MINISTÉRIO DA SAÚDE

## Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
## Relatório de Situação

# Rio Grande do Norte

3ª edição

Brasília/DF

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde

## Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

## Relatório de Situação

# Rio Grande do Norte

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 – 800 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 : Rio Grande do Norte / 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 978-85-334-1379-5

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 2007/0820

**Títulos para indexação**

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

# 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

11 Outras doenças transmissíveis

13 Hepatites virais

14 Programa Nacional de Imunizações – PNI

15 Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI

16 Recursos

17 Projeto Vigisus II

18 Vigilância em saúde ambiental

19 Emergências epidemiológicas

20 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.

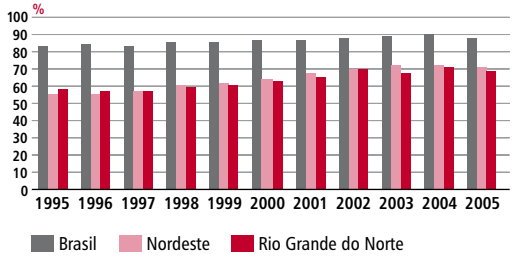
O Relatório de Situação sintetiza os avanços e as limitações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Nosso objetivo é que ele seja utilizado na formulação de iniciativas capazes de fortalecer as ações e os programas de promoção da saúde da nossa população.

Gerson Oliveira Penna
Secretário de Vigilância em Saúde

## Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

A cobertura[1] do SIM exibiu valores que variaram entre 56% e 72% nos últimos dez anos. Em 2005, o Rio Grande do Norte apresentou cobertura de 68,4%, valor inferior à cobertura da região, que foi de 71,2%.

**Figura 1. Razão entre os óbitos SIM e os óbitos IBGE. Brasil, região Nordeste, Rio Grande do Norte, 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 habitantes 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 (159): 70% (111) apresentam TGM padronizada abaixo de 4,4/mil habitantes.
- Municípios com população maior ou igual a 50.000 habitantes (8): 75% (6) apresentam TGM padronizada abaixo de 5,3/mil habitantes.
- No total, 50% da população do estado residem em municípios com deficiências na cobertura do SIM.
- A capital, Natal, teve TGM padronizada de 5,3/mil hab.; o estado, 4,3/mil hab. e o Nordeste, 4,9/mil habitantes.

### Percentual de óbitos por causas mal definidas

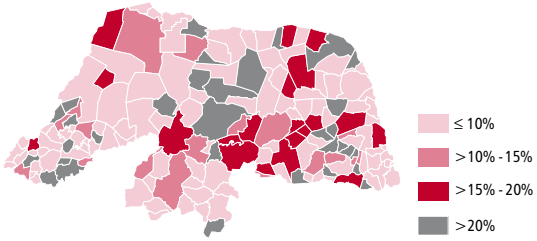
O percentual de óbitos por causas mal definidas do estado é de 9,1% em 2005. No mesmo ano, a região Nordeste apresentou percentual de 17,8% e o Brasil, 10,6%.

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

- até 10%: 97 municípios (58,1%);
- entre 10% e 15%: 18 municípios (10,8%);
- entre 15% e 20%: 20 municípios (12,0%);
- 20% e mais: 32 municípios (19,2%).

Natal tem 2,2% de óbitos por causas mal definidas.

**Figura 2. Percentual de óbitos por causas mal definidas, por municípios. Rio Grande do Norte, 2005**




Fonte: SIM/SVS

## Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc

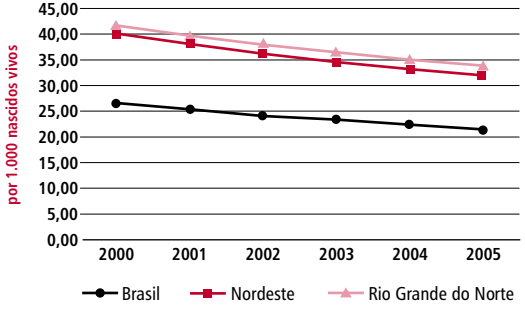
As coberturas do Sinasc são calculadas a partir da razão entre nascimentos coletados e estimativas de nascimentos obtidas pela SVS por meio de técnicas demográficas. Em 2005, a cobertura do Sinasc no estado foi de 88,1%.

### 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, no Rio Grande do Norte, para cada 1.000 crianças nascidas vivas (nv) 33,6 morreram antes de completar um ano de idade em 2005. Na região Nordeste, a TMI foi de 31,6 por mil nv. No período de 2000 a 2005, houve redução de 18,78% da TMI no estado.

**Figura 3. Taxa de mortalidade infantil. Brasil, região Nordeste, Rio Grande do Norte, 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 síndrome da rubéola congênita, tétano acidental, Chagas, leishmaniose visceral, rubéola, hepatite, peste e coqueluche não atingiram a meta de 68% estabelecida para o ano de 2006, de encerramento oportuno dos casos notificados.

Em números totais, o estado não alcançou a meta de 68% estabelecida para o ano de 2006.

## 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 96% em 2006.

**Tabela 1. Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo. Rio Grande do Norte, 2006***

| Agravos | Casos | | |
|---|---|---|---|
| | Notificados | Encerrados oportunamente | |
| | Total | Nº | % |
| Sindrome da rubéola congênita | 3 | 0 | 0,0 |
| Tétano acidental | 7 | 1 | 14,3 |
| Chagas | 50 | 9 | 18,0 |
| Leishmaniose visceral | 11 | 5 | 45,5 |
| Leishmaniose tegumentar americana | 13 | 6 | 46,2 |
| Rubéola | 190 | 97 | 51,1 |
| Hepatite | 1.946 | 1.043 | 53,6 |
| Peste | 7 | 4 | 57,1 |
| Coqueluche | 43 | 25 | 58,1 |
| Sarampo | 23 | 16 | 69,6 |
| Meningite | 165 | 115 | 69,7 |
| Malária | 18 | 13 | 72,2 |
| Difteria | 4 | 3 | 75,0 |
| Leptospirose | 31 | 28 | 90,3 |
| Febre tifóide | 3 | 3 | 100,0 |
| Cólera | 0 | 0 | 0,0 |
| Febre amarela | 0 | 0 | 0,0 |
| Hantavirose | 0 | 0 | 0,0 |
| Paralisia flácida aguda | 0 | 0 | 0,0 |
| Raiva | 0 | 0 | 0,0 |
| Tétano neonatal | 0 | 0 | 0,0 |
| **Total** | **2.514** | **1.368** | **54,4** |

