

HIV/AIDS EM FLORIANÓPOLIS

- CASCATA 90/90/90 -

O Brasil pactuou, em conjunto com outros países, no ano de 2015, três ambiciosas metas da Organização da Nações Unidas (ONU) para o ano de 2020: que 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus; que 90% de todas as pessoas diagnosticadas com infecção pelo HIV receberão terapia antirretroviral ininterruptamente; e que 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral. Com o cumprimento global dessas metas, que embora ambiciosas são passíveis de alcance, almeja-se a erradicação da epidemia da AIDS até 2030 (BRASIL, 2017a).



Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), 2016.

O Ministério da Saúde, por meio de um Plano Interfederativo, busca alcançar tais metas elencando ações para Estados e alguns municípios estratégicos. Florianópolis está entre as 12 cidades catarinenses consideradas estratégicas, onde deverão ser priorizadas ações de prevenção e maior acesso ao diagnóstico de HIV/AIDS. Para o sucesso de nossos resultados e consequente melhoria do cenário atual do município, Florianópolis vem adotando diversas estratégias previstas no plano, as quais serão discutidas adiante neste boletim. Além disso, este documento pretende apresentar a situação atual do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS, incluindo a avaliação de indicadores de transmissão vertical.

A cascata do cuidado contínuo do HIV/AIDS em Florianópolis

A cascata do cuidado contínuo do HIV contabiliza o número de indivíduos inseridos na prestação de serviços às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) em todas as etapas do cuidado. A perda de indivíduos ocorre em diferentes pontos, o que faz com que o número de pessoas observadas em cada etapa da cascata seja menor que na anterior. A cada perda podem estar associados distintos fatores, relativos aos sistemas de saúde e características individuais, comportamentais ou biológicas, bem como ao estigma e à discriminação (BRASIL, 2017a).

Autores: Ana Cristina Vidor, André de Bastiane Lancini, Camila Mariano Fernandes, Emília Regina Scharf Mettrau, Isabela Zeni Atherino, Jaqueline Pereira, Maria Cristina Itokazu, Maurício de Garcia Bolze, Nilcéia Antunes, Priscilla Valler, Ronaldo Zonta

Resultado 2016

O entendimento da cascata fica mais claro quando as barras são avaliadas da menor para a maior.

6ª Barra - Número de pacientes HIV/AIDS em tratamento e com carga viral suprimida: 4.374 residentes de Florianópolis estavam em uso de terapia antirretroviral - TARV (por pelo menos seis meses, com última dispensa nos últimos 100 dias do ano) e atingiram supressão viral - definida como carga viral - CV abaixo de 1000 cópias por mm³.

5ª Barra - Pessoas HIV/AIDS em tratamento: a partir de informações do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos - Siclom, foram identificadas 4.701 pessoas que receberam TARV nos últimos 100 dias do ano (o intervalo máximo para o qual há dispensa de ARV é de 90 dias + margem para eventual atraso), independentemente de estarem sendo avaliadas laboratorialmente. Isto significa que 327 pacientes em TARV não atingiram supressão viral (ou não coletaram exames).

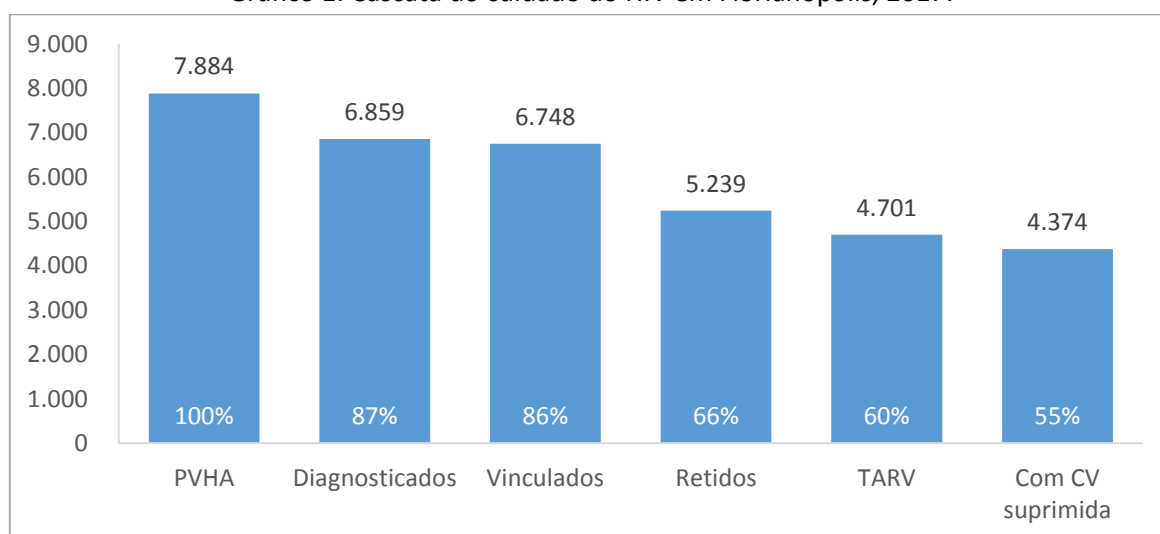
4ª Barra - Pessoas HIV/AIDS retidas no cuidado: definido como o acesso contínuo a um atendimento médico adequado. 5.239 PVHA encontravam-se vinculadas e recebendo serviços de saúde continuamente de forma adequada – identificadas como tendo realizado dois exames de carga viral ou CD4 (a fonte é o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - Siscel) ou recebido TARV nos últimos 100 dias do ano incluindo a rede privada (com base em informações da Agência Nacional de Saúde - ANS).

