



## EDITORIAL

Neste primeiro boletim de 2016, a equipe da Gerência de Vigilância Epidemiológica traz a proposta de ampliar o potencial de monitoramento dos resultados em saúde com todos os profissionais de saúde e interessados. Entender que indicadores são escolhidos para avaliar a qualidade de nosso trabalho, entender seus potenciais e suas limitações ajuda tanto o processo de planejamento e qualificação das ações como dos indicadores em si. Neste número, focamos nos indicadores do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) cujas informações são geradas e/ou monitoradas por esta gerência. São 23 indicadores cujo significado e resultados em Florianópolis são brevemente descritos.

Na segunda parte do boletim, aprofundamos o estudo da Transmissão Vertical do HIV e diagnóstico de Aids em criança (um dos 23 indicadores acima). Proteger a saúde materno-infantil é uma das principais missões do sistema de saúde e da sociedade. Neste contexto, devemos ter em mente de que a transmissão do HIV e desenvolvimento de Aids em crianças é altamente sensível às medidas disponíveis no Sistema Único de Saúde. Indiscutivelmente os resultados melhoraram muito nos últimos anos. Mas temos convicção de que podemos mais.

GVE

Autores: Ana Cristina Vidor, Angelina Naira do Amaral, Camila Mariano Fernandes, Caroline Andrade Machado, Francimar Furukawa Barreto, Isabela Zeni Atherino, Maria Cristina Itokazu, Mariana Schuh, Maurício de Garcia Bolze, Nilcéia Antunes, Ricardo Vieira Camargo, Sílvia Marani dos Santos Teixeira, Taina Barbie do Espírito Santo, Zeli Maria de Oliveira Nostrani.

## MONITORAMENTO DE INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS EM FLORIANÓPOLIS

Na área da saúde, os indicadores constituem importante instrumento para a construção de parâmetros para a análise e o monitoramento das condições de saúde de uma população, otimizando a gestão e possibilitando o acompanhamento da execução das políticas públicas, ações e serviços<sup>(1)</sup>. Seu monitoramento deve ser sistemático, contínuo e fornecer, em tempo oportuno, informações que subsidiem a tomada de decisão, a identificação e o encaminhamento de soluções e respostas para os problemas, bem como a correção de rumos<sup>(2)</sup>.

Em Florianópolis, os indicadores são pactuados através de instrumentos de gestão, sendo um deles o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)<sup>(3)</sup>. Este instrumento é um acordo de colaboração firmado entre a União, os estados e os municípios com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde, garantindo a integralidade da assistência à saúde da população. Está estruturado em 13 Diretrizes às quais estão relacionados um ou mais objetivos, cada um deles monitorado através de um ou mais indicadores. Dos 64 indicadores do COAP, a Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE) atua no monitoramento de 23, que envolvem os sistemas de informação sob sua responsabilidade (Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC, Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN e Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI) e são divulgados periodicamente através de relatórios gerenciais e dos Boletins de Vigilância Epidemiológica. Para fomentar a apropriação e utilização pelos profissionais de saúde, os indicadores foram didaticamente divididos aqui em 4 grupos, conforme o tema relacionado: Qualidade da Atenção à Saúde Materno Infantil, Controle dos Agravos Transmissíveis de Interesse Epidemiológico, Controle de Agravos não Transmissíveis e Avaliação dos Serviços de Vigilância Epidemiológica- ASVE (quadro 1).

**Quadro 1: Série histórica dos indicadores do COAP no período de 2007 a 2016\*, em Florianópolis.**

		Fonte	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
<b>Qualidade da Atenção à Saúde Materno Infantil</b>	Nº de óbitos maternos	SIM	2	1	1	1	2	2	2	0	1	1
	Proporção de óbitos maternos investigados (%)	SIM	100	100	100	100	100	100	100	-	100	100
	Proporção de óbitos de MIF investigados (%)	SIM	**	99,0	99,1	99,3	98,1	100	99,1	99,1	93,9	85,3
	Taxa de mortalidade infantil (por 1000 NV)	SIM SINASC	7,9	9,9	9	9	8,4	9,1	5,1	11	6,9	4,7
	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados (%)	SIM	**	**	**	96,8	100	98,4	100	98	95,3	59,2
	Proporção de partos normais (%)	SINASC	48,3	47,7	45,6	44,1	43,6	45	46,7	48,7	49,5	50,7
	Proporção de NV com 7 ou + consultas de PN (%)	SINASC	65,3	66,5	67,8	74,4	69,9	68,8	68,7	70,8	73,1	70,9
	Nº de testes de sífilis em gestante por parto SUS	SIA SIH	**	0,9	0,6	0,2	1,4	1,6	1,9	1,9	2,2	1,5
	Incidência de sífilis congênita	SINASC	9	4	7	10	12	14	47	56	53	26
	Casos de aids em menores de 5 anos de idade	SINAN	2	4	1	1	9	1	0	0	1	0
	Proporção de vacinas do CBV com coberturas alcançadas (%)	SI-PNI	16,7	33,3	33,3	28,6	42,9	14,3	25	12,5	12,5	
<b>Controle dos Agravos Transmissíveis de Interesse Epidemiológico</b>	Proporção de Pacientes HIV+ com 1º CD4 < 200 cel/mm3 (%)	SISCCEL (MS)	**	**	**	**	26	27	20,6	51,1	21	**
	Nº absoluto de óbitos por leishmaniose visceral	SINAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Nº absoluto de óbitos por dengue	SINAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Proporção de cura de CN de TB pulmonar bacilífera (%)	SINAN	56,4	64,9	57,9	62	65,6	72,4	60,9	56,3	38	0
	Proporção de anti-HIV realizados entre os CN de TB (%)	SINAN	72	75,7	75,5	79,4	82,5	84,2	82,6	76,7	73,4	75,7
	Proporção de cura de CN de hanseníase por coorte (%)	SINAN	100	80	83,3	66,7	93,3	83,3	70	88,9	80	87,5
Proporção de contatos de CN de hanseníase examinados (%)	SINAN	20	20	48,6	22,9	57,1	88,2	87,1	89,3	38,9	70,8	
<b>Controle de Agravos não Transmissíveis</b>	Nº de US notificando violências	SINAN	6	5	5	5	4	15	18	33	15	36
	Taxa de mortalidade prematura (30 a 69) pelas 4 DCNT	SIM IBGE	282,1	274,3	271,8	256,9	262,6	267,6	246,0	273,6	280,9	246,3
	Número de casos de agravos relacionados ao trabalho	SINAN	77	284	217	322	334	283	497	504	612	269
<b>ASVE</b>	Proporção de DNCl encerradas oportunamente (%)	SINAN	75	77,4	74,5	87	93,6	93,8	96,6	91,2	91,3	80
	Proporção de óbitos não fetais com causa básica definida (%)	SIM	98,8	98,9	99,7	98,8	99,1	98,9	99,4	98,8	98,9	97,1

Fontes: SIM, SINASC, SINAN, SI-PNI, SIH (DATASUS), SISCCEL (MS).

\* Dados parciais (1º quadrimestre). \*\* Não há informações disponíveis.