*Atualizado em 10/2/2007

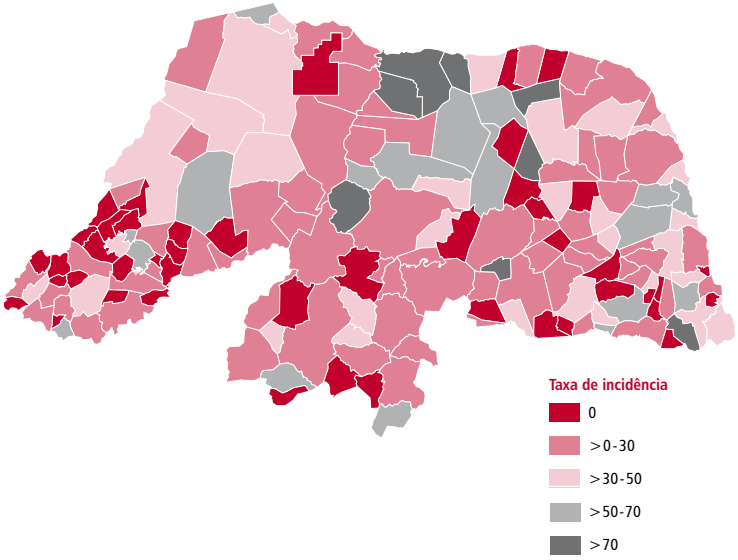
Dados preliminares sujeitos a revisão

Fonte: MS/SVS/Sinan

# Tuberculose

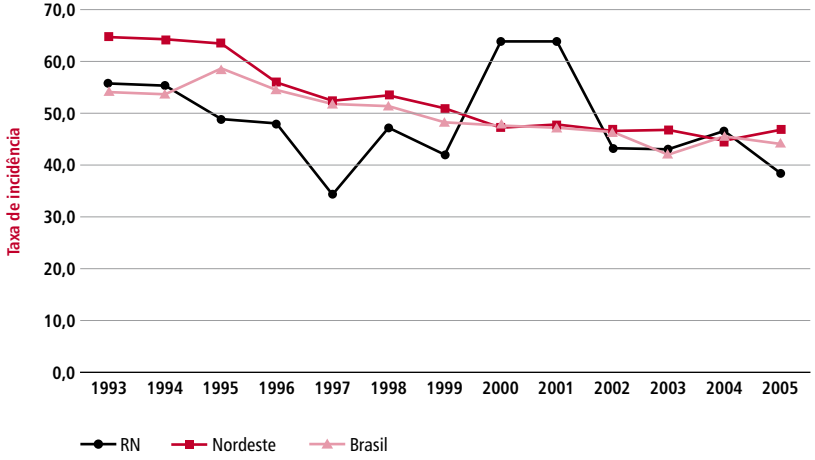
O Rio Grande do Norte possui 6 municípios prioritários, que têm uma cobertura de 80,7% do Programa de Controle da Tuberculose – PCT implantado e 78,4% de implantação da estratégia de tratamento supervisionado.

**Figura 1. Municípios segundo taxa de incidência (por 100 mil hab.) para tuberculose. Rio Grande do Norte, 2005**




Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, em 2005 foram registrados 1.154 casos novos de tuberculose no Sinan. As incidências foram de 38,4/100 mil hab. para tuberculose em todas as formas e de 17,7/100 mil hab. para casos bacilíferos. A coorte de tratamento, considerando os casos diagnosticados em 2005 nos municípios prioritários, mostrou cura de 61,0%. O abandono foi de 8,9%; óbitos de pacientes, 3,3% e transferência de 9,4%, além do percentual de 17,3% de casos sem informação de encerramento no Sinan.

**Figura 2. Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de tuberculose em todas as formas. Rio Grande do Norte, região Nordeste, Brasil, 1993-2005**



No período de um ano houve incremento de 2,00% de unidades (357 unidades) que fazem diagnóstico e tratamento de hanseníase.

Foram diagnosticados 263 casos novos em 2006. Desse total, 163 estão em curso de tratamento.

Dos casos novos diagnosticados:

- 21 (7,98%) acometiam menores de 15 anos;
- 15 (6,49%) pacientes apresentaram, no momento do diagnóstico, incapacidade física severa;
- 124 (47,14%) eram formas avançadas da doença.

O percentual de cura no estado foi de 67,99% em 2006.

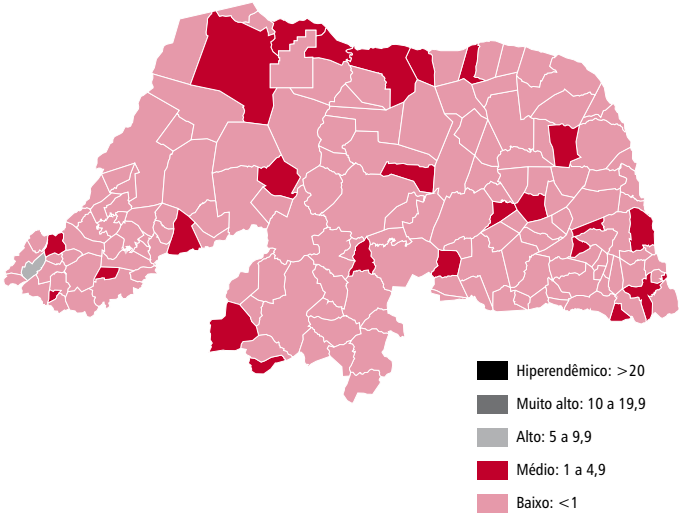
**Tabela 1. Casos novos de hanseníase, por município e percentual de população. Rio Grande do Norte, 2006**

| Carga da doença | Nº de municípios | População 2006 | % população |
|---|---|---|---|
| Até 1 caso | 141 | 1.325.820 | 43,56 |
| 1 a 3 casos | 9 | 144.544 | 4,75 |
| 3 a 5 casos | 9 | 246.157 | 8,09 |
| 5 a 20 casos | 6 | 307.540 | 10,10 |
| Mais de 20 casos | 2 | 1.019.679 | 33,50 |
| **Total** | **167** | **3.043.740** | **100,00** |

O Rio Grande do Norte possui um município prioritário para a hanseníase: Mossoró.

Desde 2004, o estado atingiu índices de prevalência inferiores a um caso por 10 mil habitantes. Entretanto, 43,60% 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. Rio Grande do Norte, 2006**



Até dezembro de 2005, foram notificados 2.174 casos de aids (1.477 homens, 696 mulheres e um com sexo ignorado).

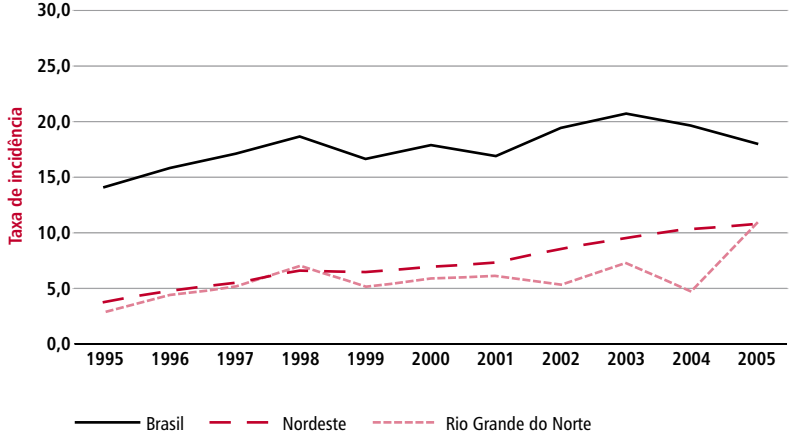
Os municípios do estado que apresentaram os maiores números de casos de aids acumulados até 2005 foram (casos acumulados/taxa média de incidência de 2000 a 2005 por 100 mil hab.):

- Natal (1.117/12,3);
- Mossoró (179/7,3);
- Parnamirim (116/10,0);
- São Gonçalo do Amarante (39/6,1);
- Ceará-Mirim (35/5,8).

A taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por aids no ano de 2005 foi de 1,2 óbito.

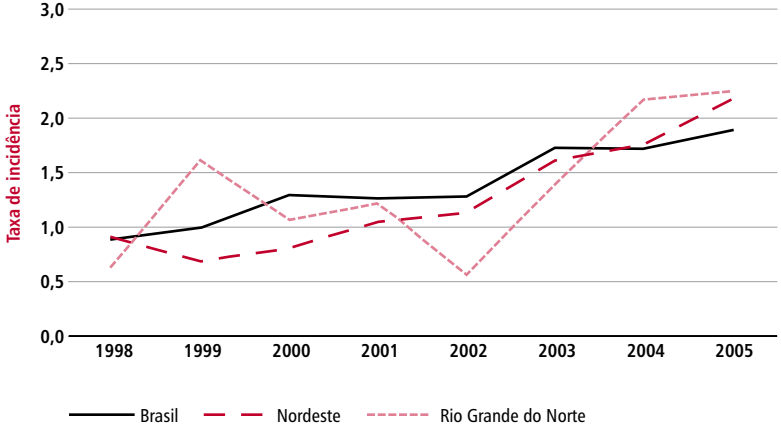
Foram notificados 38 casos de transmissão vertical do HIV até 2005.

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




Em relação à sífilis congênita, o estado notificou entre os anos de 1998 e 2004 um total de 582 casos em menores de um ano de idade. A taxa de incidência (por mil nascidos vivos) de sífilis congênita no ano de 2005 é de 2,2 casos. Até 2005 foram registrados 11 óbitos por sífilis congênita no estado.

**Figura 2. Taxa de incidência (por mil nascidos vivos) de sífilis congênita segundo ano do diagnóstico. Rio Grande do Norte, 1998-2005**



Dos 167 municípios do Rio Grande do Norte, 16 (9,6%) são prioritários para o Programa Nacional de Controle da Dengue: Apodi, Assu, Caicó, Ceará-Mirim, Currais Novos, Extremoz, Jardim do Seridó, João Câmara, Macaíba, Mossoró, Natal, Parnamirim, Pau dos Ferros, Santa Cruz, São Gonçalo do Amarante e São José de Mipibu. Esses municípios concentram 56,87% da população do estado.

## Situação epidemiológica

De acordo com os dados do Boletim da Dengue (SE nº 52), no ano de 2006 foram registrados 9.505 casos, o que representou aumento de 27,88% quando comparados com o mesmo período de 2005 (7.433 casos). Nesse mesmo período, foram registrados 49 casos de febre hemorrágica da dengue (FHD), com um óbito.

**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 | 2 | 12,50 | 6 | 37,50 | - | - | 7 | 43,75 |

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 | % | |
| Mossoró | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 8 | 100,00 | 8 |
| Natal | 9 | 31,03 | 17 | 58,62 | 3 | 10,34 | 29 |
| Parnamirim | 6 | 100,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 6 |

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 | Macaíba | Não se aplica |
| FAD na rotina | João Câmara, São Gonçalo do Amarante | Não se aplica |
| Plano de Contingência | Apodi, Ceará-Mirim, Currais Novos, Extremoz, Jardim Seridó, João Câmara, Pau dos Ferros, Santa Cruz, São José de Mipibu | Não se aplica |
| Comitê de Mobilização | Açú, Apodi, Caicó, João Câmara, Mossoró, Parnamirim, Pau dos Ferros, São Gonçalo do Amarante, São José de Mipibu | Não se aplica |

Fonte: SMS/SES/Diagdengue

## Peste

Focos de pouca expressividade, na extensão norte da chapada da Borborema e chapada do Apodi (somente foi constatada peste animal, sem casos humanos).

## Esquistossomose

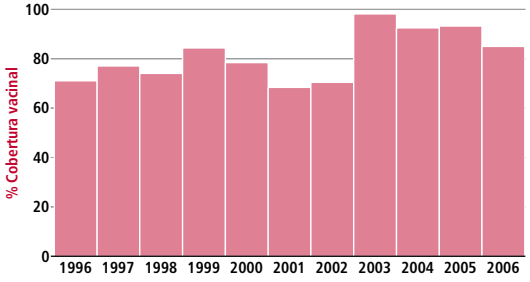
A transmissão ocorre em 36 dos 167 municípios do estado. Em 2005 a prevalência da doença foi de 3,7% em 28.238 pessoas examinadas. A esquistossomose é endêmica nos municípios da Zona da Mata e do Litoral, sendo rara nas regiões do Agreste e Sertão. A média anual de internação, no período de 2001-2005, foi de 6,2 (houve aumento da taxa de internação por 100 mil hab., de 0,07 em 2001 para 0,23 em 2005). O número médio de óbitos, no período de 2000-2004, foi de 4,2 (houve aumento na taxa de mortalidade por 100 mil hab., de 0,07 em 2000 para 0,24 em 2005).

## Raiva

No período de 2002 a 2006, foram notificados quatro casos de raiva canina e seis em raposas. A cobertura vacinal canina no estado é satisfatória, com cobertura adequada em mais de 92% dos municípios. Ainda não foi realizada a revisão da estimativa populacional canina. Presença de raiva em herbívoros e morcegos.

O monitoramento de circulação viral é insatisfatório e existem 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 de vacinação anti-rábica canina. Rio Grande do Norte, 1996-2006**




## Tracoma

No Rio Grande do Norte dados do inquérito epidemiológico realizado em 2003 revelam taxa de prevalência média de tracoma no estado de 4,07. Foram examinados escolares de 73 municípios, com taxas de detecção variando de 0,65% a 26,53%.

Municípios com taxa de detecção acima de 10% de tracoma: Triunfo Potiguar, Touros, S. Miguel do Gostoso, Pureza, Lagoa D'Anta, Canguaretama, Caiçara do Rio dos Ventos e Bento Fernandes.

Em 2004, nas atividades de rotina foram examinadas 12.892 pessoas em 23 municípios, com média de prevalência estadual de 4,10%.

## Leishmanioses

No ano de 2005, o Rio Grande do Norte registrou 9 casos de leishmaniose tegumentar americana, com coeficiente de detecção de 0,3 caso por 100 mil habitantes. Os casos notificados estão distribuídos em 4 municípios: Luís Gomes (4), Natal (2), São Miguel (2) e Mossoró (1). Destaca-se o baixo percentual de cura clínica, apenas 22,2% dos casos.

Com relação à leishmaniose visceral foram registrados 47 casos, com coeficiente de incidência de 1,6 caso por 100 mil habitantes. Houve redução de 11% no total de casos, quando comparado com o ano anterior. O percentual de cura clínica foi de 87,2% e os municípios de Mossoró, Natal e São Gonçalo do Amarante registraram 61,7% do total de casos do estado.

## Acidentes por animais peçonhentos

Como outros estados da região Nordeste, o Rio Grande do Norte teve alta incidência de escorpionismo (44 casos/100 mil hab.). Os acidentes ofídicos apresentam incidência média (10) e o estado não apresentou nenhum óbito. Grande parte dos municípios não notificou casos, cuja maioria concentrou-se no município de Natal.

## Leptospirose

No período de 2001 a 2006 foram confirmados 52 casos, com 7 óbitos (letalidade de 13,5%). Doença aparentemente de baixa endemicidade no estado, o coeficiente de incidência anual média foi de 0,3/100 mil hab. (média nacional: 1,86/100 mil hab.). Importante incentivar os serviços para a suspeita, notificação e investigação de todos os casos compatíveis.

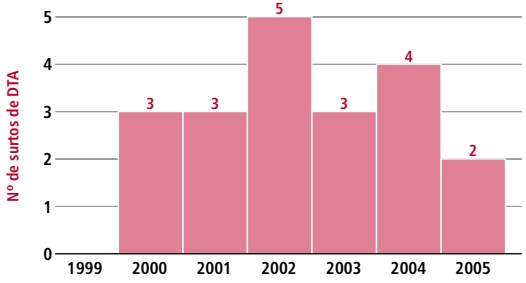
## Botulismo

No período de 1999 a 2006, ocorreu um caso de botulismo alimentar, no município de Natal, em março de 2006. O paciente foi a óbito. Detectada toxina botulínica tipo A e B em amostra de soro. O alimento contaminado não foi identificado.

## Doenças transmitidas por alimentos – DTA

No período de 1999 a 2006, o estado do Rio Grande do Norte notificou 20 surtos de DTA. Desses, 9 ocorreram em residências e 11 foram causados por alimentos de origem mista.

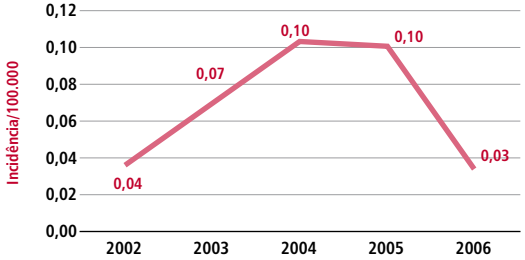
**Figura 1. Número de surtos de DTA por ano. Rio Grande do Norte, 1999-2005**




## Febre tifóide

No período analisado, 2002 a 2006, o estado produziu baixas incidências: 0,04; 0,07; 0,10; 0,10 e 0,03/100.000 habitantes.

**Figura 2. Incidência de febre tifóide. Rio Grande do Norte, 2002-2006**




## Paralisias flácidas aguda – PFA

A vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas (PFA/Pólio) 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 habitantes 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%.

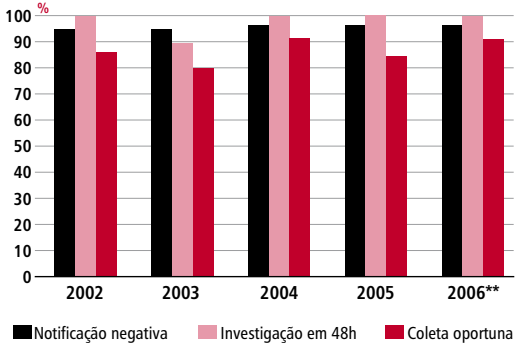
A vigilância das PFA no Rio Grande do Norte, de acordo com as taxas de notificação no período avaliado, encontra-se sensível para a detecção de casos e que as ações de controle vêm ocorrendo de forma satisfatória, uma vez que as demais metas estabelecidas foram alcançadas.

**Figura 3. Taxa de notificação de PFA por 100 mil hab. menores de 15 anos. Rio Grande do Norte, 2002-2006**

*Dados preliminares

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

**Figura 4. Indicadores de Vigilância Epidemiológica da Poliomielite/PFA*. Rio Grande do Norte, 2002-2006**




*Meta Mínima = 80%

**Dados preliminares

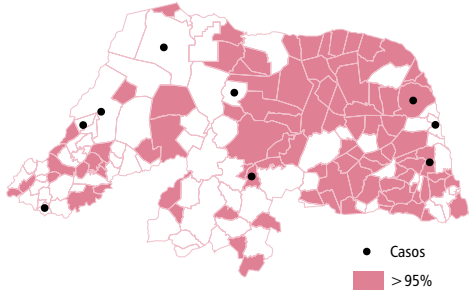
Fonte: MS/SVS/Devep/CGDT/Cover/Sinan

## Rubéola

No Rio Grande do Norte, o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada em 2001 foi de 6,02%. Nesse mesmo período, 77 casos de rubéola foram confirmados, todos pelo critério laboratorial. A campanha de vacinação contra a rubéola para as mulheres em idade fértil (MIF) ocorreu em 2000, com a cobertura vacinal de 80,34%.

Em 2006, o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada foi de 55,69%. Agregando esse aumento à cobertura vacinal na campanha da rubéola para as MIF, houve redução na transmissão da rubéola e 13 casos foram confirmados em 2006. Nenhum caso de SRC foi confirmado. Entretanto, há a necessidade de intensificar e fortalecer as ações de vigilância epidemiológica com vistas à eliminação da rubéola e da SRC.

**Figura 5. Cobertura vacinal da vacina tríplice viral e número de casos rubéola no Rio Grande do Norte, 2006**

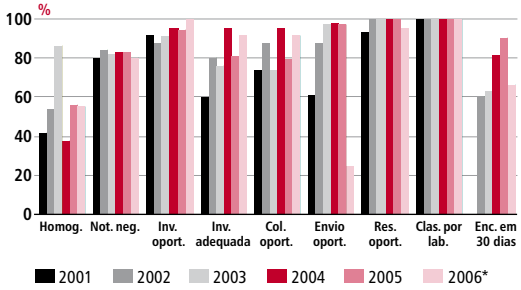



## Sarampo

No Rio Grande do Norte, a meta estabelecida, durante o período, para os indicadores epidemiológicos do sarampo foi atingida, exceto para o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada, e encerramento oportuno dos casos. A intensificação das ações deve ser realizada para não comprometer os esforços de erradicação no estado.

De 2001 a 2006 foram notificados 228 casos suspeitos de sarampo, sem nenhuma confirmação. Em 1999, foram confirmados 3 casos no estado.

**Figura 6. Indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo. Rio Grande do Norte, 2001-2006**



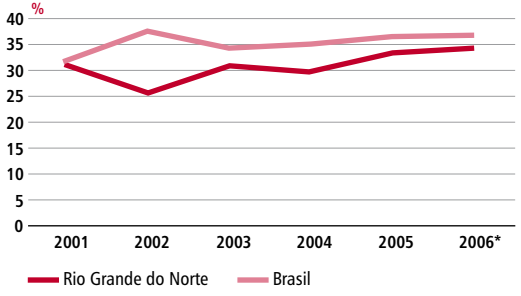

*Dados preliminares

Fonte: SVS/MS

## Meningites

O percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial no ano de 2006 não sofreu alteração, embora o número absoluto de casos confirmados como meningite bacteriana tenha sido menor do que no ano anterior, indicando que ainda há necessidade de esforços adicionais para melhorar a qualidade da vigilância e assistência aos casos.

**Figura 7. Percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial. Rio Grande do Norte, 2001-2006**




*Dados preliminares

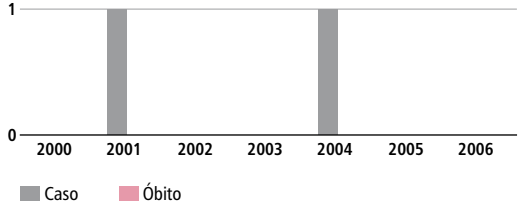
Fonte: SVS/MS

## Tétano neonatal

No período de 2000 a 2006, o Rio Grande do Norte notificou dois casos, sem óbito. As mães apresentaram esquema vacinal incompleto. Nos últimos dois anos o estado aparece sem notificação. É importante implementar a vigilância epidemiológica, incluindo a vigilância de óbitos infantis e a manutenção de elevada taxa de cobertura vacinal de mulheres em idade fértil (12 a 49 anos de idade), 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.

O estado do Rio Grande do Norte tem 159 municípios no plano de eliminação do tétano neonatal (1.000 nascidos vivos/ano).

**Figura 8. Número de casos e óbitos de tétano neonatal. Rio Grande do Norte, 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. Ainda não foi instituído o comitê estadual de hepatites virais, de acordo com determinação da Portaria nº 2.080, de 31.10.2003.

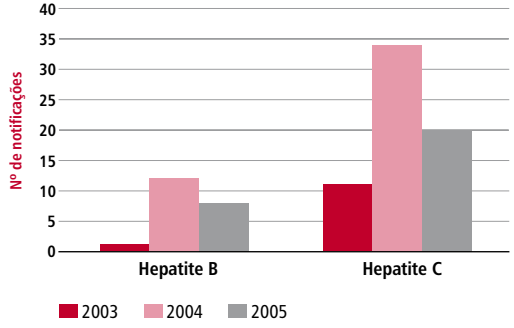
## Assistência ao Portador

Há dois pólos para aplicação de medicamentos implantado no estado: em Natal e Mossoró.

## Dados epidemiológicos

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

**Figura 1. Casos confirmados de hepatites B e C. Rio Grande do Norte, 2003-2005**



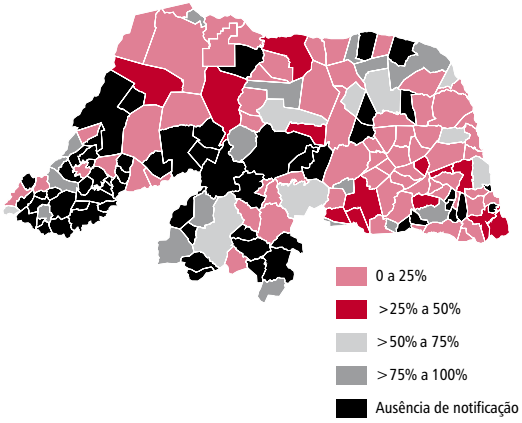

Em 2005, houve 1360 casos confirmados de hepatites virais, tornando o Rio Grande do Norte o 5° estado da região Nordeste em número de casos: 71% de hepatite A, 2% de B e 3% de C. Em 24% dos casos a etiologia estava indefinida, demonstrando que o diagnóstico e a vigilância necessitam ser implementados.

**Tabela 1. Número de casos confirmados e incidência (por 100 mil hab.) segundo tipo de hepatite. Rio Grande do Norte, região Nordeste, Brasil, 2005**

| Hepatite | A | B | C | D | Ignorado/ Branco | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° de casos | 966 | 34 | 38 | 2 | 320 | 1.360 |
| % | 71 | 2 | 3 | 0 | 24 | 100 |
| Inc. RN | 32,2 | 1,1 | 1,3 | 0,1 | 10,7 | 45,3 |
| 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. Rio Grande do Norte, 2005**




A informação sobre a determinação da provável fonte de infecção não está definida em 53% dos casos confirmados do estado; 58% da região Nordeste e 57% do Brasil.

Em 2005, as taxas de mortalidade por hepatites B e C no Rio Grande do Norte foram maiores que as da região Nordeste, apontando para a atenção requerida por esses agravos.

**Tabela 2. Taxa de mortalidade (por milhão de hab.) por tipo de hepatite viral. Rio Grande do Norte, região Nordeste, Brasil, 2005**

| Hepatite | A | B | C | D | Não especificada |
|---|---|---|---|---|---|
| RN | 0,7 | 1,7 | 4,3 | 0,0 | 0,3 |
| 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

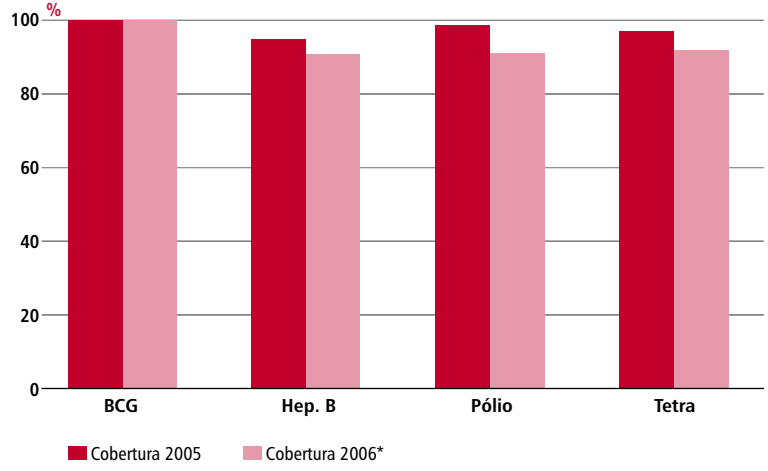
Em 2006, o estado promoveu 49 capacitações em hepatites virais para os profissionais de vigilância epidemiológica, médicos da média complexidade do SUS e aconselhadores de centros de testagem e aconselhamento (CTA).

## Comunicação e articulação com a sociedade civil

Em 2006, o estado não realizou publicação em boletim epidemiológico estadual sobre hepatites virais, nem produziu outros materiais educativos e de informação sobre este tema. Há no estado uma organização da sociedade civil que trabalha com hepatites virais.

Nas ações de vacinação de rotina em menores de um ano, dados comparativos até outubro dos anos 2005 e 2006 demonstram que em 2005 o Rio Grande do Norte alcançou as metas de 90% de cobertura vacinal para a vacina BCG e de 95% para as vacinas tetravalente (DTP/Hib) e contra poliomielite. Não foi alcançada a meta de 95% de cobertura vacinal para a vacina contra hepatite B. Em 2006, dados preliminares indicam resultados abaixo da meta preconizada, exceto para a vacina BCG.

**Figura 1. Coberturas vacinais de rotina, Rio Grande do Norte, janeiro a outubro, 2005 e 2006**




*Dados preliminares

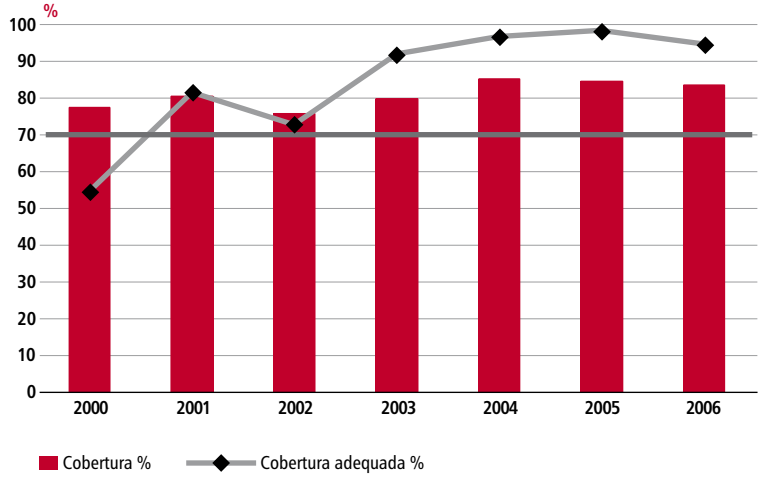
Fonte: API/CGPNI/Devep/SVS/MS

A vacina oral de rotavírus humano, implantada a partir de março de 2006, apresenta um total de 35.268 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 69% e a proporção de 2ªs doses administradas em relação à 1ª dose é de 52% no mesmo período.

No ano de 2005, para cálculo de cobertura vacinal, utilizou-se como denominador a estimativa IBGE 2005/Censo 2000; e para o ano 2006, 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 na população de 60 anos e mais, o estado ultrapassou a meta preconizada de 70% para ambos indicadores, exceto no ano 2000, quando o percentual de homogeneidade ficou abaixo da meta preconizada.

**Figura 2. Cobertura vacinal contra gripe e percentual de municípios com cobertura adequada na campanha do idoso, Rio Grande do Norte, 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, em relação à alimentação do sistema de Avaliação do Programa de Imunizações – API, constatou-se regularidade no envio mensal de banco de dados em 98% dos municípios. Apenas 1 (0,60%) município notificou 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 | | Rio Grande do Norte | Natal | Ceará-Mirim | Mossoró | Parnamirim | São Gonçalo do Amarante | Timbau |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Notificação** | Notificação de casos de paralisia flácida aguda – PFA | Cumprida | Cumprida | Não avaliável | Não avaliável | Não avaliável | Não avaliável | Não avaliável |
| | Notificação de sarampo | Cumprida | Cumprida | Cumprida | Não cumprida | Cumprida | Cumprida | Não cumprida |
| **Investigação** | Investigação epidemiológica oportuna para doenças exantemáticas | Cumprida | Não cumprida | Cumprida | Não cumprida | Cumprida | Cumprida | Não avaliável |
| | Investigação epidemiológica oportuna para raiva humana | Não avaliável | Não avaliável | Não avaliável | Não avaliável | Não avaliável | Não avaliável | Não avaliável |
| | Encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória | Não cumprida | Não cumprida | Não cumprida | Cumprida | Cumprida | Cumprida | Não cumprida |
| | Coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de paralisia flácida aguda – PFA | Cumprida | Não avaliável | Não avaliável | Não avaliável | Não avaliável | Não avaliável | Não avaliável |
| | Encerramento oportuno da investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos | Cumprida | Cumprida | Não avaliável | Cumprida | Não avaliável | Não avaliável | Não avaliável |
| **Diagnóstico laboratorial** | Diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) | Cumprida | Não cumprida | Cumprida | Não cumprida | Cumprida | Cumprida | Não avaliável |
| | Encerramento de casos de meningite bacteriana por critério laboratorial | Cumprida | Não cumprida | Cumprida | Cumprida | Não avaliável | Cumprida | Não avaliável |
| | Realização de testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes | 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 hab. | Não cumprida | Cumprida | Não avaliável | Cumprida | Não cumprida | Não se aplica | Não avaliável |
| **Vigilância e controle de vetores** | Identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de *Aedes* | Cumprida | Não cumprida | Não cumprida | Não cumprida | 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 |
| | 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 |
| **Controle de doenças** | Cura de casos novos de tuberculose bacilíferos | Não cumprida | Não cumprida | Cumprida | Cumprida | Cumprida | Cumprida | Não avaliável |
| | Aumento da taxa de cura de hanseníase | Não cumprida | Cumprida | Cumprida | Cumprida | Cumprida | Não avaliável | Não avaliável |
| | 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 |
| **Imunizações** | Cobertura vacinal adequada – BCG | Não se aplica | Cumprida | Cumprida | Cumprida | Cumprida | Cumprida | Cumprida |
| | Cobertura vacinal adequada – Hepatite B | Não se aplica | Não cumprida | Cumprida | Cumprida | Não cumprida | Cumprida | Cumprida |
| | Cobertura vacinal adequada – Poliomielite | Não se aplica | Não cumprida | Cumprida | Não cumprida | Cumprida | Cumprida | Cumprida |
| | Cobertura vacinal adequada – Tetravalente | Não se aplica | Não cumprida | Cumprida | Cumprida | Cumprida | Cumprida | Cumprida |
| | Cobertura vacinal adequada – Tríplice viral | Não se aplica | Não cumprida | Cumprida | Cumprida | Não 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 |
| | Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Hepatite B | Não cumprida | 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 | Não cumprida | 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 | Não cumprida | 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 | Não cumprida | 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 | Cumprida | Cumprida | Não avaliável | Cumprida | Não avaliável | Cumprida | Não avaliável |
| | Implantação/Implementação da vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis | Cumprida | Não cumprida | Não avaliável | Cumprida | Não se aplica | Não se aplica | Não se aplica |
| | Investigação de óbitos maternos (capitais e municípios com mais de 100 mil hab.) | Cumprida | Não cumprida | Não se aplica | Cumprida | Cumprida | Não se aplica | Não se aplica |
| | Investigação de óbitos maternos (municípios com 100 mil hab. ou menos) | Não cumprida | Não se aplica | Cumprida | Não se aplica | Não se aplica | Cumprida | Não avaliável |
| **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 |
| **Estudos e pesquisas em epidemiologia** | Divulgação de estudo da situação de saúde | Cumprida | 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 |
| | Percentual de óbitos por causa básica definida | Não cumprida | Cumprida | Cumprida | Cumprida | Cumprida | Não 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 |
| **Percentual de metas cumpridas** | | 53,7 | 38,1 | 81,3 | 70,0 | 75,0 | 81,3 | 50,0 |

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 do Rio Grande do Norte: 167

### Em 2006 foram destinados os recursos abaixo discriminados

**Valor global: R$ 10.633.214,64**

- Repasse para a Secretaria Estadual de Saúde (SES): R$ 1.722.598,07
- Repasse para os municípios: R$ 8.910.616,57

### Incentivos específicos acrescidos ao TFVS

**Portaria MS nº 1.349/2002**

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

- 45 municípios – valor anual: R$ 591.759,43

**Campanhas de vacinação (conforme deliberação da CIB)**

- Raiva animal – SES: R$ 77.000,00
  167 municípios: R$ 200.285,80
- Influenza – SES: R$ 30.416,40
  167 municípios: R$ 91.800,00
- Poliomielite – SES: R$ 46.503,10
  167 municípios: R$ 213.200,00

### Outros repasses "fundo-a-fundo"

**Subsistema de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar:**

- 2 hospitais estaduais: R$ 96.000,00
- 1 hospital federal: R$ 18.000,00

**Capacitação de pessoal em ações de controle da dengue**

- SES: R$ 55.320,00

**Capacitação de pessoal no Sinan**

- SES: R$ 80.000,00

**Intensificação das ações de controle da hanseníase**

- SES: R$ 30.000,00

**Vigilância de acidentes e violência em serviços sentinelas**

- Natal: R$ 21.129,00

**Registro de câncer de base populacional**

- SES: R$ 21.000,00

**Fortalecimento das ações dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Lacen**

- Finlacen – SES: R$ 450.477,00

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

- SES: R$ 713.127,29
- SMS: R$ 648.853,31

## 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 do Rio Grande do Norte veículos e equipamentos que totalizaram cerca de R$ 480.649,00.

**Tabela 1. Quadro de beneficiários por tipo de equipamento**

| Beneficiário | Tipo de equipamento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Veículos | | | Microscópios | Equipamentos de Pulverização | Microcomputador* |
| | Motos | Veículo tipo utilitário (Kombi) | Picapes | | | |
| SES | | | | 6 | 8 | 20 |
| SMS | 2 | 3 | 2 | 5 | | |
| Total | 2 | 3 | 2 | 11 | 8 | 20 |

*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. Rio Grande do Norte, 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/RN | 797.853,00 | 1.165.000,00 | 1.962.853,00 | 279.248,55 | - | 279.248,55 |
| Natal | 520.692,21 | - | 520.692,21 | 182.242,27 | - | 182.242,27 |
| Ceará Mirim | 51.884,00 | - | 51.884,00 | 18.159,40 | - | 18.159,40 |
| São Gonçalo do Amarante | 60.000,00 | - | 60.000,00 | 21.000,00 | - | 21.000,00 |
| Parnamirim | 111.025,00 | - | 111.025,00 | 38.858,75 | - | 38.858,75 |
| Mossoró | 175.000,00 | - | 175.000,00 | 131.250,00 | - | 131.250,00 |
| Nízia Floresta | - | 20.000,00 | 20.000,00 | - | 20.000,00 | 20.000,00 |
| Extremóz | - | 19.970,00 | 19.970,00 | - | 19.970,00 | 19.970,00 |
| São José de Mipibú | - | 30.000,00 | 30.000,00 | - | 30.000,00 | 30.000,00 |
| Macaíba | - | 46.000,00 | 46.000,00 | - | 46.000,00 | 46.000,00 |
| **Total** | **1.716.454,21** | **1.280.970,00** | **2.997.424,21** | **670.758,97** | **115.970,00** | **786.728,97** |

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 do Rio Grande do Norte, 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**

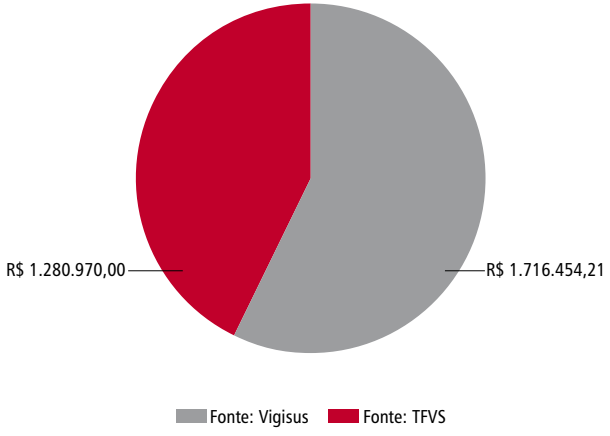
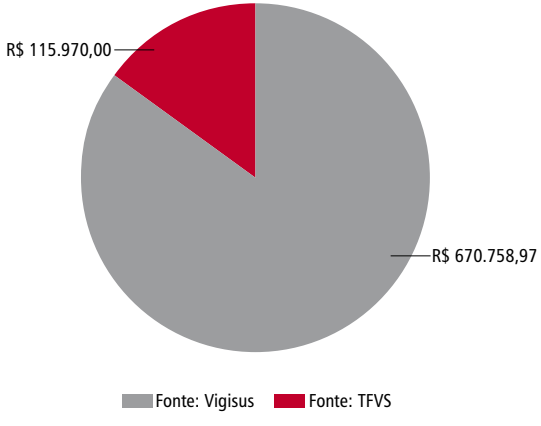



**Figura 2. Valores repassados para a Secretaria Estadual de Saúde, capital e municípios elegíveis, segundo fonte financiadora, 2006**



## 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 do Rio Grande do Norte foram identificadas e categorizadas 4 áreas (Tabela 1), no município ilustrado na Figura 1.

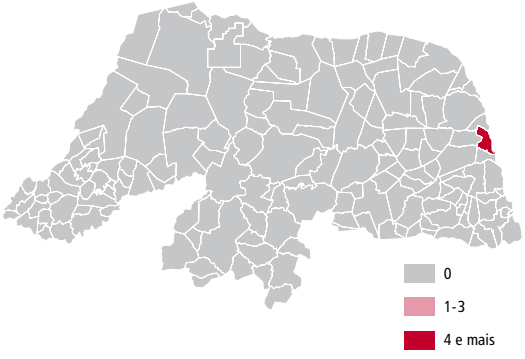
**Tabela 1. Áreas com população exposta a solo contaminado**

| Classificação | Nº de áreas | População estimada | Categoria |
|---|---|---|---|
| AA | 4 | 4.000 | Amarela |

**AA** – Área Agrícola

**Amarela** – População potencialmente exposta a solo com suspeita de contaminação

**Figura 1. Número de áreas com solo contaminado por município. Rio Grande do Norte, 2006**

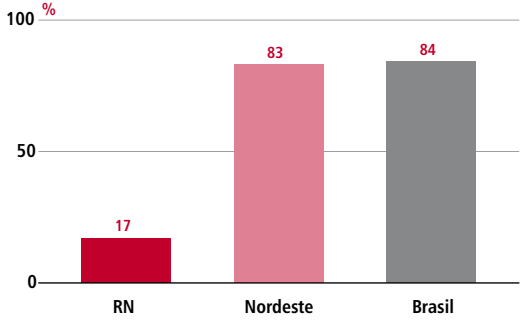



## Água

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.

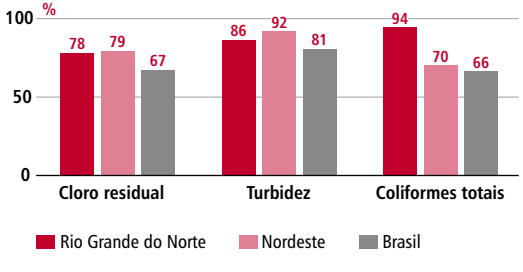
O Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Sisagua fornece informações sobre a qualidade da água proveniente dos sistemas, soluções alternativas coletivas e individuais de abastecimento de água. No estado do Rio Grande do Norte, 29 municípios (17%) alimentaram dados no Sisagua em 2006.

**Figura 2. Percentual de municípios com alimentação de dados no Sisagua. Rio Grande do Norte, 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, 78%; turbidez, 86%; e coliformes totais, 94%.

**Figura 3. Percentual de amostras realizadas, em 2006, em conformidade com a Portaria MS nº 518/2004. Rio Grande do Norte, 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 (DNC) e outros agravos emergentes e reemergentes. O subsistema será composto por 190 hospitais. Até dezembro de 2006, 174 núcleos foram implantados e distribuídos em 25 unidades federadas.

No Rio Grande do Norte, sete hospitais aderiram ao subsistema. Desses, três com o fator de incentivo pelo Ministério da Saúde e quatro com contrapartida da Secretaria Estadual de Saúde. Os núcleos hospitalares de epidemiologia foram implantados nas seguintes unidades de saúde: Hospital Giselda Trigueiro, Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, Hospital Universitário Onofre Lopes, Hospital Regional Tarcisio de Vasconcelos Maia, Hospital Infantil Varela Santiago, Hospital Rafael Fernandes e Hospital Dr. José Pedro Bezerra.

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

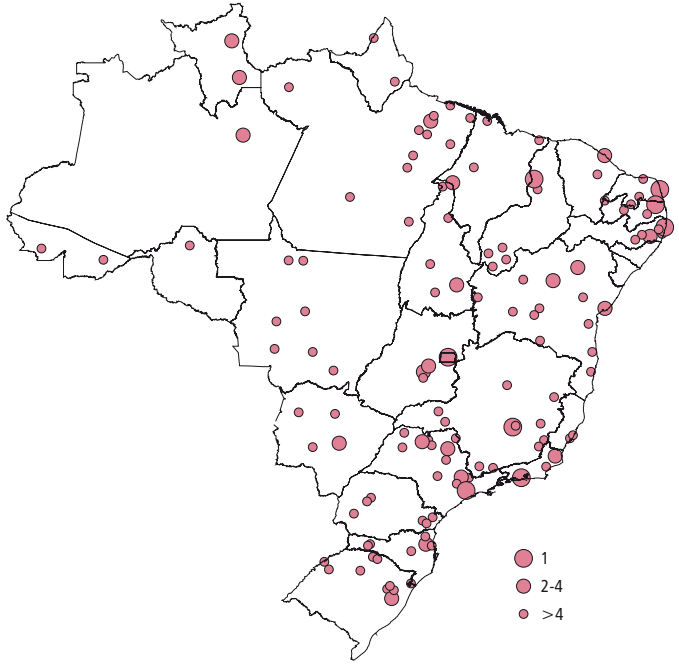
## Monitoramento e investigação de surtos

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.

No estado do Rio Grande do Norte, o Episus, juntamente com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, participou das seguintes investigações de surtos, em 2006:

- doença respiratória com quadro hemorrágico, em Natal;
- doenças febris e diarréicas, em Natal.

**Figura 1.** **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 68,3% do total de óbitos por causas conhecidas em Natal, 68,5% no Rio Grande do Norte, 67,3% no Nordeste e 68,1% no Brasil.

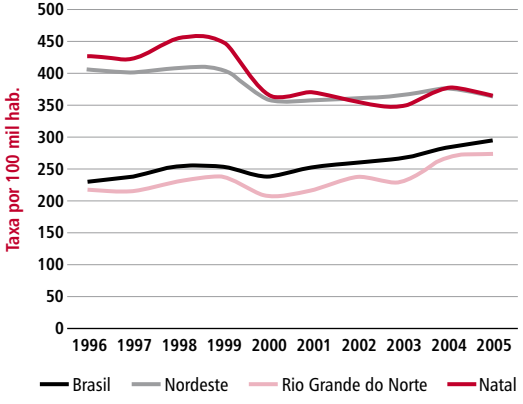
Deve-se considerar o alto percentual de óbitos por causas mal definidas no estado (91%) e na região (17,9%). Natal teve pouco mais de 2% de óbitos por causas mal definidas em 2005.

## Doenças do aparelho circulatório – DAC

Em 1996, as taxas foram, respectivamente, para o estado e capital, de 215,8/100 mil e 423,9/100 mil; e em 2005, de 272,5/100 mil e 363,9/100 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.



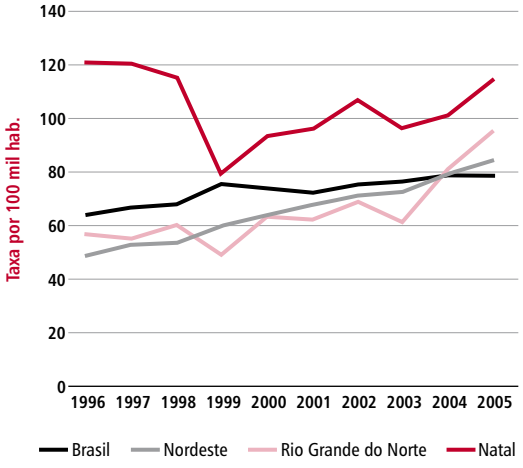
**Figura 1. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por DAC na idade de 30 anos e mais, 1996-2005**




## Diabetes

Natal apresenta oscilação de sua curva entre 1996 (120,4/100 mil) e 2005 (114,1/100 mil). O estado tem aumento da taxa de mortalidade por diabetes, que em 1996 foi de 56,0/100 mil e em 2005, de 94,4/100 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.

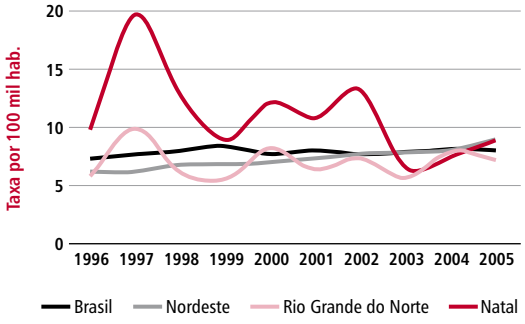
**Figura 2. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por diabetes na idade de 40 anos e mais, 1996-2005**




## Neoplasias

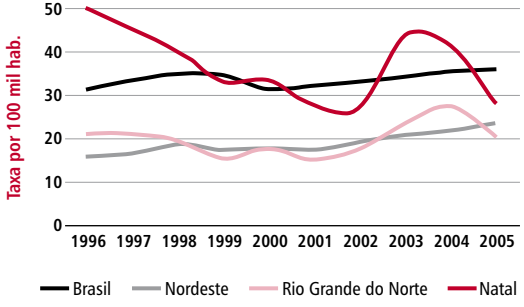
O estado e a capital apresentam grande oscilação na curva de mortalidade por câncer de colo uterino. Em 2005, a taxa é de 7,1/100 mil para o Rio Grande do Norte e 8,8/100 mil para Natal. A região Nordeste tem leve aumento na curva entre 1996 (6,1/100 mil) e 2005 (8,9/100 mil). Para o Brasil, as taxas 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 do Rio Grande do Norte, em 2005, é de 29,2%.

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



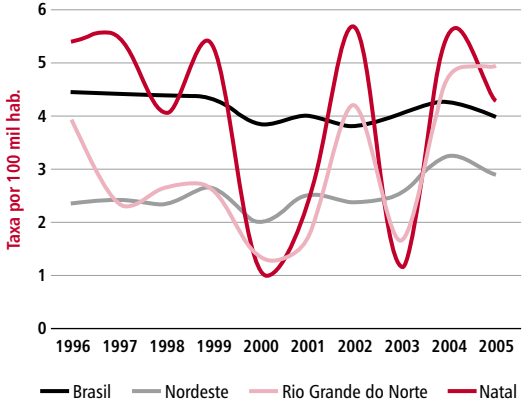
Rio Grande do Norte (1996 – 20,8/100 mil e 2005 – 20,2/100 mil) e Natal (1996 – 49,8/100 mil e 2005 – 27,9/100 mil) apresentam oscilação das taxas ao longo dos anos. O Brasil (1996 – 31,2/100 mil e 2005 – 35,7/100 mil) e a região Nordeste (1996 – 15,6/100 mil e 2005 – 23,3/100 mil) têm discreto crescimento 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 – 5,4/100 mil e 2005 – 4,3/100 mil) e estado (1996 – 3,9/100 mil e 2005 – 4,9/100 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**



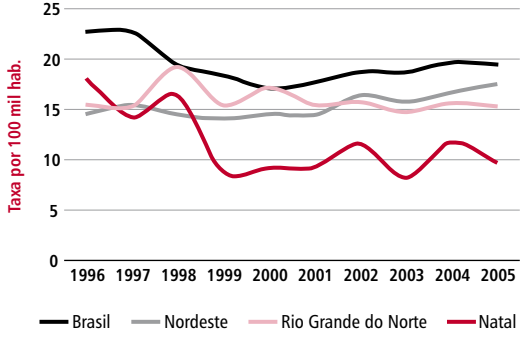

## Evolução da mortalidade por acidentes de transporte e violência, 1996 a 2005

Dos óbitos por causas conhecidas, as causas externas foram a terceira causa de morte em Natal (12,4%), Rio Grande do Norte (12,8%) e Brasil (14,2%), e a segunda causa no Nordeste (15,1%), em 2005.

## Acidentes de trânsito

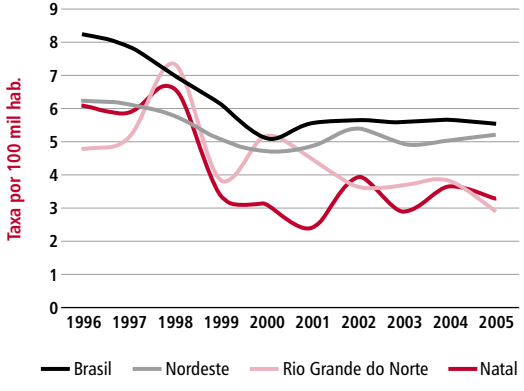
Tanto a capital quanto o estado mostram oscilação com declínio de suas taxas entre 1996 (capital – 17,9/100 mil e estado – 15,4/100 mil) e 2005 (capital – 9,6/100 mil e estado – 15,2/100 mil). Enquanto a região Nordeste (1996 – 14,5/100 mil e 2005 – 17,4/100 mil) tem tendência de aumento, o Brasil (1996 – 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**



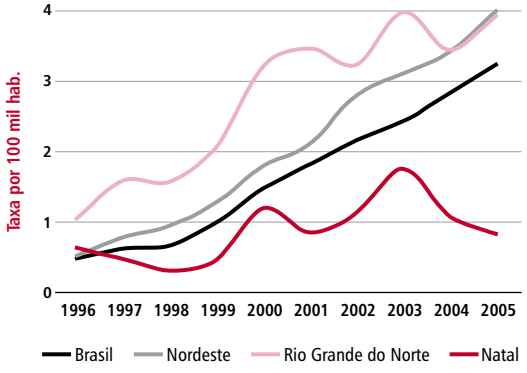

A capital e o estado têm queda entre 1996 (capital – 6,0/100 mil e estado – 4,7/100 mil) e 2005 (capital – 3,2/100 mil e estado – 2,9/100 mil). Para a região Nordeste, as taxas entre 2003 (4,9/100 mil) e 2005 (5,2/ 100 mil) se mantêm estáveis. No Brasil, a estabilização ocorre entre 2001 e 2005, com taxa de 5,5/100 mil.

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



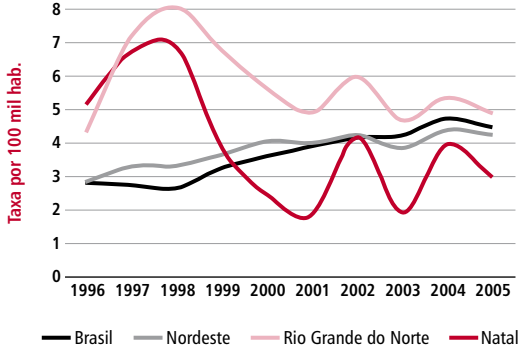
A capital apresenta grande oscilação em 1996 (0,6/100 mil), atingindo em 2005 a taxa de 0,8/100 mil. O estado também apresenta oscilação, com taxa em 2005 de 3,9/100 mil. O Brasil e a região Nordeste também têm aumento das taxas nos anos estudados (Brasil: 1996 – 0,5/100 mil e 2005 – 3,2/100 mil, Nordeste: 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 – 5,1/100 mil e 2005 – 2,9/100 mil) e o estado (1996 – 4,3/100 mil e 2005 – 4,8/100 mil) apresentam grande oscilação 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).

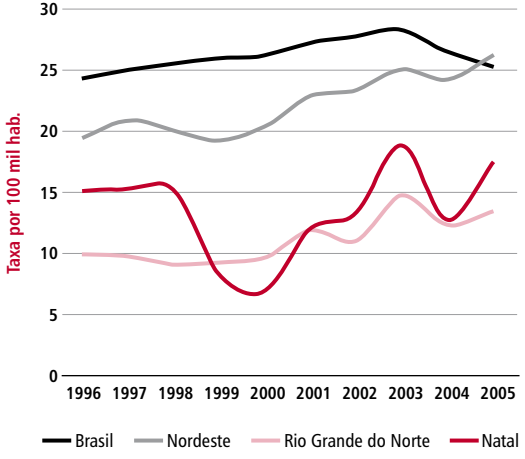
**Figura 9. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por acidente com ocupante de veículo, 1996-2005**




## Agressões (homicídios)

As tendências das curvas são de aumento para a capital (1996 – 15,0/100 mil e 2005 – 17,3/100 mil), o estado (1996 – 9,8/100 mil e 2005 – 13,3/100 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 978-85-334-1379-5

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