3ª Barra - Pessoas HIV/AIDS vinculadas ao cuidado: dentre os pacientes diagnosticados como PVHA, aqueles que realizaram algum exame ou retiraram medicamento ao longo do ano são considerados vinculados, pois tiveram acesso a serviços de saúde - público ou privado (aplicada correção a partir de informações da ANS) - e tratamento. Estima-se que havia 6.748 residentes de Florianópolis vinculados em 2016.

2ª Barra - Pessoas diagnosticados com HIV/AIDS: 6.859 sabiam sobre o seu diagnóstico e estavam vivas ao final de 2016. Este número corresponde aos pacientes que fizeram algum exame no ano (Siscel) ou que alguma vez buscaram medicação (TARV) ao longo do ano (Siclom) ou que foram notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINANⁱ. Isto significa que, de acordo com as estimativas, em torno de 1.000 pessoas desconhecem que são portadoras do vírus em Florianópolis.

1ª Barra - Estimativa de pessoas vivendo com HIV/AIDS – De acordo com o Ministério da Saúde, a subnotificação de HIV/AIDS no Brasil pode chegar a 13%. Estima-se, então, que atualmente residam em Florianópolis 7.884 PVHA.

Gráfico 1. Cascata do cuidado do HIV em Florianópolis, 2017.



Fonte: Siclom/SisCel/SINAN-MS, 18/12/17.

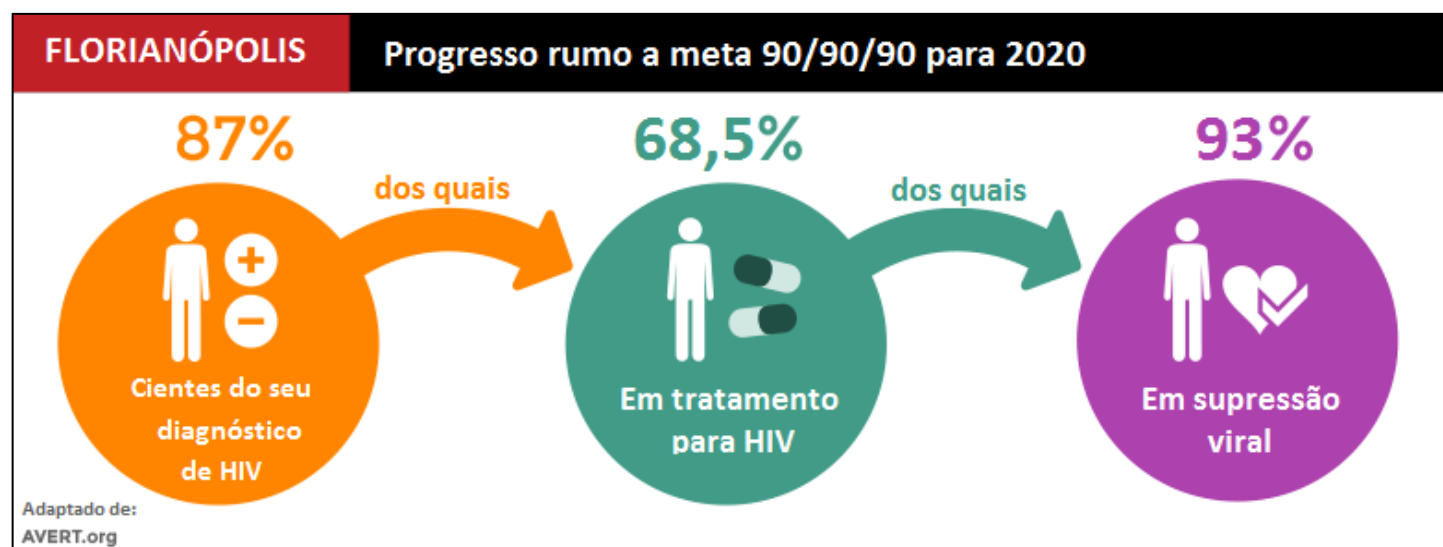
ⁱ Notificadas no SINAN: com HIV nos 10 anos anteriores ou com aids nos cinco anos anteriores – e não apareceram no Siscel, Siclom ou Sistema de Informações de Mortalidade - SIM. Estas equivalem a indivíduos que foram diagnosticados e não estão em acompanhamento ou TARV, e que se presume estarem vivos (daí os limites de tempo para a notificação; as de períodos anteriores, presume-se estarem mortas, pois estes períodos equivalem aproximadamente ao tempo de sobrevivência sem TARV).

Reflexões acerca da cascata do cuidado das PVHA

O gráfico 1 ilustra a situação das PVHA em Florianópolis e como elas se inserem no cuidado da doença. A imagem reflete um formato de escada, o que significa perda de indivíduos a cada etapa. O ideal seria que os degraus estivessem no mesmo nível, a partir do primeiro. A primeira coluna, a qual possibilitaria dimensionar a cobertura diagnóstica, tem sua interpretação fragilizada pela ausência de estudos de prevalência para a população geral de Florianópolis. Adotar o critério sugerido pelo MS (subdiagnóstico de 13%) (BRASIL, 2017a) foi a alternativa escolhida para a estimativa pois, embora se avalie que o alcance dos sistemas de notificação municipais seja melhor que a média nacional, este valor descarta excesso de otimismo e deixa margem para a continuidade dos esforços na identificação de novos casos.

Há uma cadeia de eventos que levam ao acesso aos serviços de saúde, desagregando o diagnóstico do tratamento e introduzindo, ainda, a dimensão dos serviços de saúde. O fato de uma pessoa saber o seu diagnóstico HIV+ é o primeiro passo no acesso aos cuidados e tratamento. Com o acompanhamento desse indicador, pode-se mensurar os progressos feitos em relação à ampliação de cobertura de testagem e/ou à notificação de casos.

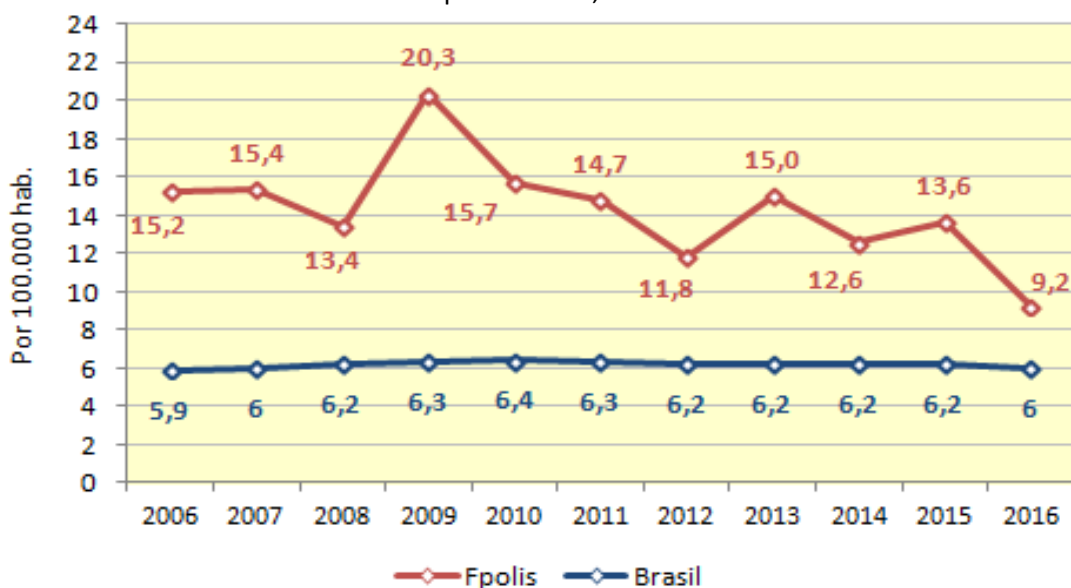
No entanto, observa-se que há uma distância entre o diagnóstico e o adequado acompanhamento. Há 21,4% de pessoas diagnosticadas não retidas no cuidado, ou seja, não recebendo adequada assistência, o que seria fundamental para se alcançar resultados satisfatórios na última coluna. O uso de TARV é a principal intervenção comprovadamente eficaz na redução da morbidade e mortalidade das PVHA, mas 31,4% da população diagnosticada não está em tratamento. A adesão ao tratamento é um dos principais nós no controle da epidemia e um forte desafio a ser enfrentado também por Florianópolis. A última coluna evidencia o sucesso alcançado entre os pacientes tratados adequadamente. Entre os que fazem uso de TARV, apenas 6,4% possuem a carga viral acima de 1.000 cópias por mm³. Além do mais, reflete a efetividade do sistema de saúde no diagnóstico, adesão, tratamento e controle da carga viral.



PERFIL DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS EM FLORIANÓPOLIS

A taxa de mortalidade por HIV/AIDS no município tem sido historicamente superior a nacional, embora apresente tendência de redução, atingindo o menor valor na série histórica em 2016 (gráfico 2).

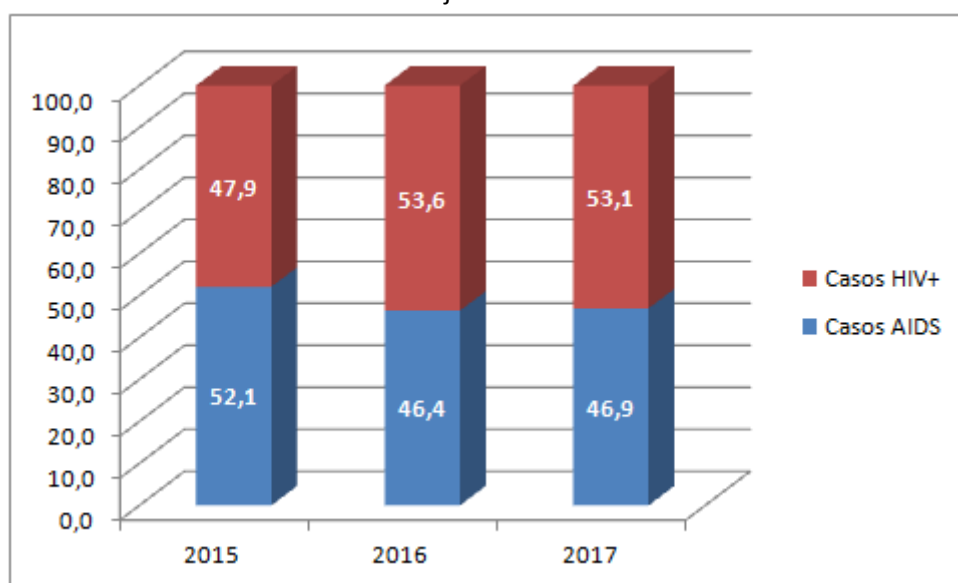
Gráfico 2. Série histórica das taxas brutas de mortalidade por HIV/AIDS como causa básica, Florianópolis e Brasil, 2006-2016.



Fonte: SIM Florianópolis, MS/SVS/DASIS/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Entre 1996 e junho de 2017 foram analisadas 5.863 fichas de investigação de pacientes notificados para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e/ou AIDS. Entre estes casos notificados, em 180 o diagnóstico foi descartado, resultando em um universo amostral de 5.683 pessoas. Como a investigação dos casos de HIV se tornou obrigatória apenas a partir do ano de 2015, se observa na série histórica um número maior de casos AIDS (Gráfico 3). Assim, a comparação proporcional entre os casos por essa classificação é mais fidedigna nesse período, evidenciando-se distribuição quase paritária.

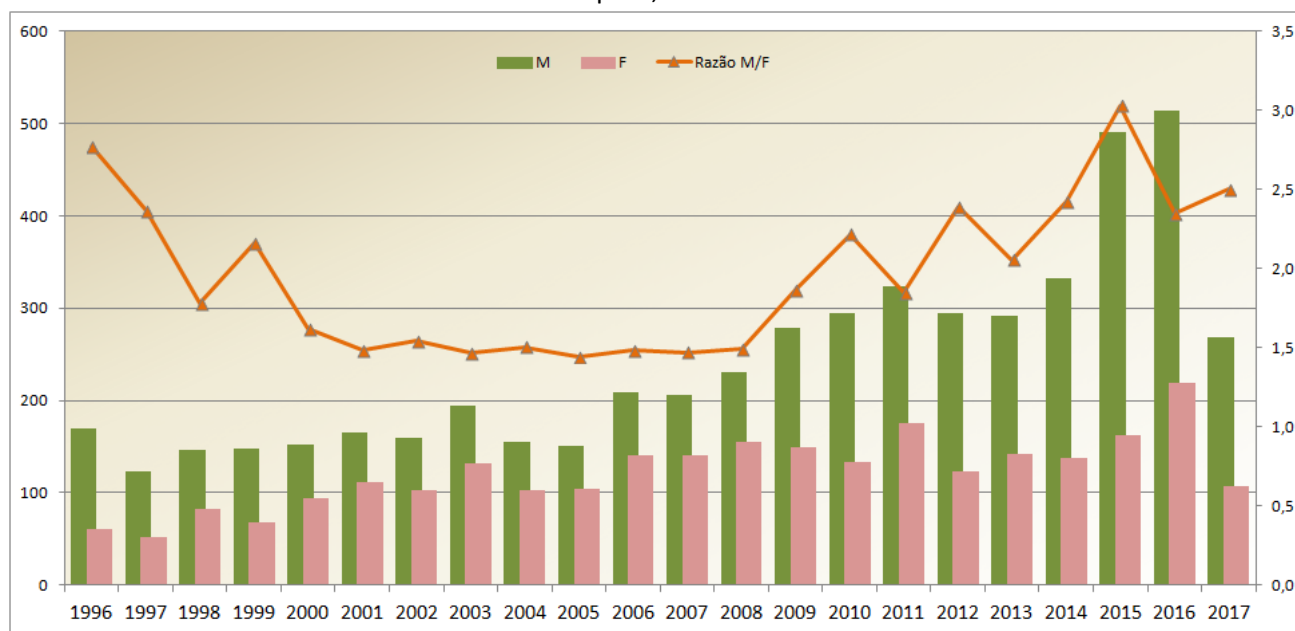
Gráfico 3. Distribuição proporcional entre os casos notificados por HIV positivo e AIDS em Florianópolis, 2015 a junho de 2017.



Fonte: SINAN Florianópolis, nov/2017.

Os homens são a maioria dos casos (67,0%), sendo a incidência no sexo masculino 2,5 vezes maior que no sexo feminino.

Gráfico 4. Série histórica do número de casos notificados de HIV/AIDS, por data de diagnóstico e sexo, Florianópolis, 1996-2017*.



Fonte: SINAN Florianópolis. * Dados parciais, até junho/2017.

Além da tendência de elevação no número de casos notificados tanto de homens quanto de mulheres, chamam a atenção as variações na razão entre os sexos ao longo da série histórica.

Segundo dados do IBGE (2010), em relação à escolaridade, 36,4% da população da Capital possui ensino médio incompleto ou menos (estudaram por tempo inferior a 11 anos) e 63,3% completaram pelo menos o ensino médio (11 anos ou mais de estudo). Já as pessoas notificadas para HIV/AIDS na Capital distribuem-se igualmente entre esses dois grupos de escolaridade. Então, os acometidos com HIV/AIDS possuem um nível de escolaridade inferior ao perfil da população geral. A faixa etária com maior concentração de casos é a dos adultos jovens (20-49 anos), com 81,9% dos casos. O perfil etário corrobora os principais modos de transmissão, sendo 87,1% sexual, seguido de uso de drogas injetáveis (8,1%), que identificam comportamentos de risco (Tabela 1).

Entre os casos relatados como provável modo de transmissão a via sexual (n: 4.948), 68,3% declararam relação heterossexual. Entre os homens, 44,2% dos infectados declararam relações homossexuais, versus 0,4% entre as mulheres. O risco de infecção nas relações homossexuais entre homens é 193 vezes maior, quando comparado às mulheres.

Tabela 1: Características sociodemográficas e modo de transmissão dos pacientes com o vírus da imunodeficiência humana (HIV)/AIDS, no município de Florianópolis, entre 1996 a junho de 2017.

Característica	Total (n)	%
Sexo		
Feminino	1876	33,0
Masculino	3807	67,0
Anos de estudo		
< 11 anos de estudo	2841	50,0
≥ 11 anos de estudo	2842	50,0
Faixa etária		
13-19	185	3,3
20-29	1497	26,3
30-39	1808	31,8
40-49	1351	23,8
50-59	622	10,9
≥60	220	3,9
Modo de transmissão		
Vertical	67	1,2
Sexual	4948	87,1
Uso de drogas injetáveis	463	8,1
Transfusão sangue	24	0,4
Acidente material biológico	0	0,0

Fonte: SINAN Florianópolis, 1996 a junho de 2017.

Em relação às intercorrências e doenças oportunistas contidas nos critérios de classificação CDC adaptado e Rio de Janeiro/Caracas, destacaram-se como critérios de diagnóstico a imunossupressão (54,8%), seguido de astenia ≥ a 1 mês, anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia, tosse persistente/pneumonia e febre ≥ a 38° por mais de 1 mês. ↩

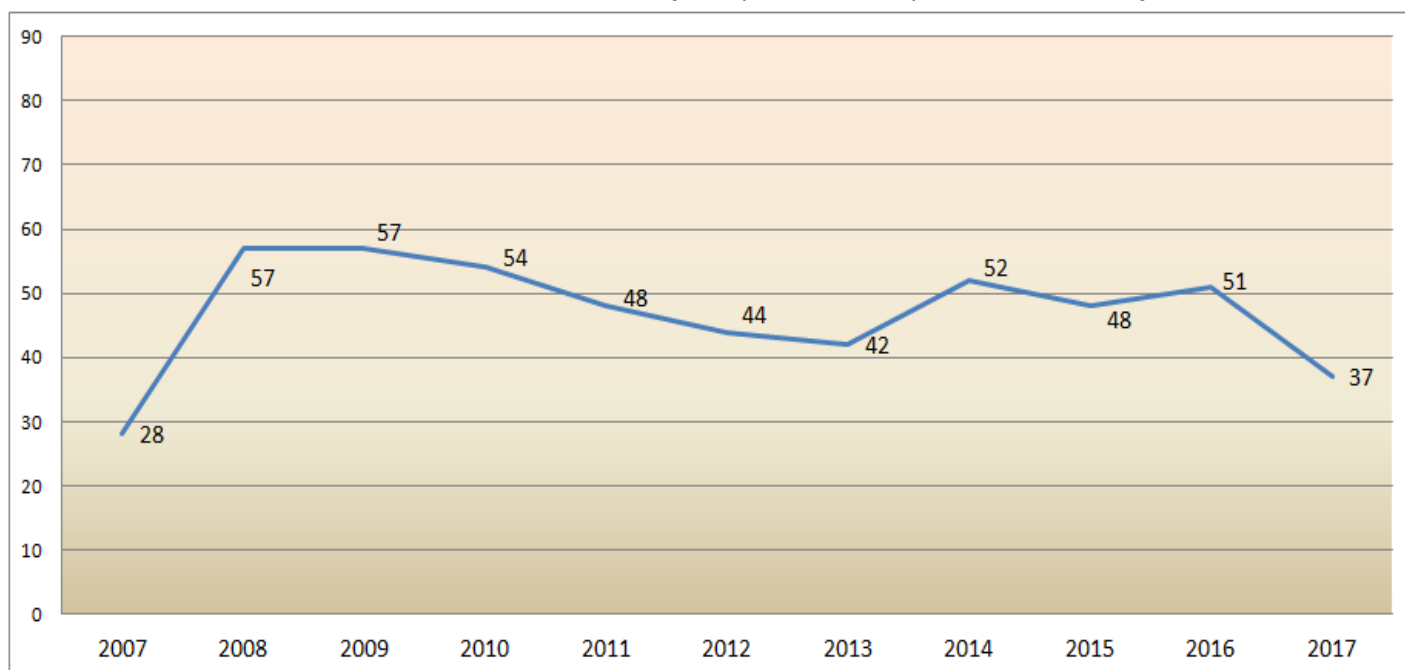
ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: EM BUSCA DA CERTIFICAÇÃO

A transmissão vertical (TV) pode ser reduzida para menos de 2% com a adoção das medidas eficazes de prevenção (BRASIL, 2017). As intervenções padronizadas no pré-natal, parto e puerpério podem ser consultadas no [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\) para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais](#) do MS (BRASIL, 2017b).

A criança exposta é aquela nascida de mãe infectada ou que tenha sido amamentada por mulheres infectadas pelo HIV. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV em crianças, bem como os critérios de definição de casos de AIDS em menores de 13 anos podem ser encontrados no [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes](#).

Em Florianópolis, o número de notificações de crianças expostas vem se apresentando estável ao longo dos anos.

Gráfico 5: Número absoluto de crianças expostas ao HIV por ano de notificação.



Fonte: SINAN Florianópolis, 23/11/2017.

O Ministério da Saúde, com o intuito de alcançar a eliminação da TV do HIV no Brasil, lançou o [Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV](#) (2017c), que é uma adaptação das publicações da Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana de Saúde. Este guia apresenta os critérios, os indicadores e as metas de processo e de impacto, o fluxo de competências, a operacionalização e a responsabilidade compartilhada por cada esfera de gestão do SUS para certificação da eliminação da TV do HIV no município.

Para alcançar a certificação é necessário, dentre outras providências, que o município atinja as metas dos indicadores descritos no guia mencionado acima e que são apresentados nos quadros 1 e 2, abaixo.

Quadro 1: Indicadores e metas de impacto, com as respectivas fontes de informação.

Indicador	Meta	Ano de nascimento			
		2014	2015	2016*	2017*
Taxa de incidência de novas infecções de HIV em criança, por ano de nascimento	Menor ou igual a 0,3 nos últimos 3 anos	0,34	0,33	0,00	0,00
Proporção anual de crianças infectadas pelo HIV entre as crianças expostas ao HIV, acompanhadas na rede laboratorial do SUS	Menor que 2% nos últimos 3 anos	4,88	5,41	-	-

Fonte: SINAN/Siscel Florianópolis. * Os casos de 2016 e 2017 ainda não estão encerrados em sua totalidade.

Um dos indicadores a ser monitorado é a taxa de incidência de novas infecções de HIV em criança, por ano de nascimento, que para certificação deve ser igual ou menor que 0,3 por 1.000, nos últimos 3 anos. Em Florianópolis, em 2014 e 2015 estivemos muito próximo de atingir a meta preconizada (Quadro 1); os dados de 2016 e 2017 ainda não estão fechados, pois os casos ainda estão no prazo de conclusão.

Por outro lado, ainda precisamos avançar rumo à ampliação da cobertura das gestantes HIV em uso de antirretroviral. Considerando que a meta é que o indicador se mantenha maior ou igual a 95% e nos encontramos nos últimos 4 anos em média em torno de 85% (Quadro 2), ainda temos um caminho a percorrer.

Quadro 2: Indicadores e metas de processo, com as respectivas fontes de informação.

Indicador	Meta	Ano de nascimento			
		2014	2015	2016*	2017*
Cobertura mínima de 4 consultas no pré-natal	Maior ou igual a 95% nos últimos 2 anos	91,7	93,6	93,9	92,8
Cobertura de gestantes com pelo menos 1 testagem para HIV no pré-natal	Maior ou igual a 95% nos últimos 2 anos	95,1	94,6	94,9	91,6
Cobertura de gestantes infectadas com HIV em uso de terapia antiretroviral**	Maior ou igual a 95% nos últimos 2 anos	88,9	88,6	85,7	95,2
Cobertura de crianças expostas ao HIV em uso de profilaxia ARV	Maior ou igual a 95% nos últimos 2 anos	41,7	66,0	75,0	77,1

Fonte: SINASC, SINAN, INFOSAÚDE e Siclom Florianópolis. ** Por ano de parto.

Outra meta é que a cobertura mínima de 4 consultas no pré-natal seja igual ou superior a 95% nos últimos dois anos. No município estamos próximos da meta, apresentado aproximadamente 93% nos últimos 2 anos.

Além da necessidade de atingir a meta dos indicadores, outras exigências para conseguir a certificação são: que exista, no âmbito municipal, regional ou estadual, Comitê de Investigação para Prevenção da TV de HIV, sífilis e hepatite B, ou grupos técnicos/grupos de trabalho ou Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, que investiguem casos de TV e subsidiem medidas de intervenções no pré-natal, parto e puerpério para redução desses agravos; ter definido, na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a linha de cuidado constituída pelos diferentes pontos de atenção para prevenção da TV; ter garantido a implementação e o contínuo cumprimento das recomendações do PCDT para a prevenção da TV de HIV, Sífilis e Hepatites Virais e do PCDT para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes nos serviços de saúde. [↩](#)

ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS NA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS

Acesso dos pacientes vivendo com HIV/AIDS às linhas de cuidado

A partir de 2016, foram desenvolvidos alguns projetos para qualificar o acesso dos usuários encaminhados à Infectologia, ampliar a resolutividade da Atenção Primária de Saúde (APS) e aprimorar a Coordenação do Cuidado das PVHA pela APS. Dentre essas ações, destacam-se:

- ✓ a consolidação de espaços de planejamento e gestão da clínica na rotina dos especialistas infectologistas;
- ✓ a construção de um Protocolo de Acesso para a Infectologia, definindo quais são as condições clínicas que se beneficiam da consulta com infectologista e quais devem ter prioridade de acesso;
- ✓ a consolidação de um processo de Regulação de 100% do Acesso à Especialidade com base no Protocolo de Acesso construído;
- ✓ a ampliação do acesso, resolutividade e da qualidade clínica da APS no manejo das PVHA com a elaboração, disseminação, treinamento, alinhamento e atualização contínua da ferramenta de manejo de pacientes do projeto PACK Brasil Adulto (atualmente na sua versão 2017);
- ✓ a disponibilização gratuita da ferramenta de suporte à tomada de decisão clínica baseada em evidência BestPractice (disponível on-line para os profissionais de saúde da rede municipal);
- ✓ a implementação de um Projeto Piloto de Apoio Matricial Regulado na Infectologia com o objetivo de descentralizar o tratamento do HIV para APS.

Vale ressaltar que atualmente o tempo de espera para retorno com infectologista é um dos desafios para 2018, que se pretende superar aprofundando e qualificando as ações descritas acima.

Profilaxia pós-exposição

Outra ação desenvolvida em 2017 foi descentralizar a profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP) para a APS, qualificando e habilitando profissionais médicos das equipes da APS para a prescrição e monitoramento da PEP.

Desde 16 de outubro de 2017, o Hospital Nereu Ramos deixou de ser referência para a PEP da exposição sexual consentida dos usuários do município de Florianópolis. Atualmente, todos os 49 Centros de Saúde com suas equipes de Saúde da Família e ambas as Unidades de Pronto Atendimento (Norte e Sul) oferecem a PEP para a exposição sexual consentida e para alguns casos de exposição ocupacional.

O Hospital Nereu Ramos continua sendo a porta de entrada para a PEP da exposição ocupacional, e a Maternidade Carmela Dutra, o Hospital Universitário e o Hospital Infantil Joana de Gusmão continuam sendo a referência para a PEP da exposição sexual por violência sexual. A tabela 2, abaixo, apresenta uma primeira referência para avaliar a ampliação da procura e oferta da PEP na rede municipal.

Tabela 2: Nº de dispensas de PEP, por ano, 2010-2016.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Florianópolis	2	8	1	0	3	137	672

Fonte: DIAHV / SVS / MS (BRASIL, 2017d).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Florianópolis vem investindo continuamente no aprimoramento e fortalecimento da linha de cuidado do HIV/AIDS. A partir da análise da cascata, percebemos a necessidade de seguir avançando e incrementando esforços em algumas áreas, como o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento, sendo a adesão um dos principais nós a serem enfrentados.

Em 2016 houve uma importante redução na taxa de mortalidade por HIV/AIDS no município, entretanto, essa taxa segue maior que a nacional. Além disso, a incidência é 2,5 vezes maior no sexo masculino, atinge especialmente adultos jovens, de baixa escolaridade (menos de 11 anos de estudo), na maior parte pela via de transmissão sexual (87,1%).

Os indicadores de transmissão vertical, por sua vez, demonstram que há muito a avançar para que a proporção de crianças infectadas pelo HIV entre as crianças expostas seja inferior a 2%, especialmente no que se refere à cobertura de crianças expostas em uso de profilaxia ARV.

Por outro lado, há avanços significativos nas estratégias de enfrentamento, com destaque para descentralização da PEP, o que possibilitou a ampliação de sua oferta, assim como o desenvolvimento de projetos de qualificação do acesso dos usuários encaminhados à Infectologia, de ampliação da resolutividade da Atenção Primária de Saúde (APS) e de aprimoramento da Coordenação do Cuidado das PVHA pela APS.

Contudo, apesar de todo enfoque dado neste material às PVHA, não podemos deixar de mencionar a promoção, a prevenção e a atenção aos parceiros sorodiscordantes, além do apoio e das ações de promoção vinculadas à luta contra o preconceito, o estigma e a discriminação, como ações estratégicas para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. ↩

REFERÊNCIAS

BRASIL (2017a). Ministério da Saúde. *Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 48 p.: il.

BRASIL (2017b). Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais* [publicação on-line]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

BRASIL (2017c). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL (2017d). Ministério da Saúde. *Diagnóstico Situacional do HIV/Aids em Santa Catarina e Municípios Prioritários e Análise de Implantação da Cooperação Interfederativa*. Nov. 2017.

MONITORAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE

A Gerência de Vigilância Epidemiológica monitora os indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) e 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) e VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico).

Considera-se a população IBGE - Censo (2010) e projeções intercensitárias segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio. ↙

NOTAS DA TABELA DE INDICADORES

2017: Dados parciais até 11 de dezembro.

NA: Não se aplica.

* A taxa de 2017 foi estimada utilizando como denominador o total de nascidos vivos residentes em 2016.

** 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.



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) 99985-2710
Tel: (48) 3212-3910 Fax: (48) 3212-3906
Email: veflorianopolis@gmail.com

Nome do Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nº de óbitos maternos	2	1	1	1	2	2	2	0	1	2	1
% de investigação de óbito de MIF	0,8	2,0	99,1	99,3	97,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Taxa de mortalidade Infantil*	7,9	10,1	9,0	9,0	8,4	9,1	5,1	11,0	6,8	6,1	7,7
% de Partos Normais	48,3	47,7	45,6	44,4	43,6	45,0	46,7	48,7	49,5	50,1	50,0
% de gravidez na adolescência (10 a 19 anos)	15,3	14,0	14,0	12,6	13,0	12,2	12,2	10,8	10,2	9,0	9,5
% de NV de mães com 7 ou + consultas de PN	65,2	66,5	65,6	74,4	69,9	68,8	68,7	70,8	73,1	73,6	73,2
Número de testes de sífilis por parto SUS	***	0,9	0,6	0,2	1,4	1,6	1,9	1,9	2,2	2,2	2,5
% de parceiros tratados de gestantes reagentes ao VDRL	0,0	0,0	0,0	44,4	47,8	37,5	37,8	30,3	52,5	56,9	46,4
Incidência de Sífilis Congênita	9	4	7	10	12	14	47	56	53	59	67
Casos de AIDS em menores de 5 anos de idade	2	3	1	1	8	1	0	0	0	5	0
% de vacinas do CBV Criança com coberturas alcançadas	0	25	25	0	25	0	0	0	0	50	0
Número absoluto de casos de Leishmaniose Visceral	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Número absoluto de casos de Dengue	16	10	6	26	12	10	44	18	52	67	4
Número de casos autóctones de Dengue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0
% de casos de malária que iniciaram trat. oportunamente	0,0	100,0	0,0	0,0	25,0	57,1	80,0	55,6	50,0	83,3	0,0
% de cura de casos novos de TB pulmonar bacilífera (PB)	56,4	64,9	58,5	62,0	66,3	73,8	60,9	52,3	59,8	59,8	43,1
% de anti-HIV realizados entre os casos novos (CN) de TB	72,0	75,7	75,5	79,4	82,5	84,2	82,5	76,1	70,8	81,5	86,5
% de contatos intradomiciliares de CN TB PB examinados	47,5	12,1	47,2	43,9	35,9	55,5	50,8	61,7	45,8	60,8	80,9
% de cura dos casos novos de hanseníase	100,0	86,7	83,3	66,7	93,3	90,9	75,0	80,0	100,0	87,5	85,7
% de contatos intradomicil. de CN de hanseníase examin.	20,0	8,0	41,9	26,3	58,2	88,2	93,1	89,3	38,9	70,8	25,0
% de notific. de violência com campo raça/cor preenchido	97,6	92,4	89,9	91,0	81,9	92,6	90,8	96,1	92,2	94,1	91,0
Taxa de mortalidade premat (30 a 69 anos) pelas 4 DCNT**	282,1	274,3	271,8	256,9	262,6	267,6	246,0	273,6	280,9	263,5	330,8
Taxa de mortalidade por causas evitáveis (> 5 anos)	23,2	23,3	24,4	23,9	23,3	21,2	20,6	20,9	21,1	22,0	9,5
Taxa de APVP por Causas Externas, por mil habitantes	21,3	23,9	20,0	21,3	19,2	19,3	14,3	16,7	13,6	16,9	22,9
Taxa de APVP por D. do Ap. Circulatório, por mil habitantes	8,4	8,3	8,3	7,7	7,6	7,7	7,3	7,9	8,6	7,8	8,1
Taxa de APVP por Neoplasias, por mil habitantes	10,7	10,2	10,0	9,9	10,6	10,8	9,5	10,6	10,2	9,7	13,8
% de adultos (≥ 18 anos) aval. estado de saúde como ruim	4,1	3,9	4,0	4,3	4,2	3,6	4,9	4,0	3,3	3,9	***
Prevalência de ativ. física sufic. no tempo livre em adulto	27,5	28,9	32,8	32,9	32,1	33,1	43,9	47,0	47,6	42,1	***
Prevalência de Tabagismo em Adultos	18,4	15,8	18,2	16,0	13,3	13,6	12,4	12,1	10,3	10,1	***
Prevalência de Diabetes Mellitus	6,1	4,9	5,6	6,5	6,2	7,3	5,5	8,3	6,7	6,7	***
Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica	20,6	22,1	20,5	22,3	20,6	21,7	20,5	23,0	21,3	22,2	***
Prevalência de Obesidade	11,3	11,4	13,0	14,3	15,0	15,7	15,4	14,0	15,7	14,5	***
% de adultos dirigindo após consumo de bebida alcoólica	13,6	17,2	14,3	18,0	11,7	15,9	11,0	14,0	13,0	12,9	***
% preench. campo "ocupação" not. agravos rel. ao trabalho	98,7	88,0	95,9	95,0	98,5	99,3	96,6	94,2	92,2	97,0	89,4
% de DNCI encerradas oportunamente após notificação	75,0	77,4	74,5	87,0	93,6	93,8	96,6	91,2	92,0	92,0	63,3
% de óbitos não fetais com causa básica definida	99,2	99,0	99,7	99,2	99,2	99,1	99,6	98,6	99,1	98,7	96,9
% de óbitos no SIM até 60 dias do final do mês de ocorr.	82,3	95,8	87,8	96,7	96,4	97,9	95,7	94,3	98,7	94,3	93,2
% de NV no SINASC até 60 dias do final do mês de ocorr.	82,3	95,8	87,8	96,7	96,4	97,9	95,7	94,3	98,7	95,6	95,8
% de semanas com lotes do SINAN enviados	88,5	88,7	80,8	80,8	94,2	90,4	92,3	92,5	86,5	92,3	98,0
% salas de vacina alimentando mensalmente o SI-PNI	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0,0

ERRATA DA TABELA DE INDICADORES No BE n.2 Nov 2017, onde está escrito “Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral”, leia-se “Número absoluto de **casos** de Leishmaniose Visceral”.