## Qualidade da Atenção à Saúde Materno Infantil

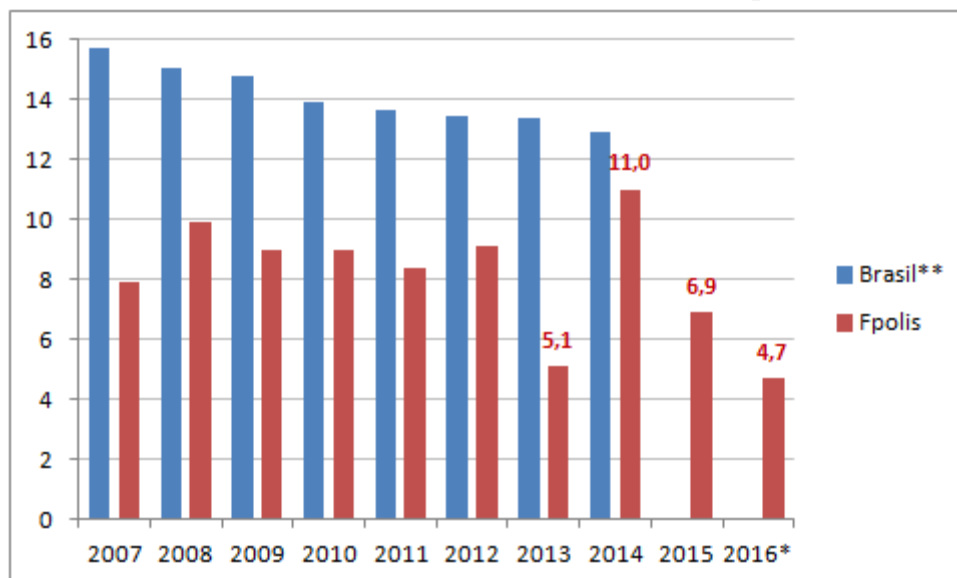
- **Número de óbitos maternos:** O óbito materno, definido como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, em decorrência de qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, **deve ser tratado como evento sentinela**. Considerando que em 92% dos casos esses óbitos são evitáveis por meio de uma adequada atenção à saúde da mulher<sup>(4,5)</sup>, a meta pactuada deste indicador (número absoluto) é zero.
- **Proporção de óbitos maternos investigados (%):** Dada a gravidade e evitabilidade do evento, tanto o parâmetro nacional quanto a meta municipal pactuada estabelecem que **todos os óbitos maternos devem ser investigados** para identificar os fatores determinantes de modo a possibilitar a adoção de medidas corretivas e preventivas de novos casos, além de aprimorar a causa explicitada na declaração de óbito (DO).

Em Florianópolis, a meta de zero **óbitos maternos foi atingida apenas em 2014, mas o número de casos tem oscilado entre zero a dois casos por ano**, desde 2007. Por outro lado, **a meta de investigar 100% dos óbitos maternos tem sido alcançada em nosso município.**

A meta (zero óbitos) não será atingida em 2016. No primeiro quadrimestre, foi registrado um óbito materno, já investigado e aguardando avaliação pelo Comitê de Prevenção do Óbito Infantil, Fetal e Materno (CPOIFM) quanto a sua evitabilidade e recomendação de medidas necessárias para evitar outras mortes.

- **Proporção de óbitos de MIF investigados (%):** Uma ação importante na vigilância de óbitos maternos é a busca de casos não declarados ou identificados. Esta detecção é feita através da investigação de todos os óbitos de mulher em idade fértil (MIF). A meta pactuada é investigar 100% dos óbitos de mulher entre 10 e 49 anos de idade. **A série histórica mostra que mais de 98% dos óbitos ocorridos entre 2008 e 2013 foram investigados.** O resultado mais baixo dos últimos dois anos reflete o fato de que muitas das nossas investigações não ocorrem oportunamente, de forma que casos ocorridos em 2014 e 2015 ainda aguardam conclusão da investigação. Estes indicadores tendem a melhorar com o tempo e com o retorno destas investigações pendentes, mas o risco de identificação tardia de um óbito materno (principal função desta investigação) pode comprometer a adoção de medidas oportunas para prevenir novos casos. Por isto têm sido otimizados os fluxos de informação entre as diversas instâncias que participam do processo de investigação dos óbitos prioritários no município para minimizar este problema e acelerar o processo de investigação.

- **Taxa de Mortalidade Infantil (por 1000 NV):** Calculada pela razão entre o número de óbitos de menores de um ano de idade e o número de nascidos vivos no período (por mil), é um dos principais indicadores de saúde e de desenvolvimento social, pois está vinculada às condições socioeconômicas e sanitárias da população<sup>(6)</sup>. Florianópolis, após o lançamento do Programa Capital Criança (1997), conseguiu em três anos reduzir a taxa de mortalidade infantil de dois para um dígito. Em comparação com as taxas de TMI do país, Florianópolis vem apresentando valores abaixo da média (Gráfico 1).

**Gráfico 1: Taxas de mortalidade infantil, Brasil e Florianópolis, 2007-2016.**

Fontes: SINASC/SIM Florianópolis e Datasus, 01/07/2016.

\*Dados parciais (1º quadrimestre).

\*\*Não existem informações disponíveis para o Brasil (2015 e 2016).

Com relação à série histórica deste indicador no município, a partir de 2013 os valores vêm oscilando inusitadamente em comparação aos anos anteriores.

**Para o ano de 2016, a meta de TMI pactuada pelo município foi 6,5 por mil, valor que se atingido consolidaria a tendência de queda após 2012.**

- **Proporção de óbitos infantis e fetais investigados (%):** A investigação dos óbitos infantis e fetais é essencial para a identificação de fatores modificáveis e prevenção de novos casos. Além disso, no caso da investigação de óbito fetal, também é possível identificar algum óbito infantil erroneamente classificado. O COAP adota como parâmetro para este indicador uma proporção de 70%, sendo que a meta pactuada para o município foi de 98% para este ano, com base nos valores alcançados na série histórica. Desde 2010, quando foi criado o módulo federal de monitoramento das investigações no SIM, a proporção entre os óbitos ocorridos e investigados vem se mantendo acima do parâmetro nacional estabelecido. Mais uma vez, os valores mais modestos registrados para o indicador nos anos de 2015 e 2016 refletem a nossa dificuldade em concluir as investigações em tempo oportuno. Para compreender melhor a oscilação na TMI nos últimos anos, a GVE está analisando minuciosamente as causas dos óbitos perinatais e buscando aprimorar o processo de acompanhamento das **investigações dos óbitos infantis e fetais**, em consonância com a prioridade atribuída pelo Ministério da Saúde à vigilância desses eventos.

- **Proporção de Partos Normais:** É a proporção de nascidos vivos do município (independente do local de nascimento ou se oriundo do sistema público ou privado) que nasceu de parto normal. Avalia os cuidados na atenção ao parto e indica o possível excesso de indicações cirúrgicas desnecessárias. É especialmente importante porque as cesáreas, quando realizadas por motivos médicos, podem efetivamente reduzir a mortalidade e a morbidade materna e perinatal <sup>(7)</sup>. Porém, não existem evidências de que fazer cesáreas em

mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. **Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal<sup>(8)</sup>.** Buscando a diminuição progressiva da taxa de cesáreas, o município pactuou a proporção de partos em 50%. Mantida a tendência, este indicador será alcançado em 2016.

- **Proporção de NV com 7 ou + consultas de PN (%):** Existem evidências de que um pré-natal consistente, com acompanhamento pela equipe de saúde desde o primeiro trimestre através de consultas no mínimo mensais, previne a morbimortalidade materna e perinatal, pois permite a detecção de afecções e seu tratamento em tempo hábil, além de atuar nos fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e da criança.

**A meta de 72% de NV com mães com no mínimo sete consultas de pré-natal, pactuada para o município em 2015, foi alcançada!!** Para 2016, a meta é aumentar essa proporção para **75%**.

O indicador vem aumentando gradualmente nos últimos anos, mas o incremento é ambicioso e pede, além de um diagnóstico mais detalhado das situações que ocasionam um número insuficiente de consultas no pré-natal, um esforço consciente dos serviços no sentido de ampliar o acesso ao pré-natal, captando precocemente as gestantes e aprimorando cada vez mais o seu vínculo. Também merece destaque a prevenção de prematuridade, uma causa frequente de número baixos de consulta PN em Florianópolis.

- **Nº de testes de sífilis em gestante por parto SUS:** Seu monitoramento permite avaliar um dos fatores que pode comprometer a meta de eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública. O protocolo nacional de atenção ao pré-natal prevê a testagem mínima para todas as gestantes no 1º e no 3º trimestre. Tanto o parâmetro nacional quanto a meta pactuada pelo município no COAP estabelecem 2 testes de sífilis realizados por parto ocorrido no mesmo período. A série histórica mostra um crescimento gradual do indicador a partir de 2011, até atingir a proporção de 2,2 testes por parto SUS no ano de 2015.

- **Incidência de sífilis congênita (número absoluto):** O controle das condições e infecções maternas capazes de afetar a saúde do feto e do recém-nascido, principalmente aquelas sensíveis à atenção primária à saúde, é uma ferramenta essencial no esforço de diminuir a mortalidade infantil<sup>(9)</sup>. A incidência de sífilis congênita, um dos índices reconhecidos para a qualidade do pré-natal, permite avaliar a oportunidade do diagnóstico e adequação do tratamento dessa infecção na gestante. Contribui ainda para a avaliação e orientação das ações de controle da sífilis congênita no município. Houve um incremento progressivo no número de casos de sífilis congênita na série histórica, com destaque para o aumento expressivo (235%) de 2012 para 2013. Esse aumento pode ser consequência do aumento real do número de casos, mas pode refletir também a organização do núcleo de vigilância da maior maternidade pública do município e qualificação da rede assistencial, que resultou de iniciativas de capacitação de recursos humanos e da maior visibilidade do tema<sup>(10)</sup>.

Embora o indicador seja monitorado em números absolutos, a meta nacional é manter a taxa de incidência abaixo de 0,5 casos por 1000 nascidos vivos. Em 2015, a taxa de incidência de sífilis congênita em

Florianópolis foi de 8,65 por 1000 nascidos vivos, bem acima dessa meta. Embora ainda alta e longe do desejável, foi pactuada uma meta considerada realista, promovendo o controle gradual da doença no município.

**A meta pactuada para o município em 2015 foi de 50 casos de sífilis congênita, que deveria cair para 40 casos em 2016.** Embora atingido um número próximo, a meta não foi alcançada em 2015 e o número parcial de 2016 (26 casos no 1º quadrimestre) indica que atingir a meta este ano exigirá muito esforço de todos os envolvidos.

- **Casos de aids em menores de 5 anos de idade (número absoluto):** Outro indicador que ajuda a avaliar o controle das infecções maternas que podem afetar a saúde do bebê, uma vez que a maioria deles decorre da transmissão perinatal do HIV, ou seja, durante a gestação, o parto e/ou a amamentação<sup>(11)</sup>. A pactuação deste indicador no COAP é de redução de 10% a cada ano. Entretanto, diante da realidade apresentada pelo município na série histórica recente, nosso objetivo deve ser reunir esforços para manter os casos de criança aids zerados. Para isto, muitos desafios e fragilidades precisam ser superados. Um deles é a possibilidade de subnotificação dos casos. Uma compreensão mais detalhada e abrangente da situação pressupõe a análise conjunta das notificações de aids e HIV nessa população, de crianças expostas ao HIV e de gestantes soropositivas. O próximo tema deste boletim (aids em crianças) abordará mais detalhadamente o assunto.

- **Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação (CBV) com coberturas alcançadas (%):** Com relação ao primeiro ano de vida da criança, este é o único indicador do COAP que busca avaliar o acompanhamento realizado pela rede de atenção primária nesse período. O quadro 2, abaixo, mostra as vacinas consideradas para o cálculo deste indicador e as coberturas preconizadas pelo Ministério da Saúde. A meta estabelecida para este indicador é de 62,5% (ou seja, alcançar a cobertura em cinco das oito vacinas consideradas).

**Quadro 2: Vacinas consideradas no COAP e coberturas preconizadas pelo Ministério da Saúde**

Vacina	Dose Considerada	População	Cobertura Preconizada
BCG	monodose	> 1 ano	90%
Rotavírus Humano (VORH)	2ªs doses	> 1 ano	90%
Pneumocócica Conjugada 10v (PnC10v)	3ªs doses	> 1 ano	95%
Meningocócica Conjugada C (MnC)	2ªs doses	> 1 ano	95%
Vacina contra Poliomielite	3ªs doses	> 1 ano	95%
Tetra (DTP+Hib) / Pentavalente (HepB)	3ªs doses	> 1 ano	95%
Tríplice Viral	monodose	1 ano	95%
Influenza	monodose	6 m a < 2 anos	80%

Fonte: Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015.

A série histórica mostra resultados bem aquém da meta. Parte da flutuação verificada no indicador se deve às mudanças no rol de vacinas (denominador). Desde 2007, o município conseguiu alcançar a cobertura para no mínimo uma e no máximo três das vacinas consideradas a cada ano, como se pode verificar no quadro 3.

**Quadro 3: Vacinas com meta alcançada, 2007-2015, Florianópolis.**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total de vacinas	6	6	6	7	7	7	8	8	8	8
Vacinas com meta alcançada	1 BCG	2 BCG TV	2 BCG VORH	2 BCG VORH	3 BCG VORH MnC	1 BCG	3 BCG TV Influenza	1 BCG	1 BCG	1 BCG

Fonte: SI-PNI, 08/07/2016.

O indicador não permite avaliar, no entanto, a cobertura vacinal independente de cada vacina, o que é importante para o planejamento conjunto das ações necessárias para melhorar a cobertura vacinal. Para complementar a informação, o quadro 4 traz a série histórica da cobertura por vacina. A cobertura populacional da vacina BCG está acima dos 100% desde a implantação da vacinação nas maternidades de Florianópolis através do Programa Capital Criança em maio de 2007. Para a maioria das outras vacinas, as coberturas são muito aquém da meta, historicamente, dando ideia do grande desafio que o município precisa enfrentar para melhorar a proteção vacinal de suas crianças.

**Quadro 4: Cobertura vacinal do Calendário Básico de Vacinação da Criança. Florianópolis, 2011-2015.**

Vacinas	2011	2012	2013	2014	2015
<b>BCG*</b>	162,4%	152,5%	142,9%	170,3%	152,2%
<b>Rotavírus Humano (VORH)</b>	92,9%	86,9	83,2%	87,9%	83,8%
<b>Pneumocócica Conjugada 10v</b>	92,7%	85,8	88,8%	81,9%	83,6%
<b>Meningocócica Conjugada C (MnC)</b>	116,4%	92,2	90,9%	89,3%	85,1%
<b>Vacina contra poliomielite</b>	72,2%	73,9	73,3%	57,2%	73,6%
<b>Tetra / Pentavalente</b>	87,2%	77,6	79,3%	77,5%	76,9%
<b>Tríplice Viral</b>	77,4%	81,1	78,6%	69,3%	89,4%
<b>Influenza</b>	**	**	95,3%	73,9%	78,6%

Fonte: SIPNI/APIWEB - Florianópolis. 08/07/2016.

\* Considera doses aplicadas a moradores de outros municípios.

\*\*Vacina aplicada em crianças a partir de 2013.

## Controle dos Agravos Transmissíveis de Interesse Epidemiológico

- **Proporção de Pacientes HIV+ com 1º CD4 < 200 cel/mm<sup>3</sup> (%):** Esse indicador expressa o poder de captação precoce dos casos de HIV positivo pelo sistema de saúde. O diagnóstico precoce é uma das medidas que pode controlar a disseminação do HIV, já que um tratamento adequado pode diminuir a carga viral no organismo a níveis indetectáveis, diminuindo também o risco de transmissão sexual e perinatal. Além disso, o diagnóstico precoce permite tratamento oportuno, diminuindo a mortalidade pela doença.

