MINISTÉRIO DA SAÚDE

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Relatório de Situação

Pernambuco

3ª edição

Brasília/DF

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Relatório de Situação

Pernambuco

3ª edição
Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Brasília/DF 2007

© 2005 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Secretaria de Vigilância em Saúde.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 3ª edição – 2007 – 1.000 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Produção: Núcleo de Comunicação

Endereço

Esplanada dos Ministérios, Bloco G
Edifício-Sede, sobreloja, sala 134
CEP: 70058-900, Brasília – DF
E-mail: svs@saude.gov.br
Endereço na internet: www.saude.gov.br/svs

Produção editorial

Consolidação de dados: Adriana Bacelar Ferreira Gomes
Copidesque/revisão: Napoleão Marcos de Aquino
Projeto gráfico: Fabiano Camilo, Sabrina Lopes
Diagramação: Sabrina Lopes

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.
Sistema Nacional de Vigilância em Saúde : relatório de situação : Pernambuco / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.
24 p. : il. color. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

Esta publicação faz parte de um conjunto de 27 cartilhas, que englobam os 26 estados da Federação e o Distrito Federal.
ISBN 978-85-334-1375-7

1. Vigilância da população. 2. Saúde pública. 3. Análise de situação. I. Título. II. Série.

NLM WA 900

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0815

Títulos para indexação

Em inglês: National System in Health Surveillance: situation report: Pernambuco
Em espanhol: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud: relatorio de la situación: Pernambuco

Sumário

4 Sistemas de Informações – SIM e Sinasc

5 Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

6 Tuberculose

7 Hanseníase

8 Doenças sexualmente transmissíveis / Aids

9 Dengue

10 Doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses

12 Outras doenças transmissíveis

14 Hepatites virais

15 Programa Nacional de Imunizações – PNI

16 Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI

17 Recursos

18 Projeto Vigisus II

19 Vigilância em saúde ambiental

20 Emergências epidemiológicas

21 Agravos e doenças não transmissíveis

Apresentação

A terceira edição do Relatório de Situação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde apresenta dados recentes e análises sintéticas das principais ações desenvolvidas nas áreas de sistemas de informações epidemiológicas, vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos.

Publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), o Relatório de Situação apresenta, sempre que possível, informações organizadas geograficamente. Assim, fica mais fácil visualizar as áreas críticas e tomar as medidas cabíveis para prevenir e controlar doenças e agravos que representam risco à saúde da população.

Este conjunto de dados consolidados constitui-se, portanto, em importante instrumento para balizar a atuação dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde. Apresentadas de forma objetiva, essas informações permitem conhecer e avaliar a situação atual das ações e dos programas executados em cada Unidade da Federação.

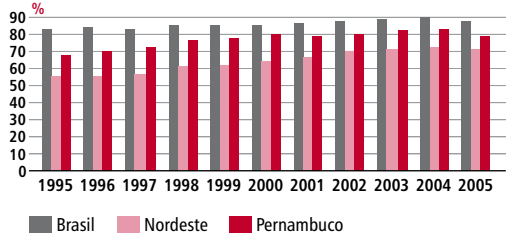
O Relatório de Situação sintetiza os avanços e as limitações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Nosso objetivo é que ele seja utilizado na formulação de iniciativas capazes de fortalecer as ações e os programas de promoção da saúde da nossa população.

Gerson Oliveira Penna
Secretário de Vigilância em Saúde

Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

A cobertura[1] do SIM exibiu valores que variaram entre 68% e 83% nos últimos dez anos. Em 2005, Pernambuco apresentou cobertura de 79,4%, valor superior à cobertura da região, que foi de 71,2%.

Figura 1. Razão entre os óbitos SIM e os óbitos IBGE. Brasil, região Nordeste, Pernambuco, 1995-2005



Fonte: SVS/MS

Taxa Geral de Mortalidade – TGM

Uma TGM padronizada menor que 4,4 óbitos por 1.000 habitantes em municípios com população inferior a 50.000 hab., ou menor que 5,3 óbitos por 1.000 hab. em municípios com população maior ou igual a 50.000 hab. indica precariedade na cobertura das informações de mortalidade. Foi considerada como padrão a população brasileira registrada no censo de 2000.

TGM padronizada por município

- Municípios com população menor que 50.000 habitantes (153): 19% (29) apresentam TGM padronizada abaixo de 4,4/mil habitantes.
- Municípios com população maior ou igual a 50.000 hab. (32): 13% (4) apresentam TGM padronizada abaixo de 5,3/mil habitantes.
- No total, 9% da população de PE residem em municípios com deficiências na cobertura do SIM.
- A capital, Recife, teve TGM padronizada de 6,0/mil hab.; o estado, 5,9/mil hab. e a região Nordeste, 4,9/mil habitantes.

Percentual de óbitos por causas mal definidas

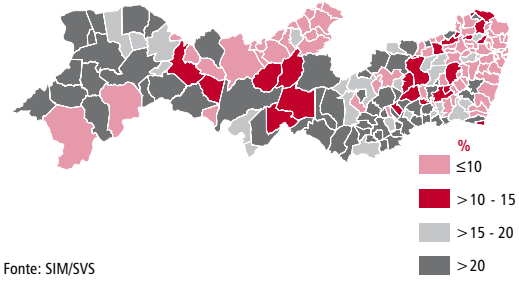
O percentual de óbitos por causas mal definidas do estado é de 10,6% em 2005. No mesmo ano, a região Nordeste apresentou percentual de 17,8% e o Brasil, 10,6%.

Percentual de óbito por causas mal definidas por município, em 2005:

- até 10%: 75 municípios (40,5%);
- entre 10% e 15%: 24 municípios (13,0%);
- entre 15% e 20%: 25 municípios (13,5%);
- 20% e mais: 61 municípios (33,0%).

Recife tem 0,9% de óbito por causas mal definidas.

Figura 2. Percentual de óbitos por causas mal definidas, por municípios. Pernambuco, 2005



Fonte: SIM/SVS

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc

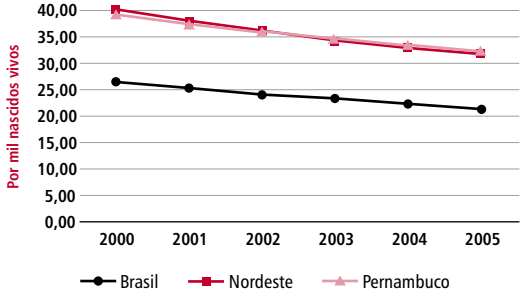
As coberturas do Sinasc são calculadas a partir da razão entre nascimentos coletados e estimativas de nascimentos obtidas pela SVS por meio de técnicas demográficas. Em 2005, a cobertura do Sinasc no estado foi de 95,5%.

Taxa de Mortalidade Infantil – TMI

Em função de deficiência(s) na(s) cobertura(s) do SIM e/ou Sinasc, o cálculo da mortalidade infantil, para esta UF, é feito a partir de estimativas do IBGE.

Em 2005, em Pernambuco, para cada 1.000 crianças nascidas vivas (nv) 32,1 morreram antes de completar um ano de idade. No Nordeste, a TMI foi de 31,6 por mil nv. No período de 2000 a 2005, houve redução de 17,6% da TMI no estado.

Figura 3. Taxa de mortalidade infantil. Brasil, região Nordeste, Pernambuco, 2000-2005



Fonte: IBGE/SIM/Sinasc/SVS

[1]A cobertura do SIM e do Sinasc é avaliada tomando-se como parâmetro as estimativas do IBGE para óbitos e nascidos vivos.

Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo

Os agravos paralisia flácida aguda, difteria, meningite, hepatite, cólera, raiva, tétano neonatal, hantavirose e leptospirose atingiram a meta de 80% estabelecida para o ano de 2006, de encerramento oportuno dos casos notificados.

Em números totais, o estado ficou muito próximo de alcançar a meta de 80% estabelecida para o ano de 2006, atingindo 79,1%, cumprindo, portanto, a meta nacional de 75% para este indicador.

Regularidade de envio de dados do Sinan ao Ministério da Saúde

O estado atingiu a meta de 80% de envio regular de dados do Sinan ao Ministério da Saúde, alcançando o percentual de 92% em 2006.

Tabela 1. Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo. Pernambuco, 2006*

Agravos	Casos		
	Notificados	Encerrados oportunamente	
	Total	Nº	%
Febre amarela	1	0	0,0
Peste	20	1	5,0
Sindrome da rubéola congênita	18	3	16,7
Rubéola	692	424	61,3
Leishmaniose visceral	264	180	68,2
Leishmaniose tegumentar americana	664	453	68,2
Tétano acidental	24	17	70,8
Malária	14	10	71,4
Chagas	862	636	73,8
Sarampo	81	60	74,1
Febre tifóide	17	13	76,5
Coqueluche	118	93	78,8
Meningite	1.116	931	83,4
Leptospirose	82	69	84,1
Hepatite	4.158	3.522	84,7
Cólera	267	234	87,6
Raiva	2	2	100,0
Tétano neonatal	1	1	100,0
Difteria	0	0	0,0
Hantavirose	0	0	0,0
Paralisia flácida aguda	0	0	0,0
Total	**8.401**	**6.649**	**79,1**

*Atualizado em 10/2/2007

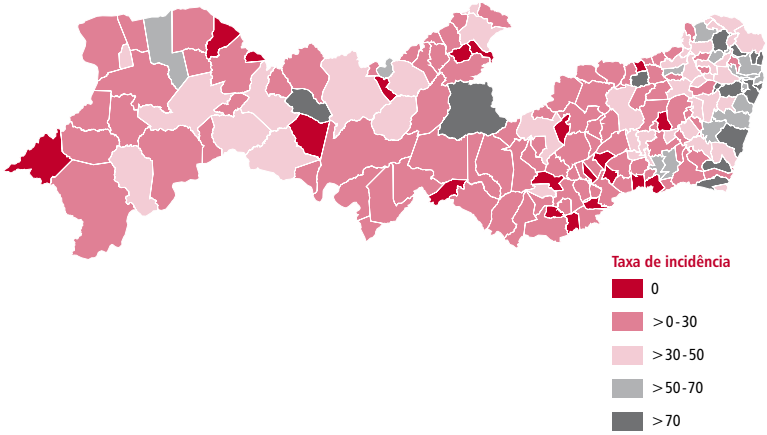
Dados preliminares sujeitos a revisão

Fonte: MS/SVS/Sinan

Tuberculose

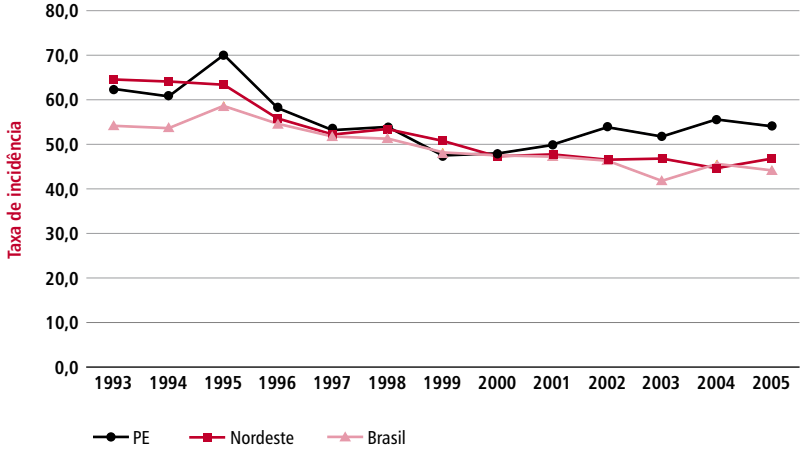
Pernambuco possui 15 municípios prioritários, que têm cobertura de 84,8% do Programa de Controle da Tuberculose – PCT implantado e 53,0% de implantação da estratégia de tratamento supervisionado.

Figura 1. Municípios segundo taxa de incidência (por 100 mil hab.) para tuberculose. Pernambuco, 2005



Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, em 2005 foram registrados 4.556 casos novos de tuberculose no Sinan. As incidências foram de 54,2/100 mil hab. para tuberculose em todas as formas e de 28,7/100 mil hab. para casos bacilíferos. A coorte de tratamento, considerando os casos diagnosticados em 2005 nos municípios prioritários, mostrou cura de 59,0%. O abandono foi de 11,0%; óbitos de pacientes, 7,8%, e transferência de 14,5%, além do percentual de 7,6% de casos sem informação de encerramento no Sinan.

Figura 2. Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de tuberculose em todas as formas. Pernambuco, região Nordeste e Brasil, 1993-2005



No período de um ano houve incremento de 0,90% de unidades (1.228 unidades) que fazem diagnóstico e tratamento de hanseníase.

Foram diagnosticados 2.841 casos novos em 2006. Desse total, 1.798 estão em curso de tratamento.

Dos casos novos diagnosticados:

- 322 (11,33%) acometiam menores de 15 anos;
- 128 (4,89%) apresentaram, no momento do diagnóstico, incapacidade física severa;
- 1.226 (43,15%) eram formas avançadas da doença.

O percentual de cura no estado foi de 71,49% em 2006.

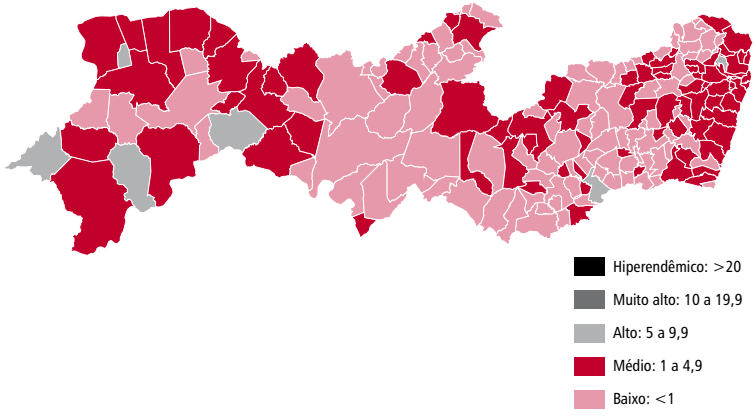
Tabela 1. Casos novos de hanseníase, por município e percentual de população. Pernambuco, 2006

Carga da doença	Nº de municípios	População 2006	% população
Até 1 caso	68	1.200.281	14,12
1 a 3 casos	20	370.259	4,35
3 a 5 casos	23	507.542	5,97
5 a 20 casos	51	1.678.562	19,74
Mais de 20 casos	23	4.745.958	55,82
Total	**185**	**8.502.602**	**100,00**

Pernambuco possui seis municípios prioritários para a hanseníase: Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Petrolina e Recife.

75,56% da população do estado encontram-se em municípios com mais de cinco casos de hanseníase.

Figura 1. Coeficiente de prevalência da hanseníase (por 10 mil hab.) por município. Pernambuco, 2006



Até dezembro de 2005, foram notificados 11.006 casos de aids (7.595 homens e 3.411 mulheres).

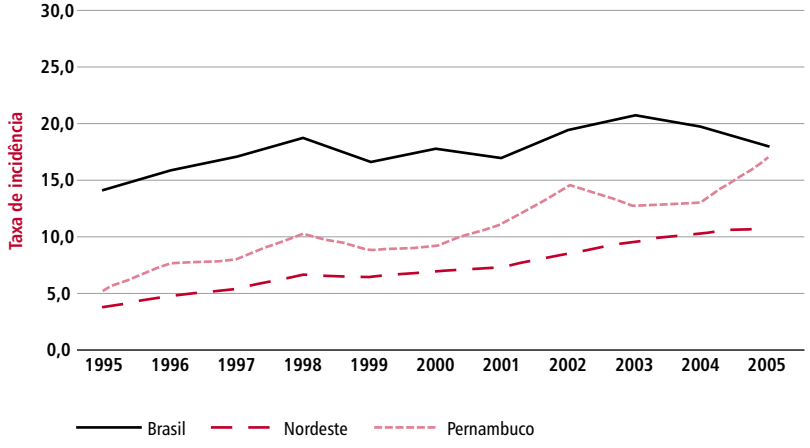
Os municípios do estado que apresentaram os maiores números de casos de aids acumulados até 2005 foram (casos acumulados/taxa média de incidência de 2000 a 2005 por 100 mil hab.):

- Recife (4.616/25,8);
- Jaboatão dos Guararapes (1.265/21,9);
- Olinda (991/24,5);
- Paulista (564/20,3);
- Caruaru (400/16,5).

A taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por aids no ano de 2005 foi de 4,7 óbitos.

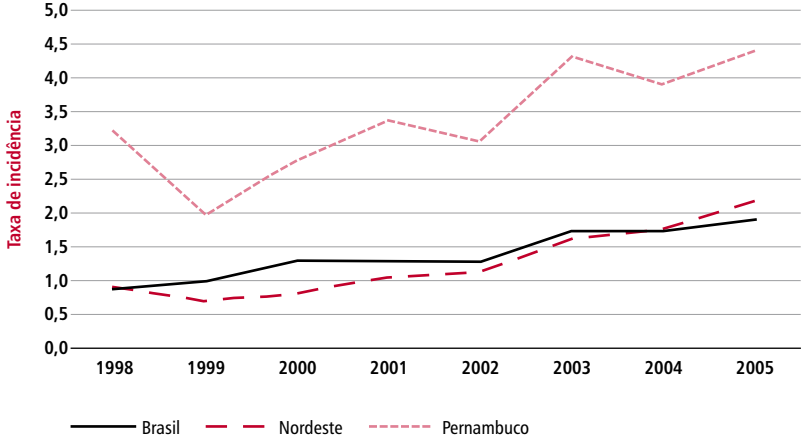
Foram notificados 281 casos de transmissão vertical do HIV até 2005.

Figura 1. Taxa de incidência de aids (por 100 mil hab.) segundo ano do diagnóstico. Pernambuco, 1995-2005



Em relação à sífilis congênita, o estado notificou entre os anos de 1998 e 2005 um total de 4.211 casos em menores de um ano de idade. A taxa de incidência (por 1 mil nascidos vivos) de sífilis congênita no ano de 2005 é de 4,4 casos. Até 2005 foram registrados 105 óbitos por sífilis congênita no estado.

Figura 2. Taxa de incidência (por mil nascidos vivos) de sífilis congênita segundo ano de diagnóstico. Pernambuco, 1998-2005



Dos 185 municípios de Pernambuco, 40 (21,6%) são prioritários para o Programa Nacional de Controle da Dengue: Abreu e Lima, Afogados da Ingazeira, Araçoiaba, Araripina, Arcoverde, Belo Jardim, Bezerros, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Carpina, Caruaru, Escada, Floresta, Garanhuns, Goiana, Gravatá, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Limoeiro, Moreno, Olinda, Ouricuri, Palmares, Paudalho, Paulista, Pesqueira, Petrolina, Recife, Salgueiro, Santa Cruz do Capibaribe, São José da Coroa Grande, São Lourenço da Mata, Serra Talhada, Tamandaré, Timbaúba, Toritama e Vitória de Santo Antão. Esses municípios concentram 66,55% da população do estado.

Situação epidemiológica

De acordo com os dados do Boletim da Dengue (SE nº 52), no ano de 2006 foram registrados 19.033 casos, o que representou aumento de 40,12% quando comparados com o mesmo período de 2005 (13.583 casos). Nesse mesmo período, foram registrados 31 casos de febre hemorrágica da dengue (FHD), com dois óbitos. Na região Nordeste, Pernambuco foi o 2º estado com maior número de casos.

Tabela 1. Índice de Infestação Predial (IIP) nos municípios prioritários, janeiro a julho de 2003-2006

Ano	0 < IIP < 1		1 ≤ IIP < 3		3 ≤ IIP < 5		IIP ≥ 5	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2003	5	50,00	5	50,00	-	-	-	-
2004	8	80,00	2	50,00	-	-	-	-
2005	4	40,00	1	50,00	-	-	-	-
2006	15	37,50	15	37,50	4	10,00	5	12,50

Fonte: FAD

Tabela 2. Levantamento Rápido de Índice (LIRAa), junho a novembro de 2006

Município	0 - 0,9		1 - 3,9		>4,0		Total de estratos
	nº	%	nº	%	nº	%	
Cabo de Sto. Agostinho	4	100,00	0	0,00	0	0,00	4
Camaragibe	0	0,00	4	80,00	1	20,00	5
Caruaru	5	45,45	6	54,55	0	0,00	11
Garanhuns	4	100,00	0	0,00	0	0,00	4
Jaboatão dos Guararapes	14	60,87	6	26,09	3	13,04	23
Olinda	3	25,00	8	66,67	1	8,33	12
Paulista	4	36,36	6	54,55	1	9,09	11
Petrolina	6	85,71	1	14,29	0	0,00	7
Recife	5	15,15	26	78,79	2	6,06	33
Vitória de Sto. Antão	1	20,00	3	60,00	1	20,00	5

Fonte: SMS e SES

Tabela 3. Indicadores operacionais dos municípios prioritários, 2º trimestre de 2006

Indicadores	Municípios que não atingiram a meta do indicador	Municípios que não informaram situação
Quantitativo adequado de agentes	Camaragibe, Caruaru, Escada, santa Cruz do Capibaribe, Tamandaré, Toritama	Não se aplica
FAD na rotina	Indicador alcançado por todos os municípios	Não se aplica
Plano de Contingência	Abreu e Lima, Afogados da Ingazeira, Araçoiaba, Arcoverde, Belo Jardim, Cabo de Santo Agostinho, Carpina, Caruaru, Escada, Floresta, Garanhuns, Goiana, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Ouricuri, Paudalho, Petrolina, Salgueiro, Santa Cruz do Capibaribe, Serra Talhada, Tamandaré, Toritama, Vitória de Santo Antão	Não se aplica
Comitê de Mobilização	Abreu e Lima, Afogados da Ingazeira, Araçoiaba, Belo Jardim, Camaragibe, Carpina, Caruaru, Escada, Goiana, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Ouricuri, Palmares, Paudalho, Paulista, Petrolina, Recife, Santa Cruz do Capibaribe, São José da Coroa Grande, Serra Talhada, Tamandaré, Vitória de Santo Antão	Não se aplica

Fonte: SMS/SES/Diagdengue

Filariose

A região metropolitana de Recife permanece como a única área reconhecida com transmissão de filariose linfática e conseqüente surgimento de casos novos. Permanecem ainda altos índices de prevalência de microfilarêmicos em alguns bairros de Recife, Olinda e Jaboatão dos Guararapes. A partir de 2003, foi introduzida a estratégia de tratamento coletivo com a dietilcarbamazina em populações residentes nos bairros com maiores prevalências de filariose linfática, nos municípios endêmicos.

Tabela 1. Resumo das ações de tratamento coletivo (MDA) com a dietilcarbamazina, nos municípios de Recife, Olinda e Jaboatão dos Guararapes. 2003-2006

Ano	População residente em áreas eleitas para MDA	População elegível para o tratamento	Tratados	Cobertura %
2003	23.799	18.799	19.141	81,5
2004	47.302	37.842	39.262	83,0
2005	60.708	58.691	52.004	85,6
2006	121.920	102.483	82.594	80,1

Esquistossomose

É endêmica em 92 dos 185 municípios do estado. A prevalência, em 2005, foi 9,7 em 151.432 pessoas examinadas. Está presente nas Zonas da Mata e Litoral. As prevalências mais altas são encontradas em localidades dos municípios das bacias do Capibaribe, Una, Serinhaém, Ipojuca, Jaboatão e Goiana. A média anual de internação, no período de 2001-2005, foi de 233,8 (houve redução da taxa de internação por 100 mil habitantes, de 3,46 em 2001 para 2,76 em 2005). O número médio de óbitos, no período de 2000-2004, foi de 162,6 (houve aumento na taxa de mortalidade por 100 mil hab., de 1,99 em 2000 para 2,45 em 2004). A esquistossomose continua sendo um grave problema de saúde pública, por ser uma das principais causas de mortalidade por doença transmissível no estado. Dos 519 óbitos por esquistossomose registrados em 2004, no Brasil, Pernambuco contribuiu com 38,9%.

Leishmanioses

Em 2005, Pernambuco notificou 330 casos de leishmaniose tegumentar americana, o que representa uma redução de 53% quando comparado com o ano anterior. O coeficiente de detecção foi de 3,9 casos por 100 mil habitantes e o percentual de cura clínica, de 77%.

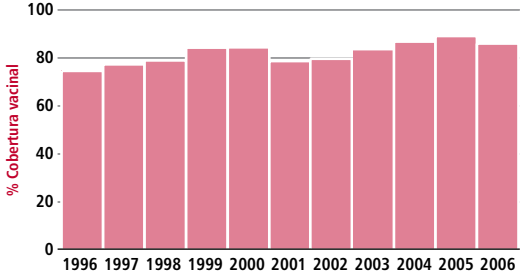
No tocante à leishmaniose visceral, foram registrados 87 casos, com um coeficiente de incidência de 1,0 caso por 100 mil habitantes. A letalidade registrada foi de 7% e o percentual de cura clínica, de 78%. O município de Petrolina apresentou o maior registro de casos (12), seguido pelo município de Ouricuri, com 9 casos confirmados.

Raiva

Entre 2002 e 2006 foram notificados 254 casos de raiva canina e felina, 57 em raposas e dois casos de raiva humana transmitida por cão, além de casos de raiva em herbívoros e morcegos. A cobertura vacinal canina no estado é satisfatória e mais de 86% dos municípios têm cobertura adequada, porém não foi realizada a revisão de estimativa populacional canina. Como o monitoramento de circulação viral ainda é insuficiente, apresenta municípios silenciosos.

Devem ser intensificadas as ações de vigilância epidemiológica, principalmente na atenção às pessoas expostas ao risco de agressão por animais silvestres.

Figura 1. Série histórica de cobertura vacinal em campanha anti-rábica canina. Pernambuco, 1996-2006



Acidentes por animais peçonhentos

O estado de Pernambuco apresentou uma das maiores incidências de escorpionismo do País (43,5 casos/100 mil hab.), porém sem casos fatais notificados. Já o ofidismo não mostrou incidência elevada (8 casos/100 mil hab.), mas letalidade acima da média nacional (0,6%). Os casos se localizam na porção leste do estado, na maioria, ressaltando-se que alguns municípios do centro e oeste não notificam.

Leptospirose

Doença de grande endemicidade no estado (ocupa o quarto lugar em número de casos e o sexto, em incidência), predomina em grandes centros urbanos. No período de 2001 a 2006 foram confirmados 1.748 casos, com 238 óbitos (letalidade de 13,6%, superior à letalidade média nacional para o período, que foi de 11,2%). O coeficiente de incidência anual média foi de 3,54/100 mil hab. (média nacional: 1,86/100 mil hab.). O surgimento de casos graves, com hemorragia pulmonar, pode ter contribuído para o aumento da letalidade. Importante incentivar os serviços para a suspeita, notificação e investigação de todos os casos compatíveis.

Peste

Ocorrências históricas importantes, nas áreas pestígenas do Foco do Agreste (Chapada da Borborema), Foco de Triunfo (compartilhado com a PB) e Chapada do Araripe (vertente sul).

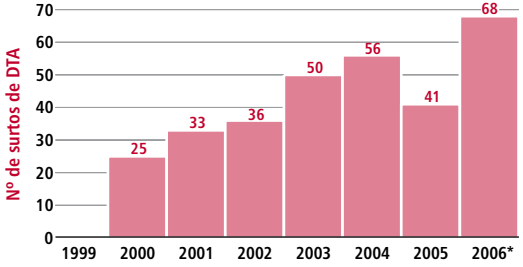
Botulismo

No período de 1999-2006, houve um caso de botulismo alimentar no município de Recife, em agosto de 2004 – foi detectada toxina botulínica tipo A e B em amostra de soro. O alimento contaminado não foi identificado porque o caso se alimentava de restos de alimentos encontrados no lixo.

Doenças transmitidas por alimentos – DTA

De 1999 a 2006, Pernambuco notificou 309 surtos de DTA. Excluindo os surtos sem informação, 44,6% ocorreram em restaurantes e 32,9% em residências; 38,4% foram causados por alimentos de origem mista e 21,9% por água. *Staphylococcus aureus* foi detectado em 25,1% dos surtos.

Figura 1. Número de surtos de DTA por ano. Pernambuco, 1999-2006

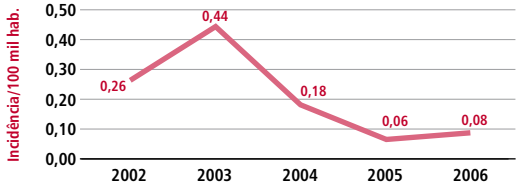


*Dados sujeitos a alteração, atualizados até 28/2/2007

Febre tifóide

Nos anos de 2002 a 2006, o estado apresentou baixa confirmação de casos, com incidências, respectivamente, de 0,26; 0,44; 0,18; 0,06 e 0,08/100 mil habitantes, indicando tendência de queda da doença.

Figura 2. Incidência de febre tifóide em Pernambuco, 2002-2006

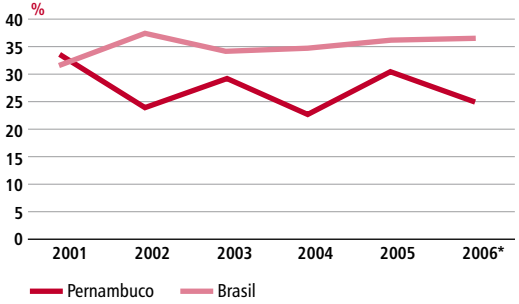


Fonte: Coveh/CGDT/Devep/SVS/MS

Meningites

O percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial nos últimos cinco anos esteve abaixo do mínimo esperado, indicando a necessidade de esforços adicionais para melhorar a qualidade da assistência aos casos.

Figura 3. Percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial. Pernambuco, 2001-2006



*Dados preliminares

Fonte: SVS/MS

Cólera

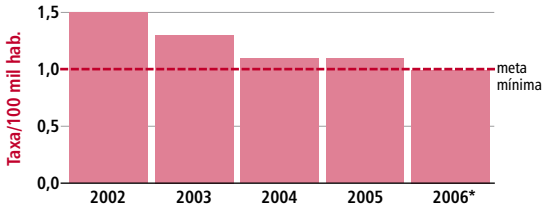
Em 2004, foram confirmados 21 casos de cólera, todos procedentes do município de São Bento do Una, estado de Pernambuco, onde em 2005. Cinco outros casos foram identificados, sendo quatro no Município de São Bento do Una e um em Recife. A letalidade no estado, no período de 1992 a 2005, oscilou de 0,00 a 2,94 em 1996. Em 2006, não ocorreu casos no estado.

Paralisia flácida aguda – PFA

A vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas (PFA/Pólio) no Brasil requer a manutenção de altas e homogêneas coberturas vacinais; sensibilização e monitoramento rigoroso dos indicadores que avaliam o desempenho operacional e qualidade da vigilância: taxa de notificação com meta mínima de um caso de PFA por 100 mil hab. menores de quinze anos; investigação epidemiológica em até 48 horas após a notificação do caso; coleta de uma amostra de fezes até o 14º dia do início do déficit motor, para isolamento viral e encerramento do caso e proporção de notificação semanal negativa/positiva de casos de PFA. Exceto a taxa de notificação, para os demais indicadores a meta mínima esperada é de 80%.

A vigilância das PFA em Pernambuco vem sendo sensível à detecção de casos – no período avaliado as metas estabelecidas foram alcançadas. É incentivada a melhoria na sensibilidade da vigilância e maior empenho para garantir a coleta adequada de fezes e envio das amostras aos laboratórios de referências, por ser o indicador mais sensível para confirmação ou descarte de circulação do poliovírus selvagem e direcionador de estratégias de controle.

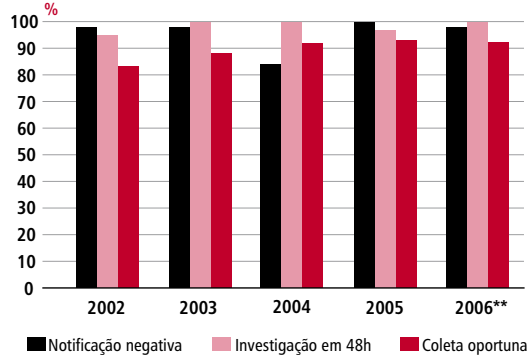
Figura 4. Taxa de notificação de PFA por 100 mil hab. menores de 15 anos. Pernambuco, 2002-2006



*Dados preliminares

Fonte: MS/SVS/Devep/CGDT/Cover/Sinan

Figura 5. Indicadores de vigilância epidemiológica da poliomielite/PFA*. Pernambuco, 2002-2006



*Meta mínima= 80%

**Dados preliminares

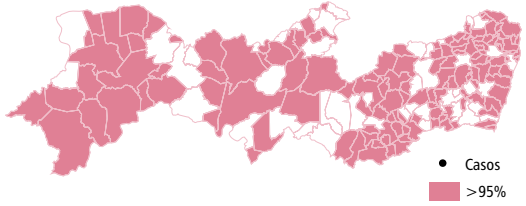
Fonte: MS/SVS/Devep/CGDT/Cover/Sinan

Rubéola

Em Pernambuco, em 2001, o percentual de municípios que atingiram a cobertura adequada foi de apenas 17,03. Nesse mesmo período, 320 casos de rubéola foram confirmados, dos quais 145 (45%) pelo critério laboratorial. A campanha de vacinação contra a rubéola para as mulheres em idade fértil (MIF) ocorreu em 2001, com a cobertura vacinal de 110,17%.

Em 2006, o percentual de municípios que atingiram a cobertura adequada foi de 73,51%. Agregando esse aumento à alta cobertura vacinal na campanha da rubéola para as MIF, houve redução na transmissão da rubéola e nenhum caso e de SRC foram confirmados em 2006. Entretanto, há a necessidade de intensificar e fortalecer as ações de vigilância epidemiológica com vistas à eliminação da rubéola e da SRC.

Figura 6. Cobertura vacinal da vacina tríplice viral e número de casos de rubéola. Pernambuco, 2006



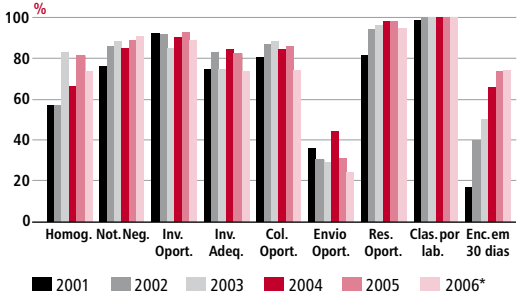
Fonte: Devep/SVS/MS

Sarampo

Em Pernambuco, a meta estabelecida para os indicadores epidemiológicos do sarampo foi atingida, exceto para o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada, envio oportuno de amostras e encerramento oportuno dos casos. A intensificação das ações deve ser realizada para não comprometer os esforços de erradicação.

De 2001 a 2006 o estado notificou 608 casos suspeitos de sarampo, sem nenhuma confirmação. Em 1999 foram confirmados 240 casos no estado.

Figura 7. Indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo. Pernambuco, 2001-2006



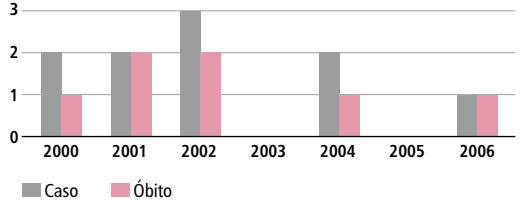
*Dados preliminares

Fonte: SVS/MS

Tétano neonatal

De 2000 a 2006 Pernambuco notificou dez casos (letalidade de 70%). Todas as mães tiveram esquema vacinal incompleto. É importante investir na vigilância epidemiológica, incluindo a vigilância de óbitos infantis e a melhoria da cobertura vacinal de mulheres em idade fértil (12 a 49 anos), com garantia das condições ideais de conservação do imunobiológico e manutenção da qualidade do pré-natal, além do aumento da cobertura de partos assépticos e segurança dos partos limpos. Pernambuco tem 148 municípios no plano de eliminação do tétano neonatal (1.000 nascidos vivos/ano).

Figura 8. Número de casos e óbitos de tétano neonatal. Pernambuco, 2000-2006



Fonte: SVS/MS

Estruturação do programa

A estruturação da rede de atenção primária e de serviços de média complexidade, implementando a atenção integral às hepatites virais é uma das prioridades do SUS.

O coordenador do Programa Estadual não tem função exclusiva para as hepatites virais, necessária devido à complexidade e magnitude desses agravos. Foi instituído o comitê estadual de hepatites virais, de acordo com determinação da Portaria nº 2.080 de 31.10.2003.

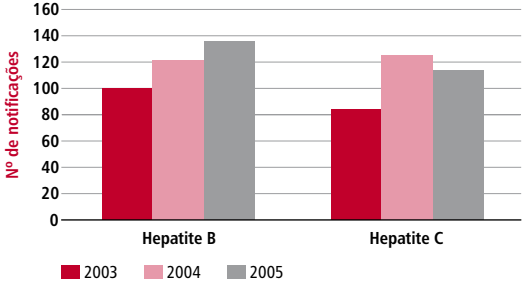
Assistência ao portador

Não há pólo para aplicação de medicamentos implantado no estado.

Dados epidemiológicos

As notificações de hepatites B e C têm aumentado em quase todos os estados, mostrando a importância desses agravos em nosso meio.

Figura 1. Casos confirmados de hepatites B e C. Pernambuco, 2003-2005



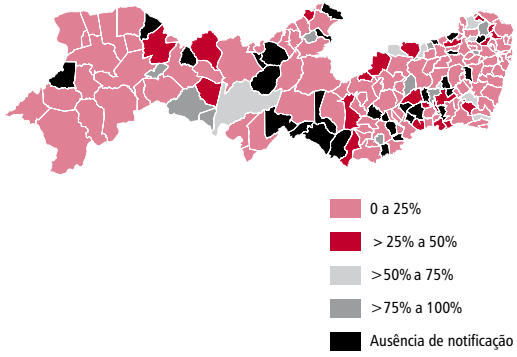
Em 2005, houve 2.937casos confirmados de hepatites virais, tornando Pernambuco o 2° estado da região Nordeste em número de casos: hepatite A, 73%; B, 12%; e C, 7%. Em 8% dos casos, a etiologia estava indefinida, demonstrando que o diagnóstico e a vigilância necessitam ser implementados.

Tabela 1. Número de casos confirmados e incidência (por 100 mil hab.) segundo tipo de hepatite. Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2005

Hepatite	A	B	C	D	Ignorado/ Branco	Total
N° de casos	2.146	344	212	2	233	2.937
%	73	12	7	0	8	100
Inc PE	25,5	4,1	2,5	0,0	2,8	34,9
Inc. Nordeste	18,3	3,7	1,9	0	3,3	27,2
Inc. Brasil	13,7	7,9	7,6	0,1	2,0	31,2

Fonte: SVS/MS

Figura 2. Distribuição por município do percentual de casos confirmados de hepatites virais com etiologia indefinida e municípios silenciosos. Pernambuco, 2005



A informação sobre a determinação da provável fonte de infecção não está definida em 64% dos casos confirmados do estado, 58% da região Nordeste e 57% do Brasil.

Em 2005, as taxas de mortalidade por hepatite B e C em Pernambuco foram as maiores da região Nordeste, demonstrando a atenção requerida por esses agravos.

Tabela 2. Taxa de mortalidade (por 1 milhão de hab.) por tipo de hepatite viral. Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2005

Hepatite	A	B	C	D	Não especificada
PE	0,1	1,8	5,6	0,0	1,4
Nordeste	0,3	1,2	3,3	0,0	1,0
Brasil	0,3	4,3	8,3	0,1	1,5

Fonte: SIM/2005

Capacitações

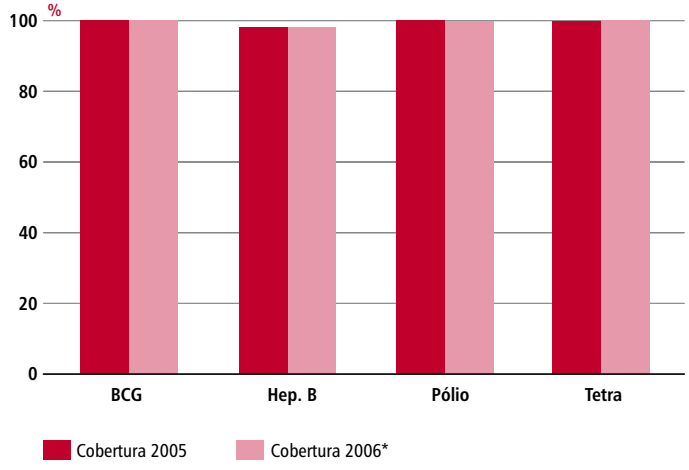
Em 2006, o estado realizou 16 capacitações, atingindo 363 profissionais das áreas de vigilância epidemiológica e de aconselhadores dos centros de testagem e aconselhamento (CTA) e atenção básica.

Comunicação e articulação com a sociedade civil

Em 2006, Pernambuco não realizou publicação em boletim epidemiológico estadual sobre hepatites virais, nem produziu materiais educativos e de informação sobre este tema. Há no estado uma organização da sociedade civil que trabalha com hepatites virais, com projeto de prevenção financiado pelo Programa Nacional de Hepatites Virais.

Nas ações de vacinação de rotina em menores de um ano, dados comparativos até outubro dos anos 2005 e 2006 demonstram que neste período Pernambuco alcançou as metas de 90% de cobertura vacinal para a vacina BCG e de 95% para as vacinas tetravalente (DTP/Hib), contra poliomielite e hepatite B.

Figura 1. Coberturas vacinais de rotina. Pernambuco, janeiro a outubro, 2005-2006



*Dados preliminares

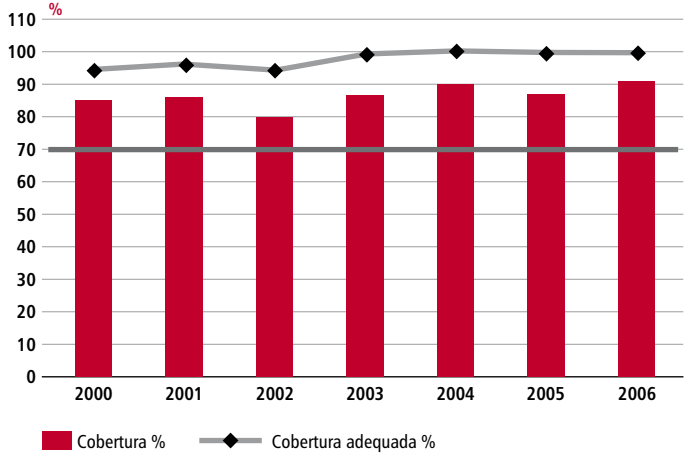
Fonte: API/CGPNI/Devep/SVS/MS

A vacina oral de rotavírus humano, implantada a partir de março de 2006, apresenta o total de 127.364 doses aplicadas (em relação à 1ª e 2ª dose) no período de março a outubro de 2006. A cobertura vacinal com a 1ª dose, utilizando 10/12 da população menor de um ano, está em 81,5% e a proporção de 2ªs doses administradas em relação à 1ª dose é de 56,7% no mesmo período.

Nos anos de 2005 e 2006, como denominador para cálculo de cobertura vacinal, utilizou-se para a base populacional menor de um ano o número disponível de nascidos vivos do banco de dados do Sinasc 2005 (último ano disponível).

Quanto à cobertura vacinal e o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada na campanha de vacinação contra a gripe para a população de 60 anos e mais, o estado ultrapassou a meta preconizada de 70% para ambos os indicadores, em todos os anos.

Figura 2. Cobertura vacinal contra gripe e percentual de municípios com cobertura adequada na campanha do idoso. Pernambuco, 2000-2006



Fonte: API/CGPNI/Devep/SVS/MS

Dos seis sistemas informatizados para acompanhamento de dados referentes às ações de vacinação, somente o de Apuração de Imunobiológicos Utilizados – AIU não está em uso no estado, não permitindo a avaliação automatizada da movimentação de vacinas, soros e outros insumos entre os municípios e o conhecimento dos percentuais de aproveitamento e/ou perdas desses produtos. No período de janeiro a outubro de 2006, sobre a alimentação do sistema de Avaliação do Programa de Imunizações – API, constatou-se a regularidade no envio mensal de banco de dados em 97% dos municípios. Apenas 11 (6%) municípios notificaram eventos adversos pós-vacinação pelo Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SI-EAPV) durante todo o ano.

Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS

Ações		Pernambuco	Recife	Cabo de Sto. Agostinho	Caruaru	Jaboatão dos Guararapes	Olinda	Paulista	Petrolina
Notificação	Notificação de casos de paralisia flácida aguda – PFA	Cumprida	Cumprida	Não avaliável	Não se aplica	Cumprida	Não avaliável	Não se aplica	Cumprida
	Notificação de sarampo	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida
Investigação	Investigação epidemiológica oportuna para doenças exantemáticas	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Cumprida
	Investigação epidemiológica oportuna para raiva humana	Cumprida	Não avaliável	Não avaliável	Cumprida	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável
	Encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida
	Coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de paralisia flácida aguda – PFA	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não avaliável	Cumprida	Não avaliável	Não avaliável	Cumprida
	Encerramento oportuno da investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não avaliável	Cumprida	Não cumprida	Não avaliável	Não cumprida
Diagnóstico laboratorial	Diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola)	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida
	Encerramento de casos de meningite bacteriana por critério laboratorial	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida
	Realização de testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida
Vigilância ambiental	Elaboração de dois relatórios anuais sobre as ações desenvolvidas pelo Vigiagua em municípios com população igual ou acima de 100 mil habitantes	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida
Vigilância e controle de vetores	Identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de *Aedes*	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida
	Percentual de municípios prioritários com cobertura de seis ciclos anuais para identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de *Aedes*	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	Inspeções semanais em armadilhas instaladas, de acordo com o preconizado no PNCD, nos municípios não infestados	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Controle de doenças	Cura de casos novos de tuberculose bacilíferos	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida
	Aumento da taxa de cura de hanseníase	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida
	Redução da incidência parasitária anual por malária (IPA) nos estados da Amazônia Legal	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Imunizações	Cobertura vacinal adequada – BCG	Não se aplica	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida
	Cobertura vacinal adequada – Hepatite B	Não se aplica	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida
	Cobertura vacinal adequada – Poliomielite	Não se aplica	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida
	Cobertura vacinal adequada – Tetravalente	Não se aplica	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida
	Cobertura vacinal adequada – Tríplice viral	Não se aplica	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – BCG	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Hepatite B	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Poliomielite	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Tetravalente	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Tríplice viral	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Monitorização de agravos relevantes	Número de surtos identificados através da monitorização das doenças diarréicas agudas – MDDA	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Cumprida	Não avaliável	Não cumprida	Não avaliável	Não avaliável
	Implantação/implementação da vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Não avaliável	Não avaliável	Não se aplica
	Investigação de óbitos maternos (capitais e municípios com mais de 100 mil habitantes)	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida
	Investigação de óbitos maternos (municípios com 100 mil habitantes ou menos)	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Divulgação de informações epidemiológicas	Número de informes epidemiológicos publicados	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Estudos e pesquisas em epidemiologia	Divulgação de estudo da situação de saúde	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Sistemas de Informação	Cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de óbitos por causa básica definida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida
Supervisão da PPI-VS	Supervisão da PPI-VS nos municípios certificados	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Percentual de metas cumpridas		72,4	81,8	71,4	80,0	71,4	47,4	70,6	66,6

Cumprida · Não cumprida · Não avaliável · Não se aplica

Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS

O TFVS destina-se, exclusivamente, ao financiamento das ações de vigilância em saúde. Os recursos são repassados, em parcelas mensais, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos estados e municípios certificados para a gestão dessas ações.

Municípios certificados de Pernambuco: 130

Em 2006 foram destinados os recursos abaixo discriminados

Valor global: R$ 30.434.538,45

- Repasse para a Secretaria Estadual de Saúde SES: R$ 8.303.149,72
- Repasse para os municípios: R$ 21.718.326,65

Incentivos específicos acrescidos ao TFVS

Portaria MS nº 1.349/2002

Contratação adicional de agentes de saúde para o combate ao *Aedes aegypti*

- SES – valor anual: R$ 7.200,00
- 24 municípios – valor anual: R$ 2.212.800,00

Campanhas de vacinação (conforme deliberação da CIB)

- Raiva animal – SES: R$ 360.491,77
  21 municípios: R$ 566.533,68
- Influenza – SES: R$ 94.505,13
  125 municípios: R$ 243.845,37
- Poliomielite – SES: R$ 196.211,12
  126 municípios: R$ 497.029,96

Outros repasses "fundo-a-fundo"

Subsistema de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar

- 7 hospitais estaduais: R$ 228.000,00
- 1 hospital federal: R$ 36.000,00

Capacitação de pessoal no Sinan

- SES: R$ 100.000,00

Ações de prevenção de violência e acidentes

- Olinda: R$ 51.000,00
- Recife: R$ 175.000,00

Intensificação das ações de controle

- Esquistossomose –Paudalho: R$ 33.618,00
- Filariose – Recife: R$ 420.000,00

Inquérito nacional de prevalência do tracoma

- SES: R$ 15.000,00

Vigilância de acidentes e violência em serviços sentinelas

- 2 municípios: R$ 42.258,00

Registro de câncer de base populacional

- Recife: R$ 36.000,00

Fortalecimento das ações dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Lacen

- Finlacen – SES: R$ 1.092.904,00
- Laboratórios de Saúde Pública das capitais Recife: R$ 120.000,00

Incentivo no âmbito do PN-HIV/Aids e outras DST

- SES: R$ 1.691.122,08
- SMS: R$ 2.979.703,40

Plano de investimento

Destina-se ao reforço das estruturas das secretarias estaduais e municipais de Saúde para a coordenação e execução de ações de vigilância em saúde.

O critério de distribuição dos quantitativos nos estados é resultado de pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite.

No ano de 2006, foram repassados para o estado de Pernambuco veículos e equipamentos que totalizaram cerca de R$ 963.269,00.

Tabela 1. Quadro de beneficiários por tipo de equipamento

Beneficiário	Tipo de equipamento					
	Veículos			Micros-cópios	Equipamentos de Pulverização	Microcom-putador*
	Motos	Veículo tipo uti-litário (Kombi)	Picapes			
SES	2		2	20	13	14
SMS		9		11		
Total	2	9	2	31	13	14

*Alocado, provisoriamente, na SES, aguardando determinação da distribuição pela CIB local

Tabela 1. Valores aprovados para os anos de vigência do Planvigi e repassados para a Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde (capital) e municípios elegíveis, segundo fonte de financiamento. Pernambuco, 2006

Unidade federada	Valor Planvigi aprovado (R$)		Valor total aprovado (R$)	Valores repassados (R$)		Valor total repassado (R$)
	Fonte Vigisus	Fonte TFVS		Fonte Vigisus	Fonte TFVS	
SES/PE	1.656.411,00	-	1.656.411,00	952.436,33	-	952.436,33
Recife	748.498,00	-	748.498,00	261.974,31	-	261.974,31
Jaboatão dos Guararapes	550.044,00	-	550.044,00	192.515,40	-	192.515,40
Olinda	336.058,00	-	336.058,00	117.620,30	-	117.620,30
Paulista	251.049,76	-	251.049,76	144.353,62	-	144.353,62
Caruaru	239.532,00	-	239.532,00	83.836,20	-	83.836,20
Petrolina	214.217,00	-	214.217,00	123.174,78	-	123.174,78
Cabo de Santo Agostinho	145.217,35	-	145.217,35	50.826,07	-	50.826,07
Camaragibe	-	111.758,00	111.758,00	-	39.115,31	39.115,31
Garanhuns	-	98.254,00	98.254,00	-	34.388,91	34.388,91
Vitório de Santo Antão	-	96.967,00	96.967,00	-	33.938,45	33.938,45
Abreu e Lima	-	74.656,00	74.656,00	-	26.129,60	26.129,60
São Lourenço da Mata	-	73.334,00	73.334,00	-	25.666,91	25.666,91
Igarassu	-	69.848,89	69.848,89	-	24.447,11	24.447,11
Ipojuca	-	51.594,00	51.594,00	-	18.057,91	18.057,91
Moreno	-	42.587,20	42.587,20	-	42.587,20	42.587,20
Itapissuma	-	35.000,00	35.000,00	-	35.000,00	35.000,00
Itamaracá	-	35.000,00	35.000,00	-	35.000,00	35.000,00
Total	**4.141.027,11**	**688.999,09**	**4.830.026,20**	**1.926.737,01**	**314.331,40**	**2.241.068,41**

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS; data de atualização: 23/1/2007

Distribuição percentual dos valores de recursos aprovados durante a vigência do projeto e dos valores repassados, segundo fonte financiadora (Projeto Vigisus e Teto Financeiro da Vigilância em Saúde), para o estado de Pernambuco, capital e municípios elegíveis, em 2006.

Figura 1. Valores aprovados Planvigi para a Secretaria Estadual de Saúde, capital e municípios elegíveis, segundo fonte financiadora, 2006

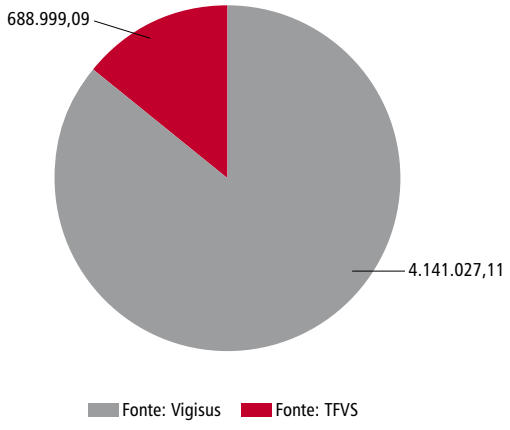
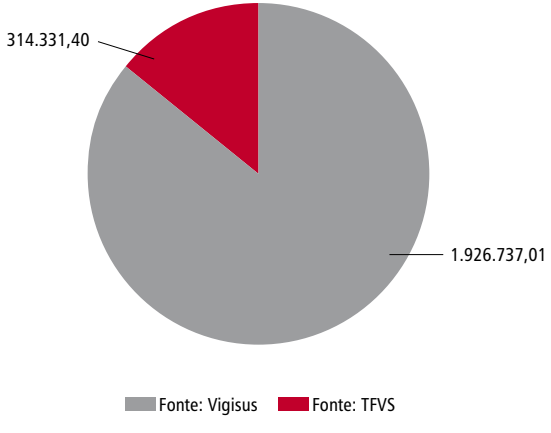


Figura 2. Valores repassados para a Secretaria Estadual de Saúde, capital e municípios elegíveis, segundo fonte financiadora, 2006



Solo

Áreas com populações expostas a solo contaminado são identificadas pelos estados e municípios e alimentadas no Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado – Sissolo. A avaliação, classificação e identificação continuada dessas áreas permitem caracterizar a exposição de populações a contaminantes presentes no solo e subsidiar ações preventivas e de controle em saúde.

No estado de Pernambuco foram identificadas e categorizadas 41 áreas (Tabela 1), nos municípios ilustrados na Figura 1.

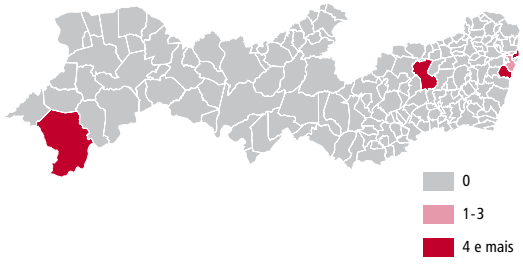
Tabela 1. Áreas com população exposta a solo contaminado

Classificação	Nº de áreas	População estimada	Categoria
AA, ADRU, AI, AM, DA	41	107.050	Amarela

AA – Área Agrícola; **ADRU** – Áreas de Disposição Final de Resíduos Urbanos; **AI** – Área Industrial; **AM** – Área de Mineração; **DA** – Depósito de Agrotóxicos

Amarela – população potencialmente exposta a solo com suspeita de contaminação

Figura 1. Número de áreas com solo contaminado por município. Pernambuco, 2006

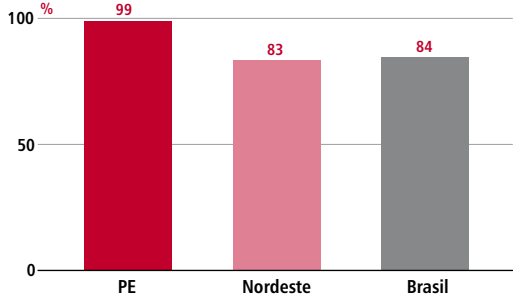


Água

O Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano – Vigiagua é coordenado pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (MS/SVS) e executado pela Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM). Consiste em ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir o atendimento do padrão e normas estabelecidas na legislação vigente, e para avaliar os riscos que a água consumida pode representar à saúde humana.

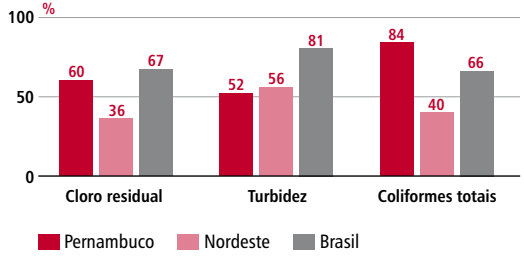
O Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Sisagua fornece informações sobre a qualidade da água proveniente dos sistemas, soluções alternativas coletivas e individuais de abastecimento de água. No estado de Pernambuco, 183 municípios (99%) alimentaram dados no Sisagua em 2006.

Figura 2. Percentual de municípios com alimentação de dados no Sisagua. Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2006



Em relação à qualidade da água analisada nos Sistemas de Abastecimento de Água, foram registrados no Sisagua os seguintes percentuais de conformidade com o padrão de potabilidade: cloro residual livre, 90%; turbidez, 93%; e coliformes totais, 61%.

Figura 3. Percentual de amostras realizadas, em 2006, em conformidade com a Portaria MS nº 518/2004. Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2006



Núcleos hospitalares de epidemiologia – NHE

O Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria MS/GM nº 2.529, de 23 de novembro de 2004, o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar, com o objetivo de ampliar a detecção, notificação e investigação de doenças de notificação compulsória e outros agravos emergentes e re-emergentes. O subsistema será composto por 190 hospitais. Até dezembro de 2006, 174 núcleos foram implantados e distribuídos em 25 unidades federadas.

Em Pernambuco, oito hospitais aderiram ao subsistema. Os núcleos hospitalares de epidemiologia foram implantados nas seguintes unidades de saúde: Hospital Otávio de Freitas, Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Getúlio Vargas, Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Hospital das Clínicas, Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Hospital da Restauração e Hospital Corrêa Picanço.

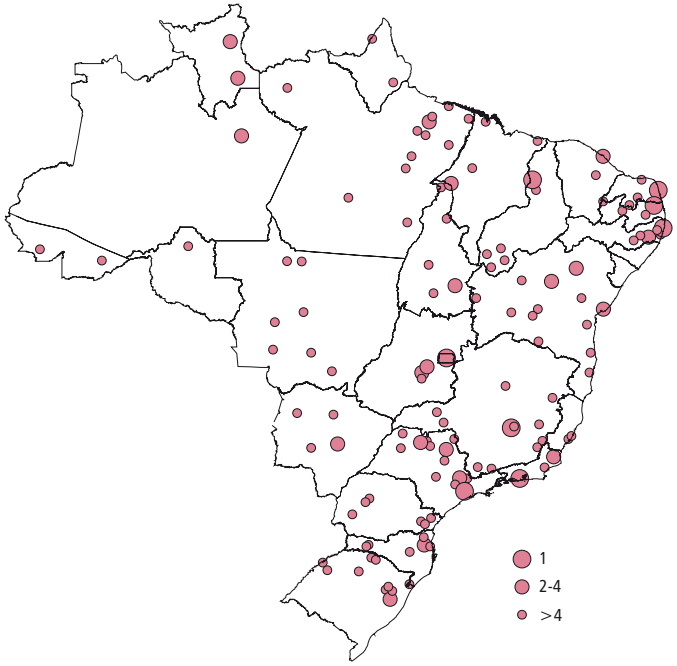
Figura 1. **Mapa de núcleos. Brasil, 2006**

Monitoramento e investigação de surtos

Em 2006 foram monitorados 191 surtos ou emergências em saúde pública, sendo 189 no Brasil e 2 na Argentina (região de fronteira). Esses eventos englobaram agravos como botulismo, raiva, doença de Chagas aguda, doença meningocócica, febre amarela, hantavirose, influenza humana, agravos inusitados, entre outros.

Em 2006 não ocorreram surtos no estado.

Figura 2. **Mapa de surtos. Brasil, 2006**



Evolução da mortalidade por doenças não transmissíveis, 1996 a 2005

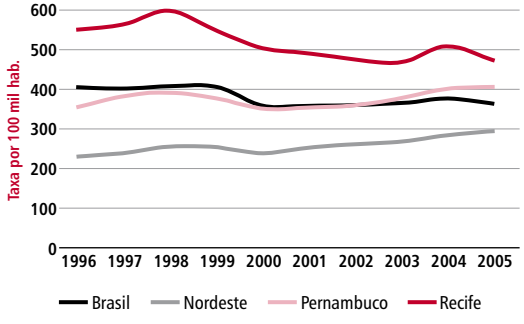
Em 2005, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças endócrinas e as causas externas representaram 72,3% do total de óbitos por causas conhecidas em Recife, 70,9% em Pernambuco, 67,3% no Nordeste e 68,1% no Brasil.

Deve-se considerar o percentual de óbitos por causas mal definidas no estado (10,6%) e na região (17,9%). Recife teve menos de 1% de óbitos por causas mal definidas em 2005.

Doenças do aparelho circulatório – DAC

Em 1996, as taxas foram, respectivamente, para o estado e capital, de 352,4/100 mil e 547,9/100 mil; e em 2005, de 403,8/100 mil e 470,9/100 mil. O risco de morte por DAC no Brasil e região Nordeste, em 1996, foi de 403,5/100 mil e 228,3/100 mil; e em 2005, de 360,9/100 mil no País e 292,3/100 mil na região.

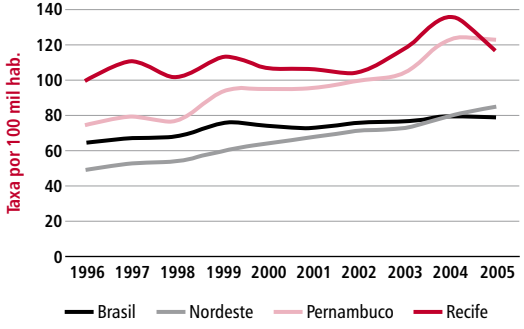
Figura 1. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por DAC na idade de 30 anos e mais, 1996-2005



Diabetes

Recife apresenta em 1996 uma taxa de 99,4/100 mil e, em 2005, de 115,9/100 mil. O estado tem aumento da taxa de mortalidade por diabetes, que em 1996 foi de 73,7/100 mil e em 2005, de 121,9/100 mil. A região Nordeste (1996 – 48,3/100 mil e 2005 – 83,8/100 mil) e o Brasil (1996 – 63,6/100 mil e 2005 – 78,1/100 mil) mantêm aumento constante das taxas no período.

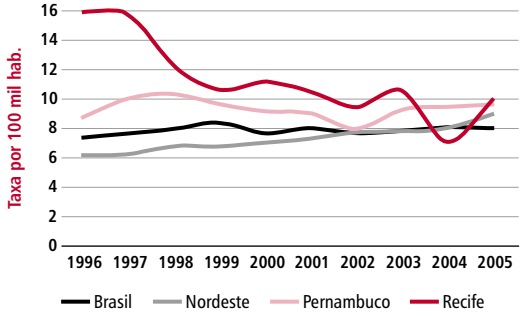
Figura 2. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por diabetes na idade de 40 anos e mais, 1996-2005



Neoplasias

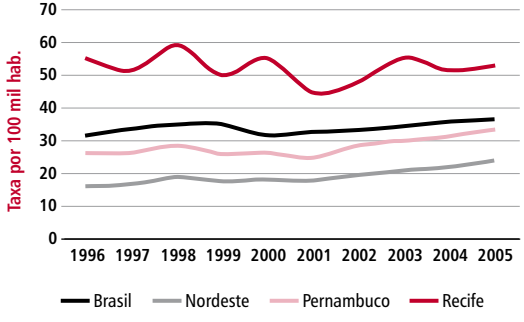
O estado e a capital apresentam oscilação na curva de mortalidade por câncer de colo uterino. Em 2005, a taxa é de 8,6/100 mil para Pernambuco e 9,9/100 mil para Recife. A região Nordeste tem leve aumento na curva entre 1996 (6,1/100 mil) e 2005 (8,9/100 mil). Para o Brasil, as taxas se mantêm estáveis entre 1996 (7,2/100 mil) e 2005 (7,9/100 mil). O percentual de óbitos classificados como porção não especificada do útero no estado de Pernambuco, em 2005, é de 28,7%.

Figura 3. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por câncer do colo do útero na idade de 20 anos e mais, 1996-2005



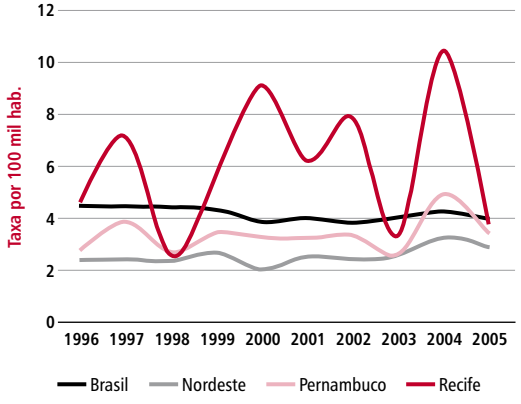
Pernambuco (1996 – 25,8/100 mil e 2005 – 32,8/100 mil) e Recife (1996 – 54,8/100 mil e 2005 – 52,4/100 mil) apresentam tendências opostas das taxas ao longo dos anos. O Brasil (1996 – 31,2/100 mil e 2005 – 35,7/100 mil) e a região Nordeste (1996 – 15,6/100 mil e 2005 – 23,3/100 mil) têm discreto crescimento da curva no período.

Figura 4. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por neoplasia de mama na idade de 40 anos e mais, 1996-2005



A curva de mortalidade na capital (1996 – 4,6/100 mil e 2005 – 3,8/100 mil) e estado (1996 – 2,7/100 mil e 2005 – 3,4/100 mil) apresenta oscilação no período. Em 2005, a região Nordeste e o Brasil apresentam taxas, respectivamente, de 2,9/100 mil e 4,0/100 mil.

Figura 5. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por neoplasia de traquéia, brônquios e pulmão na idade de 30 a 49 anos, 1996-2005



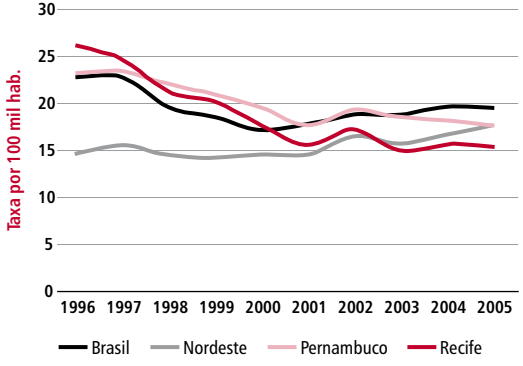
Evolução da mortalidade por acidentes de transporte e violência, 1996 a 2005

Dos óbitos por causas conhecidas, as causas externas foram a segunda causa de morte em Recife (15,8%) e Pernambuco (16,3%); e a terceira no Nordeste (15,1%) e no Brasil (14,2%), em 2005.

Acidentes de trânsito

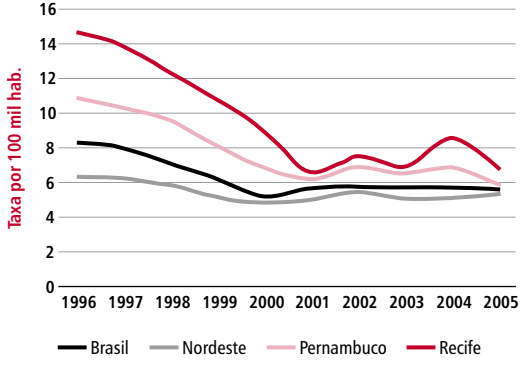
Tanto a capital quanto o estado mostram oscilação com declínio de taxas entre 1996 (capital – 25,9/100 mil e estado – 23,0/100 mil) e 2005 (capital – 15,2/100 mil e estado – 17,5/100 mil). Enquanto a região Nordeste (1996 – 14,5/100 mil e 2005 – 17,4/100 mil) tem tendência de aumento, o Brasil (1996 – 22,6/100 mil e 2005 – 19,3/100 mil) apresenta tendência de queda em sua curva no período avaliado.

Figura 6. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por acidente de transporte terrestre, 1996-2005



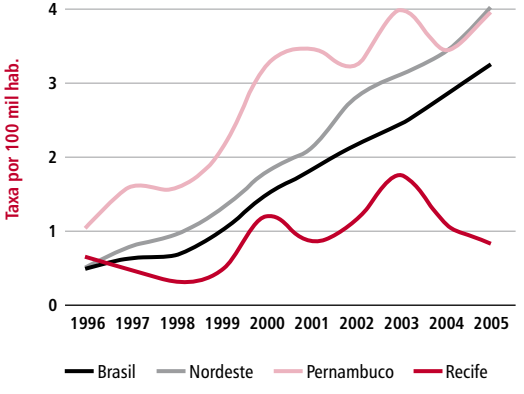
A capital e o estado têm uma queda entre 1996 (capital – 14,6/100 mil e estado – 10,8/100 mil) e 2005 (capital – 6,7/100 mil e estado – 5,8/100 mil). Para a região Nordeste, as taxas entre 2003 (4,9/100 mil) e 2005 (5,2/100 mil) se mantêm estáveis. Já no Brasil a estabilização ocorre entre 2001 e 2005, com taxa de 5,5/100 mil.

Figura 7. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por atropelamento, 1996-2005



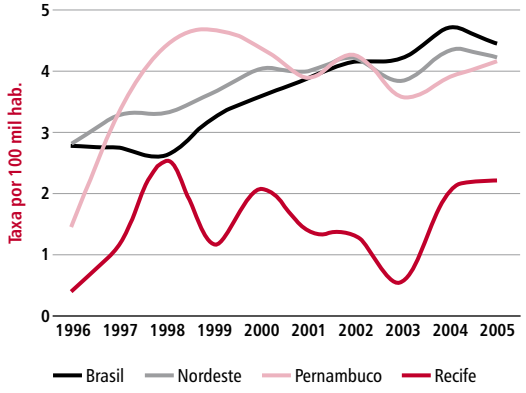
A capital oscila sua curva, atingindo em 2005 a taxa de 1,4/100 mil. O estado também apresenta oscilação, com taxa em 2005 de 3,6/100 mil. O Brasil e a região aumentam as taxas nos anos estudados (Brasil: 1996 – 0,5/100 mil e 2005 – 3,2/100 mil, Nordeste: 1996 – 0,5/100 mil e 2005 – 4,0/100 mil).

Figura 8. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por acidente com moto, 1996-2005



A capital (1996 – 0,4/100 mil e 2005 – 2,2/100 mil) e o estado (1996 – 1,4/100 mil e 2005 – 4,1/100 mil) apresentam aumento das taxas no período. A região Nordeste e o Brasil mostram crescimento de suas curvas entre 1996 (Nordeste – 2,8/100 mil e Brasil – 2,7/100 mil) e 2005 (Nordeste – 4,2/100 mil e Brasil – 4,4/100 mil).

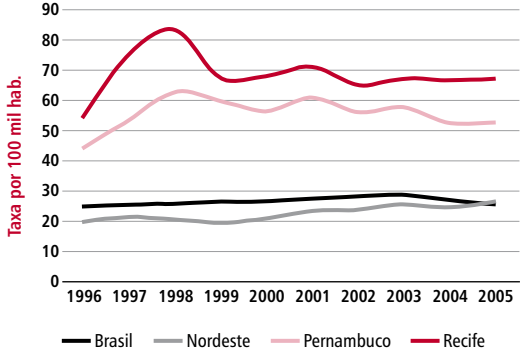
Figura 9. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por acidente com ocupante de veículo, 1996-2005



Agressões (homicídios)

As tendências das curvas são de aumento para a capital (1996 – 54,0/100 mil e 2005 – 66,6/100 mil), o estado (1996 – 43,7/100 mil e 2005 – 52,2/100 mil) e a região Nordeste (1996 – 19,4/100 mil e 2005 – 26,1/100 mil). O Brasil apresenta estabilidade ao longo dos anos. Em 2005, a taxa foi de 25,1/100 mil.

Figura 10. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por agressão (homicídios), 1996-2005



www
.saude
.gov
.br
/svs

Leia em voz alta para não esquecer!

A Secretaria de Vigilância em Saúde na Internet

ISBN 978-85-334-1375-7

www.saude.gov.br/svs

www.saude.gov.br/bvs

Disque Saúde: 0800.61.1997

SUS Sistema Único de Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL