

EDITORIAL

Neste número, trazemos dois assuntos que envolvem a avaliação da qualidade da atenção à saúde prestada no município: os óbitos evitáveis e as coinfeções crônicas de notificação.

A avaliação da situação de Florianópolis em relação aos óbitos evitáveis deve ajudar a rede municipal de saúde a se apropriar deste indicador, que tem um grande potencial para medir a efetividade das intervenções em saúde em nossa população. Embora tenhamos explorado neste número a mortalidade evitável de modo geral, deve ser dada atenção especial à mortalidade evitável entre 5 e 74 anos de idade, uma vez que este é um dos indicadores do pacto de gestão.

A segunda parte do boletim traz a situação das coinfeções por TB, HIV-Aids e Hepatites Virais em Florianópolis, o que deve contribuir tanto para o planejamento estrutural de nossos serviços como para planejar e monitorar as ações sobre as pessoas acometidas por estes agravos.

O esforço das equipes envolvidas nestes diagnósticos deve ser destacado, e esperamos que as informações sejam úteis aos profissionais de saúde que atuam em nosso município.

GVE

Autores: Ana Cristina Vidor, Caroline Andrade Machado, Celeste Pereira Agostinho, Maria Bernardina Mina, Maria Cristina Itokazu, Mariana Schuh, Maurício de Garcia Bolze, Renata da Silva Cardoso Pereira, Silvia Marani dos Santos Teixeira, Valdete da Silva Sant'Anna, Vinicius Paim Brasil, Zeli Maria de Oliveira Nostrani.

ÓBITOS POR CAUSAS EVITÁVEIS

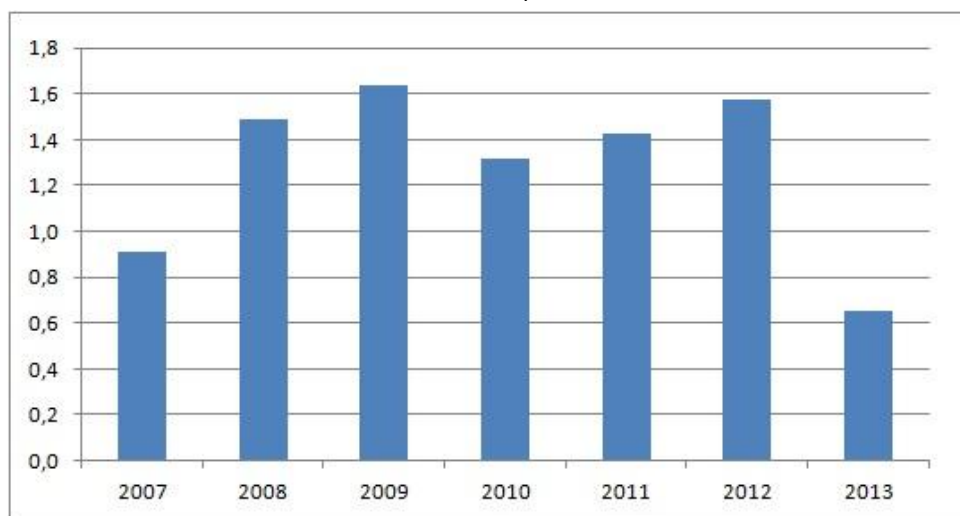
A Mortalidade por Causas Evitáveis (MCEv) começou a ser debatida na década 1970 por um grupo de pesquisadores da Universidade de Harvard-EUA, os quais conceituaram como mortes evitáveis aquelas que poderiam ter sido evitadas pela presença de serviços de saúde efetivos, que pudessem corresponder às necessidades demandadas naquele momento^{1,2}. Sua definição remonta as tentativas de explicar o quanto uma intervenção nas políticas e assistência à saúde serve para reduzir ou evitar que óbitos por determinadas causas ocorressem. Malta (2007) relata ainda que “a identificação desses indicadores pressupõe disponibilidade de evidências acerca de sua porção potencial evitável pela intervenção em saúde, aqui denominada evitabilidade, a qual pode ser modificada em função da produção de novos conhecimentos, da disponibilidade e incorporação de novas práticas e tecnologias em saúde”¹. Este indicador é sensível à qualidade e diversidade da atenção à saúde prestada pelo sistema de saúde, sendo medida de resultado ou impacto dos serviços de saúde.

No Brasil, este conceito e a lista das causas de óbitos evitáveis foram elaborados em 2008, tendo como base as mortes potencialmente evitadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)³. Buscando agregar indicadores mais abrangentes de avaliação da qualidade do sistema de saúde em Florianópolis para orientar estratégias e políticas públicas voltadas à área da saúde, este indicador foi adotado no município em 2013, durante a elaboração do Plano de Municipal de Saúde. Seu uso contribui para a avaliação da efetividade dos diversos níveis de atenção e assistência, auxiliando no planejamento e visando a melhoria contínua de todo o sistema municipal de saúde, além de servir para identificar eventos sentinela sensíveis à qualidade da atenção à saúde¹.

Na maioria dos países, o cálculo considera o número de óbitos por causas evitáveis sobre o total da população, multiplicado por um coeficiente múltiplo de 10.

No gráfico 1 é apresentada a série histórica da taxa de mortalidade por causas evitáveis na população menor de 5 anos.

Gráfico 1: Taxa de mortalidade* por causas evitáveis na população menor de 5 anos. Série histórica de Florianópolis-SC 2007-2013.

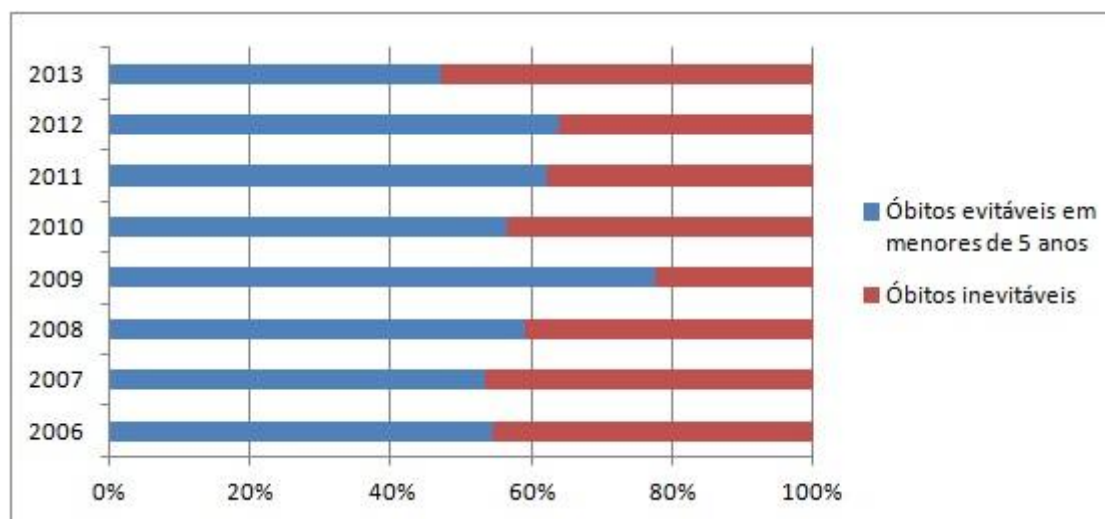


* óbitos evitáveis pop<5anos/pop<5anos*1000

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, Secretaria Municipal de Saúde (SIM/SMS). Florianópolis, 31/07/2014.

No período avaliado, as taxas de óbitos evitáveis em crianças (gráfico 1) mantiveram-se abaixo de 2 óbitos evitáveis por 1.000 crianças menores de 5 anos. As oscilações que ocorreram ao longo da série histórica acompanham as variações da taxa de mortalidade infantil, que também é relativamente baixa no município.

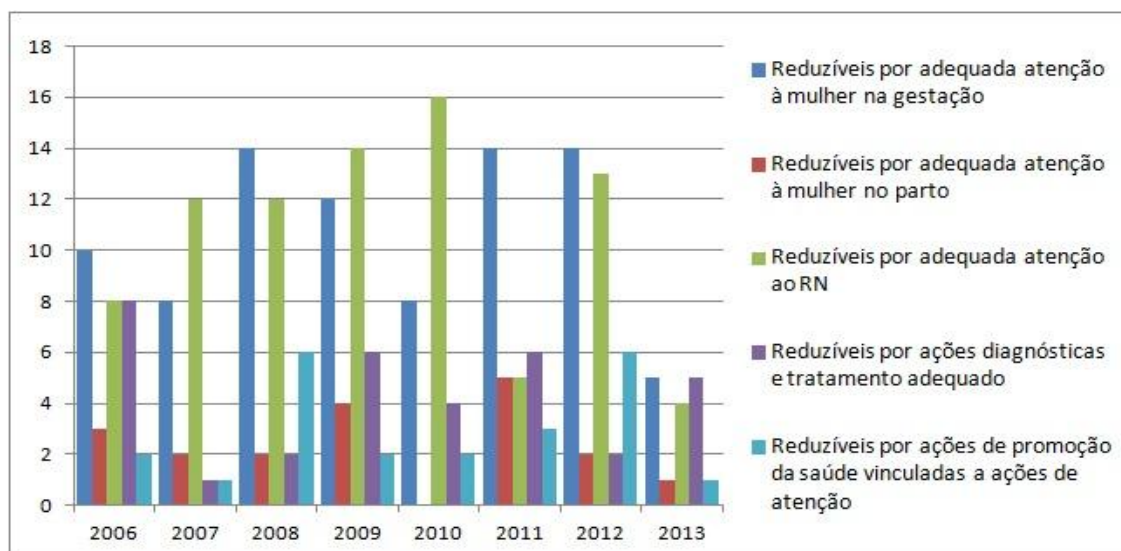
Gráfico 2: Proporção de óbitos por causas evitáveis em relação ao total de óbitos em menores de 5 anos, Florianópolis 2006-2013.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria Municipal de Saúde (SIM/SMS). Florianópolis, 31/07/2014.

Entretanto, a proporção de óbitos evitáveis sobre o total de óbitos ocorridos nesta faixa etária (gráfico 2) variou de 47% a 77% no período, deixando clara a necessidade da qualificação permanente da promoção, proteção e recuperação da saúde na primeira infância em Florianópolis.

Gráfico 3: Óbitos evitáveis segundo categoria de evitabilidade em menores de 5 anos, Florianópolis/2006-2013.

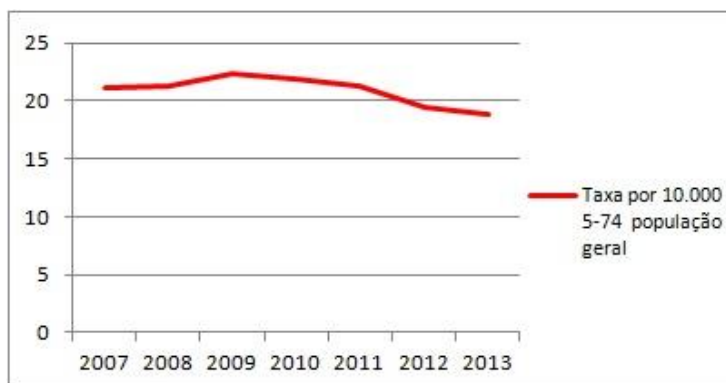


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria Municipal de Saúde (SIM/SMS). Florianópolis, 31/07/2014.

O gráfico 3 demonstra o perfil dos óbitos evitáveis em menores de 5 anos em Florianópolis, segundo classificação da Lista Brasileira de Evitabilidade³. É importante ressaltar que Florianópolis vem apresentando grandes avanços na atenção à infância através do Capital Criança, o que contribuiu em muito para a redução da mortalidade infantil na última década. Porém, reafirma-se a necessidade de avanço na atenção materno infantil, uma vez que atenção à mulher na gestação e atenção ao recém-nascido foram fatores preponderantes na evitabilidade dos óbitos na maioria dos anos estudados.

Quanto à taxa de mortalidade evitável no grupo entre 5 e 74 anos (gráfico 4), indicador avaliado no pacto de gestão, foi observada uma oscilação nos valores, indo de uma taxa de 21,14 por 10.000 habitantes em 2007 para 18,84/10.000 no final de 2013, o que representa uma redução de 11% no período.

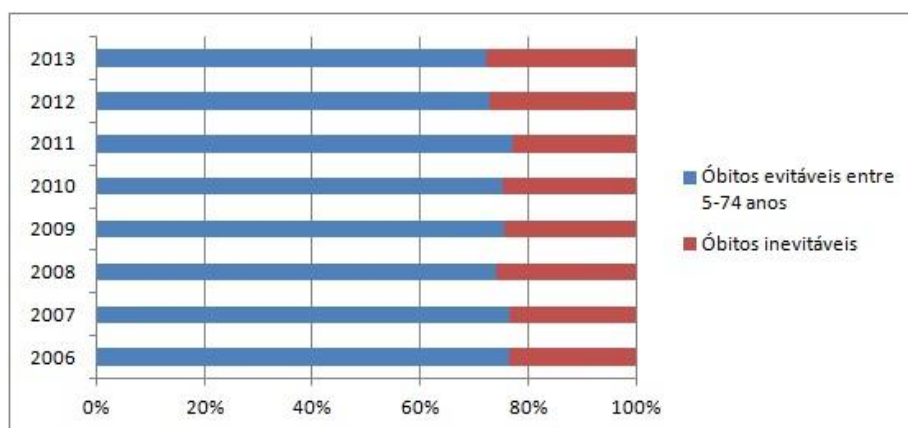
Gráfico 4: Taxa de mortalidade por causas evitáveis na população de 5-74 anos. Série histórica de Florianópolis-SC 2007-2013.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria Municipal de Saúde (SIM/SMS). Florianópolis, 31/07/2014.

A proporção de evitabilidade dos óbitos na faixa etária de 5 a 74 anos ficou acima de 70% em todo o período avaliado (gráfico 5), chamando atenção para a necessidade de reflexão sobre a melhoria no planejamento e na atenção à saúde deste grupo populacional.

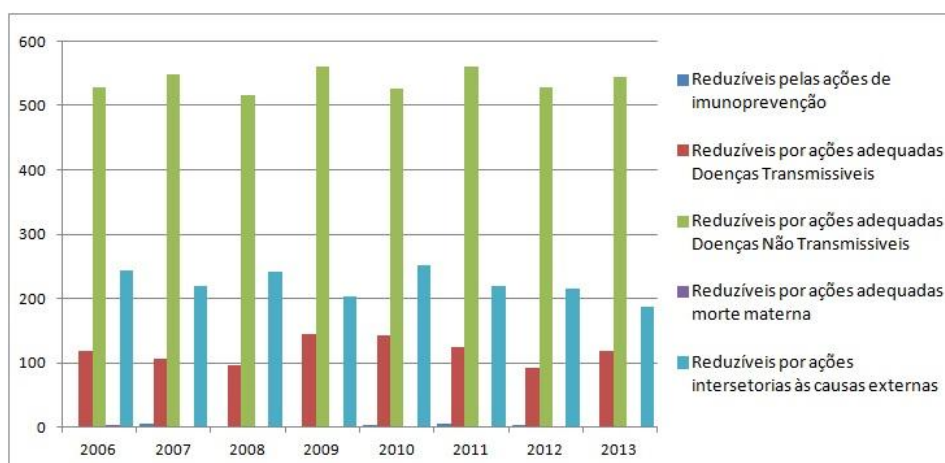
Gráfico 5: Proporção de óbitos por causas evitáveis em relação ao total de óbitos entre 5 e 74 anos, Florianópolis 2006-2013.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria Municipal de Saúde (SIM/SMS). Florianópolis, 31/07/2014.

A melhor compreensão do perfil de mortalidade evitável nesta faixa etária é essencial para embasar as políticas públicas e nortear adequadamente a alocação de esforços e recursos em saúde. As principais categorias de óbitos evitáveis neste grupo etário estão demonstradas no gráfico 6.

Gráfico 6: Óbitos evitáveis segundo categoria de evitabilidade entre 5 e 74 anos, Florianópolis 2006-2013.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria Municipal de Saúde (SIM/SMS). Florianópolis, 31/07/2014.

Destacam-se nesta faixa etária os óbitos reduzíveis por adequada atenção às doenças não transmissíveis (DNT), demonstrando o peso que este tipo de agravo possui nos óbitos da capital catarinense. Chama a atenção ainda o peso que as causas externas apresentaram nesta análise, consolidando este tipo de agravo como o segundo em importância

nos anos avaliados (gráfico 6). Estudo realizado em Florianópolis no ano de 2014 apontou que o risco de morte masculina por causas reduzíveis por ações intersetoriais relacionadas às causas externas é 200% maior do que o risco de morte feminina pelas mesmas causas (RR:3,02 – IC95% 2,65-3,44)². Este dado confirma outras avaliações realizadas anteriormente, as quais afirmaram ser o gênero masculino e por muitas vezes a faixa economicamente ativa e jovem da população, o grupo mais afetado por este tipo de óbito⁷.

A mortalidade evitável parece apropriada para o monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, uma vez que a mensuração de indicadores de causas de morte evitáveis beneficia-se da objetividade, da oportunidade, da facilidade e da disponibilidade continuada de dados, permitindo, por exemplo, análises de tendências temporais e comparações entre regiões e municípios⁵. Este indicador, para a população entre 5 e 74 anos, vem agregar a capacidade de avaliação da qualidade dos serviços de saúde de Florianópolis, e deve ser monitorado constantemente, a fim de apoiar as políticas públicas de promoção e assistência à saúde.

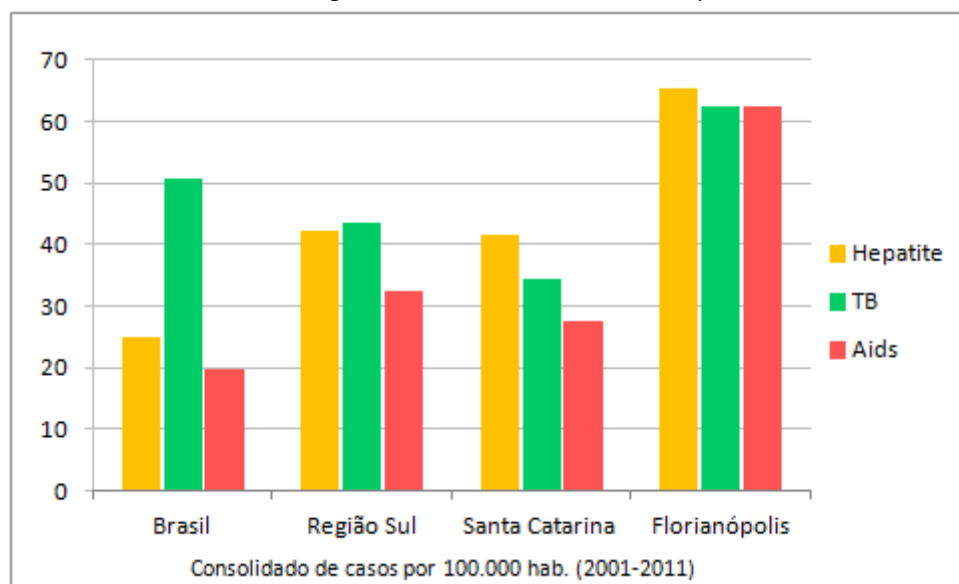
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Malta DC, Duarte EC. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva* 12 (3): 765-776, 2007.
2. Silva, PAF. *Perfil dos óbitos evitáveis e risco de morte evitável em homens do período de 2006 a 2012 no município de Florianópolis*. Trabalho de conclusão de curso-Medicina/UFSC.
3. Malta DC, Sardinha LMV, Moura L, Lansky S, et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol.Serv.Saúde* 19(2): 173-176, abr-jun 2010.
4. *Boletim Epidemiológico nº 1/2014*. Vigilância em Saúde. Florianópolis-SC, fevereiro de 2014.
5. Malta DC et al. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(3):481-491, mar,2010.
6. Schramm JMA et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(4):897-908, 2004.
7. *Boletim Epidemiológico nº 2/2013*. Vigilância em Saúde. Florianópolis-SC, setembro de 2013. [↗](#)

COINFEÇÃO HIV/TB/HEPATITES

A infecção pelo HIV, as hepatites virais e a tuberculose representam as principais doenças infecciosas notificadas em nosso município. Isoladamente, cada uma leva Florianópolis a uma posição de destaque entre as capitais brasileiras, dada sua ocorrência. Em relação à Aids, por exemplo, entre os anos de 1980 e 2013 foram registrados 686.478 casos no Brasil, sendo 64,9% em homens e 35,1% em mulheres. Deste total, 95.516 (13,9%) residiam na região sul, sendo 34.547 no estado de Santa Catarina, o que corresponde a aproximadamente 30% dos casos de toda a região sul (Fig. 1) (BRASIL, 2013a). Em Florianópolis foi registrada a segunda maior taxa de detecção de novos casos de Aids em 2012, com 33,5 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2013a).

Figura 1: Comparativo dos casos de Hepatites Virais, Tuberculose e Aids por 100.000 hab. (2001-2011): Brasil, Região Sul, Santa Catarina e Florianópolis.



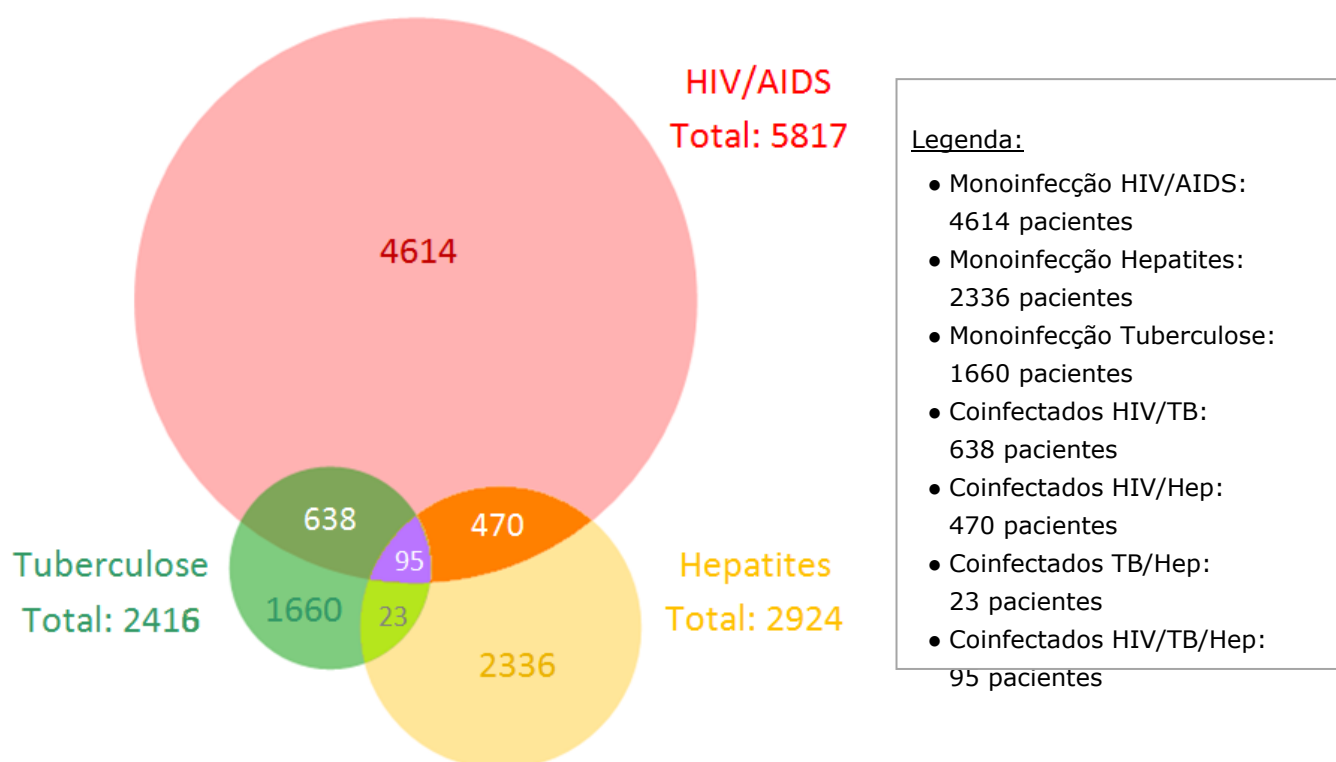
Fonte: DATASUS, 26/08/2014.

Para desenvolver estratégias capazes de impactar na incidência e morbimortalidade associadas a estes problemas é preciso conhecer o comportamento destas doenças no município. Além disso, considerando que estas doenças compartilham determinantes e fatores de risco, e que a sobreposição dos problemas tem grande impacto nos desfechos desfavoráveis à saúde, faz-se necessária a avaliação da magnitude das infecções e das coinfeções em Florianópolis.

Denomina-se coinfeção a situação em que o organismo sofre com duas ou mais doenças ao mesmo tempo. Em pessoas soropositivas para o vírus HIV, as coinfeções dificultam o tratamento, pois debilitam ainda mais a saúde do paciente. Nesse caso, são necessárias estratégias específicas para facilitar o acompanhamento e evitar interações entre os medicamentos, pois com o tratamento adicional podem surgir novos efeitos colaterais. As infecções mais frequentes em soropositivos no Brasil são as hepatites B e C e a tuberculose (TB). Juntas, representam as principais causas de óbito entre as pessoas infectadas pelo HIV. Tendo em vista os custos materiais e sociais acarretados com o diagnóstico da coinfeção, é de extrema importância conhecer as taxas de coinfeção em nosso município para nortear o desenvolvimento de ações que favoreçam a prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento com eficácia, a diminuição da mortalidade e consequentemente a redução dos custos da atenção à saúde da população.

Entretanto, deve ser ressaltada a dificuldade para se retratar esta realidade. A definição da prevalência de HIV/Aids e/ou das hepatites virais em nível municipal desafia os sistemas de monitoramento vigentes no país, que foram criados com o objetivo do acompanhamento da incidência nacional e não contemplam a migração das pessoas no país (mudanças de estado ou município). Além disso, considerando a necessidade de dimensionamento desta população para o planejamento dos serviços de saúde, Florianópolis definiu, em 2010, a infecção pelo HIV como agravo de notificação compulsória, o que só ocorreu no nível nacional em julho de 2014. Desta forma, para realizarmos a análise da situação da capital em relação aos três agravos foi utilizado o cruzamento de diversos bancos de dados: SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), nas versões W (notificações ocorridas até 2006) e Net (notificações ocorridas a partir de 2007), SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos, que gerencia a disponibilização de antirretrovirais), sistema municipal de monitoramento do HIV (cujos primeiros registros são de 2008) e SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade). Desse cruzamento resultou uma lista de pacientes monoinfectados sem registro de óbito ou transferência para outro município para cada agravo, ou seja, a prevalência provável destes agravos em Florianópolis (no caso da tuberculose foram considerados os pacientes acometidos no período estudado). Estas listas foram novamente cruzadas (através do software RECLINK), para identificar o número de pacientes afetados pela coinfeção (presentes em mais de uma lista). O resultado destas análises está representado na figura 2.

Figura 2: Casos de HIV/Aids, hepatites virais, tuberculose e suas coinfeções em Florianópolis, 2014.



Fonte: Gerência de Vigilância Epidemiológica, SMS Florianópolis, 2014.

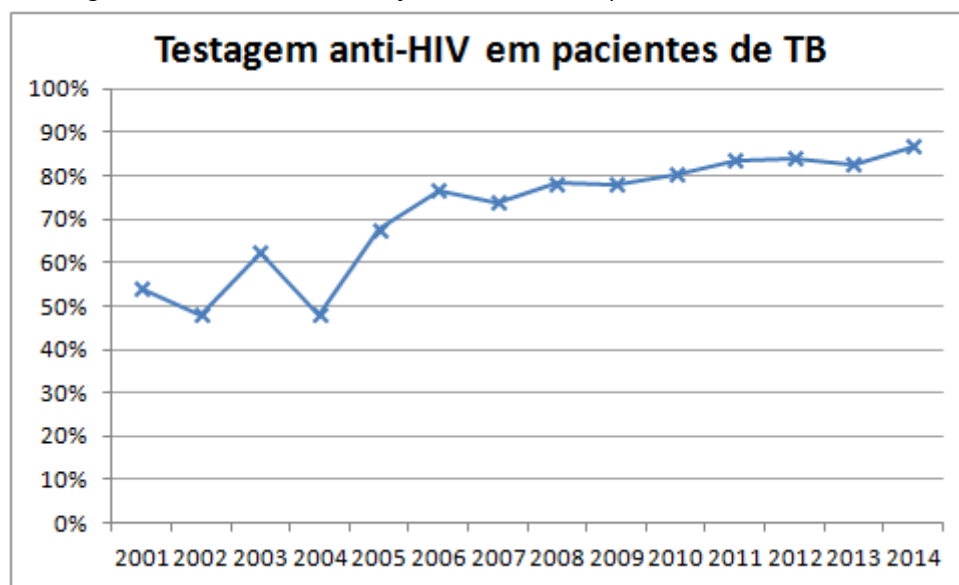
Coinfecção HIV/Aids e Tuberculose

A análise da coinfecção tuberculose/HIV no município de Florianópolis considerou os casos de tuberculose notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2001 e 2014. No período analisado, foi estimada a ocorrência de 2415 casos de tuberculose, dos quais aproximadamente 30,4% (733 casos) apresentavam infecção simultânea com o HIV.

A tuberculose ativa em pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) é a condição de maior impacto na mortalidade por Aids e por TB no país. Por conta disso, todos os pacientes com tuberculose devem ser rastreados para HIV, e todas as PVHA devem ser investigadas para tuberculose ativa ou latente. O rastreamento adequado da coinfecção TB-HIV deve ser considerado marcador de qualidade da atenção a estes pacientes.

Considerando que, frequentemente, o diagnóstico da infecção pelo HIV ocorre durante o curso da TB, o Ministério da Saúde recomenda a testagem oportuna para HIV para todos os portadores de TB. Em Florianópolis, os índices de testagem anti-HIV entre os pacientes em tratamento de TB têm crescido de modo consistente, chegando a 87% para os casos notificados no ano de 2014 (Fig. 3).

Figura 3: Percentual de realização do anti-HIV em pacientes de TB, 2001-2014.



Fonte: Sinan Florianópolis, 2014.

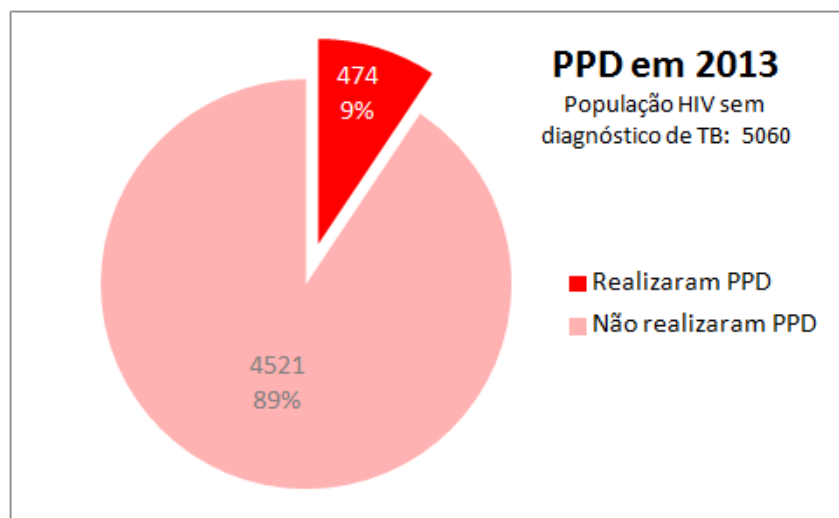
Por outro lado, segundo o Relatório Global de Controle da Tuberculose desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011), as PVHA estão 21 a 34 vezes mais propensas a desenvolver TB ativa quando comparadas à população geral. Por isto, a tuberculose deve ser investigada em todas as consultas da PVHA. A coleta de escarro para baciloscopia, cultura, identificação da espécie e realização de teste de sensibilidade (TS) deve ser insistentemente realizada como rotina de investigação de casos suspeitos de TB, utilizando, quando necessário, o escarro induzido ou broncoscopia. O diagnóstico de TB na pessoa infectada pelo HIV é semelhante ao diagnóstico na população geral. O diferencial está nos sintomas clínicos, pois, nas pessoas infectadas pelo HIV, a forma extrapulmonar é mais frequente do que nas pessoas não infectadas.

O tratamento é o mesmo indicado para a população geral e está disponível na rede pública de saúde. Nas PVHA com diagnóstico de TB, em qualquer forma clínica, é indicado o início do Terapia Antirretroviral (TARV) independentemente do resultado da contagem de linfócitos T CD4+, devido ao elevado risco de óbito nos três primeiros meses de tratamento da TB. Além disso, preconiza-se a realização da contagem de linfócitos T CD4+ se possível em torno do 15º dia do tratamento da tuberculose.

Além da suspeição e adequada investigação da TB nas PVHA, todas as PVHA sem diagnóstico prévio de TB devem ser submetidas à Prova Tuberculínica anualmente, a fim de rastrear a Infecção Latente por TB (ILTb). O tratamento da ILTB em 60% a 90% o risco de adoecimento. Neste sentido, é preconizado o uso de isoniazida por 9 meses em PVHA cuja prova tuberculínica apresente uma leitura de 5 mm ou mais. No município de Florianópolis, a prova tuberculínica é realizada em todas as Policlínicas e na Unidade de Saúde do Saco Grande e segue as orientações contidas na Nota Técnica 003/SMS/DVS/GVE/2014.

Em Florianópolis, da população identificada neste estudo como positiva para o HIV e sem histórico de TB, apenas 9% realizaram a prova tuberculínica no ano de 2013 (Fig. 4).

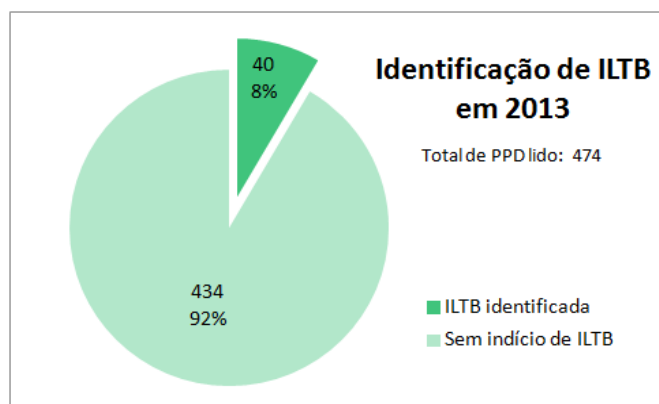
Figura 4: Percentual de realização da prova tuberculínica, 2013.



Fonte: Gerência de Vigilância Epidemiológica, SMS Florianópolis, 2014.

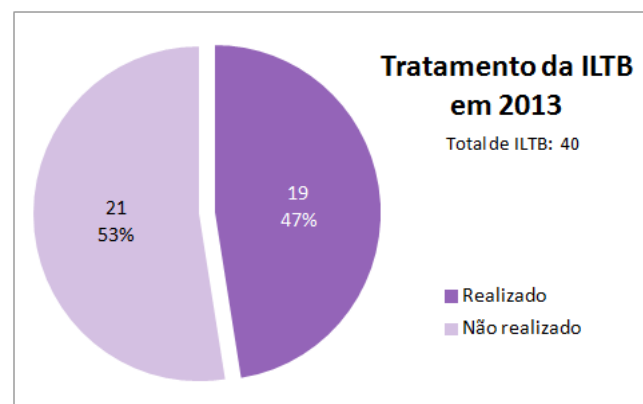
Dentre as PVHA que realizaram a Prova Tuberculínica, foram identificados 40 casos (8%) com alteração no PPD, o que indica o tratamento para Infecção Latente da Tuberculose. No entanto, destes, apenas 19 casos (47%) realizaram o tratamento (Figs. 5 e 6).

Figura 4: Percentual de identificação de ILTB nos pacientes que realizaram PPD, 2013.



Fonte: Gerência de Vigilância Epidemiológica, SMS Florianópolis, 2014.

Figura 5: Percentual de pacientes com ILTB que realizaram tratamento, 2013.



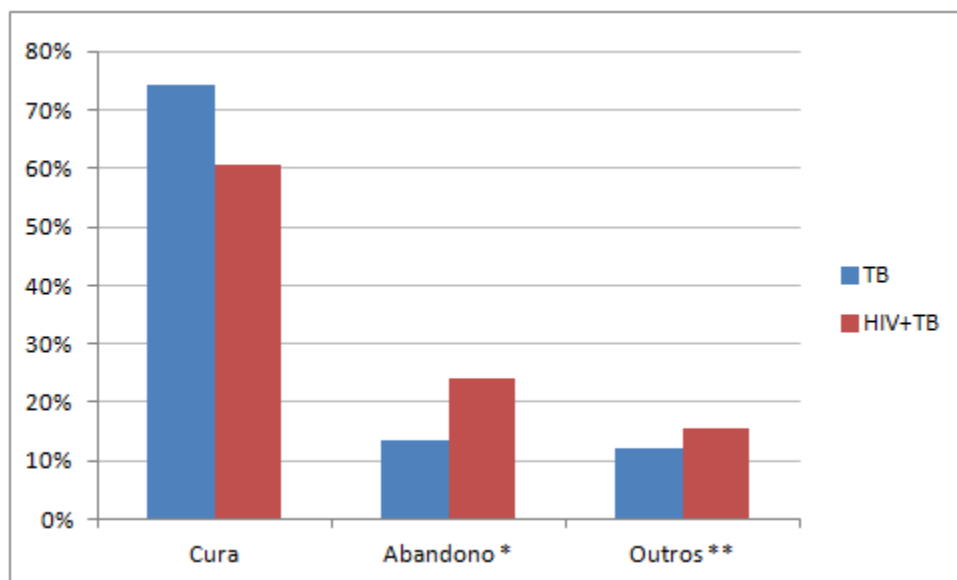
Fonte: Gerência de Vigilância Epidemiológica, SMS Florianópolis, 2014.

Os dados evidenciam que, para diminuir a ocorrência de tuberculose entre as PVHA em Florianópolis, a sensibilização para investigação e tratamento adequado da ILTB ainda é um desafio.

Abandono do tratamento de HIV/Aids e Tuberculose

Caracteriza-se como abandono do tratamento de HIV/Aids a não tomada de medicamentos por um período maior do que 3 meses (BRASIL, 2013b). Quanto à tuberculose, o abandono é caracterizado quando o paciente deixa de tomar os medicamentos por um período maior do que 30 dias (BRASIL, 2011a). Nos coinfectados por HIV/Aids e Tuberculose é frequente o abandono de um dos tratamentos ou ambos devido à quantidade de medicamentos ou aos vários efeitos adversos. Em Florianópolis, foi possível comparar o desfecho do tratamento de Tuberculose para essas duas populações (Fig. 6).

Figura 6: Comparação do encerramento do tratamento de Tuberculose entre mono (Tuberculose) e coinfectados (Tuberculose e HIV/Aids).



* Abandono + Perda de Seguimento

** TBMR + Em branco

Obs.: 183 dos coinfectados Tuberculose e HIV/Aids (25% do total) não puderam ser considerados porque a informação da Tuberculose consta apenas na Ficha de Investigação de Aids e não existe registro de tratamento para a Tuberculose.

Fonte: Sinan Florianópolis, 2014.

A análise relativa ao tratamento da aids não foi possível porque a informação sobre o abandono consta apenas do SICLOM, que é a origem de apenas 18% dos registros da população HIV/Aids considerada aqui.

Coinfecção HIV/Aids e Hepatites B e C

A coinfecção entre o HIV e as hepatites virais apresenta-se como um fator de atenção aos serviços de saúde, considerando que estas infecções apresentam formas de transmissão semelhantes.

Estes dois achados clínicos (hepatite B e C), quando associados a pacientes portadores de HIV/AIDS, por exemplo, podem significar piora no prognóstico, principalmente em relação às dificuldades de manejo clínico e à adesão terapêutica dos pacientes.

Estudo realizado em 2006 no município de Porto Alegre identificou uma prevalência da coinfecção por hepatite B e C em soropositivos pelo HIV superior a registrada na população em geral, identificando uma prevalência de 4,6% para hepatite B e 38,2% na hepatite C neste grupo de estudo (TOVO et al., 2006).

Considerando a análise da coinfecção pelo HIV e hepatites, Florianópolis apresentou uma prevalência de 9,7% de todos os casos, o que corresponde a 565 notificações no período. É necessário que os profissionais estejam atentos à possibilidade de coinfecção e não percam a oportunidade de testar os pacientes simultaneamente para hepatites e HIV, uma vez que os riscos de contaminação são frequentemente compartilhados por estas doenças.

Lembramos ainda que a sorologia para hepatites A e B faz parte da avaliação inicial de todo portador de hepatite C crônica. Uma vez constatada a sorologia negativa, os pacientes devem receber as vacinas contra hepatite A e contra hepatite B (ver recomendações de Imunobiológicos Especiais)

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica nº 421/2012 CQV/D-DST-AIDS-HV/SVS/MS orienta quanto à disponibilização e indicação de uso da rifabutina*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Aids e DST - 2013 nº 01*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

TOVO, C. V. et alli. Prevalência ambulatorial em um hospital geral de marcadores para hepatites B e C em pacientes com infecção pelo vírus. *Arq Gastroenterol*. v. 43- nº 2 abr-jun 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global tuberculosis control 2011*. WHO: Geneva, Switzerland, 2011. [↙](#)



MONITORAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE

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

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

NOTAS DA TABELA DE INDICADORES

As informações referentes ao ano de 2014 são parciais (janeiro a julho).

NR Nenhum caso registrado.

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

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

*** Não há informações disponíveis.

Nome do Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
% de adultos (≥ 18 anos) que aval. saúde como ruim	4,1%	3,9%	4,0%	4,3%	4,2%	3,6%	4,9%	*
Prevalência Ativ. Física Sufic. no Tempo Livre (adulto)	27,5%	28,9%	32,8%	32,9%	32,1%	33,1%	43,9%	*
Prevalência de Tabagismo em Adultos	18,4%	15,8%	18,2%	16,0%	13,3%	13,6%	12,4%	*
Prevalência de Diabetes Mellitus	6,1%	4,9%	5,6%	6,5%	6,2%	7,3%	5,5%	*
Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica	20,6%	22,1%	20,5%	22,3%	20,6%	21,7%	20,5%	*
Prevalência de Obesidade	11,3%	11,4%	13,0%	14,3%	15%	15,7%	15,4%	*
Incidência de Sífilis Congênita	9	4	7	10	12	13	42	38
Número de casos de AIDS em < 5 anos de idade	2	4	1	1	6	1	0	0
Taxa de APVP por Causas Externas por mil habitantes	19,7	22,9	19,0	20,3	18,2	17,6	14,7	8,6
Taxa de APVP por D. do Ap. Circulatório por mil hab.	7,8	7,9	7,8	7,4	7,2	7,4	7,9	4,2
Taxa de APVP por Neoplasias por mil habitantes	9,9	9,8	9,6	9,4	9,6	10,5	9,9	6,7
Taxa de mortalidade Infantil por mil nascidos vivos	7,94	9,93	8,98	9,05	8,43	9,09	5,20	11,9
Taxa de mortalid. premat. (<70 anos) pelas 4 DCNT**	129,2	131,0	136,5	126,5	262,3	269,5	256,4	170,6
Nº de óbitos maternos em determ. período e local	2	0	1	1	2	2	2	0
Proporção nasc. vivos - mães c 7 ou + consultas de PN	65,3%	66,5%	67,8%	74,3%	70,0%	68,7%	68,8%	69,3%
Proporção de Partos Normais	48,3%	47,7%	45,6%	44,4%	43,5%	44,7%	46,5%	48,4%
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase	100,0%	80,0%	83,3%	66,7%	93,3%	83,3%	70,0%	70,0%
Proporção de cura de CN de TB pulmonar bacilífera	80,2%	55,8%	64,2%	57,1%	62,5%	63,2%	67,6%	52,6%
Cobertura vacinal com a vacina tetravalente	88,1%	82,2%	90,7%	86,4%	87,2%	77,6%	75,6%	72,7%
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	0,0%	1,1%	39,5%	96,1%	100,0%	98,8%	66,7%	58,8%
Proporção de óbitos maternos investigados	0,0%	0	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	50,0%	NR
Proporção óbitos de mulh. em id. fértil investigados	0,0%	0,0%	99,1%	99,3%	98,1%	100,0%	82,4%	70,2%
Proporção de óbitos ã fetais c/ causa básica definida	98,8%	98,9%	99,7%	98,8%	98,8%	98,7%	99,1%	98,4%
Proporção de DNCl encerradas oportunamente	75,0%	77,4%	74,5%	87,0%	93,6%	93,8%	96,6%	94,0%
Número de US notificando violência doméstica	6	5	5	5	4	15	18	27
Proporção do CBV Criança com coberturas alcançadas	16,7%	33,3%	33,3%	28,6%	42,9%	14,3%	25,0%	12,5%
Proporção de exame anti-HIV real. entre CN de TB	72,0%	75,6%	75,4%	79,6%	82,5%	79,5%	78,4%	79,0%
Casos de agravos relacion. ao trabalho notificados	138	476	387	565	582	558	766	440
Proporção de pacientes HIV+ 1º CD4 < 200 cel/mm ³	***	***	***	***	26,0%	27,0%	20,6%	***
Proporção de contatos de CN de hanseníase examin.	43,6%	30,6%	42,1%	86,8%	89,5%	88,0%	66,7%	7,4%
Razão de ex. citopatológ. do colo do útero (♀ 25 a 64)	***	0,42	0,45	0,41	0,45	0,45	0,35	0,15
Razão de mamografias de rastreamento (♀ 50 a 69)	***	0,00	0,09	0,24	0,29	0,28	0,25	0,16
Número de testes de sífilis por gestante	***	1,9	1,5	1,2	2,3	2,6	3,1	2,8



**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