Neste indicador, quanto menor a proporção melhor a organização do sistema para o diagnóstico precoce dos casos. O parâmetro nacional para referência é reduzir em 10% o valor registrado a cada ano. Com exceção de 2014, que se apresenta com resultado atípico, as pequenas oscilações do indicador não nos permitem inferir melhoras ou pioras nos últimos anos. Como a GVE ainda não tem gerência sobre o SISCEL, sistema em que se baseia este indicador, ainda não foi possível avaliar o fenômeno de 2014, o que esperamos resolver em breve para termos resultados mais consistentes.

- **Nº absoluto de óbitos por leishmaniose visceral:** Mede, de forma indireta, a qualidade da assistência à pessoa acometida por essa doença quanto ao acesso, à oportunidade no diagnóstico e ao manejo do paciente. Ainda não registramos nenhum caso de leishmaniose visceral em humanos em Florianópolis, embora a situação inspire cuidados: desde 2010 são registrados casos de leishmaniose visceral em cães no município e o problema vem piorando a cada ano, aumentando o risco de acometimento de humanos.

- **Nº absoluto de óbitos por dengue:** Este indicador tem como principal objetivo identificar o perfil de casos graves de dengue e possíveis fatores associados a desfecho fatal, como alterações epidemiológicas ou organização dos serviços de saúde. Apesar de não haver registro de óbito por dengue em Florianópolis, os primeiros casos autóctones da doença foram registrados em 2016. No ano de 2015 foram confirmados 53 casos, sendo 51 importados e 2 casos em que não foi possível determinar o local provável de infecção. A organização dos serviços de saúde para identificar oportunamente e tratar adequadamente os casos suspeitos é essencial para que os óbitos sejam evitados.

Outros indicadores pretendem, além de monitorar a qualidade da assistência à saúde, provocar, orientar e dar visibilidade às ações que visam interromper a cadeia de transmissão das doenças. É o caso dos indicadores apresentados a seguir.

- **Proporção de cura de casos novos (CN) de tuberculose (TB) pulmonar bacilífera (%):** Permite mensurar o êxito do tratamento de tuberculose e a consequente diminuição da transmissão da doença. Possibilita a verificação da qualidade da assistência aos pacientes, viabilizando o monitoramento indireto das ações do Programa de Controle da Tuberculose nas três esferas de gestão do SUS.

Observa-se em Florianópolis, no período de 2007 a 2016 (com o controle da doença já municipalizado), taxas de cura em torno de 62%. Esses valores estão muito aquém do preconizado para metas nacionais pelo COAP, que é de 85% de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera para os anos de 2012-2015. Como o município de Florianópolis não conseguiu atingir as metas nacionais nos últimos anos, pactuou-se a taxa de cura em 70% para os anos de 2014-2016, com o intuito de melhorar gradativamente este indicador. Para o alcance dessas metas, é necessário enfatizar a implementação de novas estratégias de fortalecimento da adesão ao tratamento, uma vez que as taxas de cura atuais estão muito abaixo do desejável.

- **Proporção de anti-HIV realizados entre os CN de TB (%):** Além da tuberculose ser uma das principais causas de óbito em pacientes portadores de aids e ser mais frequente na população soropositiva, a infecção pelo



HIV tem impacto negativo sobre a taxa de cura da tuberculose. Em Florianópolis, observou-se que, no período de 2007 a 2013, a proporção de testagem de HIV nos casos novos de tuberculose encontrava-se em torno de 80%, o que correspondia às metas até então estabelecidas. Por isso, e com a introdução dos testes rápidos para HIV na rede municipal de saúde, para os anos de 2015 e 2016 foi pactuada uma meta municipal mais ambiciosa: 95% de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose. **Desde então, no entanto, a realização do teste de HIV nos portadores de tuberculose vem sofrendo um decréscimo.**

É essencial que **seja oferecido o teste de HIV a todos os portadores de tuberculose**, visando o tratamento adequado dos coinfectados. Este é um grupo prioritário para a realização do teste rápido de HIV.

- **Proporção de cura de CN de hanseníase por coorte (%):** Expressa a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenir incapacidades físicas.

O Ministério da Saúde considera três níveis para as taxas de cura de casos novos de hanseníase: bom (>90%), regular (entre 75% a 90%) e precário (<75%). Florianópolis, a partir de 2011, apresenta taxas de cura consideradas regulares, uma vez que atingiu percentual maior que 75%. Nos últimos três anos, essas taxas têm se mantido estáveis e estão acima de 80%. Entretanto, precisamos chegar a 100% de cura.

- **Proporção de contatos de CN de hanseníase examinados (%):** Mede a capacidade dos serviços de realizar as ações de vigilância junto aos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase para detecção de outros casos novos. Florianópolis alcançou as metas pactuadas em Santa Catarina para os últimos anos ( $\geq 75\%$ ). 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. Deve-se observar, no entanto, que a meta para o ano de 2015 não foi atingida. 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.

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, 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.

## Controle de Agravos não Transmissíveis

- **Nº de US notificando violências (número absoluto):** Possibilita o acompanhamento e o monitoramento da ampliação da sensibilidade da rede de serviços de saúde para a identificação e notificação dos casos de violência. Entretanto, por identificar apenas quantas unidades notificaram algum caso de violência no último

ano, não permite melhor conhecimento da magnitude deste grave problema de saúde pública, devendo ser complementado por outros indicadores além do pactuado no COAP.

A meta nacional prevê a ampliação anual em 20% do número de unidades de saúde notificando este agravo. Apesar do aumento no número de unidades notificadoras, a partir de 2012, do ano de 2014 para 2015 houve uma redução de 12,12% de unidades notificando casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual e outras violências em Florianópolis.

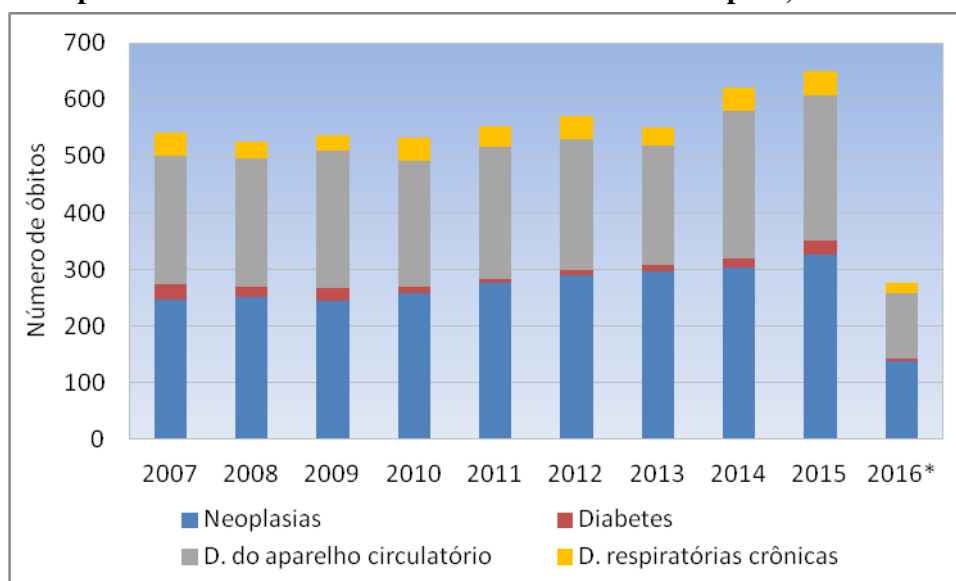
Este indicador considera apenas as notificações que foram investigadas, possibilitando sua digitação no SINAN. Em 2016, no 1º quadrimestre, 20 unidades de saúde da nossa rede notificaram o agravo (39 notificações; a fonte consultada foi o Infosaude), porém apenas 4 realizaram a investigação, que deve ser realizada no momento do atendimento pelo profissional de saúde.

• **Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas 4 principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT):** É calculada a partir do número de óbitos por doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, ocorridos entre os 30 e 69 anos de idade na população residente desta faixa etária. Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco. A meta nacional proposta foi reduzir esta taxa em 2% ao ano<sup>(12)</sup>. Em Florianópolis, ficamos perto de alcançar a meta pactuada para 2015 (280 óbitos por 100.000 residentes nesta faixa etária).

Para 2016, a meta é diminuir para 250 o número de óbitos prematuros devidos a essas doenças.

Em Florianópolis, a série histórica deste indicador demonstra uma relativa estabilidade, o que indica que as ações de saúde não têm alcançado um impacto significativo na diminuição dos óbitos por DCNT. No gráfico, é destacada a importância de cada grupo de óbitos.

**Gráfico 2: Distribuição dos óbitos pelas 4 principais DCNTs de pessoas entre os 30 e 69 anos residentes em Florianópolis, 2007-2016.**



Fonte: SIM/Florianópolis, 14/07/16.

## Avaliação dos Serviços de Vigilância Epidemiológica- ASVE

Finalmente, existem indicadores cujo principal objetivo é monitorar a qualidade das ações de vigilância, principalmente no que concerne às investigações de agravos e óbitos e a qualificação da rede de atenção à saúde para que cumpra a legislação que estabelece a obrigatoriedade de determinados agravos e eventos. Três deles serão apresentados a seguir.

• **Proporção de casos de doença de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados oportunamente (%):** Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os agravos imediatos devem ser encerrados em até 60 dias da data da notificação. Neste ano, ocorreu mudança nos agravos elencados para monitoramento. As 15 doenças com maior magnitude e/ou relevância do grupo de notificação imediata elencados foram: botulismo, cólera, dengue (óbitos), febre amarela, febre do chikungunya, febre do nilo, febre maculosa, influenza por novo subtipo viral, paralisia flácida aguda, peste, raiva, rubéola, sarampo, síndrome da rubéola congênita e síndrome respiratória aguda grave associada ao coronavírus.

Nos últimos 5 anos, este indicador se manteve acima dos 90% de encerramento oportuno. No primeiro quadrimestre de 2016, o indicador está em 80%. Dentre os agravos que foram notificados, a rubéola, o sarampo e paralisia flácida aguda foram 100% encerradas oportunamente. A chikungunya - que recentemente compôs indicador e cujo resultado laboratorial definitivo é demorado e essencial para o encerramento dos casos - no primeiro quadrimestre de 2016, teve representatividade de 80% entre os agravos notificados, o que influenciou na queda do indicador.

• **Proporção de óbitos não fetais com causa básica definida (%):** Este indicador visa a qualificação do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e destaca a importância da causa básica, definida como a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal. A qualidade dos dados sobre mortalidade fica comprometida quando uma proporção considerável de causas de morte é classificada como mal definida. Florianópolis vem alcançando valores muito próximos à meta pactuada pelo município para 2015 e 2016 (99% de causas básicas definidas), superando o parâmetro nacional, que é de 90%.

O monitoramento dos indicadores epidemiológicos no município de Florianópolis ocorre de forma sistemática e regular. Através deste processo, temos uma ferramenta que, apesar de algumas limitações, nos permite controle e diagnóstico dos serviços e ações de saúde que está sendo oferecido em nosso município. Alguns indicadores ainda apresentam resultados insatisfatórios, fato que precisa ser considerado para serem identificadas nossas fragilidades, e para que assim, medidas sejam tomadas para o aprimoramento e alcance de uma assistência de qualidade, dentro dos parâmetros considerados ideais. Em contrapartida, obtivemos grandes êxitos em muitos de nossos indicadores, mostrando evolução ao longo de nossa série histórica. Este fato se deve

ao árduo trabalho de todos os profissionais de saúde do município, que vem sendo realizado ao longo dos anos, sendo refletido em atenção qualificada prestada à população.

## REFERÊNCIAS

1. Santana LL, Sarquis LMM, Miranda FMA, Kalinke LP, Felli VEA, Miniél VA. Health indicators of workers of the hospital area. **Rev Bras Enferm.** 2016;69(1):23-32.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Brasília: Cadernos DEMAGS; 2009a. In: Tamaki, E.M; *et al.* Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciênc. saúde coletiva vol.17** n.4 Rio de Janeiro Apr. 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
4. Brasil. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 84 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
5. Souza PS. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2013; 35(12):533-5.
6. Menezes AMB, Victora CG, Barros FC, Albernaz E; Menezes, FS, Jannke HA. Mortalidade infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cadernos de Saúde Pública.** 1996.
7. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR, Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. **Lancet.** 2000;356 (9239):1375-83.
8. WHO. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** Organização Mundial da Saúde Avenue Appia 20, CH-1211 Genebra 27, Suíça, 2016.
9. Victoria Cesar G. Itervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.,** São Paulo, v. 4, n. 1, p. 3-69, Apr. 2001.
10. Florianópolis. Secretaria de saúde. Gerência de Vigilância Epidemiológica. **1º Boletim Epidemiológico - Mortalidade Infantil e Sífilis Congênita.** junho/2015. [Internet] Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0Bw17lzbAqGPUM0ZWMjRWWS1qeV9LSUJuaWVWbVBadUtqZTJV/view?usp=sharing>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST.** Ano IV, n.1. Brasília, 2015.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

## AIDS EM CRIANÇAS

A feminização da aids, observada nas últimas décadas, traz como consequência o aumento do número de crianças infectadas pelo HIV, sendo a transmissão vertical (TV) a principal via de infecção<sup>(1)</sup>.

Múltiplos fatores têm sido descritos como associados à TV do HIV, dentre eles a viremia materna elevada, doença materna avançada, tipo de parto, aleitamento materno, corioamnionites, ruptura prematura das

membranas e prematuridade<sup>(2)</sup>. As taxas de TV do HIV, sem qualquer intervenção durante a gestação, situam-se entre 15 a 45% durante a gestação, parto ou amamentação. Com tratamento adequado, estas taxas caem para cerca de 1%<sup>(3)</sup>.

A eliminação da TV de sífilis e HIV é ponto chave no esforço global para o combate às doenças sexualmente transmissíveis e a eliminação da aids até 2030. Considerando que as medidas preventivas não são totalmente eficazes, um país é considerado livre de TV quando as taxas são baixas o suficiente a ponto da TV não ser mais considerada problema de saúde pública. Até o momento, Cuba, Bielorrússia, Tailândia e Armênia foram considerados dentro destes parâmetros, livres da TV de HIV e sífilis pela OMS<sup>(4)</sup>.

A prevenção primária do HIV, a prevenção de gestações não desejadas, o acesso efetivo a aconselhamento e testagem, o uso correto da TARV (incluindo acesso a TARV para as crianças expostas), práticas seguras de parto e alimentação dos lactentes são práticas que se complementam para prevenção da transmissão vertical do HIV e que devem ser instituídas e incentivadas de forma efetiva<sup>(3)</sup>.

No Brasil, as recomendações para prevenção da TV de HIV seguem o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (2015). Para facilitar o acompanhamento, devem ser notificadas as 4 fases do cuidado, conforme as orientações listadas no quadro 1.

**Quadro 1 – Orientações para notificação de gestação HIV, criança exposta, criança HIV e criança aids.**

<b>AGRAVO</b>	<b>CRITÉRIO DE NOTIFICAÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
<b>Gestação HIV (CID 10 Z21)</b>	Toda mulher em que for detectada a infecção por HIV ou aquela que já tenha o diagnóstico confirmado de HIV ou aids, no momento da gestação, parto, ou puerpério.	Além da notificação de gestação HIV, a mulher deve ser notificada para HIV em adulto, caso ainda não tenha notificação para HIV ou aids. Cada nova gestação deve ser notificada (notificação por evento).
<b>Criança Exposta (CID 10 Z20.6)</b>	Toda criança nascida de mãe infectada ou que tenha sido amamentada por mulher infectada pelo HIV.	A criança deve ser notificada independentemente de resultado de exames laboratoriais.
<b>Criança HIV (CID 10 B24)</b>	<b>Até 18m de idade:</b> duas coletas em oportunidades diferentes com carga viral detectável. <b>Após 18m de idade:</b> dois exames de técnicas diferentes com resultado positivo conforme fluxogramas do MS.	Seguir fluxo diagnóstico conforme Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV (2013).
<b>Criança aids (CID 10 B24)</b>	Criança com infecção confirmada pelo HIV e evidência de aids	Ver Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (2015).

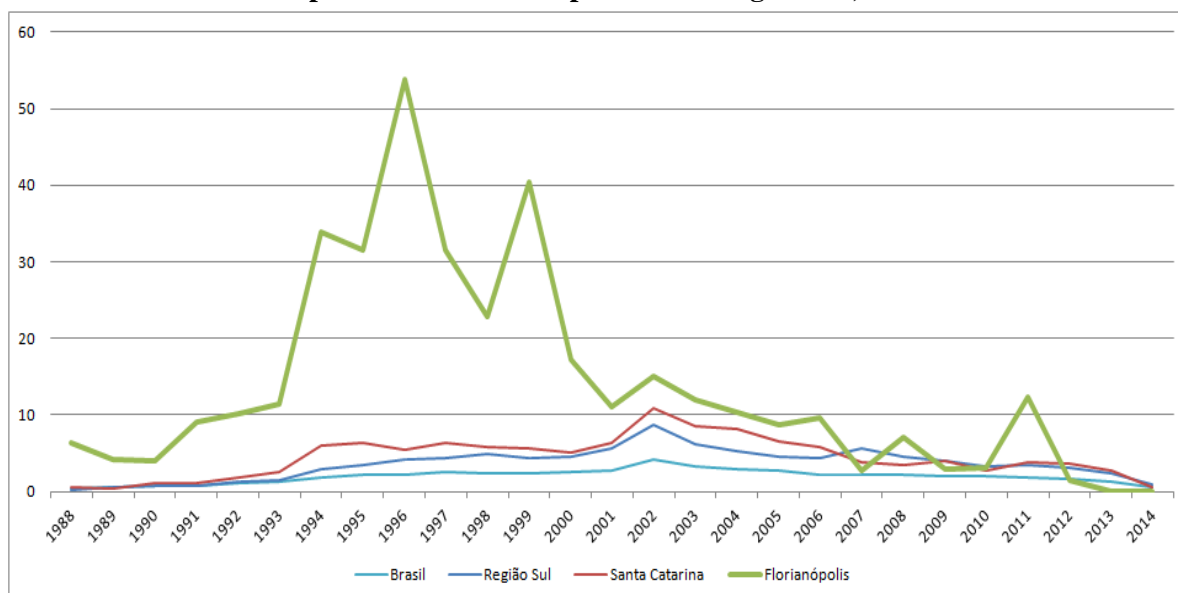
Fonte: Gerência de Vigilância Epidemiológica/SMS/Florianópolis, 10/08/2016.

O número de casos novos de aids em menores de 5 anos é um dos indicadores monitorados através do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)<sup>(5)</sup>, que será comentado no próximo capítulo deste boletim.

O gráfico 1 traz o comparativo entre as taxas de detecção de aids em crianças no Brasil, Região Sul, Santa Catarina e Florianópolis. Como pode ser observado, até 1999 a TV no município alcançava níveis

alarmantes, levando inclusive à implantação do Programa DST/Aids em Florianópolis em 1993. A diminuição dos casos a partir do ano 2000 foi paulatinamente levando a TV local a níveis comparáveis e até melhores que as outras instâncias observadas.

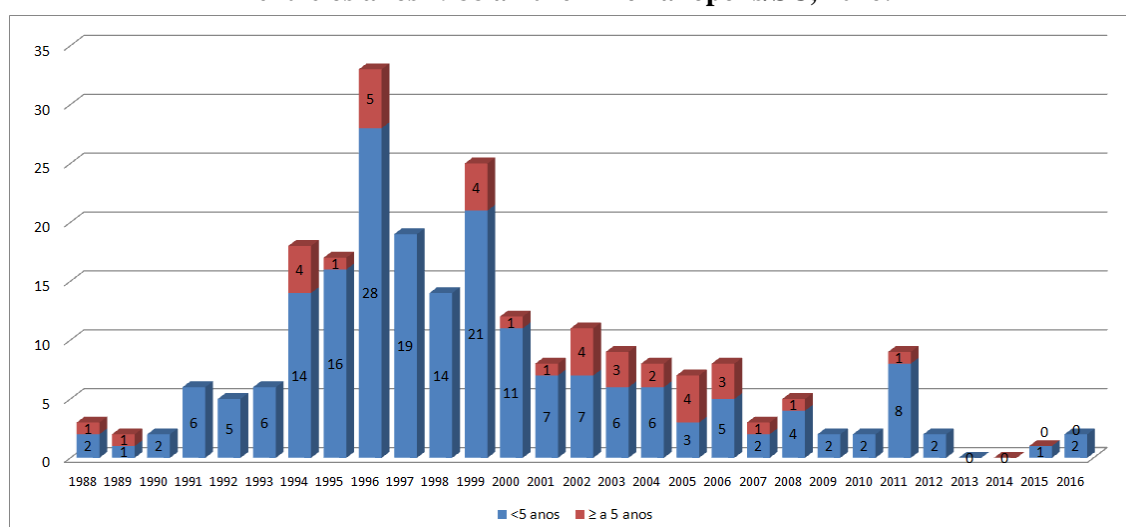
**Gráfico 1. Taxa de detecção de aids em crianças no Brasil, Região Sul, Santa Catarina e Florianópolis. Série histórica por ano de diagnóstico, 1988-2015**



Fonte: DATASUS/SINAN, 06/11/2015.

Após este período ocorreu estabilização, quebrada apenas por um aumento atípico no número de casos em 2011 (gráfico 2). Em Florianópolis, até 05/08/2016 temos um total de 239 casos aids em crianças identificados, sendo 53% concentrados entre os anos de 1994 e 1999, possivelmente pelo início da epidemia por volta dos anos 90. Em toda a série histórica o diagnóstico é geralmente realizado antes dos 5 anos de idade.

**Gráfico 2. Número de casos de criança aids conforme idade de diagnóstico entre os anos 1988 a 2016 - Florianópolis/SC, 2016:**



Fonte: SINAN W / SINAN NET / BANCO MS, 01/08/2016.

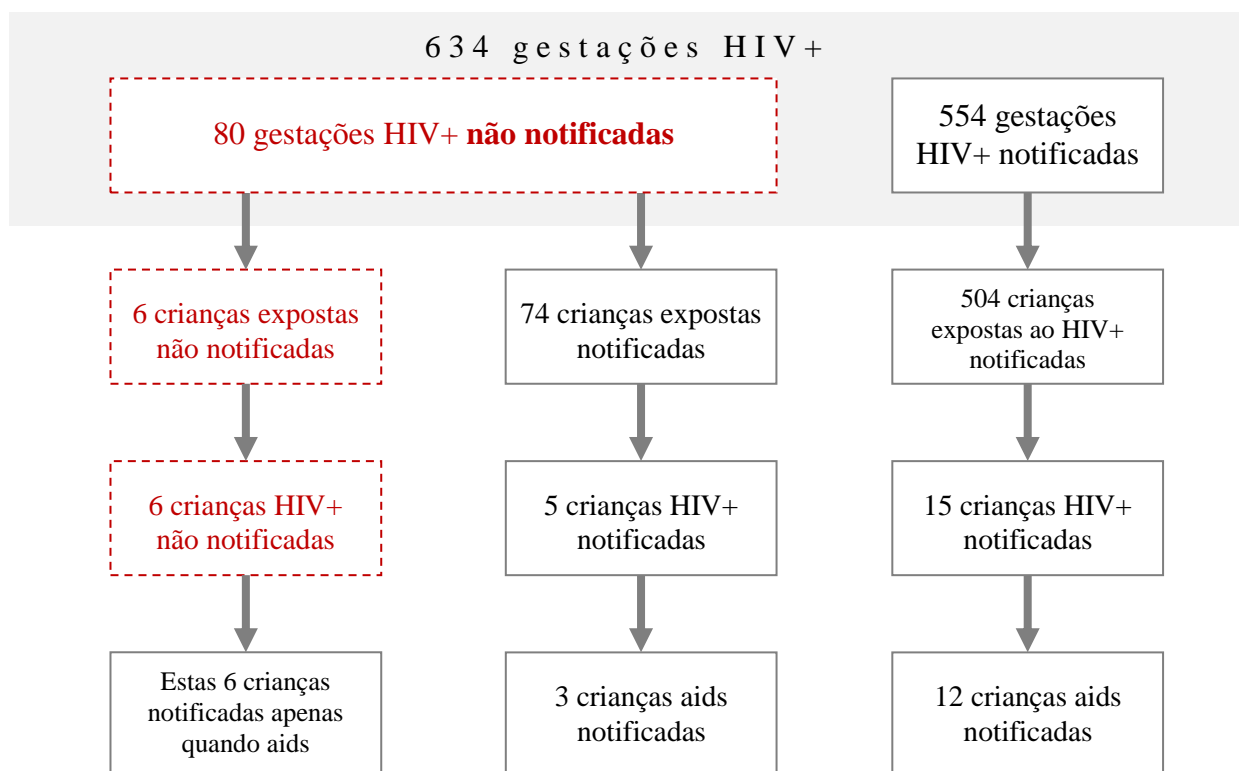
## Transmissão Vertical de HIV em Florianópolis entre 2005 e 2015

Considerando a alteração do impacto da doença na última década, foi realizado um recorte dos casos identificados entre 2005 e 2015, a fim de entender melhor o comportamento atual da TV do HIV em Florianópolis.

Para tanto, foi realizado o cruzamento de diversos bancos de dados - banco do MS (cruzamento das bases nacionais do SINAN, SICLOM e SISCEL), banco de notificação de gestantes, banco de notificação de crianças expostas, banco de notificação de criança HIV (banco municipal entre 2009 e 2015, SINAN após 2015), banco de notificação de criança aids (SINAN Windows para dados de 1988 a 2006), SINAN Net (para dados de 2007 a 2015) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Para complementação/qualificação das informações foi realizada revisão de prontuário (Infosaude e prontuário do Hospital Infantil Joana de Gusmão) sempre que necessário.

O cruzamento dos diferentes bancos de dados e revisão de prontuários permitiu a identificação de casos não notificados. O resultado desta busca pode ser observado na figura 1.

**Figura 1: Número de gestações soropositivas, crianças expostas ao HIV, crianças HIV+ e crianças aids identificadas entre 2005 e 2015.**



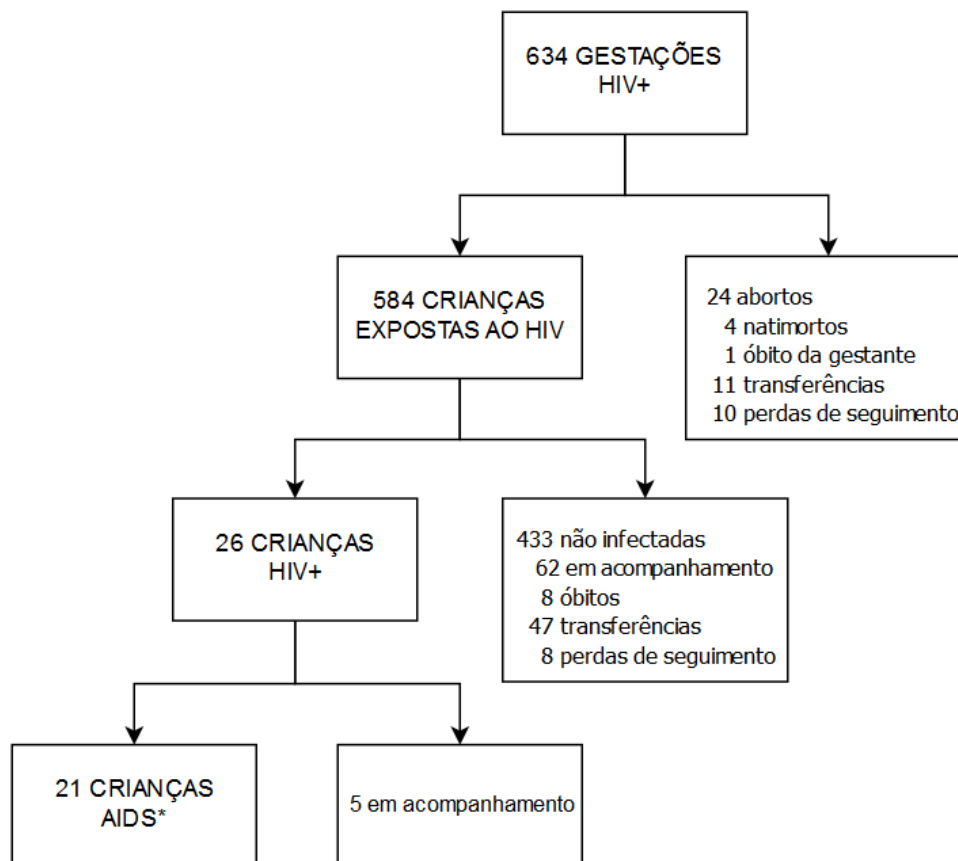
Fonte: Gerência de Vigilância Epidemiológica/SMS - Florianópolis, 10/08/2016.

Foram identificadas 80 crianças sem as gestações soropositivas correspondentes, sendo que **seis dessas crianças foram notificadas apenas após fechar o diagnóstico de aids**, com subnotificação nas três etapas

anteriores do cuidado. Esta fragilidade na comunicação dos casos ao sistema de vigilância também foi observada nos cuidados de seguimento.

A adesão aos protocolos de cuidado à gestante e criança com HIV diminuiu a TV de HIV e o desenvolvimento de aids para, aproximadamente, 1,2% a 1,5%). A figura 2 resume o desfecho das gestações soropositivas identificadas (notificadas ou não) em Florianópolis entre 2005 e 2015.

**Figura 2: Desfecho das 634 gestações HIV + identificadas entre 2005 a 2015.**



\* 2 crianças notificadas no óbito.

Fonte: Gerência de Vigilância Epidemiológica, 10/08/2016.

Alguns desfechos desfavoráveis chamam a atenção. Neste grupo, foram observados **um óbito materno e 10 óbitos infantis** (8 em crianças expostas e 2 em crianças com aids). A taxa de mortalidade infantil das crianças expostas ficou em 16,5/1.000 nascidos vivos, muito acima da mortalidade infantil geral do município neste período. Além disso, foi grande o número de abortamentos e natimortos nesta população. Alguns estudos têm observado taxas maiores de abortamento espontâneo e induzido entre mulheres HIV positivo comparativamente a mulheres soronegativas ou à população feminina em geral<sup>(7)</sup>. Segundo estudo de D'Ubaldo et al.<sup>(8)</sup>, gestantes HIV possuem um risco 67% maior de aborto espontâneo do que gestantes HIV negativas, o que deve ser levado em consideração no cuidado à saúde da mulher.

Por outro lado, considerando os cuidados recomendados, **seriam esperados, no máximo, 10 casos de TV para as 634 gestações soropositivas no período analisado**. Entretanto, o número de crianças infectadas foi mais que o dobro do esperado. Este número é ainda mais preocupante se considerarmos que foram



identificados, no período, pelo menos 18 casos de perda de seguimento (10 de gestantes e 8 de crianças) mais 58 transferências para outros municípios antes da conclusão da investigação, totalizando 76 casos cujo desfecho foi desconhecido.

Para apoiar o entendimento das fragilidades e potencialidades associadas à prevenção da TV em Florianópolis, foram buscados os possíveis fatores associados à TV nos casos identificados. Como demonstrado na figura 1, apenas 12 das 21 crianças com aids tiveram notificação completa em todas as fases anteriores (gestação, criança exposta, criança HIV e criança aids). Por isto, a identificação e descrição dos fatores só foi possível neste subgrupo. A tabela 2 resume os principais achados.

**Tabela 2. Fatores associados a risco de TV em crianças com aids entre 2005 e 2015, Florianópolis\*, 2016.**

Fator	Não	Sim	Observações			
Notificação da gestante ocorreu antes do parto?	4	8				
Fez Pré-Natal?	2	10				
Fez 7 ou mais consultas de pré-natal?	5	5				
Fez uso de ARV como profilaxia na gestação?	4	8	Em 1 caso, início no dia do parto			
Profilaxia teve início oportuno (até 28 semanas de gestação)?	4	4				
Parto cesáreo?	4	8	Em 2 casos, parto cesáreo de urgência			
Fez uso de ARV como profilaxia durante o parto?	2	10				
Houve aleitamento materno?	12	0				
Houve aleitamento cruzado?	12	0				
A criança iniciou TARV nas primeiras 24h?	0	12	Duração da TARV (em semanas):			
			< 3	3 a 5	6	Ign
			1	4	5	2

Fonte: Gerência de Vigilância Epidemiológica, 11/08/2016. \* (n=12)

Embora 83,3% das gestantes tenham feito pré-natal, apenas 50% destas tiveram 7 ou mais consultas e 40% utilizaram TARV oportunamente. Por outro lado, os cuidados com a exposição durante a amamentação e início oportuno da TARV nas crianças foram observados nos 12 casos avaliados. Tais dados sugerem que a captação oportuna da gestante e adesão ao atendimento pré-natal de qualidade podem ser estratégias importantes para melhorar o cuidado a esta população no município.

Além disso, a ampla divulgação e adoção do **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (2015)**, o aprimoramento do sistema

de vigilância e as medidas gerais para prevenção do HIV e da gestação não planejada na população geral são essenciais para diminuir o número de crianças afetadas por esta grave doença em Florianópolis.

## REFERÊNCIAS

1. Silva, M.J.M; Mendes W.S; Gama, M.E.A; Chein, M.B.C; Veras, D.S. Perfil clínico laboratorial de crianças vivendo com HIV/AIDS por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Rev Soc Bras Med Trop.** 2010(43):1.
2. Nishimoto, T. M. I; Neto, J. E; Rozman, M. A. Transmissão materno - infantil do vírus da Imunodeficiência Humana: Avaliação de medidas de controle no município de Santos. **Rev Assoc Med Bras** 2005; 51(1): 54-60
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Programa em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes.** Brasília, Ministério da Saúde; 2006.
4. WHO. **Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis.** World Health Organization, 2014.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
6. Cooper, E. R. et al. Combination of antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1 infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr;** [S.l.], v. 29, p. 484-494, 2002.
7. Barbosa, R.M; Pinho, A.A; Santos, N.S; Filipe, E; Villela, W; Aidar, T. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/aids no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva vol.14 n.4.** Rio de Janeiro Jul./Aug. 2009.
8. D'Ubaldo, C; Pezzotti, P; Rezza, G; Branca, M; Ippolito, G. Association between HIV1 infection and miscarriage: a retrospective study. The DIANAIDS Collaborative Study Group. **AIDS official journal of the international AIDS Society.** September 1998 - Volume 12 - Issue 9.

## MONITORAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE

A Gerência de Vigilância Epidemiológica atua ainda no monitoramento de outros indicadores além dos que foram descritos anteriormente, incluindo os que integram o Pacto Municipal de Saúde e o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS). Eles estão listados no quadro abaixo.

**Quadro : Série histórica dos indicadores no período de 2007 a 2016\*, em Florianópolis.**

Nome do Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
Taxa de APVP por causas externas, por mil habitantes	21,3	23,9	20	21,3	19,2	19,3	14,3	16,7	13,6	16,1
Taxa de APVP por doenças do aparelho circulatório, por mil habitantes	8,4	8,3	8,3	7,7	7,6	7,7	7,3	7,9	8,6	7,7
Taxa de APVP por neoplasias, por mil habitantes	10,7	10,2	10	9,9	10,6	10,8	9,5	10,6	10,2	9,9
Proporção de parceiros tratados de gestantes reagentes ao VDRL	0,0%	0,0%	20,0%	50,0%	52,2%	37,5%	31,1%	33,7%	48,4%	52,8%
Cobertura vacinal com a vacina penta/tetraivalente	88,1%	82,2%	90,7%	86,4%	87,2%	77,6%	79,3%	77,5%	76,9%	78,2%
Percentual de adultos (≥ 18 anos) que avaliaram seu estado de saúde como ruim	4,1%	3,9%	4,0%	4,3%	4,2%	3,6%	4,9%	4,0%	**	**
Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adulto	27,5%	28,9%	32,8%	32,9%	32,1%	33,1%	43,9%	47,0%	**	**
Prevalência de tabagismo em adultos	18,4%	15,8%	18,2%	16,0%	13,3%	13,6%	12,4%	12,1%	**	**
Prevalência de diabetes mellitus	6,1%	4,9%	5,6%	6,5%	6,2%	7,3%	5,5%	8,3%	6,7%	**
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%	**	**
Proporção de semanas com lotes do SINAN enviados	90,4%	92,5%	84,6%	80,8%	98,1%	90,4%	90,4%	92,5%	86,5%	71,4%
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos	98,7%	88,0%	95,9%	95,0%	98,5%	99,3%	96,6%	94,2%	92,2%	97,7%
Proporção de DOs digitadas em até 60 dias do final do mês de ocorrência	82,3%	95,8%	87,8%	96,7%	96,4%	97,9%	95,7%	94,3%	98,7%	99,2%
Proporção de DNVs digitadas em até 60 dias do final do mês de ocorrência	82,3%	95,8%	87,8%	96,7%	96,4%	97,9%	95,7%	94,3%	98,7%	98,3%

\* Dados parciais (1º quadrimestre de 2016).

\*\* 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.

Fonte: SINAN, SINASC, SIM, SI-PNI, VIGITEL, IBGE.



**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](mailto:vigilanciaepidemiologica@pmf.sc.gov.br)