

EDITORIAL

Outubro Rosa e Novembro Azul: oportunidade de revisão das vulnerabilidades na saúde da mulher e na saúde do homem

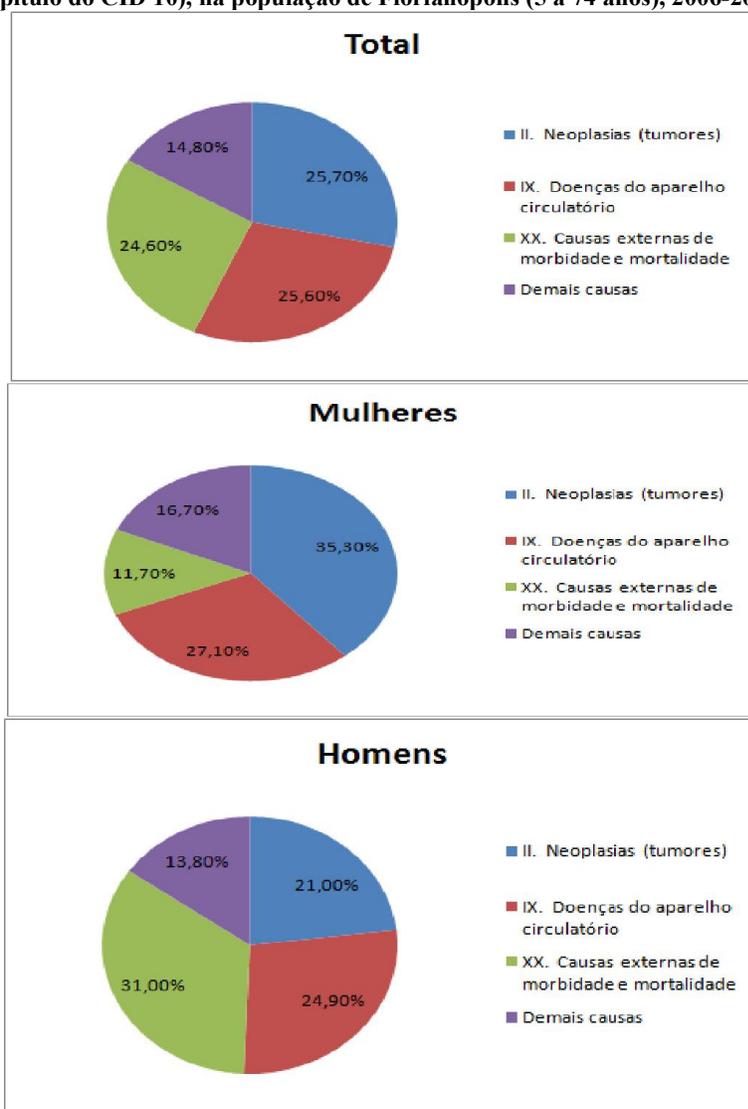
Uma das medidas de vulnerabilidade e necessidade de adequação dos cuidados à saúde é a mortalidade por causas evitáveis, definida como “mortes preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época” (Malta DC, 2011). Além de apoiar o diagnóstico da efetividade das intervenções em saúde sobre uma população, este indicador pode auxiliar a identificar as diferenças desta efetividade entre homens e mulheres. Em tempos de campanhas de prevenção abordaremos, neste boletim, duas das principais neoplasias que acometem as mulheres: câncer de colo de útero e câncer de mama) e as mortes por causas externas entre os homens, com destaque para o suicídio e tentativa de suicídio.

Autores: Ana Cristina Vidor, Ana Paula Kliass Machado, Camila Boff, Camila Mariano Fernandes, Cláudia Valéria Carriola Bressan, Francimar Furukawa Barreto, Janaina dos Santos Silva, Lizana Arend Henrique, Maria Cristina Itokazu, Maurício de Garcia Bolze, Nilcéia Antunes.

DIFERENÇAS DE RISCO ENTRE HOMENS E MULHERES

Embora as neoplasias, as doenças do aparelho circulatório e as causas externas sejam igualmente importantes no geral dos óbitos evitáveis entre os moradores de Florianópolis, a análise segundo os gêneros destacou **neoplasias como responsáveis por mais de um terço dos óbitos evitáveis entre as mulheres e as causas externas como responsáveis por 31% dos óbitos evitáveis entre os homens** (figura 1).

Figura 1. Mortalidade proporcional por causas evitáveis, de acordo com a causa (capítulo do CID 10), na população de Florianópolis (5 a 74 anos), 2006-2016.



Fonte: SIM/Florianópolis, 12/09/2016.

A POPULAÇÃO FEMININA E AS NEOPLASIAS

O acompanhamento da ocorrência, características e fatores associados aos casos de câncer no país é realizado pelo Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), uma estratégia do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Em Florianópolis, este registro é realizado em cooperação entre a Secretaria Municipal de Saúde, através da Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE), e o Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON). A estratégia de trabalho envolve a pesquisa e a análise de casos de câncer através da busca ativa de informações em registros hospitalares, registros laboratoriais (patologia e citologia), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e outros sistemas e fontes de informações relacionadas.

As buscas do RCBP-Florianópolis registraram, entre 2008 e 2012, 7.647 casos de câncer em mulheres, dos quais 1.290 (16,9%) eram câncer de mama e 486 (6,36%) câncer de colo uterino, problemas que ganham destaque durante o “Outubro Rosa”.

Em Florianópolis, o Câncer de Mama ocupa o primeiro lugar na mortalidade por câncer entre as mulheres, seguido pelos cânceres do aparelho respiratório (especialmente de pulmão) e do aparelho intestinal¹.

Câncer de Mama

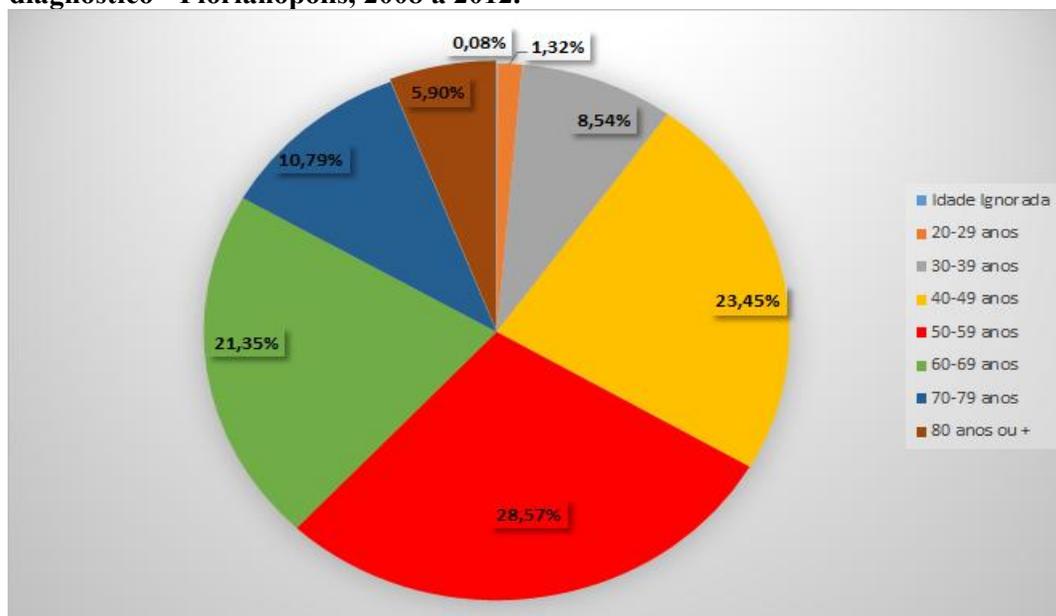
O Câncer de Mama representa um grave problema de saúde pública em todo o mundo pela sua alta incidência, morbidade e mortalidade, além do elevado custo do tratamento. É o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais frequente entre as mulheres. Sua incidência vem crescendo em todo o mundo, em todas as idades, principalmente em pacientes mais idosas. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa para os anos de 2016/2017 no Brasil será de 57.960 novos casos. Acredita-se que esse aumento na incidência seja decorrente de um maior aprimoramento do diagnóstico do câncer, das mudanças no estilo de vida e na história reprodutiva das mulheres. **Para Florianópolis, a projeção é de 180 casos novos em 2016, uma taxa bruta de incidência de 80,4 casos para cada 100 mil mulheres².**

Normalmente a idade no diagnóstico está relacionada ao prognóstico da doença, pois o grau histológico das mais jovens é usualmente mais alto quando comparado ao das mais velhas. Em relação à história familiar, maior frequência de casos de câncer de mama em parentes de primeiro grau é descrita em mulheres mais jovens. O gráfico 1 traz a distribuição dos casos de câncer de mama por faixa etária no momento do diagnóstico em Florianópolis.

¹Fonte: SIM-Florianópolis, 09/2016.

²<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/tabelaestados.asp?UF=SC>

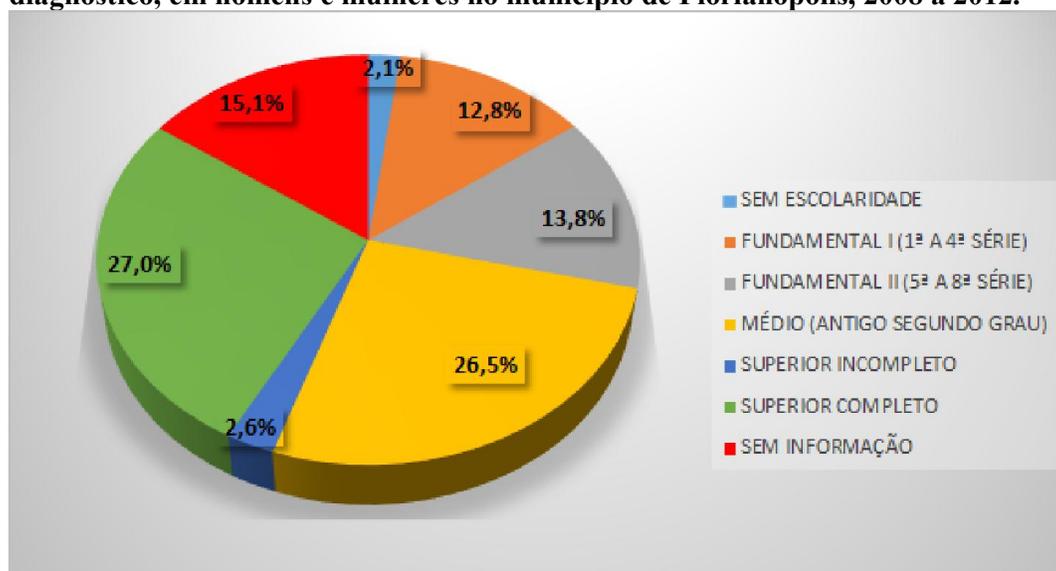
Gráfico 1. Distribuição dos casos de câncer de mama, segundo faixa etária no diagnóstico - Florianópolis, 2008 a 2012.



Fonte: RCBP - Florianópolis-SC, 28/09/16.

Florianópolis está em entre as capitais brasileiras com maior IDH (Índice de Desenvolvimento Humano). Isso reflete na alta escolaridade das mulheres portadoras de câncer de mama, indo de encontro com o quadro do país, onde a baixa escolaridade faz parte do perfil da mulher com câncer mamário (gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição dos casos de câncer de mama, segundo escolaridade ao diagnóstico, em homens e mulheres no município de Florianópolis, 2008 a 2012.



Fonte: RCBP - Florianópolis-SC, 28/09/16.

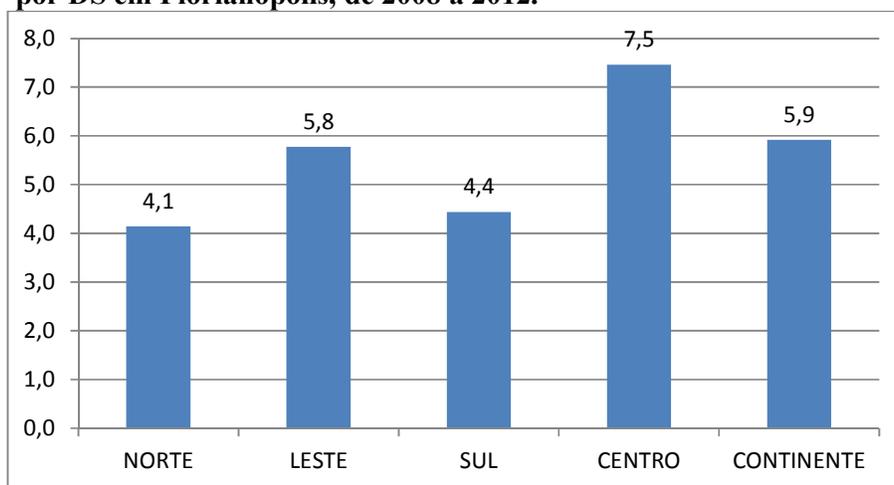
Em relação aos principais riscos para desenvolvimento do câncer de mama estão aqueles ligados à idade (o risco aumenta progressivamente com a idade), os genéticos (mutações de determinados genes de transmissão familiar), endócrinos (especialmente exposição prolongada a estrógenos, seja natural –

menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, não-amamentação – ou artificial – terapia de reposição hormonal, uso de contraceptivos orais); ambientais e comportamentais (exposição a radiações ionizantes, consumo de bebida alcoólica, obesidade).

Acredita-se que a adoção de hábitos de vida saudáveis e o incentivo à amamentação possam reduzir em até 28% o risco de desenvolvimento deste câncer.

O gráfico 3 traz a taxa de incidência de câncer de mama por Distrito Sanitário (DS) em Florianópolis no período avaliado. As diferenças observadas possivelmente são reflexo da diferença etária da população feminina de cada DS.

Gráfico 3: Taxa de Incidência do câncer de mama, por 1000 mulheres, por DS em Florianópolis, de 2008 a 2012.



Fonte: RCBP - Florianópolis-SC, 28/09/16.

A identificação oportuna dos casos também é importante uma vez que, com o diagnóstico precoce, muitos casos são curáveis. Por outro lado, a avaliação crítica da efetividade dos programas de rastreamento é essencial para propiciar os ajustes necessários à sua indicação e aplicabilidade.

O carcinoma *in situ* (câncer não invasivo) é o primeiro estágio em que o câncer não-hematopoético pode ser classificado. Nesse estágio, as células cancerosas estão somente na camada da qual elas se desenvolveram e ainda não se espalharam para outras camadas do órgão de origem. A maioria dos cânceres *in situ* é curável se for tratada antes que progrida para a fase invasiva. Nesta fase, o câncer invade outras camadas celulares do órgão e ganha a capacidade de se disseminar para outras partes do corpo. Dos casos de câncer de mama identificados em Florianópolis entre 2008 e 2012, 88,3% já estavam em estágio invasivo, indicando o desafio da organização do sistema de saúde para diminuição da mortalidade por câncer de mama.

Câncer de Colo de Útero

O Câncer de colo de útero ocupa o décimo lugar em mortalidade por câncer entre as mulheres em Florianópolis, com 5,5 óbitos para cada 100.000 mulheres em 2015³. Entretanto, este número não pode ser subvalorizado, visto que o câncer de colo de útero é um dos poucos com grande possibilidade de diagnóstico em estágio bem precoce, com alta probabilidade de cura.

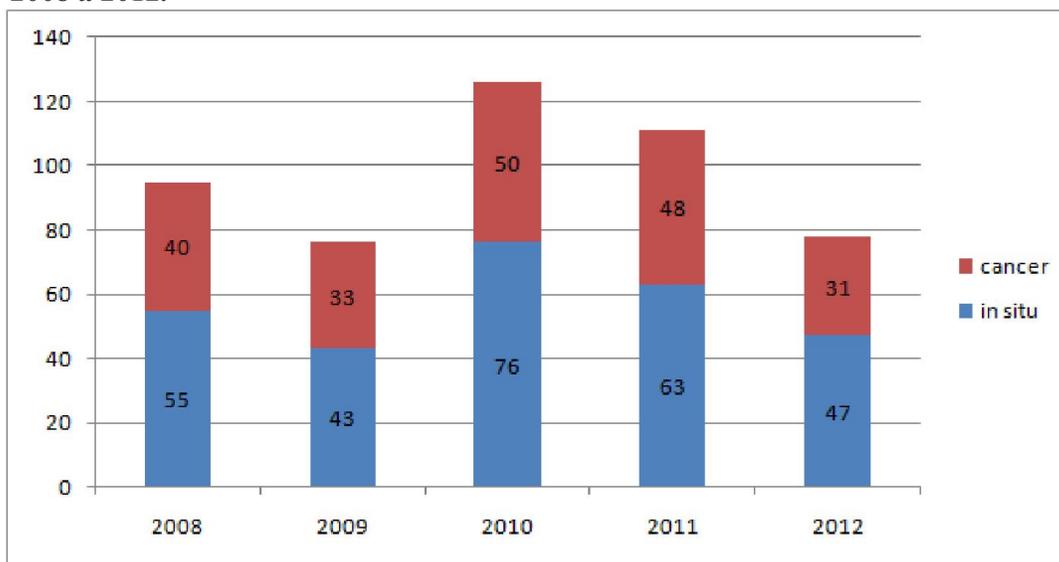
Também conhecido como tumor cervical, é um câncer que se apresenta a partir de células normais do colo do útero que sofrem alterações, gradualmente se transformam em células pré-cancerosas e não são tratadas a tempo.

Vários fatores são considerados de risco para sua ocorrência: multiplicidade de parceiros, idade precoce na primeira relação sexual, multiparidade e história de infecções sexualmente transmissíveis, como infecção por HPV. Alguns outros fatores têm sido sugeridos, embora seu papel ainda não seja conclusivo: tabagismo, alimentação pobre em alguns nutrientes (principalmente vitamina C, beta caroteno e folato) e o uso de anticoncepcionais.

Um grande desafio no diagnóstico do câncer de colo de útero, além da intervenção nos fatores que afetam seu aparecimento, é o diagnóstico precoce dos casos. Na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados no Brasil eram da doença invasiva, ou seja: o estágio mais agressivo da doença. Atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada in situ, que é uma lesão altamente localizada e com excelente possibilidade de cura.

Em Florianópolis, dos 486 casos de câncer de colo de útero identificados entre 2008 e 2012, 202 (41,6%) foram classificados como invasivos e 284 (58,4%) in situ no momento do diagnóstico.

Gráfico 4: Casos de câncer de colo uterino segundo tipo histológico. Florianópolis, 2008 a 2012.

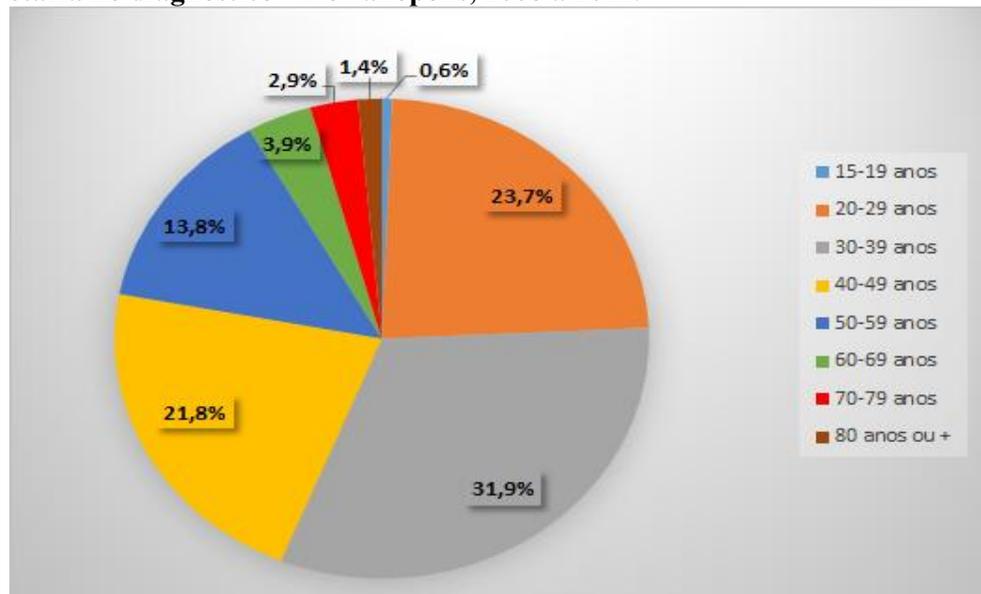


Fonte: RCBP - Florianópolis-SC, 28/09/16.

Apesar de não considerar os últimos 4 anos, é importante destacar que a proporção de diagnóstico de câncer in situ ficou estável, em torno de 60% dos casos, ao longo de todo o período avaliado. Por outro lado, o incremento da cobertura da APS do município no mesmo período foi de aproximadamente 25%⁴, evidenciando a necessidade de reflexão sobre o potencial de incremento do diagnóstico precoce de câncer de colo de útero em Florianópolis nos últimos anos.

Aproximadamente 91,2% das mulheres com diagnóstico de câncer no período avaliado tinham entre 20 e 59 anos no momento do diagnóstico. Por outro lado, 3 casos de câncer foram diagnosticados antes dos 20 anos de idade e 40 (8,8%) casos de câncer foram diagnosticados acima dos 60 anos. O acompanhamento desta distribuição, bem como a avaliação de co-existência de fatores de risco nestes casos é essencial para aperfeiçoamento dos programas de rastreamento, sendo alvo das próximas avaliações do RCBP.

Gráfico 5: Distribuição dos casos de câncer de colo uterino, segundo faixa etária no diagnóstico - Florianópolis, 2008 a 2012.

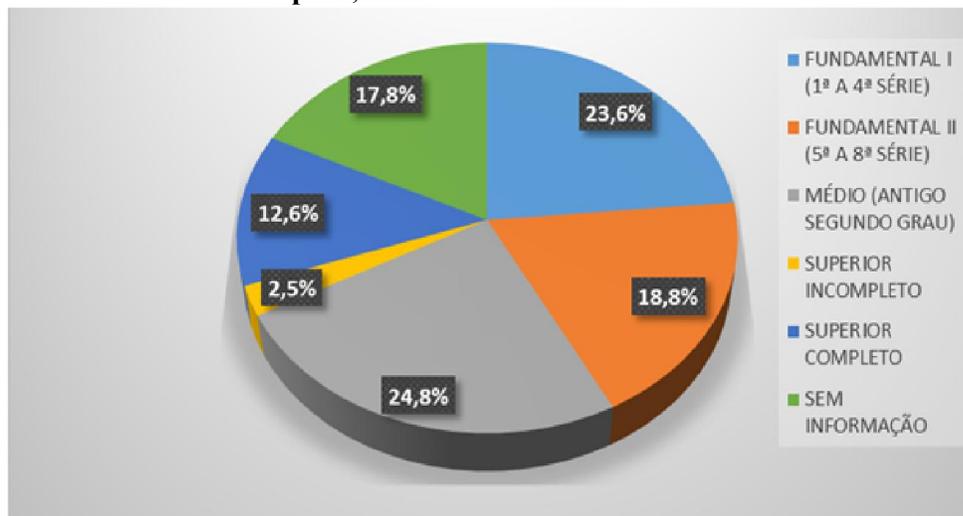


Fonte: RCBP - Florianópolis-SC, 28/09/16.

Em relação ao grau de instrução, 42,4% das mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero no período avaliado tinham até o ensino fundamental, embora esta informação fosse desconhecida para quase 18% dos casos.

⁴http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

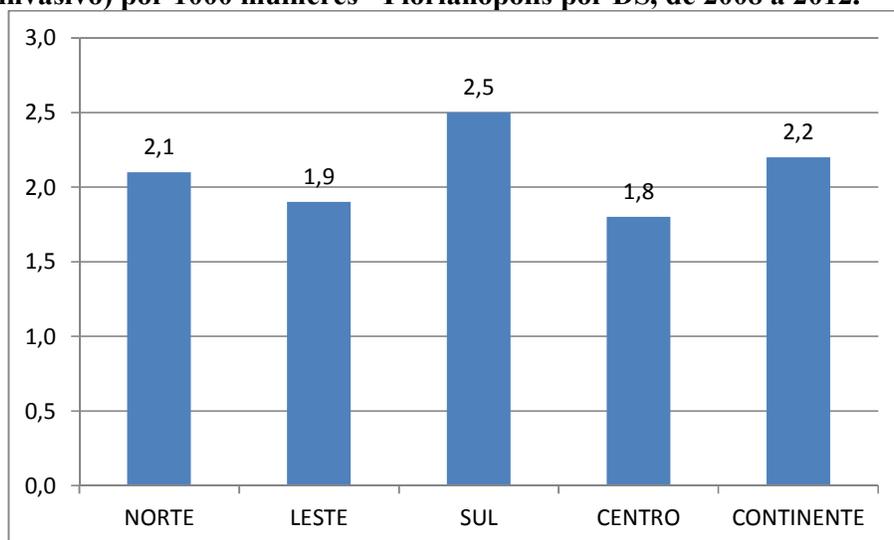
Gráfico 6: Distribuição dos casos de câncer de colo uterino, segundo escolaridade - Florianópolis, 2008 a 2012.



Fonte: RCBP - Florianópolis-SC, 28/09/16.

Distribuindo estes números por Distritos Sanitários do município de Florianópolis em 2008 a 2012, se observa que a maior incidência foi no Sul (113 casos) e a menor no Leste com 72 casos diagnosticados com câncer de colo do útero.

Gráfico 7: Taxa de Incidência de câncer de colo de útero (in situ e invasivo) por 1000 mulheres - Florianópolis por DS, de 2008 a 2012.



Fonte: RCBP - Florianópolis-SC, 28/09/16.

É importante ressaltar que o Câncer de colo do útero, quando tratado precocemente, tem um bom prognóstico. O Ministério da Saúde preconiza que toda mulher entre 25 e 64 anos de idade, que já iniciou sua vida sexual, deve se submeter ao exame preventivo, com periodicidade anual inicialmente; após dois exames consecutivos com resultados negativos para displasia ou neoplasia do colo do útero, a periodicidade recomendada passa para trianual.

Referências bibliográficas

- CASARIN, M.R.; PICCOLI, J. da C.E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. *Ciênc. saúde coletiva* vol.16 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000029>. Acesso em 28 de set de 2016.
- Souza AF; Costa LHR. Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem, *Revista Brasileira de Cancerologia* 2015; 61(4): 343-350. Acesso em: 28 de set. 2016.
- Instituto Nacional do Câncer - INCA. Colo do útero. [SITE]. 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao>. Acesso em: 28 de set. 2016.
- LEITE F.M.C, AMORIN M.H.C, NASCIMENTO L.G.D, MENDONÇA M.R.F, GUEDES N.S.A, TRISTÃO K.M. Mulheres submetidas à coleta de Papanicolaou: perfil socioeconômico e reprodutivo-Rev bras pesquisa em saúde 2010;12(1):57-62.
- RAMOS A.S, PALHA P.F, COSTA J.M.L, SANTANNA S.C, Lenza N.F.B. Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto à realização do exame preventivo de Papanicolaou Rev Latino-Am Enfermagem. 2006;14(2):170-4.
- THULER L.C.S; BERGMANN A.; CASADO L. Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(3): 351-357. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/04_artigo_perfil_pacientes_cancer_colo_uterio_brasil_2000_2009_estudo_base_secundaria.pdf>. Acesso em: 28 de set. 2016.
- GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.51, n.3, p.227- 23, 2005.
- LAUTER, D. S.; et al. Câncer de mama: estudo caso controle no Sul do Brasil. *Revista Ciência & Saúde*, v.7, n.1, p.19-26, 2014.
- LEITE, F. M. C.; et al. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. *Acta Paul Enfermagem*, v.25, n.2, p.211-7, 2012.
- MAKLUF, A. S. D.; DIAS R. C.; BARRA A. A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.52, n.1, p.49-58, 2006.
- OLIVEIRA JUNIOR, F. J. M.; CESSE, E. A. P. Morbi-mortalidade do câncer na cidade do Recife na década de 90. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.51, n.3, p.201-208, 2005.
- PAULINELLI, R. R.; JUNIOR R. F.; CURADO M. P.; SOUZA A. A. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil* vol.3 no.1 Recife Jan./Mar. 2003
- RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: Conhecer para intervir. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.56, n.4, p.431-441, 2010.
- SILVA, C. A. L. O.; et al. Prevalência de fatores associados ao câncer entre alunos de graduação nas áreas da saúde e ciências biológicas. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.56, n.2, p.243-249, 2010.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf>. Acesso em: 29 set. 2016.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. População de 2015. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2015_index.php>. Acesso em 29 set. 2016.

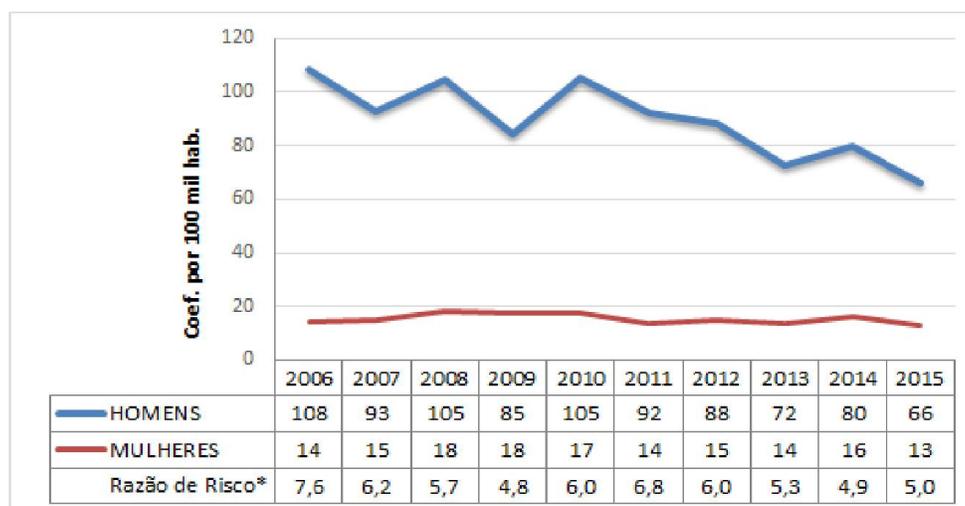
MORTALIDADE MASCULINA: IMPACTO DAS CAUSAS EXTERNAS

As diferenças de morbi-mortalidade entre homens e mulheres são amplamente conhecidas: os homens morrem mais cedo, morrem principalmente por causas externas (acidentes e violências), são mais suscetíveis às doenças cardiovasculares e procuram menos os serviços de saúde. O reconhecimento deste quadro evidencia a urgência em pautar, nas políticas públicas, a saúde integral do homem. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde apresentou, em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem (PNAISH), que tem como foco a atenção à saúde masculina no grupo etário de 20 a 59 anos. A intenção é possibilitar o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.

Em Florianópolis, as taxas de mortalidade dos homens são consistentemente maiores do que as das mulheres: a razão entre os coeficientes de mortalidade por 100.000 habitantes de homens e de mulheres variou de 1,35 a 1,24 entre 2006 e 2015. Essa diferença é maior ainda quando consideramos apenas os óbitos por causas evitáveis, Neste caso, a razão variou de 2,07 a 1,94 no mesmo período.

No grupo das causas externas, inclui-se as lesões ou quaisquer outros agravos à saúde, intencionais ou não – de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena, como as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente, e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação).

Gráfico 8: Coeficiente (por 100 mil habitantes) de mortalidade segundo ano de óbito e sexo e razão de risco de mortalidade por causas externas - Florianópolis, 2006-2015.



Fonte: IBGE, SIM-Florianópolis, 26/09/16.

* coeficiente total (homens) / coeficiente total (mulheres)

Os coeficientes de mortalidade por causas externas em Florianópolis (gráfico 8) se mostram muito mais elevados entre o sexo masculino. Apesar queda nas taxas de mortalidade relacionadas ao sexo masculino a partir de 2011, em média, para cada óbito de mulher, 5 homens morrem por causa externa em Florianópolis.

Na faixa etária de 60 a 74 anos, apenas 6% dos óbitos por causas evitáveis em homens são devidos a causas externas; essa proporção atinge 93% na faixa dos 10 aos 19 anos. Também entre as mulheres, o risco de morrer por causas externas é 17 vezes maior entre as crianças e jovens (Tabela 1).

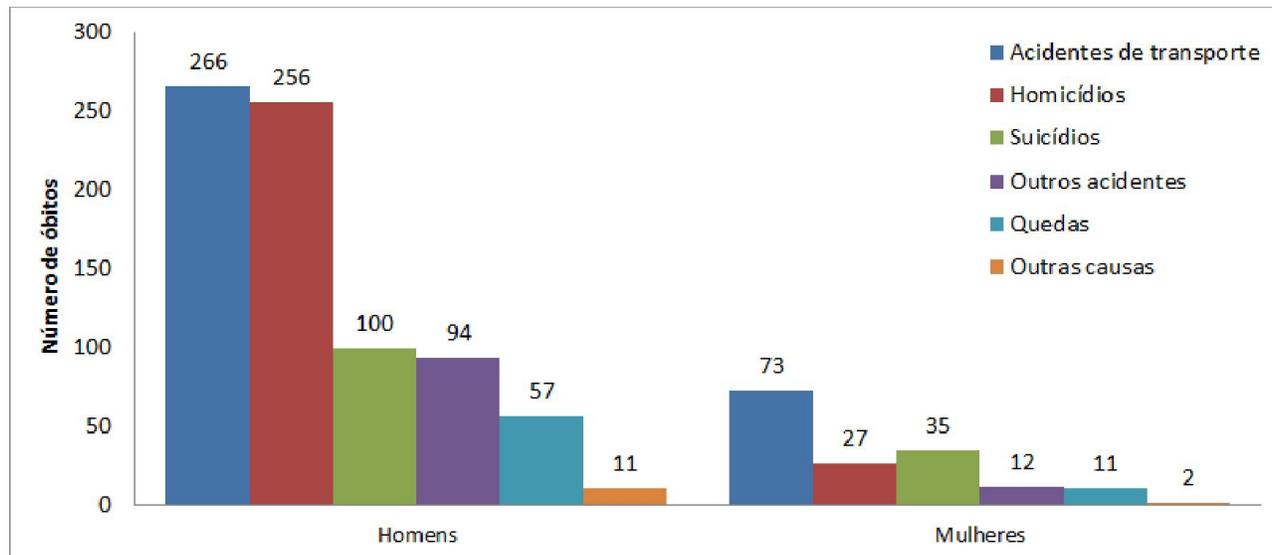
Tabela 1: Proporção (%) e razão de proporção (RP) com intervalo de confiança de 95% (IC95%), de óbitos por causas externas, segundo variáveis sociodemográficas e sexo. Florianópolis, 2006-2016:

Idade	Masculino			Feminino		
	%*	RP	IC95%	%	RP	IC95%
05-09a	45	7,18	4,32-11,96	67	17,27	10,75-27,78
10-19a	93	14,87	12,68-17,45	67	17,44	12,70-23,95
20-39a	73	11,72	9,99-13,75	37	9,60	7,24-12,74
40-59a	22	3,52	2,95-4,19	9	2,39	1,75-3,27
60-74a	6	1		4	1	
Cor da Pele/Raça						
Branca	30	1		12	1,70	1,03-2,80
Preta	35	1,18	1,03-1,35	7	1	
Parda/Outros	54	1,82	1,63-2,04	23	3,35	1,90-5,91

* %: Proporção de óbitos por causas externas em relação ao total de óbitos evitáveis. Fonte: SIM/Florianópolis, 19/09/2016

Pessoas pardas morrem cerca de duas vezes (homens) a três vezes (mulheres) mais que de pele branca por causas externas em Florianópolis. Quanto ao tipo de causa externa, os acidentes de trânsito são o principal em ambos os sexos; entretanto, nos homens os homicídios dividem a predominância com o trânsito (gráfico 9).

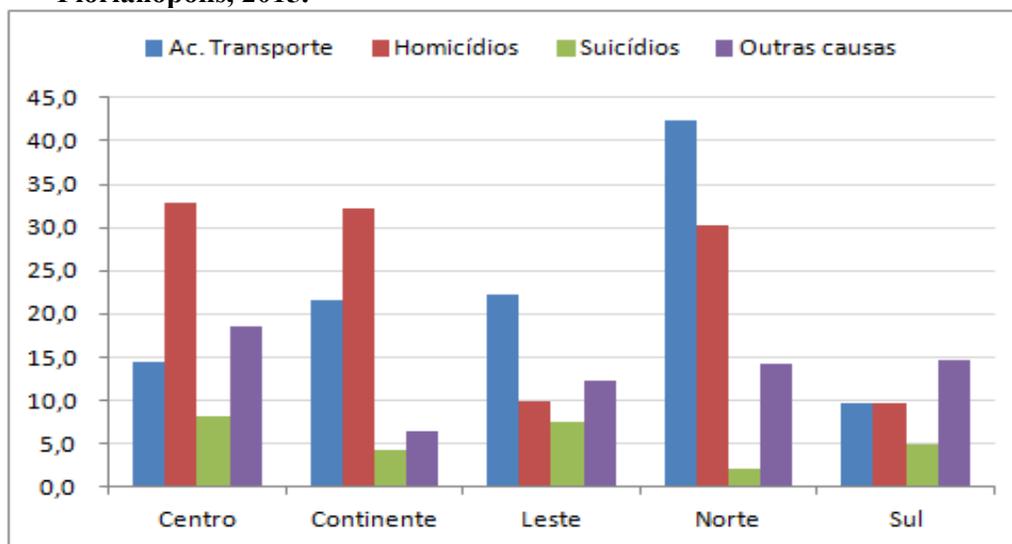
Gráfico 9: Distribuição dos óbitos conforme tipo de causa externa, segundo sexo. Florianópolis 2006-2016.



Fonte: SIM-Florianópolis, 19/09/16

As diferenças entre os DS de Florianópolis também se refletem no perfil dos óbitos por tipo de causa externa (Gráfico 10).

Gráfico 10: Coeficiente (por 100 mil habitantes) de mortalidade masculina segundo tipo de causa externa e DS de residência - Florianópolis, 2015.



Fonte: Estimativa populacional/SMS e SIM - Florianópolis. 30/09/16

Destacam-se os coeficientes menores dos moradores DS Sul em relação aos demais, a elevada mortalidade dos moradores do Norte por acidentes de transporte e os homicídios concentrados

principalmente nos DSs Centro, Continente e Norte. Por outro lado, o DS Norte foi o que apresentou o menor coeficiente de mortalidade por suicídio.

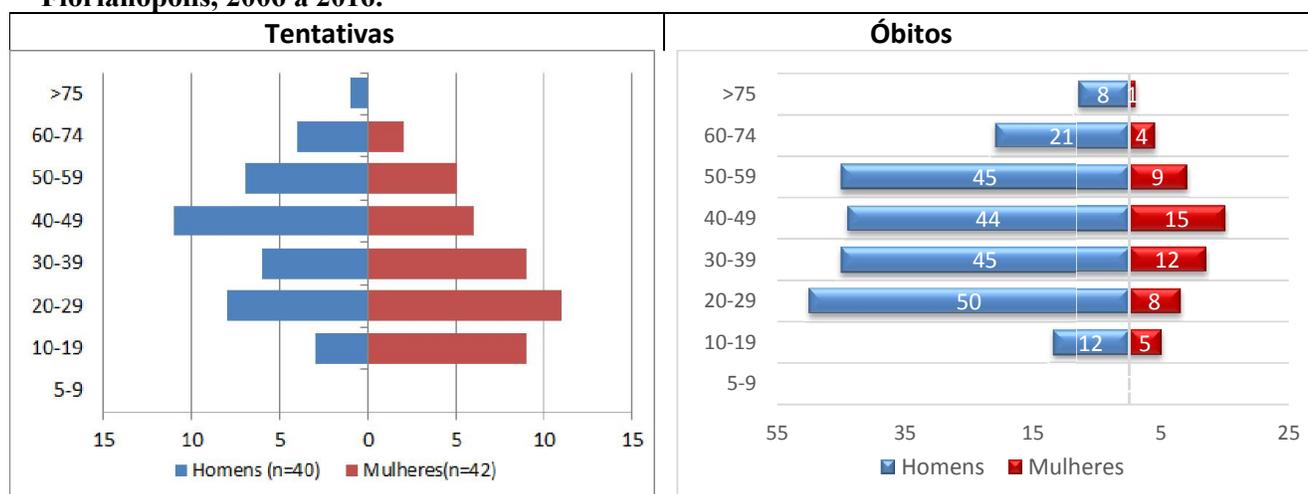
Segundo dados da Rede Vida no Trânsito, entre os anos de 2013 e 2015, 186 homens e 50 mulheres perderam a vida em desastres de trânsito ocorridos no município. Quase metade das vítimas masculinas estava em uma motocicleta, enquanto que as mulheres eram pedestres ou ocupantes de automóvel em sua maioria. Proporcionalmente, os homens envolveram-se mais em desastres à noite e as mulheres durante o dia.

Por outro lado, representando uma das consequências mais drásticas do sofrimento psíquico, as tentativas de suicídio e o suicídio têm um grande impacto na saúde em Florianópolis. Entre 2006 e 2016 (dados parciais), foram identificados 279 casos de suicídios. No mesmo período, foram notificadas 82 tentativas de suicídio, indicando uma grande subnotificação deste problema. A articulação entre a GVE e a Gerência de Saúde Mental em Florianópolis deve oportunizar a intervenção para proteger a vida e tratar adequadamente as pessoas em risco. Entretanto, é necessário entender o perfil desta população sob maior risco, a fim de embasar adequadamente as intervenções do serviço de saúde.

Neste sentido, mesmo considerando a limitação provocada pela subnotificação, cabe ressaltar algumas diferenças entre o perfil das pessoas que foram notificadas por tentativa de suicídio e das que se suicidaram no período avaliado.

A comparação entre as pirâmides etárias e sexo (Figura 2) permite afirmar que, embora as principais vítimas de suicídio sejam os homens, as tentativas de suicídio são mais identificadas em mulheres. Esta diferença fica ainda mais marcante quando avaliadas as faixas etárias abaixo de 40 anos.

Figura 2: Comparação da pirâmide etária e sexo: tentativa de suicídio e óbito por suicídio. Florianópolis, 2006 a 2016.

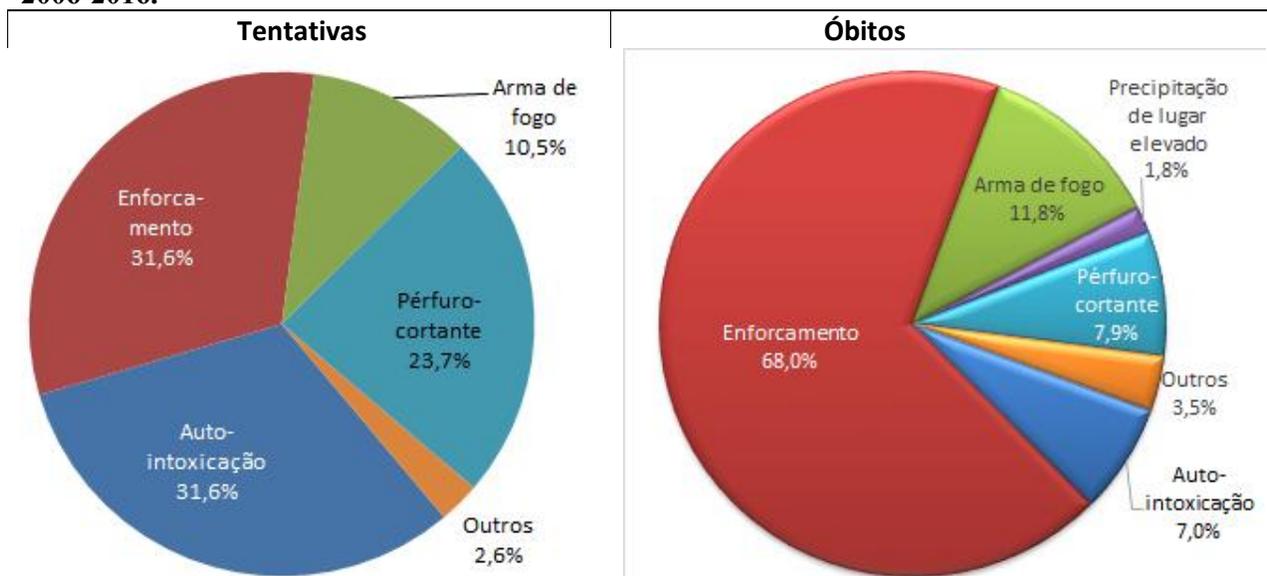


Fonte: Sinan-Florianópolis. SIM-Florianópolis. 05/09/2016. Dados sujeitos à alteração.

Estes achados devem servir de alerta aos serviços de saúde, especialmente para o aumento da sensibilidade para a identificação de sofrimento psíquico e outros fatores de risco para suicídio entre os homens jovens.

Em relação à população masculina, o enforcamento destaca-se como método empregado tanto para as tentativas como para os suicídios (gráfico 11). Além disso, o domicílio foi o local mais frequente para a ocorrência dos óbitos (64%). A combinação destes fatores, além do efeito direto sobre a vítima, tem forte impacto sobre o sofrimento da família, o que também demanda especial atenção das equipes que abordam o assunto.

Gráfico 11: Suicídio entre homens residentes de Florianópolis, de acordo com o método empregado, 2006-2016.



Fonte: Sinan-Florianópolis. SIM-Florianópolis. 05/09/2016. Dados sujeitos à alteração.

A adequada identificação dos casos de risco, bem como a notificação obrigatória das tentativas de suicídio são essenciais para o entendimento deste importante problema de saúde pública. Mais do que um problema isolado, os suicídios são a repercussão mais dramática do sofrimento e desesperança do indivíduo. O entendimento de suas causas é essencial para embasar intervenções preventivas efetivas para diminuir estas perdas precoces de vida.

REFERÊNCIAS:

- Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009.
- Moura, E. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2012.
- Luizaga, C.T.M. & Gotlieb, S.L.D. Mortalidade masculina em três capitais brasileiras, 1979 a 2007. Rev Bras Epidemiol 88 2013; 16(1): 87-99
- Moura EC et al. Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil, 2010. Ciência & Saúde Coletiva, 20(3):779-788, 2015.
- Moura EC et al. Mortality in Brazil according to gender perspective, years 2000 and 2010. Rev Bras Epidemiol, 19(2): 326-338, abr-jun 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem : princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- Gonsaga, R.A.T et al. Avaliação da mortalidade por causas externas. Rev. Col. Bras. Cir. 2012; 39(4): 263-267
- MALTA, Deborah Carvalho et al . Atualização da lista de causas de mortes evitáveis (5 a 74 anos de idade) por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil.Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 20, n. 3, p. 409-412, set. 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 out. 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000300016>.



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.



Secretaria
Municipal
de Saúde



Nome do Indicador	Fonte	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
Nº de óbitos maternos	SIM	2	1	1	1	2	2	2	0	1	1
% de óbitos maternos investigados (%)	SIM	100	100	100	100	100	100	100	-	100	100
% de óbitos de MIF investigados (%)	SIM	**	99,0	99,1	99,3	98,1	100	99,1	99,1	93,9	82,7
Taxa de mortalidade infantil (por 1000 NV)	SIM SINASC	7,9	9,9	9,0	9	8,4	9,1	5,1	11,0	6,9	5,4
% de óbitos infantis e fetais investigados (%)	SIM	**	**	**	96,8	100	98,4	100	98,0	95,3	77,4
% de partos normais (%)	SINASC	48,3	47,7	45,6	44,1	43,6	45	46,7	48,7	49,5	50,3
% 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	72,9
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
% parceiros de gestante VDRL reagente tratados (%)	SINAN	0,0	0,0	20,0	50,0	52,2	37,5	31,1	33,7	48,4	51,1
Incidência de sífilis congênita	SINAN	9	4	7	10	12	14	47	56	53	48
Casos de aids em menores de 5 anos de idade	SINAN	2	4	2	2	8	1	0	0	1	1
Cobertura vacinal com a vacina pentavalente	SI-PNI SINASC	88,1	82,2	90,7	86,4	87,2	77,6	79,3	77,5	76,9	77,5
% de vacinas do CBV com coberturas alcançadas (%)	SI-PNI SINASC	16,7	33,3	33,3	28,6	42,9	14,3	25,0	12,5	12,5	25,0
% de Pacientes HIV+ com 1º CD4 < 200 cel/mm3 (%)	SISCEL (MS)	**	**	**	**	26,0	27,0	20,6	51,1	21,0	18,9
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
% de cura de CN de TB pulmonar bacilífera (%)	SINAN	56,4	64,9	57,9	62,0	65,6	72,4	60,9	56,3	38,0	59,1
% 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	73,3
% de contatos de CN de TBPB examinados (%)	SINAN	47,6	12,1	47,2	43,9	35,9	55,5	50,8	61,7	45,8	52,0
% de cura de CN de hanseníase por coorte (%)	SINAN	100	80,0	83,3	66,7	93,3	83,3	70,0	88,9	80	87,5
% de contatos de CN de hanseníase examinados (%)	SINAN	20,0	20,0	48,6	22,9	57,1	88,2	87,1	89,3	38,9	70,8
Nº de US notificando violências	SINAN	6	5	5	5	4	15	18	33	15	14
Tx de mortalidade prematura (30 a 69) pelas 4 DCNT	SIM	282,1	274,3	271,8	256,9	262,6	267,6	246,0	273,6	280,9	254,1
Taxa de mortalidade por causas evitáveis (> 5 anos)	SIM	21,3	23,9	20,0	21,3	19,2	19,3	14,3	16,7	13,6	15,7
Taxa de APVP por Causas Externas (por 1000 hab.)	SIM	21,3	23,9	20,0	21,3	19,2	19,3	14,3	16,7	13,6	15,7
Taxa de APVP por Doenças do Aparelho Circulatório	SIM	8,4	8,3	8,3	7,7	7,6	7,7	7,3	7,9	8,6	7,8
Taxa de APVP por Neoplasias (por 1000 hab.)	SIM	10,7	10,2	10,0	9,9	10,6	10,8	9,5	10,6	10,2	10,4
% de adultos aval. seu estado de saúde como ruim	VIGITEL	4,1	3,9	4,0	4,3	4,2	3,6	4,9	4,0	**	**
Prevalência de atfísica sufic no tlvire em adulto (%)	VIGITEL	27,5	28,9	32,8	32,9	32,1	33,1	43,9	47,0	**	**
Prevalência de tabagismo em adultos (%)	VIGITEL	18,4	15,8	18,2	16,0	13,3	13,6	12,4	12,1	**	**
Prevalência de diabetes mellitus (%)	VIGITEL	6,1	4,9	5,6	6,5	6,2	7,3	5,5	8,3	6,7	**
Prevalência de hipertensão arterial sistêmica (%)	VIGITEL	20,6	22,1	20,5	22,3	20,6	21,7	20,5	23,0	**	**
Prevalência de obesidade (%)	VIGITEL	11,3	11,4	13,0	14,3	15,0	15,7	15,4	14,0	**	**
% de adultos que dirigem após uso de álcool (%)	VIGITEL	13,6	17,2	14,3	18,0	11,7	15,9	11,0	14,0	**	**
Nº de casos de agravos relacionados ao trabalho	SINAN	77	284	217	322	334	283	497	504	612	938
% de campo "ocupação" preenchido nas DRT (%)	SINAN	98,7	88,0	95,9	95,0	98,5	99,3	96,6	94,2	92,2	67,8
% de DNCI encerradas oportunamente (%)	SINAN	75,0	77,4	74,5	87,0	93,6	93,8	96,6	91,2	91,3	69,2
% 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	98,3
% de óbitos no SIM em até 60 dias (%)	SIM	82,3	95,8	87,8	96,7	96,4	97,9	95,7	94,3	98,7	98,8
% de nascidos no SINASC em até 60 dias (%)	SINASC	82,3	95,8	87,8	96,7	96,4	97,9	95,7	94,3	98,7	98,6