

2017

EBSERH

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DO HDT-UFT



Boletim Epidemiológico

Ano 1. Volume 1.

Editorial

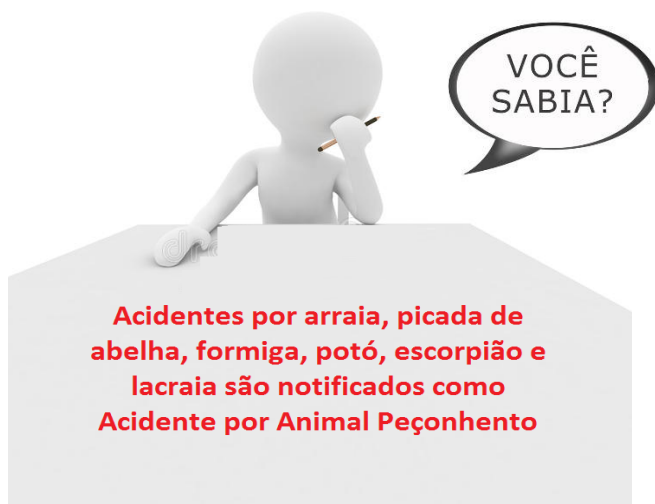
O Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente – SVSSP, através da Unidade de Vigilância em Saúde – UVS/ Serviço de Vigilância Epidemiológica - SVE/ Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE, na busca de cumprimento de suas tarefas institucionais, apresenta o primeiro exemplar do Boletim Epidemiológico com propósito de informar da dinâmica da ocorrência dos agravos de notificação compulsória atendidos no Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins.

No universo de dados que apresentaremos neste boletim, seria imprescindível e necessário visualizar as oportunidades diversas e lacunas assistenciais, objetivando inserir práticas clínicas que mobilizem os trabalhadores e os gestores, de forma a produzir em cadeia, as melhorias necessárias para garantir que a missão e a visão do HDT-UFT traduzam, exatamente, os anseios de quem presta os serviços e de quem os recebe.

Os boletins epidemiológicos serão editados semestralmente, abordando temas de relevância para o HDT-UFT. Neste primeiro volume serão destacados os agravos HIV/AIDS notificados nesta instituição.

A Responsabilidade editorial dos materiais confeccionados será do SVSSP/Gerência de Atenção à Saúde, os quais serão disponibilizados através da Intranet, além de terem uma tiragem limitada em papel.

Jáder José Rosário da Silva
Chefe do SVSSP



Datas Comemorativas

29.08

Dia Nacional de Combate ao Fumo

29.09

Dia Mundial do Coração

18.11

Dia Nacional de Combate à Dengue

01.12

Dia Mundial de Luta Contra Aids

“O acesso a informação de qualidade se dá principalmente através de uma fonte fidedigna para os profissionais de saúde, gestores, acadêmicos, residentes, organizações da sociedade civil e demais interessados em acompanhar a situação e o perfil de atendimento do HDT-UFT”

Agravos notificados no HDT-UFT

De janeiro de 2014 a julho de 2017, o Núcleo de Epidemiologia do HDT-UFT realizou 10.727 notificações de agravos compulsórios, com maior percentual no ano de 2015. O ano de

2017 (até o mês de julho) já corresponde a 61,4% de todas as notificações do ano de 2016 (Tabela 1).

Tabela 1: Agravos Notificados no HDT-UFT no período de Janeiro de 2014 a Julho de 2017

Agravos de Notificação Compulsória	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	Total	%
Atendimento Antirrábico	802	27,0	1.023	32,7	1.014	37,5	613	31,9	3.452	32,18
Hepatites Virais	747	25,1	623	19,9	296	10,9	327	17,0	1.993	18,58
Acidente por animais peçonhentos	472	15,9	436	13,9	465	17,2	317	16,5	1.690	15,75
Leishmaniose Visceral	252	8,5	255	8,2	204	7,5	109	5,7	820	7,64
Hanseníase	193	6,5	150	4,8	102	3,8	92	4,8	537	5,01
AIDS	177	6,0	183	5,9	160	5,9	64	3,3	584	5,44
Leishmaniose Tegumentar Americana	57	1,9	47	1,5	20	0,7	12	0,6	136	1,27
Sífilis Adquirida	54	1,8	45	1,4	39	1,4	8	0,4	146	1,36
Tuberculose	52	1,7	48	1,5	57	2,1	24	1,2	181	1,69
Doenças de Chagas Aguda	39	1,3	56	1,8	55	2,0	32	1,7	182	1,70
Meningite	12	0,4	11	0,4	14	0,5	7	0,4	44	0,41
Gestantes HIV +	10	0,3	16	0,5	15	0,6	6	0,3	47	0,44
Síndrome do Corrimento Uretral Masculino	9	0,3	5	0,2	7	0,3	0	0,0	21	0,20
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências	9	0,3	5	0,2	5	0,2	8	0,4	27	0,25
Leptospirose	7	0,2	16	0,5	7	0,3	8	0,4	38	0,35
Eventos Adversos Pós-vacina	6	0,2	7	0,2	6	0,2	2	0,1	21	0,20
Dengue	62	2,1	193	6,2	204	7,5	109	5,7	568	5,30
Chikungunya	0	0	0	0,0	24	0,9	157	8,2	181	1,69
Outros agravos**	13	0,4	9	0,3	10	0,4	27	1,4	59	0,55
Total	2.973	100	3.128	100	2.704	100	1.922	100	10.727	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

*Dados atualizados em 31 de julho de 2017.

**Outros agravos: Intoxicações Exógenas, Febre Amarela, Criança Exposta ao HIV, Doenças Exantemáticas, Esquistossomose, Sífilis em Gestante, Coqueluche, Sífilis Congênita, Síndrome da Rubéola Congênita e Tétano Acidental.

Relatório de busca ativa e revisão de prontuários

Uma das rotinas do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia é a realização da revisão de todos os prontuários de atendimento e de alta (Tabela 2) gerados pelo hospital. De

janeiro a julho de 2017 foram realizados 10.983 revisões de prontuários de atendimento e 799 prontuários de alta, com maior frequência no mês de março.

Tabela 2 – Relatório de busca ativa e revisão de prontuários realizados pelo NHE HDT-UFT.

Mês	Revisão de prontuários de atendimento	Revisão de prontuários de alta	Total	Percentual - Revisão de atendimentos/altas
Janeiro	1548	36	1584	13,4
Fevereiro	1613	86	1699	14,4
Março	2099	110	2209	18,7
Abril	1333	153	1486	12,6
Maiο	1652	194	1846	15,7
Junho	1493	158	1651	14,0
Julho	1245	62	1307	11,1
Total	10.983	799	11782	100

Hepatites Virais

As hepatites virais são doenças causadas por diferentes vírus hepatotrópicos que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas, com

Cenário epidemiológico das hepatites virais

De janeiro de 2014 a junho de 2016, foram notificados no SINAN, 313 casos confirmados de hepatites virais em pacientes atendidos no HDT-UFT. Destes, 163 (53,8%) são referentes aos casos de hepatite A, 85 (28,05%) de hepatite B, 52 (17,16%) de hepatite C e em 3 (0,9%) a informação foi ignorada/casos inconclusivos. O elevado número de casos de Hepatite A corresponde a um surto ocorrido em Araguaína, no bairro Costa Esmeralda no ano de 2014, resultando em 79 casos confirmados. Esse surto ocorrido foi relacionado a contaminação pela bactéria

diferentes vias de transmissão e, em alguns casos, com sinais e sintomas manifestos décadas após o contágio. Esse fato limita em quantificar e explicar com precisão a morbidade e mortalidade desses agravos.

Escherichia coli encontrada no córrego utilizado pelos moradores. A distribuição dos casos de hepatite, segundo faixa etária e sexo, conforme apresentado na Figura 1, mostra que a maioria dos casos se concentra entre os indivíduos com 20 a 34 anos (18,8%), no entanto, um percentual significativo possuem entre 5 e 14 anos (31,3%). Entre os homens, a maioria dos casos está na faixa etária de 50 a 64 anos (21,6%), enquanto que entre as mulheres a maioria encontra-se na faixa de 20 a 34 anos (20,5%).

Figura 1 - Distribuição dos casos de Hepatites segundo a faixa etária, no período de Janeiro de 2014 a Julho de 2017

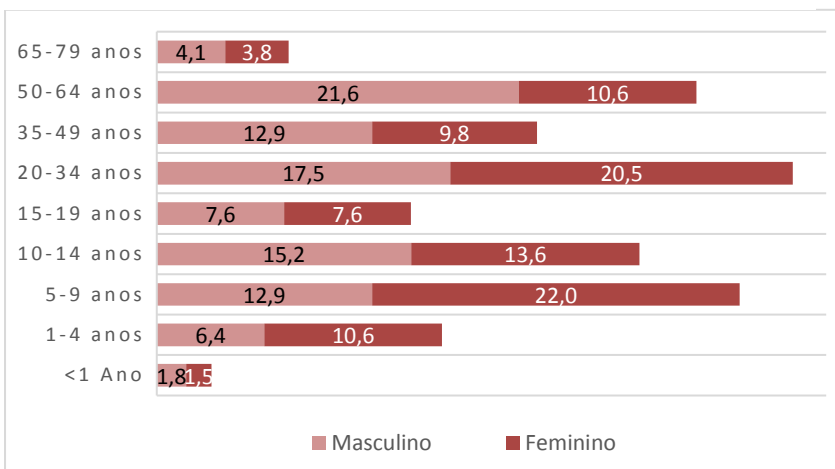
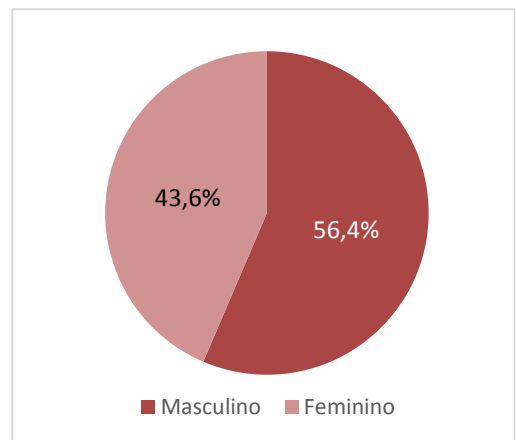


Figura 2 - Distribuição dos casos de hepatites segundo sexo, no período de Janeiro de 2014 a Julho de 2017



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Dados atualizados em 31 de julho de 2017.

A distribuição dos casos de hepatite segundo sexo mostra que não existe diferença expressiva entre o número de casos em homens e mulheres. Quanto à provável fonte ou mecanismo de transmissão dos casos notificados e confirmados, verifica-se que em 12,2% destes essa informação consta como ignorada/branco, com maior percentual ano

de 2016 (57,1%). Apesar dessa limitação, tem-se observado que entre os casos cuja provável fonte ou mecanismo de transmissão é conhecido, a maioria ocorre por "outras" formas de contaminação, que incluem: tratamento cirúrgico, tratamento dentário, pessoa/pessoa e/ou outras formas. A contaminação por alimento ou água

contaminada corresponde a 53,5%, e a transmissão sexual apresentou 0,7% durante os

anos estudados, com maior percentual nos anos de 2016 (2,9%).

HIV/Aids

De acordo com o Ministério da Saúde, a notificação compulsória de casos de Aids não é suficiente para dimensionar a magnitude da epidemia de HIV/Aids. O conhecimento dos casos de HIV soropositivos, além de casos de Aids, é necessário para estimar as estratégias para o controle do agravo. Desta forma, no final de 2013, a notificação de casos de HIV passou a ser recomendada com base em Ofício Circular nº 12/2014 do Ministério da Saúde, tornando-se compulsória com a Portaria 1271 – 06/06/2014 e a Instrução Normativa 13/06/2014.

O aumento expressivo da sobrevivência dos doentes está relacionado aos avanços tecnológicos, bem como o melhor

conhecimento da etiopatogenia da infecção pelo HIV, pois permitiram o surgimento de novas intervenções diagnósticas, profiláticas e terapêuticas.

Apresenta-se uma série histórica de casos notificados de Aids/HIV de janeiro de 2014 a julho de 2017 no HDT-UFT, por ano de notificação, sexo, escolaridade, faixa etária, e critério de confirmação.

Foram notificados no HDT-UFT, no período analisado, 578 casos de HIV/Aids, e destes, 365 (63,1%) casos ocorreram em homens e 213 (36,9%) em mulheres. Do ano de 2014 a 2016 observou-se uma redução gradual do número de mulheres diagnosticadas com aids e um aumento nos casos em homens.

Figura 3 – Frequência de casos de HIV/Aids segundo ano de notificação e critério de confirmação, no período de Janeiro de 2014 a Julho de 2017

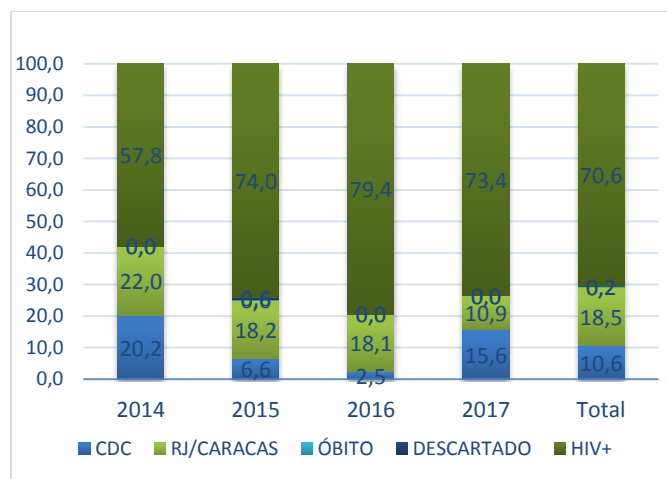
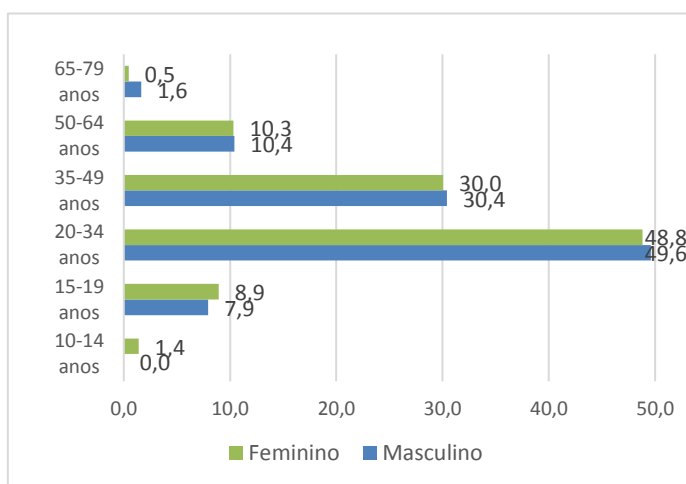


Figura 4 – Frequência de casos de HIV/Aids segundo sexo e faixa etária, no período de Janeiro de 2014 a Julho de 2017



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Dados atualizados em 31 de julho de 2017.

O agravo compromete indivíduos de todas as faixas etárias, porém, a maior concentração dos casos de aids notificados está nos indivíduos com idade entre 25 e 34 anos para ambos os sexos; entre os homens, essa faixa etária corresponde a 49,6% e, entre as mulheres, a 48,8% do total de casos no período analisado. Esta faixa etária, de um modo geral, apresenta-se mais vulnerável em relação à comportamentos sexuais

Mortalidade por Aids

Dados do último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2016) apontam que do início da epidemia de aids (1980) até dezembro de 2015, foram identificados 303.353 óbitos cuja causa básica foi a aids (CID10: B20 a B24) demonstrando que a doença se revela como um importante problema de saúde pública no país. No HDT-UFT foram registrados entre janeiro de 2014 a julho de 2017, 55 casos de óbitos por Aids como causa básica. A prevalência foi em

adotados. Nas demais faixas etárias, não há uma diferença significativa no quantitativo de casos entre os sexos. Quanto ao critério escolaridade (Figura 5), o maior percentual de casos notificados está em indivíduos que possuem entre a 5ª e 8ª série incompleta do ensino fundamental (23,0%), e/ou ensino médio completo (25,4%). Para o nível superior completo ou incompleto, foi de 16,3%.

jovens na faixa etária de 30 a 39 anos, sendo 41 homens e 14 mulheres. Destes, 74,5% são em residentes do estado do Tocantins, 14,5% do Pará e 10,9% do Maranhão.

Ressaltamos que o diagnóstico da infecção pelo HIV em fases avançadas, a baixa adesão ao tratamento e a dificuldade de acesso ao serviço público de saúde são algumas das causas da permanência de significativo número de hospitalizações e óbitos.

Figura 5 – Frequência de casos de HIV/Aids segundo escolaridade, no período de Janeiro de 2014 a Julho de 2017.

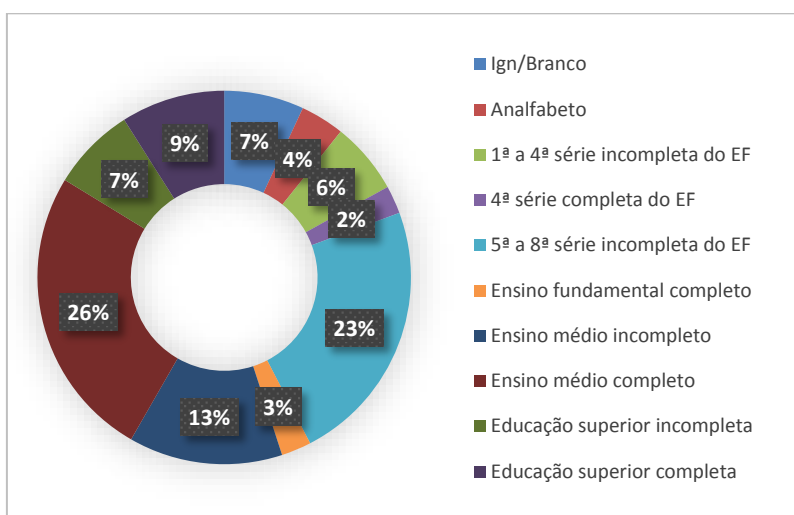
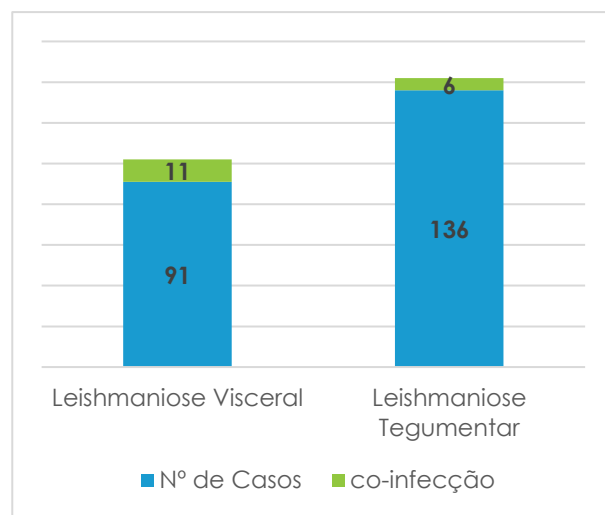


Figura 6 – Casos de Coinfecção Leishmaniose-HIV Janeiro de 2014 a Julho de 2017.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Dados atualizados em 31 de julho de 2017.

Coinfecção *Leishmania*-HIV

Define-se como coinfecção *Leishmania*-HIV a presença de leishmaniose tegumentar ou visceral e infecção concomitante pelo HIV, independentemente de o indivíduo ter sido definido como caso de Aids. O primeiro caso de coinfecção *Leishmania*-HIV foi descrito em 1985, no sul da Europa, e atualmente, há registro de sua presença em mais de 35 países.

As manifestações clínicas mais frequentes nos indivíduos coinfectados *Leishmania*-HIV são febre, esplenomegalia e hepatomegalia, semelhantes aos casos de LV imunocompetentes. Conforme demonstrado na Figura 6, dos 91 casos de Leishmaniose visceral confirmados e notificados pelo HDT-UFT no período de janeiro de 2014 a julho de 2017, 12% (11 casos) eram coinfectados com HIV; o sexo masculino representou 91% desses casos e a média de idade foi de 41 anos (amplitude: 25 a 64 anos). Em relação à

Leishmaniose Tegumentar, no mesmo período analisado, foram registrados 136 casos, representando 75,7% de homens, 24,3% de mulheres e 4,4%, deste total, de coinfectados com HIV.

A coinfecção por *Leishmania*-HIV é considerada emergente e de alta gravidade em vários locais. Desta forma, o diagnóstico precoce é essencial para reduzir a gravidade e a mortalidade dos pacientes, já que esta coinfecção apresenta aspectos específicos em sua apresentação clínica, no perfil laboratorial e na resposta ao tratamento específico.

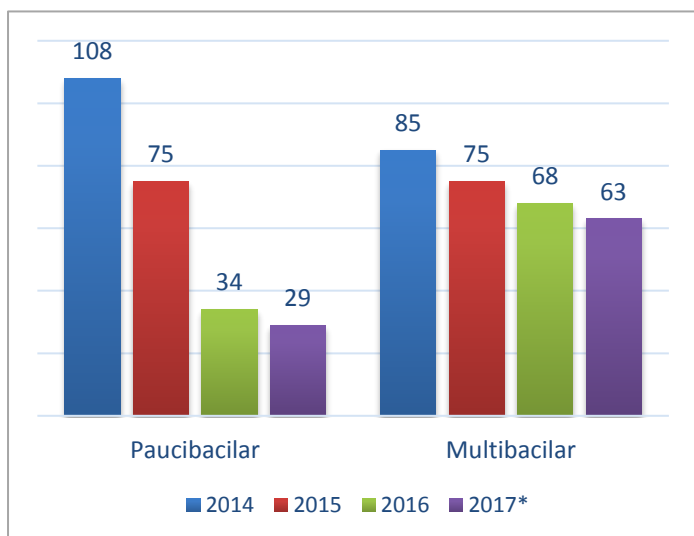
O aprimoramento da vigilância da coinfecção é de suma importância, já que a progressão do HIV pode causar imunodepressão, facilitando a progressão das leishmanioses. As drogas utilizadas no tratamento possuem alta toxicidade, sendo de bastante critério o uso em coinfecção.

Hanseníase

A Hanseníase é doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, de evolução lenta e constitui-se como um grave problema de saúde pública. O estado do Tocantins é classificado como hiperendêmico para doença e classificado como *Cluster 1* pelo estudo espacial de aglomeração do número de casos novos de hanseníase no Brasil. No período de janeiro de 2014 a julho de 2017, foram notificados no HDT-UFT 537 casos de Hanseníase, com predomínio para o ano de 2014, conforme Figura 7. Na classificação operacional verifica-se que 291 casos

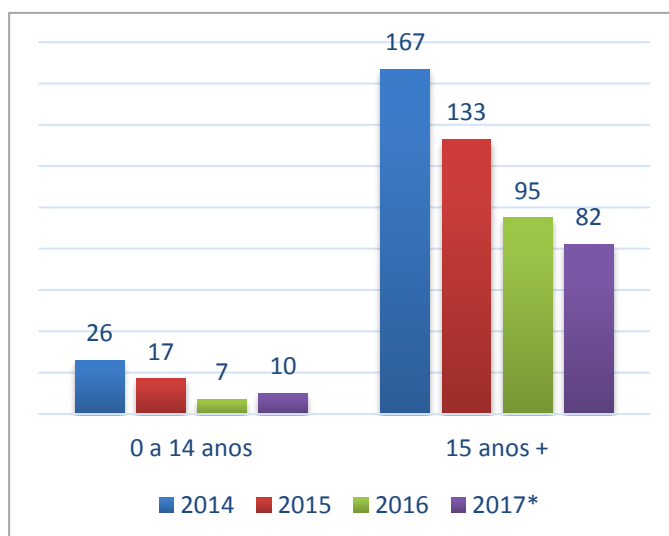
(54,2%), foram classificados com a forma Multibacilar. Dos 537 casos de Hanseníase notificados, 291 (54,2%) foram classificados em multibacilar, e destes, 18 casos (6,2%) são em menores de 15 anos, significando que há presença de focos de transmissão ativos, e seu acompanhamento epidemiológico é extremamente relevante para o controle da hanseníase (Figura 8). Há uma real necessidade de ter vigilância de contatos intensificada com o objetivo de identificar e tratar novos casos e interromper a cadeia de transmissão da doença.

Figura 7 – Casos de Hanseníase notificados no HDT-UFT de jan de 2014 a jul de 2017* por classificação operacional.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Dados atualizados em 31 de julho de 2017.

Figura 8 – Casos de Hanseníase multibacilar notificados no HDT-UFT de jan de 2014 a jul de 2017* por classificação operacional.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Dados atualizados em 31 de julho de 2017.

Tuberculose

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa e endêmica, provocada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, causada pelo bacilo de Koch. A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que, no mundo, 10,4 milhões de pessoas tiveram tuberculose em

2015, e mais de 1 milhão morreram por conta da doença. No período de janeiro de 2014 a julho de 2017 foram notificados 181 casos de tuberculose, e registrados 4 óbitos por tuberculose (2,20%).

Figura 9 – Casos de Tuberculose notificados no HDT-UFT por classificação entre jan de 2014 a jul de 2017.

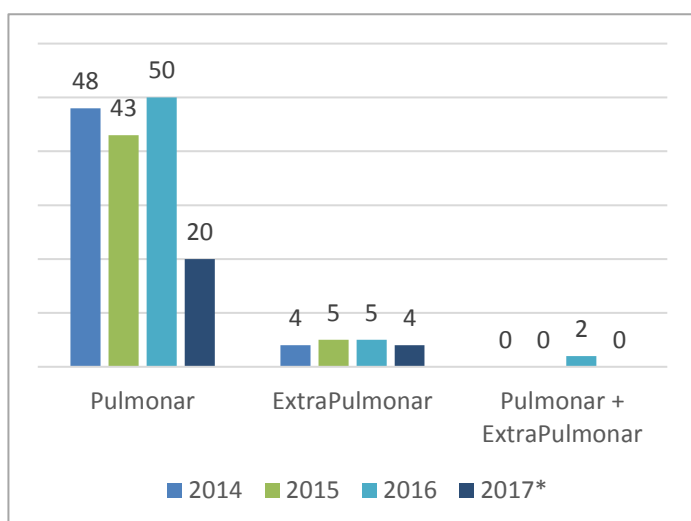
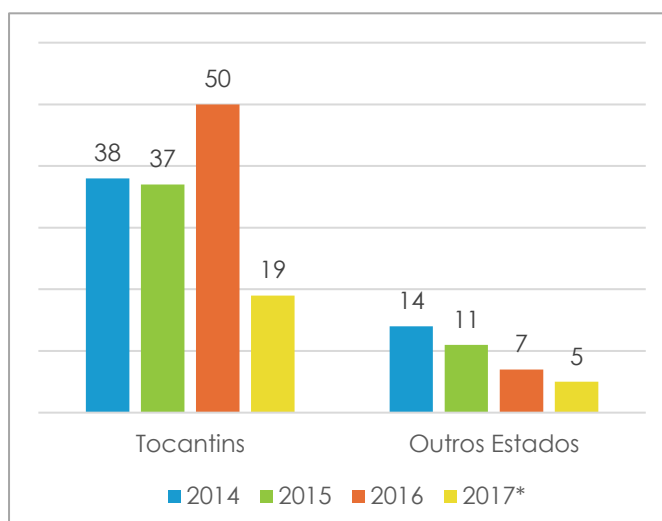


Figura 10 – Casos de Tuberculose notificados no HDT-UFT por UF de residência entre jan de 2014 a jul de 2017.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Dados atualizados em 31 de julho de 2017.

No ano de 2016 foram notificados 57 casos, correspondendo a 31,5%, o maior número de casos no período avaliado. A classificação de tuberculose pulmonar correspondeu a 88,9%, com 161 casos, a extrapulmonar com 9,9%, com 18 casos, e em terceiro com apenas 1,10%, com 2 casos durante o período avaliado, a classificação pulmonar e extrapulmonar. A faixa etária mais prevalente foi entre indivíduos entre 20 a 49 anos, correspondendo a 99 casos (54,7%) com predominância para o sexo masculino (109 casos; 60,2%).

O HDT-UFT está inserido no Programa Nacional de Controle da Tuberculose e é referência na região. Os usuários são encaminhados ao hospital nos casos

suspeitos de tuberculose, com complicações e/ou multirresistentes, onde são acompanhados pelo pneumologista de referência, dando continuidade aos atendimentos após a federalização conforme pactuado. Dos 181 casos notificados durante o período analisado, 24 casos (13,2%) são provenientes do Estado Pará. Em 2017 o HDT-UFT já notificou 24 casos, e destes (20%), ou seja, 5 casos são residentes de outras Unidade Federativas. A tuberculose atinge mais o sexo masculino e de idade economicamente ativa, correspondendo 109 casos (60,22%). Destaca-se que 13 casos (7,18%) são co-infectados pelo HIV.

Ações de Vigilância em Saúde

Dia D de Combate às Hepatites é comemorado no HDT/UFT

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) juntamente com a equipe Multiprofissional, comemoraram o Dia Mundial de Combate às Hepatites Virais com uma vasta programação. Atividades educativas de prevenção, abordagens e orientações ministradas aos motoristas, pedestres, funcionários e clientes do comércio, além de exposição de faixas, distribuição de laço amarelo e panfletos. Em seguida, a equipe seguiu para a unidade hospitalar, estendendo as ações aos colaboradores, pacientes e acompanhantes.



Capacitação em Vigilância Epidemiológica

O Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins – HDT-UFT, através do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente- SVSSP, realizou nos dias 23 e 24 de agosto uma capacitação em Vigilância Epidemiológica.

A mesma foi ministrada em parceria com técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e teve como objetivo, capacitar os profissionais que trabalham no SVSSP sobre os agravos de notificação compulsória mais frequentes no hospital: Hepatites Virais, Acidentes por Animal Peçonhento, Atendimento Antirrábico Humano, Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico e Leishmaniose Visceral.



Capacitação sobre Preenchimento Adequado das Declarações de Óbitos – DO e Óbitos com causa pouco específica ou “Códigos Garbage”

Profissionais Médicos e Equipe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente/Unidade de Vigilância em Saúde do Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins HDT-UFT, receberam capacitação sobre Preenchimento Adequado das Declarações de Óbitos – DO e Óbitos com causa pouco específica ou “Códigos Garbage”. Este evento aconteceu dia 12 de setembro de 2017, e foi ministrado pela Eleonora Gehlen Walcher – Médica Pediatra/Chefe da Seção de Saúde da Criança e Adolescente/DAS/SES/RS. O mesmo foi ofertado através da Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológicas – CGIAE/MS por meio da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins/ Gerência de Informação de Vigilância em Saúde, com apoio da Vigilância Epidemiológica Municipal/ Vigilância do Óbito.



Referências:

- [1] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília, 2016.
- [2] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Hepatites Virais. Brasília, 2016.
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília, 2016.

EXPEDIENTE

Superintendente do HDT-UFT

José Pereira Guimarães Neto

Gerente de Atenção à Saúde/HDT-UFT

Hilário Fábio Araújo Nunes

Equipe Técnica

Guilherme de Sousa Rocha

Hedisonia de Jesus Brilhante Costa

Hozana Gomes Pereira

Jáder José Rosário da Silva

Klésio dos Santos Gomes

Marceli Diana Helfenstein Albeirice da Rocha

Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante

Elaboração

Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante

Marceli Diana Helfenstein Albeirice da Rocha

Hedisonia de Jesus Brilhante Costa

Projeto Gráfico e Diagramação

Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante