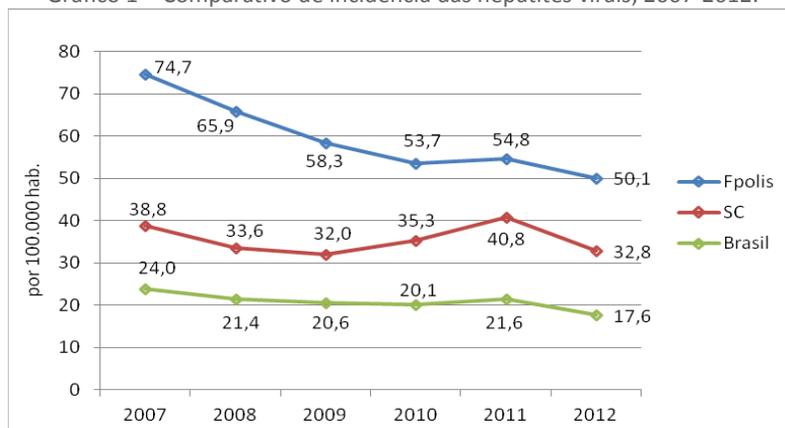


HEPATITES VIRAIS

A hepatite é uma doença caracterizada pela inflamação das células hepáticas que pode ser causada principalmente por vírus, uso de medicamentos e uso de álcool e outras drogas. A cada ano, são diagnosticados cerca de 40 mil casos novos de hepatites virais (HV) no Brasil, incluindo mais de 2 mil casos novos em Santa Catarina e cerca de 250 casos novos em Florianópolis.

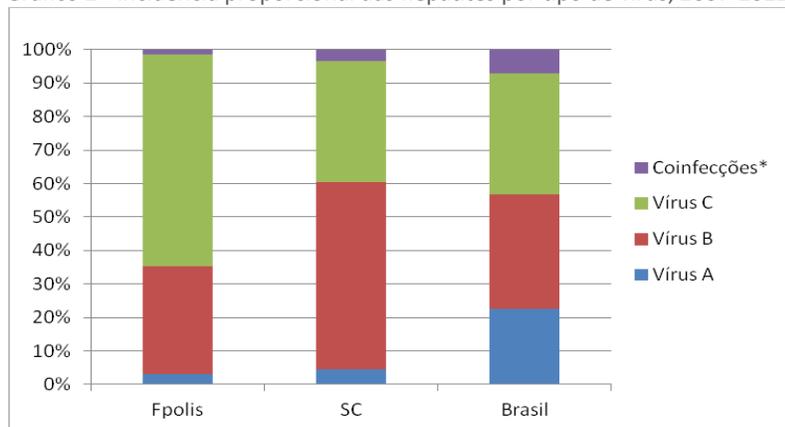
Gráfico 1 – Comparativo de incidência das hepatites virais, 2007-2012.

A comparação da evolução das taxas de incidência das HV em Florianópolis, em Santa Catarina e no Brasil (Gráfico 1) mostra que, apesar da redução em nosso município, essa taxa continua maior do que no estado e quase três vezes maior que a do país.



Fonte: SINAN/IBGE/DATASUS, Nov 2013.

Gráfico 2 - Incidência proporcional das hepatites por tipo de vírus, 2007-2012.



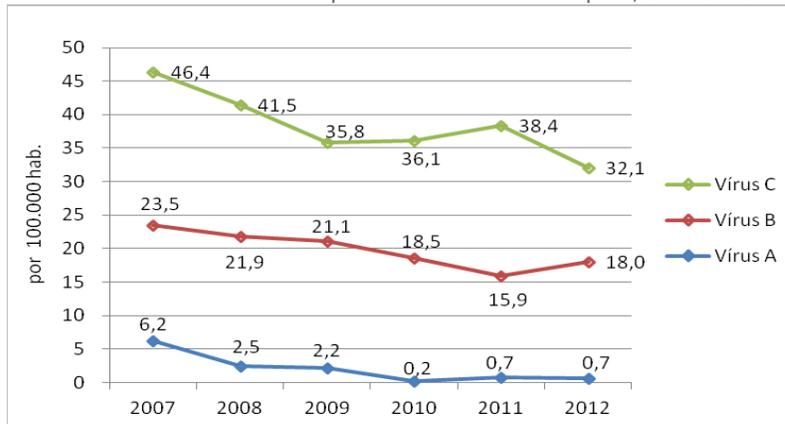
Fonte: SINAN/IBGE/DATASUS, Nov 2013.

No Brasil, as hepatites mais comuns são as causadas pelos vírus A, B e C. O Gráfico 2 mostra que a importância relativa de cada uma dessas infecções muda conforme o âmbito da observação (municipal, estadual e nacional). Nota-se que em Florianópolis há o predomínio do HCV¹.

* Coinfeções: Mais de um vírus de Hepatite A, B ou C associados.

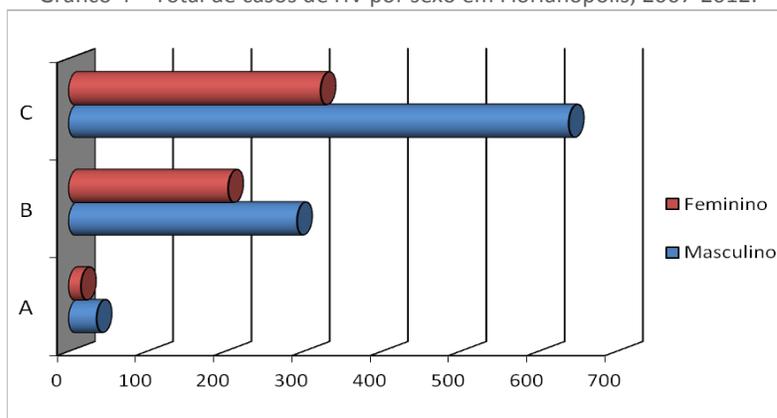
Apesar de mais frequente, a hepatite C foi a que apresentou a maior redução nas suas taxas de incidência, com queda de 30% entre 2007 e 2012, conforme pode ser observado no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Incidência das hepatites virais em Florianópolis, 2007-2012.



Fonte: SINAN/IBGE, Nov 2013.

Gráfico 4 – Total de casos de HV por sexo em Florianópolis, 2007-2012.

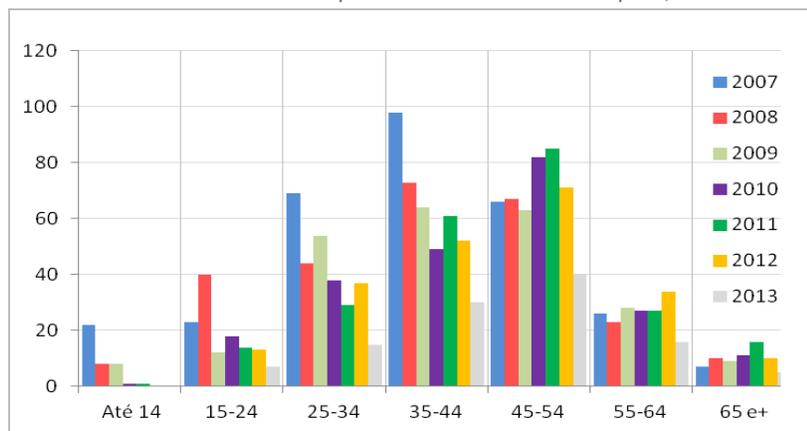


Fonte: SINAN, Nov 2013.

O sexo masculino é o mais acometido por todos os vírus das hepatites, representando 69,2% dos casos por vírus A, 58,9% por vírus B e 66,6% por vírus C (Gráfico 4)

A investigação dos casos de vírus C identifica que a fonte de infecção mais provável é o uso de drogas, correspondendo a 43,6% e 16,2% dos casos notificados nos sexos masculino e feminino, respectivamente. Infelizmente, 20,9% destes casos têm a fonte de infecção em branco ou preenchida como ignorada na ficha de notificação. Já para o vírus B, a via sexual foi mencionada como a principal provável fonte de infecção, representando 53,1% dos casos no sexo masculino e 33,3% dos casos no sexo feminino.

Gráfico 5 - Casos novos de HV por faixa etária em Florianópolis, 2007-2013.



Fonte: SINAN, Nov 2013.

Como se pode verificar no Gráfico 5, as hepatites virais podem acometer todas as faixas etárias. No entanto, as faixas etárias entre 25 a 54 anos apresentam a maior concentração (74% do total de casos).

Hepatites virais e as coinfeções

Dos casos de hepatite B, que têm como principal provável fonte de infecção a via sexual, 15,5% estão coinfectados pelo HIV. Em relação ao vírus C, que tem o uso de drogas como principal provável fonte de infecção o uso de drogas, 23,0% dos casos apresentam coinfeção pelo HIV. Essa coinfeção aumenta a incidência das complicações crônicas das hepatites virais. Além da aceleração do acometimento hepático, observam-se piores taxas de resposta ao tratamento das hepatites, bem como interações potencialmente graves entre os medicamentos para o HIV e o HCV e índices maiores de recidiva das hepatites.

Em relação às hepatites B e C, 7,7% e 8,2% respectivamente tiveram diagnóstico de uma ou mais das seguintes DST: condiloma acuminado, herpes genital, sífilis em adulto, síndrome da úlcera genital, síndrome do corrimento uretral e síndrome do corrimento cervical.

Hepatites e vacinas

A vacina contra hepatite B passou a fazer parte do esquema básico de vacinação entre 1997 e 1998, com preconização de meta de 95% de cobertura pelo Programa Nacional de Imunização.

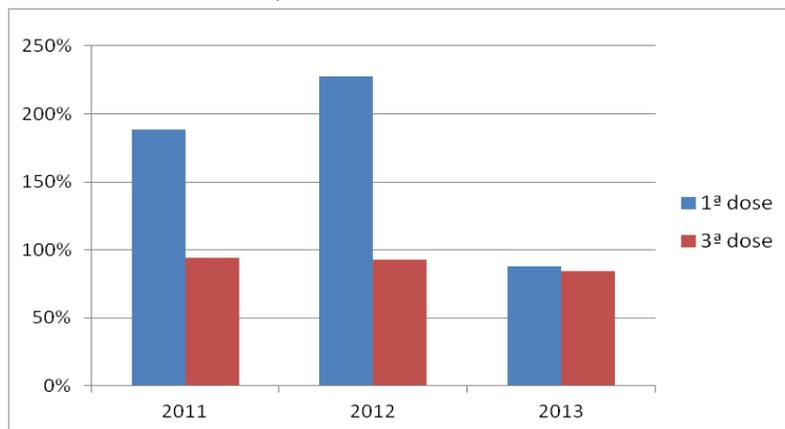
Tabela 1. Cobertura vacinal em menores de 1 ano (%).

Ano	Brasil	SC	Florianópolis
2009	98	97,7	88
2010	96,0	98,7	90,4
2011	97,7	101,2	95,2
2012	96,6	99,4	89,8
2013	91,3	98,8	84,9

Fonte: PNI - Datasus, Nov 2013.

A cobertura vacinal no município é ainda um desafio. Embora em Florianópolis a 1ª dose da vacina da Hepatite B já seja aplicada nas maternidades desde 2007, somente em 2011 o município alcançou a meta de cobertura da terceira dose da vacina. O impacto de problemas de registro e/ou estimativa populacional estão sendo atualmente avaliados, a fim de instrumentalizar as equipes de Saúde da Família para que possam monitorar adequadamente as coberturas vacinais de sua população.

Gráfico 6.– Comparativo das coberturas da 1ª e da 3ª dose da vacina da hepatite B em menores de 1 ano.



Fonte: IBGE e InfoSaude, Nov 2013.

Recentemente, o MS ampliou a faixa etária com indicação para a vacina contra hepatite B, que agora deve ser ofertada para todas as pessoas com até 49 anos de idade, independente de idade, fator de risco ou condição clínica. Acima desta faixa etária, a vacina deve ser ofertada conforme evidência de fatores de risco, como orienta a Nota Técnica Conjunta Nº 02/2013 da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização e da Coordenação Geral de Direitos Humanos, Riscos e Vulnerabilidade – DST/Aids, disponível aqui: <http://goo.gl/dfkTV1>

Atualmente, o Sistema Único de Saúde só disponibiliza a vacina contra o vírus da hepatite A em situações especiais, como em pessoas com outras doenças crônicas no fígado ou que fizeram transplante de medula óssea. O MS pretende incluir a vacina de hepatite A no calendário básico de vacinação da criança a partir de 2014, sendo o esquema proposto em duas doses (aos 12 e 18 meses de idade)².

NOTAS

1 No Brasil, as regiões que apresentam as maiores incidências do vírus D (HDV) são Amazonas, Acre, parte do Pará, Roraima e Rondônia. Não foi notificado até o momento nenhum caso em nosso município. Dessa forma, não analisamos a distribuição dos casos de HDV.

2 Fonte: Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

EDITORIAL

Dedicamos o último boletim do ano a um problema de saúde bastante prevalente na população de Florianópolis: as hepatites virais. Também destacamos o câncer de colo de útero, cujas estratégias de prevenção devem ser reforçadas em nossos serviços de saúde.

Ambos os problemas estão relacionados a questões comportamentais, e podem ser mais frequentes quando associados à prática de sexo sem proteção adequada e abuso de álcool ou drogas ilícitas.

Além das medidas preventivas, um incremento nas ações de controle destas doenças deve ser adotado no município para melhorar nossos indicadores de saúde.

A fim de facilitar o acesso ao tratamento da hepatite C para os moradores de Florianópolis, a Secretaria Municipal de Saúde estruturou o Serviço de Tratamento Assistido (STA), que atende os pacientes

com indicação de tratamento com terapia dupla (Interferon Peguilado e Ribavirina).

Conforme o fluxo pré-existente, o paciente com indicação de tratamento medicamentoso para hepatite C deverá entregar a solicitação devidamente preenchida pelo médico prescritor na Farmácia Escola Municipal, a qual iniciará o processo junto à Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF/SES) que fará o encaminhamento da medicação ao STA, situado na Policlínica Centro.

Embora o tratamento com antivirais possa auxiliar o controle das hepatites, as medidas preventivas continuam sendo as mais importantes, devendo ser abordadas em todas as oportunidades possíveis. A observação da alta coinfeção entre hepatites virais, HIV e outras DST deve ser valorizada, e os pacientes devem ser fortemente encorajados a usar preservativos e reduzir comportamentos de risco.

A segunda matéria, que contou com a colaboração de alunos do Pet-Vigilância, trata do câncer de colo de útero. É reconhecida a importância que alguns subtipos do vírus HPV têm na gênese do câncer, o que levanta esperanças na adoção da vacina contra o HPV pelo Ministério da Saúde (MS) em 2014. A vacina tetravalente adotada pelo MS tem eficácia comprovada contra a infecção pelo HPV quando aplicada em meninas antes do início da atividade sexual. Entretanto, seu impacto na redução do câncer de colo de útero é ainda incerto, e dificilmente será observado nas próximas duas décadas. Portanto, é importante que as expectativas relativas a esta estratégia sejam realistas. Cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquirir a infecção pelo HPV ao longo de suas vidas, porém apenas uma minoria irá desenvolver o câncer. Isto porque o vírus é necessário, mas não é suficiente para o desenvolvimento do câncer. Além disso, a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente.

Desta forma, é necessário que sejam valorizados e abordados adequadamente os outros fatores de risco que aumentam as chances de desenvolvimento deste câncer, como o tabagismo (associado também a vários outros tipos de câncer além de doenças

pulmonares e cardiovasculares), o início precoce da atividade sexual, o número elevado de parceiros sexuais e de gestações, condições socioeconômicas, uso de pílula anticoncepcional e imunossupressão (causada pelo HIV ou uso de imunossupressores).

Também deve ser destacado que a principal estratégia para o controle do câncer de colo de útero ainda é a ampliação da cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos e o tratamento de 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. Nossas coberturas ainda estão longe do ideal; o seu incremento e o monitoramento do perfil da doença devem ser um compromisso dos serviços de saúde pública.

As principais fontes de dados para monitoramento do câncer de colo de útero no país, ainda que limitadas, são o Sistema de Informação de Câncer de Colo de Útero - SISCOLO, recentemente incorporado no Sistema de Informação de Câncer - SISCAN, e o Registro de Câncer de Base Populacional - RCBP. Este último é o levantamento mais detalhado dos casos de câncer, unindo os Registros Hospitalares de Câncer - RHC. Atualmente já foram consolidados os dados do RCBP de 2008, e a qualificação permanente destes bancos de dados é um dos desafios da Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE). 

CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM FLORIANÓPOLIS

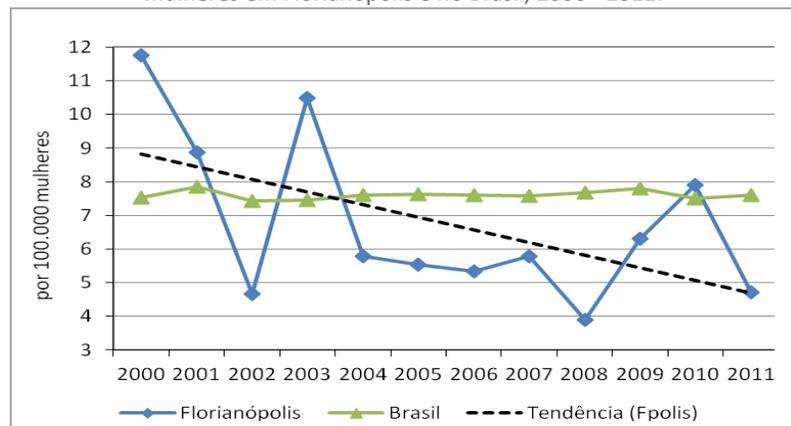
O câncer do colo do útero é uma patologia multifatorial associada à infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV), nos dois subtipos oncogênicos HPV-16 e HPV-18. É uma doença que apresenta desenvolvimento lento e pode, em fase inicial, ser assintomática. Em casos mais avançados, pode evoluir para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais.

Segundo dados do INCA, o câncer de colo do útero é o terceiro câncer mais incidente no país e o 5º na Região Sul. Sua incidência é maior em estados com menor índice de desenvolvimento, devido a questões socioeconômicas e a dificuldades de acesso ao sistema de saúde. De acordo com o INCA, a taxa bruta de incidência de CA de colo esperada para 2014 é de 15,3 por 100.000 mulheres, na Região Sul do país.

Em Florianópolis, segundo o RCBP, a taxa bruta de incidência do câncer de colo de útero foi de 16,9 casos/100.000 mulheres em 2008.

Diferentemente do que vem ocorrendo no país, onde a mortalidade por câncer de colo de útero se mantém estável, em Florianópolis tem sido observada uma tendência à queda (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Taxa de mortalidade por câncer do colo do útero por 100.000 mulheres em Florianópolis e no Brasil, 2000 - 2011.

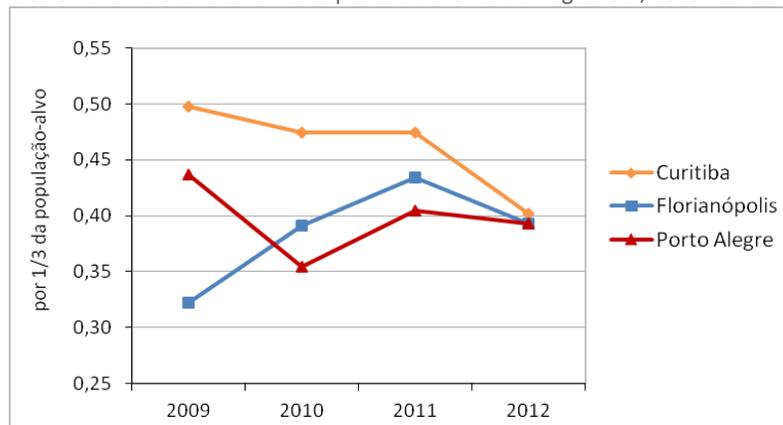


Fonte: SIM, Set 2013.

A principal estratégia para prevenção do câncer de colo de útero é o exame citopatológico (CP), conhecido popularmente como Papanicolau. Se realizado regularmente, identifica lesões precursoras que, sendo adequadamente tratadas, previnem o câncer em 100% dos casos.

Dada sua importância, a cobertura do CP (número de exames realizados/população-alvo) é um dos indicadores de gestão utilizados para monitorar a qualidade dos serviços de saúde. O Gráfico 2 demonstra a série histórica da cobertura do exame na população-alvo. Observa-se que, apesar da queda em 2012, Florianópolis é a única Capital com tendência crescente neste indicador.

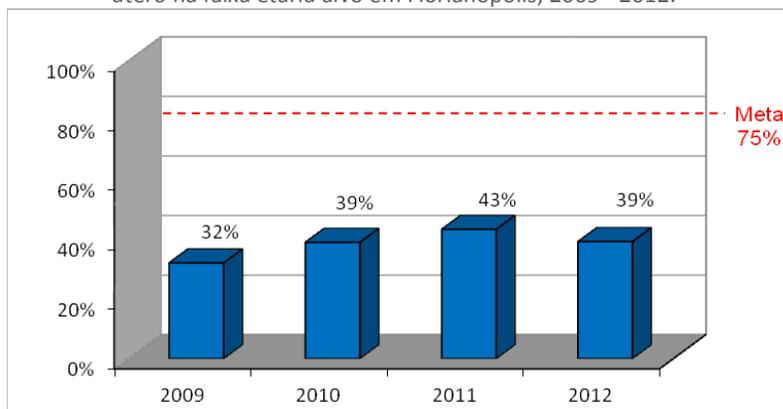
Gráfico 2 - Série histórica da cobertura dos exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária alvo nas capitais brasileiras da Região Sul, 2009 - 2012.*



Fonte: SISCOLO, Dez 2013.

O Gráfico 3 demonstra a série histórica da cobertura destes exames em Florianópolis na população-alvo em relação à meta. Como é recomendada a realização do exame a cada três anos, o denominador utilizado nestes cálculos é $\frac{1}{3}$ (um terço) da população-alvo a cada ano, o que equivale a considerar 100% das mulheres elegíveis a cada período de três anos.

Gráfico 3 - Série histórica da cobertura dos exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária alvo em Florianópolis, 2009 - 2012. *



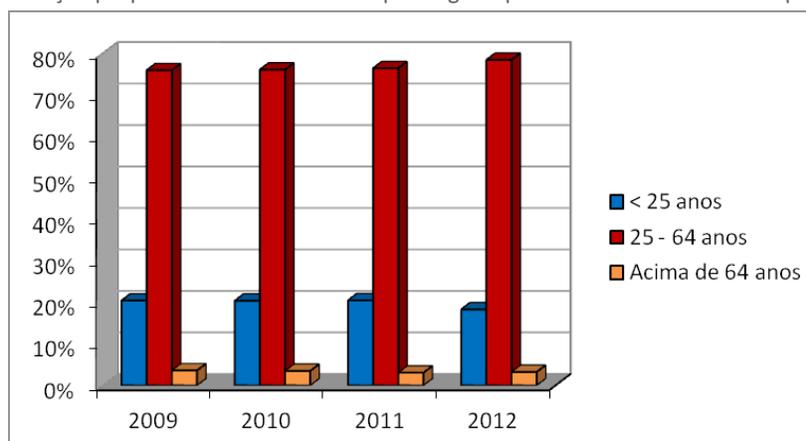
Fonte: SISCOLO, Dez 2013.

*Obs: A partir do ano de 2012, a faixa etária de análise mudou de 25 a 59 para 25 a 64 anos.

Com o intuito de uniformizar o cálculo e permitir a avaliação da série histórica, padronizamos a meta atual de 75% de cobertura também para os anos anteriores.

Uma grande fragilidade deste indicador é que tem como fonte apenas os exames realizados na rede pública, o que subestima sua cobertura.

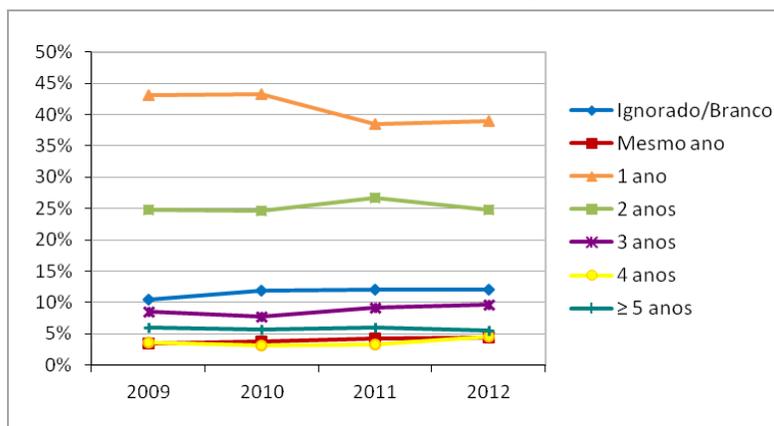
Gráfico 4 - Distribuição proporcional de exames citopatológicos por faixa etária em Florianópolis, 2009 - 2012.



Fonte: SISCOLO, Dez 2013.

Por outro lado, cerca 25% dos exames realizados na rede pública estão fora da população-alvo, conforme se observa no Gráfico 4 e, como mostra o Gráfico 5, a maioria dos exames estão sendo repetidos anualmente e não trienalmente, como recomenda a estratégia de rastreamento.

Gráfico 5 – Periodicidade da realização de exames citopatológicos em Florianópolis, 2009 - 2012.



Fonte: INCA.

Isso significa que muitas mulheres podem estar sendo testadas de forma inadequada, seja em razão da faixa etária ou da frequência do exame, gerando custos desnecessários ao sistema de saúde. E, pior que isto, muitas mulheres não são alcançadas pela estratégia de rastreamento, mesmo fazendo parte da população-alvo.

É necessário que a sociedade e os profissionais de saúde se mobilizem para que as mulheres sejam adequadamente examinadas, pois este é um dos poucos cânceres que podem ser facilmente diagnosticados ainda em suas formas precursoras. ↘

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 “Dez 2013” correspondem aos dados parciais do ano corrente.

NOTAS DA TABELA DE INDICADORES

O indicador *Cobertura de acompanhamento do Programa Bolsa Família*, que constava dos Boletins anteriores, passou a ser monitorado pelo setor de Territorialização e Cadastramento.

* 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. Em 2013, foi aprimorada a estatística para cálculo da série histórica, o que explica a mudança dos valores apresentados, em relação ao Boletim N.1.

** 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 foi possível atualizar a informação devido a problemas no sistema (SI-PNI). Os dados de 2013 correspondem ao consolidado até o mês de Junho. A série histórica dos indicadores da imunização foi recalculada para se adequar aos instrutivos do COAP 2013-2015. As coberturas calculadas pelo PNI, que constavam do Boletim N.1, utilizam a população IBGE e não o SINASC.

**** Não há informações disponíveis. ↙

Nome do Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Dez 2013
% de adultos (≥ 18 anos) que avaliam saúde como ruim	4,1%	3,9%	4,0%	4,3%	4,2%	3,6%	*
Prevalência de Ativ. Física Sufic. no Tempo Livre em 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	12	39
Número de casos de AIDS em menores de 5 anos de idade	2	4	1	1	6	1	0
Taxa de APVP por Causas Externas por mil habitantes	19,7	22,9	19,0	20,3	18,2	17,6	10,5
Taxa de APVP por D. do Ap. Circulatório por mil habitantes	7,8	7,9	7,8	7,4	7,2	7,4	6,8
Taxa de APVP por Neoplasias por mil habitantes	9,9	9,8	9,6	9,4	9,6	10,5	7,6
Taxa de mortalidade Infantil por mil nascidos vivos	7,94	9,93	8,98	9,05	8,43	9,09	5,70
Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelas 4 DCNT**	129,2	131,0	136,5	126,5	262,3	269,5	215,1
Nº de óbitos maternos em determinado período e local	2	0	1	1	2	2	1
Proporção nascidos vivos - mães c 7 ou + consultas de PN	65,3%	66,5%	67,8%	74,3%	70,0%	68,7%	68,7%
Proporção de Partos Normais	48,3%	47,7%	45,6%	44,4%	43,5%	44,7%	46,8%
Proporção de cura dos casos novos (CN) de hanseníase	100,0%	80,0%	83,3%	66,7%	93,3%	83,3%	70,0%
Proporção de cura de CN de TB pulmonar bacilífera	80,2%	55,8%	64,2%	57,1%	62,5%	63,2%	65,7%
Cobertura vacinal com a vacina tetravalente***	88,1%	82,2%	90,7%	86,4%	87,2%	77,6%	77,9%
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	0,0%	1,1%	39,5%	96,1%	100,0%	98,8%	61,4%
Proporção de óbitos maternos investigados	0,0%	0	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Proporção óbitos de mulher em idade fértil investigados	0,0%	0,0%	99,1%	99,3%	98,1%	100,0%	93,2%
Proporção de óbitos não fetais com causa básica definida	98,8%	98,9%	99,7%	98,8%	98,8%	98,7%	99,2%
Proporção de DNCI encerradas oportunamente	75,0%	77,4%	74,5%	87,0%	93,6%	93,8%	96,4%
Número de US notificando violência doméstica	6	5	5	5	4	15	18
Proporção do CBV Criança com coberturas alcançadas***	16,7%	33,3%	33,3%	28,6%	42,9%	14,3%	25,0%
Proporção de exame anti-HIV realizados entre CN de TB	72,0%	75,6%	75,4%	79,6%	82,5%	79,5%	84,7%
Casos de agravos relacionados ao trabalho notificados	77	285	217	322	333	279	295
Proporção de contatos de CN de hanseníase examinados	43,6%	30,6%	42,1%	86,8%	74,5%	88,2%	35,3%
Razão de ex. citopatológicos 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 JANEIRO DE 2014:

MORTALIDADE INFANTIL

SAÚDE DO TRABALHADOR