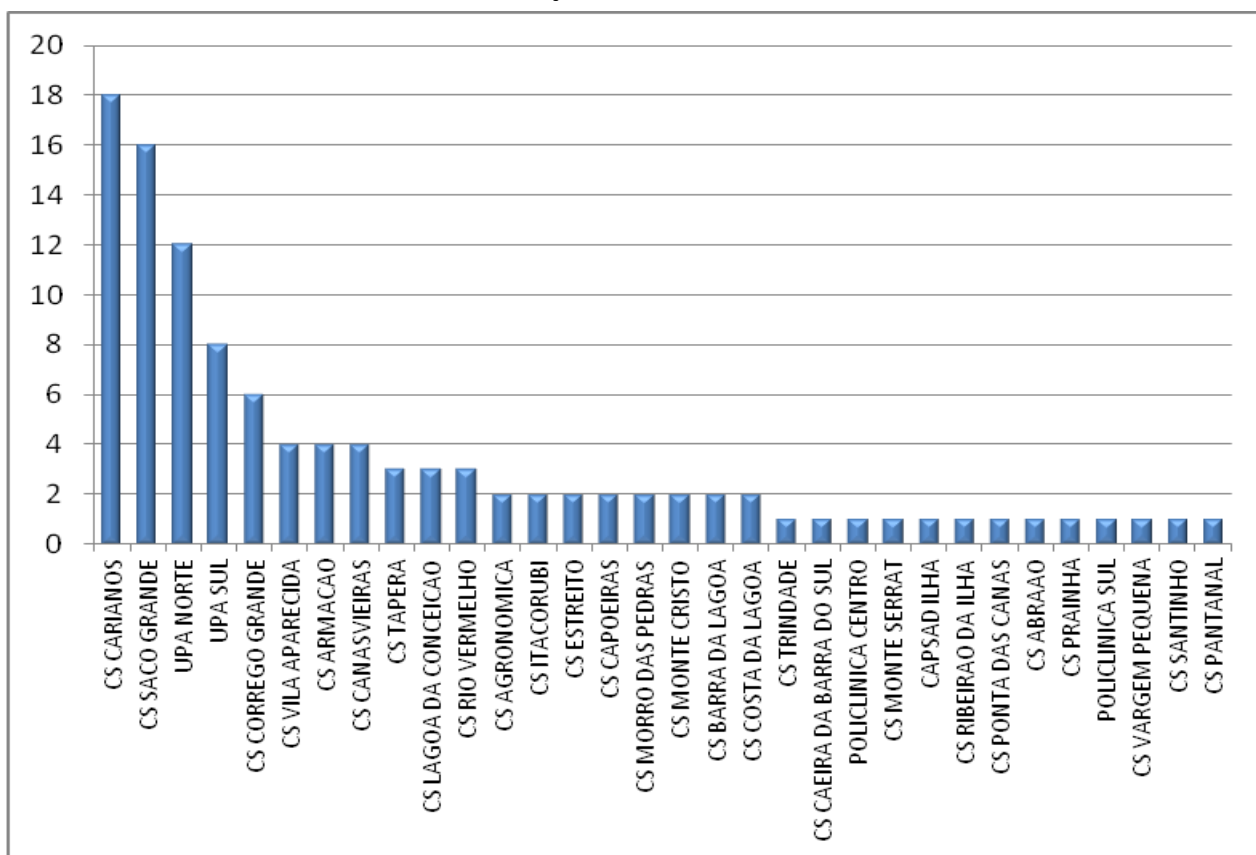
As 58 Unidades de Saúdes da PMF (incluindo Centros de Saúde, Policlínicas, UPAS e CAPS) foram compiladas em um bloco único. Mesmo somadas, foram responsáveis por menos notificação de violência que a maioria das unidades hospitalares isoladamente. No gráfico 2 estão descritas todas as unidades da PMF que notificaram violência no período referido.

Gráfico 1 - Número de Notificação de Violência x Unidades Notificadoras – 2009/2013



FORNTE: SINAN Net 30/04/2014.

Gráfico 2 - Número de Notificação de Violência x Unidades PMF – 2009/2013



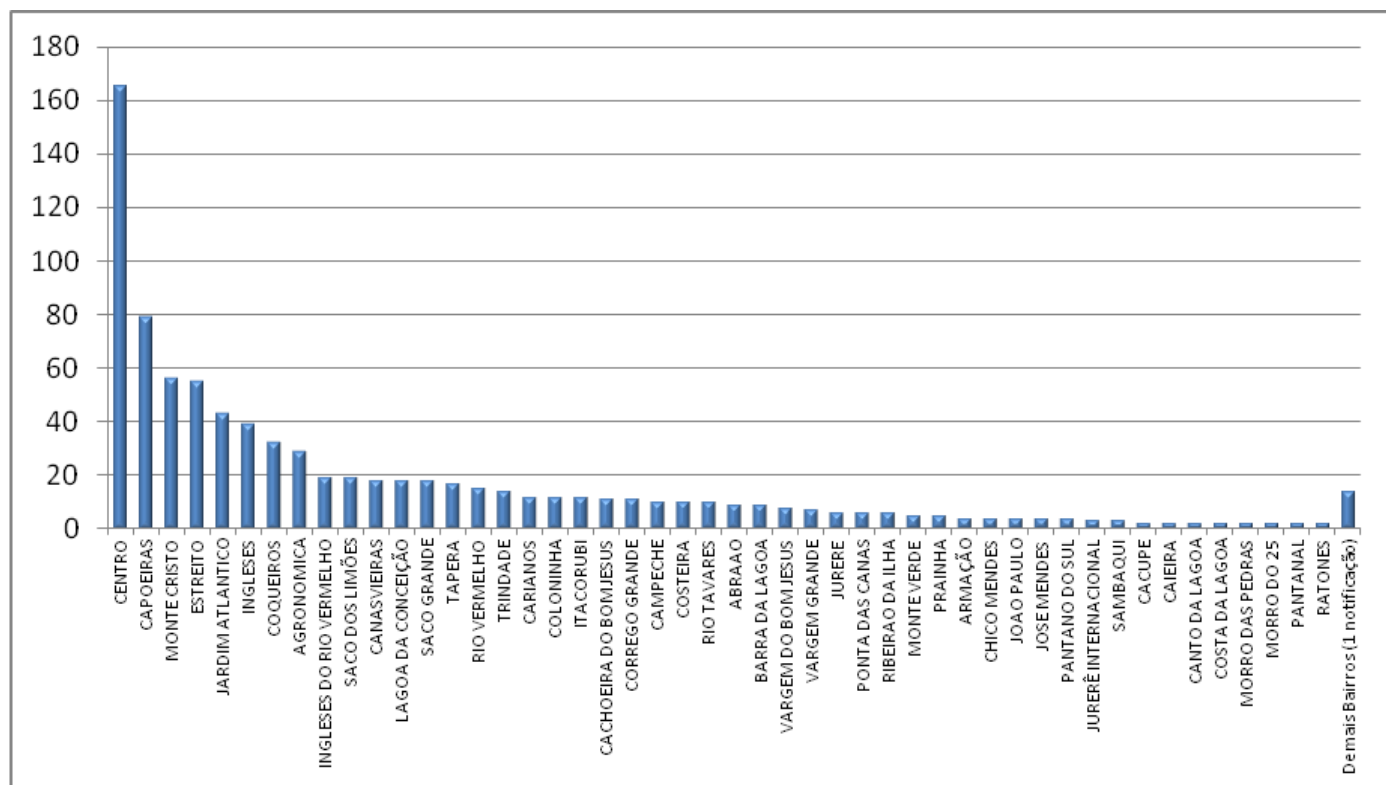
FORNTE: SINAN Net 30/04/2014.

Uma potencial informação derivada das investigações é a possibilidade do mapeamento da violência no município. Entretanto, mais de 25% das notificações dos últimos 5 anos não traziam a informação do local da ocorrência. O gráfico 3 traz o bairro de ocorrência das violências notificadas em Florianópolis. Em 420 notificações a violência ocorreu fora de Florianópolis.

É importante ressaltar que a notificação de violência deve ser acompanhada de uma ficha de investigação cujas informações, embora breves, são essenciais para a classificação do tipo de violência e identificação de informações relevantes para seu enfrentamento. Esta ficha deve ser preenchida no momento do atendimento, mas por

desconhecimento e/ou dificuldades dos profissionais, poucos são os serviços que a têm preenchido, comprometendo a qualidade das informações. Paliativamente, a Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE) tem buscado investigar os casos notificados através de revisão de prontuário, a fim de permitir que as notificações sejam incluídas no banco de dados nacional, mas estes registros são frequentemente insuficientes para a adequada utilização desta ferramenta, limitando a possibilidade de análise dos casos.

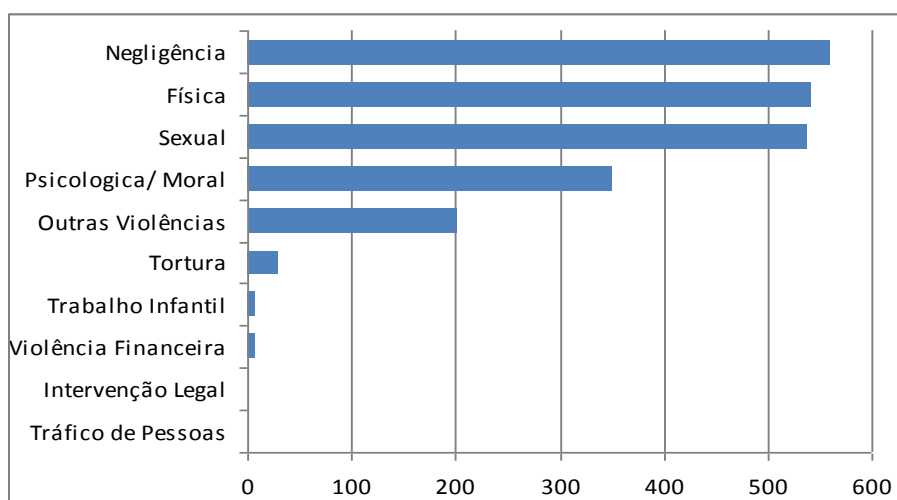
Gráfico 3- Bairros de Ocorrência das Violências em Florianópolis, 2009-2013



FONTE: SINAN Net 30/04/2014.

O gráfico 4 identifica os principais tipos de violência notificados pelos serviços de saúde de Florianópolis nos últimos 5 anos.

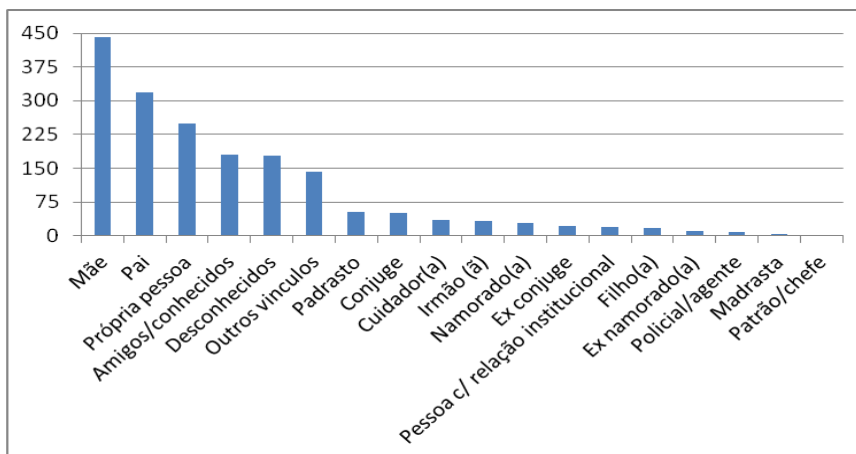
Gráfico 4- Número de notificações por tipo de violência*, Florianópolis 2009-2013.



FONTE: SINAN Net 30/04/2014. *As categorias não são excludentes entre si

Como pode ser visto no gráfico 5, a maior parte dos agressores é próxima da vítima. Mãe e pai são os responsáveis por metade das violências praticadas por terceiros, números impulsionados principalmente pelas notificações de negligência e de violência sexual.

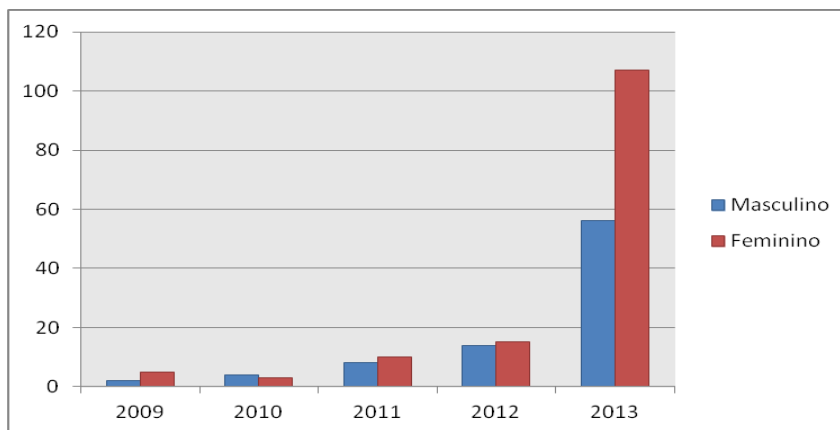
Gráfico 5- Vínculo do agressor com a vítima de violência em Florianópolis, 2009-2013



Fonte: SINAN Net, 02/04/2014

Outro aspecto das notificações de violência que merece destaque foi o expressivo aumento de notificações de lesões autoprovocadas (tentativa de suicídio/suicídio) entre 2009 e 2013, passando de 7 para 163 notificações/ano. Pelo menos parte deste incremento pode ser imputado à implantação dos Núcleos Hospitalares de Vigilância Epidemiológica (NHVE) no Hospital Florianópolis e no Hospital Universitário nos últimos anos. As mulheres são as vítimas mais acometidas, representando 62,5% das notificações, como pode ser observado no gráfico 6.

Gráfico 6- Lesão autoprovocada por sexo, Florianópolis-SC, 2009 a 2013.

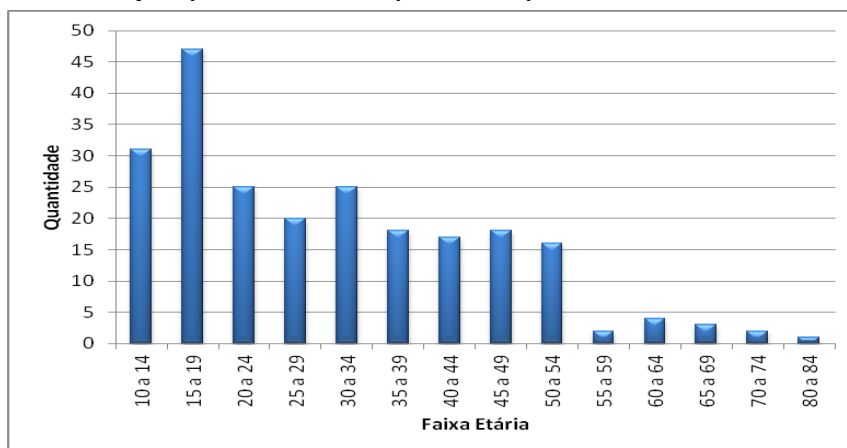


Fonte: SINAN Net, 27/03/2014

Importante destacar que a intoxicação exógena, também de notificação compulsória, deveria igualmente gerar uma notificação de violência auto provocada quando identificada a associação com tentativa de suicídio, o que frequentemente não ocorre, provocando subestimação destas informações.

A idade das vítimas de violência auto provocada é outro fator que merece destaque, conforme pode ser observado no gráfico 7. Impressiona o elevado número de casos em menores de 19 anos, apontando não somente para que os profissionais estejam atentos à sua ocorrência, mas também ao seu acompanhamento /tratamento.

Gráfico 7- Notificações por violência auto provocada, por faixa etária da vítima, 2009-2013



FONTE: SINAN Net 30/04/2014.

Infelizmente, as análises do perfil da violência em Florianópolis ainda são limitadas pela baixa sensibilidade às notificações e pouca integração de diferentes fontes de dados.

A compreensão da violência como problema de saúde pública é essencial para que os profissionais de saúde estejam sensíveis à sua identificação e registro, contribuindo para subsidiar a elaboração de políticas públicas integradas e intersetoriais que efetivamente promovam a saúde e a qualidade de vida.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cultura_paz_saude_prevencao_violencia.pdf
2. Osmar Ribeiro Colás. Aspectos Legais da Violência sexual e doméstica. Especialização em Saúde da Família. Módulo Abordagem da Violência. UNA-SUS|UNIFESP. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_abordagem_da_violencia/Unidade_20.pdf
3. Julio Jacobo Waiselfisz. Mapa da Violência. CEBELA | FLACSO. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br>
4. Leila Posenato Garcia, Lúcia Rolim Santana de Freitas, Gabriela Drummond Marques da Silva, Doroteia Aparecida Höfelmann. Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_femicidio_leilagarcia.pdf
5. SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
6. SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
7. Instrutivo de Preenchimento da Ficha de Notificação /Investigação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências. Ministério da Saúde | Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília - DF 2009. ↴.



MONITORAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE

A Gerência de Vigilância Epidemiológica monitora os indicadores do Pacto Municipal de Saúde e do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) que têm como fonte de dados principalmente os seguintes sistemas: SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos), SIM (Sistema de Informações de Mortalidade), SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações), SISCAN (Sistema de Informação de Câncer), SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral) e VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico).

Considera-se a população IBGE - Censos (1980, 1991, 2000 e 2010), Contagem (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2012), segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio. Os valores da coluna “2013” correspondem a dados parciais, uma vez que os sistemas continuam sendo atualizados. ↴.

NOTAS DA TABELA DE INDICADORES

NR Nenhum caso registrado.

* A fonte destes indicadores é o VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), um inquérito anual cujos resultados costumam ser divulgados em meados do ano seguinte ao ano da avaliação.

** 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.

Nome do Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
% de adultos (≥ 18 anos) que aval. saúde como ruim	4,1%	3,9%	4,0%	4,3%	4,2%	3,6%	*	*
Prevalência Ativ. Física Sufic. no Tempo Livre (adulto)	27,5%	28,9%	32,8%	32,9%	32,1%	33,1%	*	*
Prevalência de Tabagismo em Adultos	18,4%	15,8%	18,2%	16,0%	13,3%	13,6%	*	*
Prevalência de Diabetes Mellitus	6,1%	4,9%	5,6%	6,5%	6,2%	7,3%	*	*
Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica	20,6%	22,1%	20,5%	22,3%	20,6%	21,7%	*	*
Prevalência de Obesidade	11,3%	11,4%	13,0%	14,3%	15%	15,7%	*	*
Incidência de Sífilis Congênita	9	4	7	10	12	13	42	15
Número de casos de AIDS em < 5 anos de idade	2	4	1	1	6	1	0	0
Taxa de APVP por Causas Externas por mil habitantes	19,7	22,9	19,0	20,3	18,2	17,6	14,7	2,1
Taxa de APVP por D. do Ap. Circulatório por mil hab.	7,8	7,9	7,8	7,4	7,2	7,4	7,9	1,2
Taxa de APVP por Neoplasias por mil habitantes	9,9	9,8	9,6	9,4	9,6	10,5	9,9	2,3
Taxa de mortalidade Infantil por mil nascidos vivos	7,94	9,93	8,98	9,05	8,43	9,09	5,20	12,3
Taxa de mortalid. premat. (<70 anos) pelas 4 DCNT**	129,2	131,0	136,5	126,5	262,3	269,5	256,4	57,2
Nº de óbitos maternos em determ. período e local	2	0	1	1	2	2	2	0
Proporção nasc. vivos - mães c 7 ou + consultas de PN	65,3%	66,5%	67,8%	74,3%	70,0%	68,7%	68,8%	67,8%
Proporção de Partos Normais	48,3%	47,7%	45,6%	44,4%	43,5%	44,7%	46,5%	42,1%
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase	100,0%	80,0%	83,3%	66,7%	93,3%	83,3%	70,0%	57,1%
Proporção de cura de CN de TB pulmonar bacilífera	80,2%	55,8%	64,2%	57,1%	62,5%	63,2%	67,6%	27,4%
Cobertura vacinal com a vacina tetravalente	88,1%	82,2%	90,7%	86,4%	87,2%	77,6%	75,6%	58,7%
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	0,0%	1,1%	39,5%	96,1%	100,0%	98,8%	66,7%	18,5%
Proporção de óbitos maternos investigados	0,0%	0	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	50,0%	NR
Proporção óbitos de mulh. em id. fértil investigados	0,0%	0,0%	99,1%	99,3%	98,1%	100,0%	82,4%	31,8%
Proporção de óbitos ã fetais c/ causa básica definida	98,8%	98,9%	99,7%	98,8%	98,8%	98,7%	99,1%	97,4%
Proporção de DNCI encerradas oportunamente	75,0%	77,4%	74,5%	87,0%	93,6%	93,8%	96,6%	93,0%
Número de US notificando violência doméstica	6	5	5	5	4	15	18	18
Proporção do CBV Criança com coberturas alcançadas	16,7%	33,3%	33,3%	28,6%	42,9%	14,3%	25,0%	12,5%
Proporção de exame anti-HIV real. entre CN de TB	72,0%	75,6%	75,4%	79,6%	82,5%	79,5%	78,4%	71,4%
Casos de agravos relacion. ao trabalho notificados	138	476	387	565	582	558	766	119
Proporção de contatos de CN de hanseníase examin.	43,6%	30,6%	42,1%	86,8%	74,5%	88,2%	35,3%	NR
Razão de ex. citopatológ. do colo do útero (♀ 25 a 64)	***	0,42	0,45	0,41	0,45	0,45	0,35	***
Razão de mamografias de rastreamento (♀ 50 a 69)	***	0,00	0,09	0,24	0,29	0,28	0,25	***
Número de testes de sífilis por gestante	***	1,9	1,5	1,2	2,3	2,6	3,1	***



**Secretaria
Municipal
de 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 JULHO DE 2014:

Mortalidade por Causas Evitáveis

Co-infecção TB/HIV