MINISTÉRIO DA SAÚDE

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Relatório de Situação

Sergipe

3ª edição

Brasília/DF

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Relatório de Situação

Sergipe

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 – 500 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 : Sergipe / 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 978-85-334-1382-5

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 2007/0826

Títulos para indexação

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

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.

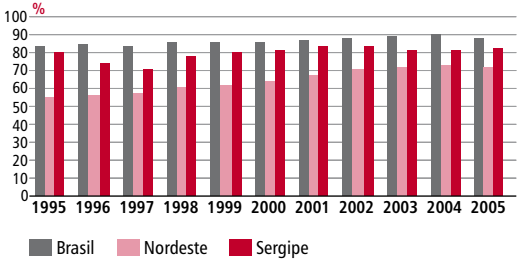
O Relatório de Situação sintetiza os avanços e as limitações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Nosso objetivo é que ele seja utilizado na formulação de iniciativas capazes de fortalecer as ações e os programas de promoção da saúde da nossa população.

Gerson Oliveira Penna
Secretário de Vigilância em Saúde

Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

A cobertura[1] do SIM exibiu valores que variaram entre 70% e 84% nos últimos dez anos. Em 2005, Sergipe apresentou cobertura de 82,1%, 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, Sergipe, 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 do estado

- Municípios com população menor que 50.000 habitantes (69): 30% (21) apresentam TGM padronizada abaixo de 4,4/mil habitantes.
- Municípios com população maior ou igual a 50.000 habitantes (6): 33% (2) apresentam TGM padronizada abaixo de 5,3/mil habitantes.
- No total, 23% da população do estado residem em municípios com deficiências na cobertura do SIM.
- A capital, Aracaju teve TGM padronizada de 6,1/mil hab.; o estado, 5,3/mil hab. e a região Nordeste, 4,9/mil habitantes.

Percentual de óbitos por causas mal definidas

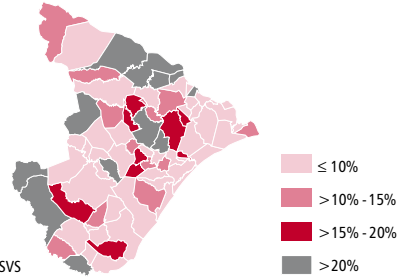
O percentual de óbitos por causas mal definidas em Sergipe é de 9,5% em 2005. No mesmo ano, a região Nordeste apresentou percentual de 17,8% e o Brasil, 10,6%.

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

- até 10%: 42 municípios (56,0%);
- entre 10% e 15%: 12 municípios (16,0%);
- entre 15% e 20%: 9 municípios (12,0%);
- 20% e mais: 12 municípios (16,0%).

Aracaju tem 4,7% de óbitos por causas mal definidas.

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



Fonte: SIM/SVS

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

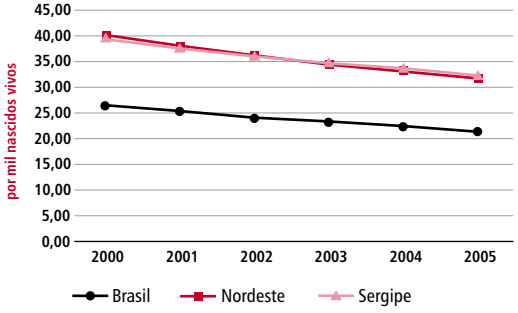
As coberturas do Sinasc são calculadas a partir da razão entre nascimentos coletados e estimativas de nascimentos obtidas pela SVS por meio de técnicas demográficas. Em 2005, a cobertura do Sinasc no estado foi de 85,5%.

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 Sergipe, para cada 1.000 crianças nascidas vivas (nv) 32,2 morreram antes de completar um ano de idade. Na região Nordeste, a TMI foi de 31,6 por um mil nv. No período de 2000 a 2005, houve redução de 17,78% da TMI no estado.

Figura 3. Taxa de mortalidade infantil. Brasil, região Nordeste, Sergipe, 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

Apenas os agravos leishmaniose visceral, leishmaniose tegumentar americana e peste não atingiram a meta de 80% estabelecida para o ano de 2006, de encerramento oportuno dos casos notificados.

Em números totais, o estado superou a meta de 80% estabelecida para o ano de 2006, atingindo 88,7%, 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. Sergipe, 2006*

Agravos	Casos		
	Notificados	Encerrados oportunamente	
	Total	Nº	%
Leishmaniose visceral	9	6	66,7
Leishmaniose tegumentar americana	72	54	75,0
Peste	12	9	75,0
Febre tifóide	5	4	80,0
Leptospirose	26	22	84,6
Chagas	163	140	85,9
Rubéola	105	95	90,5
Hepatite	420	382	91,0
Meningite	99	92	92,9
Cólera	11	11	100,0
Coqueluche	3	3	100,0
Malária	4	4	100,0
Sarampo	11	11	100,0
Tétano acidental	4	4	100,0
Difteria	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
Sindrome da rubéola congênita	0	0	0,0
Tétano neonatal	0	0	0,0
Total	**944**	**837**	**88,7**

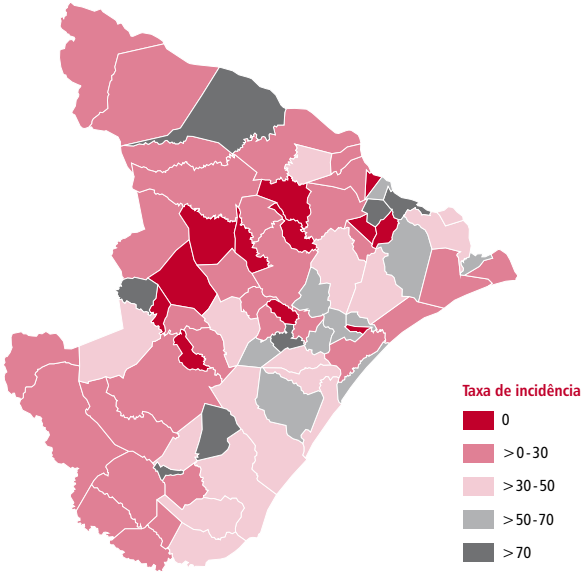
*Atualizado em 10/2/2007

Dados preliminares sujeitos a revisão

Fonte: MS/SVS/Sinan

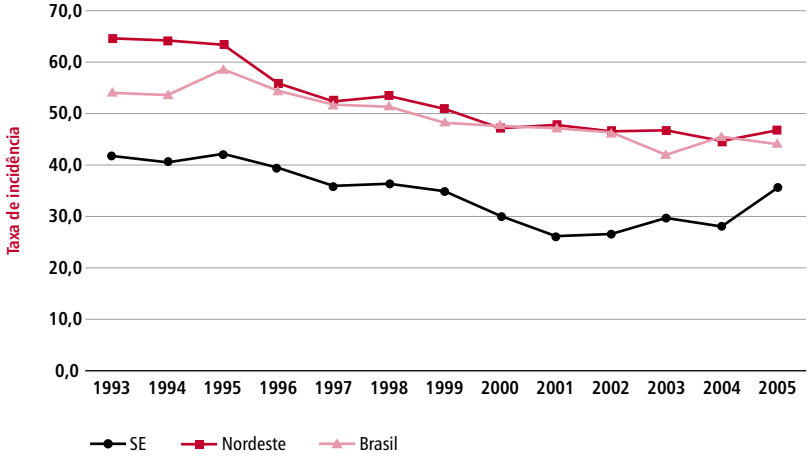
Sergipe possui três municípios prioritários, que têm cobertura de 95,2% do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) implantado e 100% de implantação da estratégia de tratamento supervisionado.

Figura 1. Municípios segundo taxa de incidência (por 100 mil hab.) para tuberculose. Sergipe, 2004



Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, em 2005 698 casos novos de tuberculose foram registrados no Sinan. As incidências foram de 35,5/100 mil hab. para tuberculose em todas as formas e de 23,0/100 mil hab. para casos bacilíferos. A coorte de tratamento, considerando os casos diagnosticados em 2005 nos municípios prioritários, mostrou uma cura de 73,5%. O abandono foi de 8,2%; óbitos de pacientes, 7,2% e transferência de 8,6%, além do percentual de 2,4% de casos sem informação de encerramento no Sinan.

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



No período de um ano houve incremento de 16,28% de unidades (200 unidades) que fazem diagnóstico e tratamento de hanseníase.

Foram diagnosticados 471 casos novos em 2006. Desse total, 301 estão em curso de tratamento.

Dos casos novos diagnosticados:

- 58 (8,06%) acometiam menores de 15 anos;
- 13 (3,40%) apresentavam, no momento do diagnóstico, incapacidade física severa;
- 192 (40,76%) eram formas avançadas da doença.

O percentual de cura no estado foi de 80,05% em 2006.

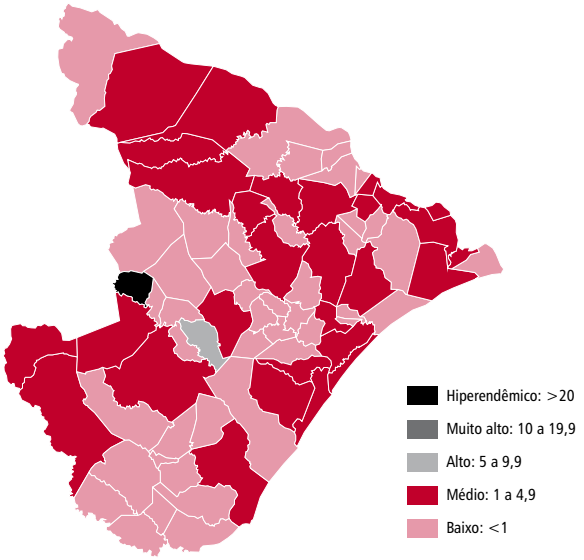
Sergipe possui um município prioritário para a hanseníase: Aracaju.

66,69% da população do estado residem em municípios com mais de cinco casos de hanseníase.

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

Carga da doença	Nº de municípios	População 2006	% população
Até 1 caso	41	442.988	22,14
1 a 3 casos	10	144.411	7,22
3 a 5 casos	4	79.010	3,95
5 a 20 casos	14	404.103	20,20
Mais de 20 casos	6	930.256	46,49
Total	**75**	**2.000.768**	**100,00**

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



Até dezembro de 2005, foram notificados 1.578 casos de aids (1.100 homens e 478 mulheres).

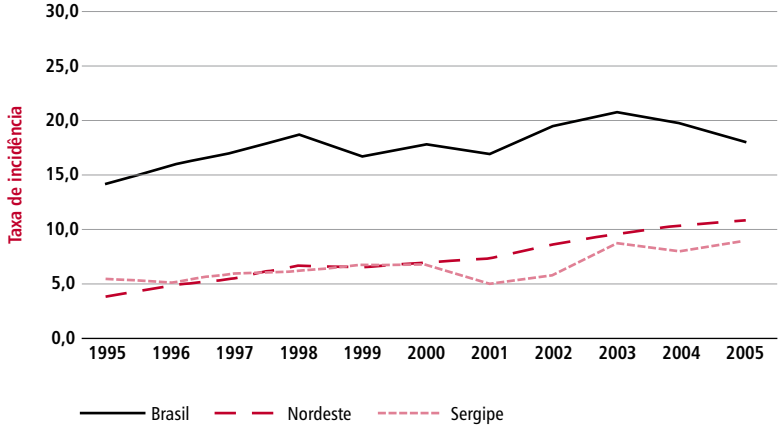
Os municípios do estado que apresentaram os maiores números de casos de aids acumulados até 2005 foram (casos acumulados/taxa média de incidência de 2000 a 2005 por 100 mil hab.):

- Aracaju (764/13,5);
- Nossa Senhora do Socorro (143/10,6);
- Itabaiana (91/9,2);
- Lagarto (56/4,4);
- Estância (54/6,9).

A taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por aids no ano de 2005 foi de 2,7 óbitos.

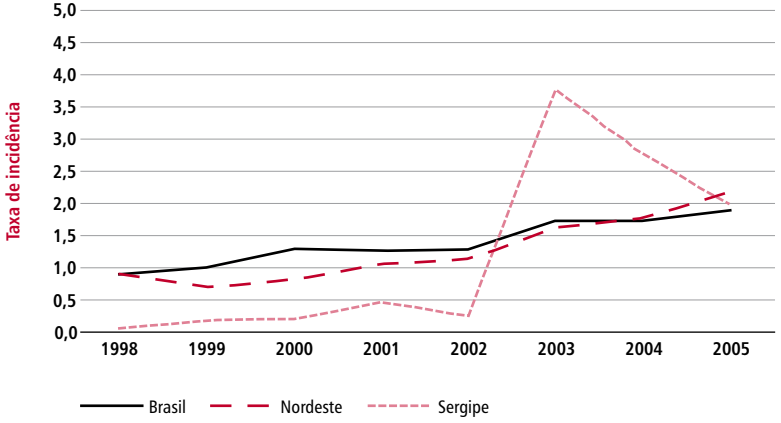
Foram notificados 49 casos de transmissão vertical do HIV até 2005.

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



Em relação à sífilis congênita, o estado notificou entre os anos de 1998 e 2005 um total de 353 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 2,0 casos. Até 2005 foram registrados três óbitos por sífilis congênita no estado.

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



Dos 75 municípios de Sergipe, 12 (16,0%) são prioritários para o Programa Nacional de Controle da Dengue: Aquidabã, Aracaju, Barra dos Coqueiros, Estância, Itabaiana, Itaporanga d'Ajuda, Lagarto, Laranjeiras, Maruim, Nossa Senhora do Socorro, Propriá e São Cristóvão. Esses municípios concentram 57,20% da população do estado.

Situação epidemiológica

De acordo com os dados do Boletim da Dengue (SE nº 52), no ano de 2006 foram registrados 2.309 casos, o que representou aumento de 38,60% quando comparados com o mesmo período de 2005 (1.666 casos). Nesse mesmo período, não foi registrado caso de febre hemorrágica da dengue (FHD). Na região Nordeste, Sergipe foi o estado com menor 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	4	33,33	5	41,67	3	25,00	-	-

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	%	
Aracaju	3	75,00	1	25,00	0	0,00	4
Nossa Sra. do Socorro	6	30,00	14	70,00	0	0,00	20

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	Indicador alcançado por todos os municípios	Não se aplica
FAD na rotina	Aquidabã, Barra dos Coqueiros, Estância, Itabaiana, Itaporanga d'Ajuda, Lagarto, Laranjeiras, Maruim, Propriá, São Cristóvão	Não se aplica
Plano de Contingência	Indicador alcançado por todos os municípios	Não se aplica
Comitê de Mobilização	Indicador alcançado por todos os municípios	Não se aplica

Fonte: SMS/SES/Diagdengue

Esquistossomose

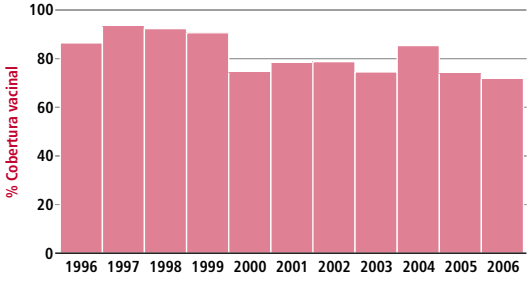
A transmissão é endêmica em 51 dos 75 municípios. A prevalência do estado em 2005 foi de 13,0% em 2.367 pessoas examinadas. A doença está estabelecida nos municípios das Zonas da Mata e do Litoral. A média anual de internação, no período de 2001–2005 foi de 31, com redução da taxa de internação por 100 mil hab., de 2,09 em 2001 para 1,58 em 2005. O número médio de óbitos no período de 2000–2004 foi de nove, com aumento na taxa de mortalidade por 100 mil hab. de 0,44 em 2000 para 0,68 em 2004.

Raiva

No período de 2002 a 2006, foram notificados 24 casos de raiva canina e felina, quatro em raposas e um de raiva humana transmitida por cão, em 2005. Devido ao monitoramento de circulação viral insuficiente, vários municípios são considerados áreas silenciosas para raiva. A cobertura vacinal canina no estado é satisfatória, porém diferenciada entre os municípios, nos quais ainda não foi realizada a revisão da estimativa populacional canina. As atividades de controle de foco são pouco efetivas. Devem ser priorizadas as ações de vigilância epidemiológica, principalmente na atenção às pessoas expostas ao risco de agressão por animais silvestres.

Sem casos de raiva humana em 2006.

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



Tracoma

No estado de Sergipe, dados do inquérito epidemiológico realizado em 2004 revelam taxas de prevalência média de tracoma de 5,84%. Foram examinados escolares de 53 municípios, com taxas de detecção variando de zero caso a 28,21%. Municípios com taxa de detecção maior que 10% de tracoma: Arauá, Areia Branca, Boquim, Itabaiana, Lagarto, Maruiá, Ribeirópolis e Riachão dos Dantas.

A presença de percentuais elevados de detecção de tracoma em alguns municípios revelam a necessidade de implantação/implementação e fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e controle de tracoma.

Leishmanioses

No ano de 2005, Sergipe registrou 10 casos de leishmaniose tegumentar americana, com coeficiente de incidência de 0,5 caso por 100 mil habitantes e percentual de cura clínica de 70%.

Com relação à leishmaniose visceral, foram registrados 43 casos, com coeficiente de incidência de 2,2 casos por 100 mil habitantes, representando um aumento de, aproximadamente, 39% no número de casos confirmados quando comparado com o ano anterior. A letalidade foi de 11,6% e o percentual de cura clínica, 74,4%. O município de Aracaju correspondeu a 32,6% do total de casos do estado.

Acidentes por animais peçonhentos

Sergipe apresentou déficit de informações considerável, não sendo possível aferir o risco de acidentes por animais peçonhentos no estado com os dados disponíveis. Sabe-se que há grandes quantidades de escorpiões, porém os acidentes não são notificados, o que prejudica a análise.

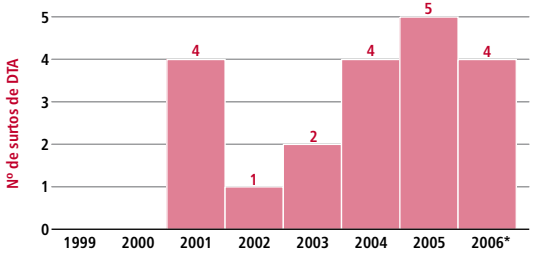
Leptospirose

No período de 2001 a 2006 foram confirmados 181 casos, com 34 óbitos (letalidade de 18,8%, marcadamente superior à letalidade média nacional para o período, que foi de 11,2%). O coeficiente de incidência anual média foi de 1,59/100 mil hab. (média nacional: 1,86/100 mil hab.). Faz-se importante incentivar os serviços para a suspeita e tratamento precoces, bem como a notificação de todos os casos suspeitos.

Doenças transmitidas por alimentos – DTA

No período de 1999 a 2006, o estado de Sergipe notificou 20 surtos de DTA. Desses, 35% ocorreram em residências.

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



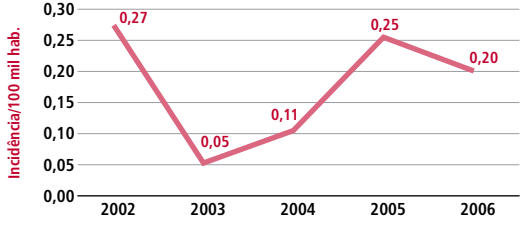
*Dados sujeitos a alteração, atualizados até 28/2/2007

Fonte: Coveh/CGDT/Devep/SVS

Febre tifóide

O estado apresentou baixa produção de casos no período de 2002 a 2006, com incidências respectivamente, de 0,27; 0,05; 0,11; 0,25 e 0,20/100 mil habitantes.

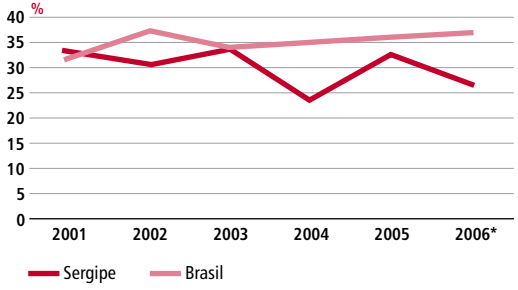
Figura 2. Incidência de febre tifóide em Sergipe, 2002-2006



Meningites

Permanece a necessidade de esforços adicionais para melhorar a qualidade da assistência aos casos, pois o estado não consegue manter estável o indicador de meningites bacterianas com critério laboratorial.

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



*Dados preliminares

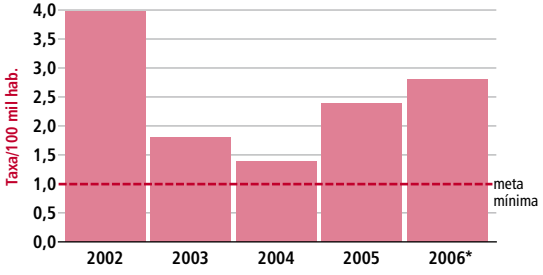
Fonte: SVS/MS

Paralisia flácida aguda – PFA

A Vigilância Epidemiológica das paralisias flácidas aguda (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 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 em Sergipe, com base nas 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.

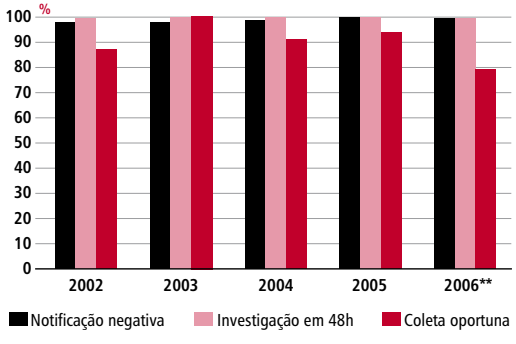
Figura 4. Taxa de notificação de PFA por 100 mil hab. menores de 15 anos. Sergipe, 2002-2006



*Dados preliminares

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

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



*Meta mínima = 80%

**Dados preliminares

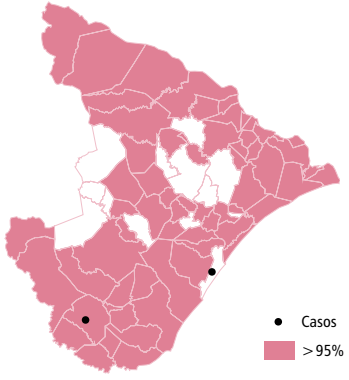
Fonte: MS/SVS/Devep/CGDT/Cover/Sinan

Rubéola

Em Sergipe, o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada foi de 46,76% em 2001, com 141 casos de rubéola confirmados, sendo que 118 (84%) 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 101,81%.

Em 2006, o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada foi de 82,67%. Agregando esse aumento à alta cobertura vacinal na campanha da rubéola para as MIF, houve redução na transmissão da rubéola e dois casos foram confirmados. Em relação à síndrome da rubéola congênita (SRC), nenhum caso foi confirmado em 2006. Entretanto, existe a necessidade de intensificar e fortalecer as ações da vigilância epidemiológica com vistas à eliminação da rubéola e da SRC.

Figura 6. Cobertura vacinal da vacina tríplice viral e casos confirmados de rubéola em Sergipe, 2006

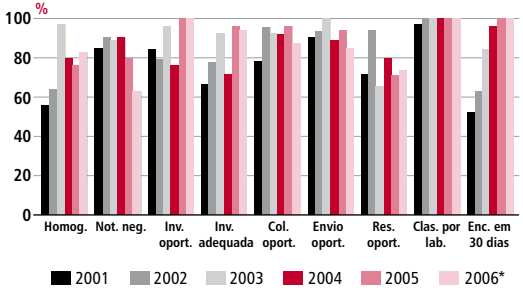


Sarampo

Em Sergipe, 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 o resultado oportuno. A intensificação das ações deve ser realizada para não comprometer os esforços de erradicação.

De 2000 a 2005 foram notificados 224 casos suspeitos de sarampo, sem nenhuma confirmação. Em 1999 foram confirmados 20 casos no estado.

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



*Dados preliminares

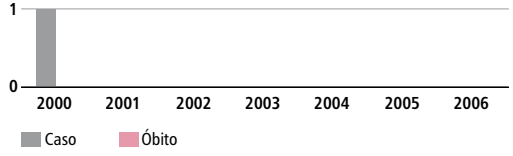
Fonte: SVS/MS

Tétano neonatal – TNN

De 2000 a 2006 Sergipe notificou um caso com desfecho de cura, a mãe apresentou esquema vacinal incompleto. Nos últimos seis anos não há notificação de casos. É importante a implementação da 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.

Sergipe tem 69 municípios no plano de eliminação do tétano neonatal (1.000 nascidos vivos/ano).

Figura 8. Número de casos e óbitos de tétano neonatal em Sergipe, 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 tem função exclusiva para as hepatites virais, necessária devido à complexidade e magnitude desses agravos. O estado não instituiu comitê estadual de hepatites virais, de acordo com determinação da Portaria nº 2.080, de 31.10.2003.

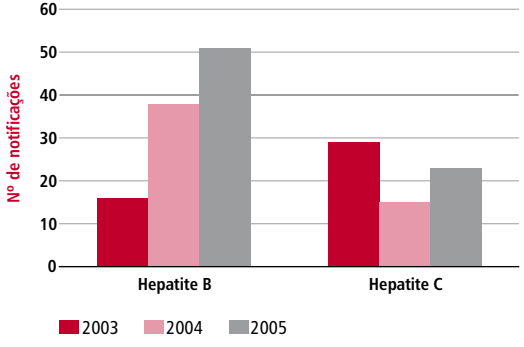
Assistência ao portador

Há um pólo de aplicação de medicamentos implantado no estado, em Aracaju.

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. Sergipe, 2003-2005



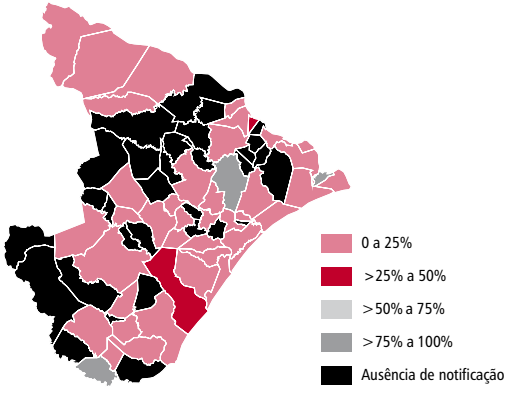
Em 2005, houve 311 casos confirmados de hepatites virais, tornando Sergipe o 9º estado da região Nordeste em número de casos: 57% de hepatite A, 28% de B e 13% de C. Em 2% dos casos a etiologia estava indefinida, demonstrando bom diagnóstico e vigilância.

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

Hepatite	A	B	C	D	Ignorado/ Branco	Total
N° de casos	176	88	39	1	7	311
%	57	28	13	0	2	100
Inc. SE	8,9	4,5	2,0	0,1	0,4	15,8
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. Sergipe, 2005



A informação sobre a determinação da provável fonte de infecção não está definida em 50% dos casos confirmados do estado, 58% da região Nordeste e 57% do Brasil.

Em 2005, as taxas de mortalidade por hepatites B e C foram as menores da região e as segundas menores do país. Questiona-se se esses dados refletem a realidade ou a deficiência no diagnóstico.

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

Hepatite	A	B	C	D	Não especificada
SE	0,0	0,5	1,5	0,0	0,5
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

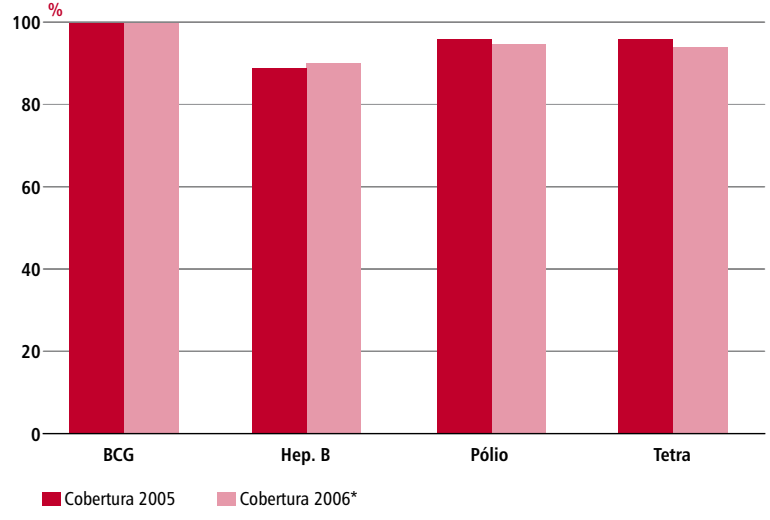
Em 2006, o estado promoveu capacitação em vigilância epidemiológica das hepatites virais para 50 profissionais.

Comunicação e articulação com a sociedade civil

Em 2006, Sergipe não realizou publicação em boletim epidemiológico estadual sobre hepatites virais, nem produziu outros materiais educativos e de informação sobre este tema. Não há no estado organização da sociedade civil que trabalhe 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 Sergipe 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 atingida a meta de 95% de cobertura vacinal contra a hepatite B. Em 2006, dados preliminares indicam resultados abaixo da meta preconizada, exceto para a vacina BCG.

Figura 1. Coberturas vacinais de rotina, Sergipe, janeiro a outubro, 2005 e 2006



*Dados preliminares

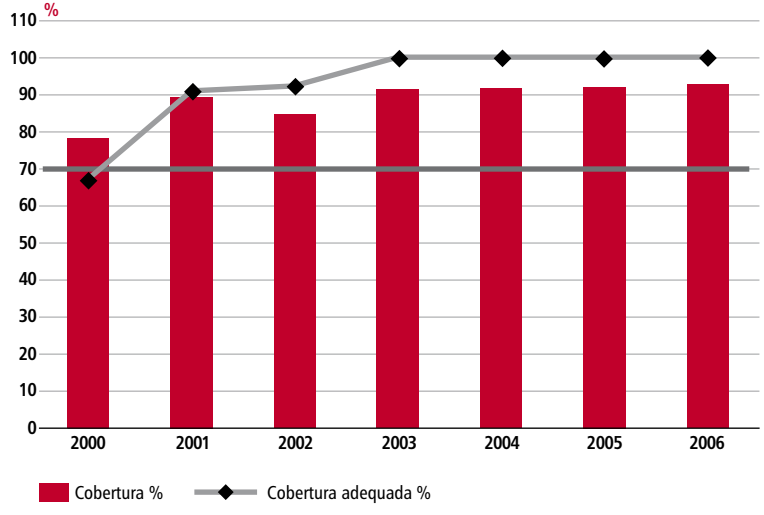
Fonte: API/CGPNI/Devep/SVS/MS

A vacina oral de rotavírus humano, implantada a partir de março de 2006, apresenta o total de 35.667 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 93,4% e a proporção de 2ªs doses administradas em relação à 1ª dose é de 60% 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%, exceto no ano 2000, quando o percentual de homogeneidade ficou abaixo da meta.

Figura 2. Cobertura vacinal contra gripe e percentual de municípios com cobertura adequada na campanha do idoso. Sergipe, 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 a regularidade no envio mensal de banco de dados em 99% dos municípios. Apenas 12 (16%) dos 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		Sergipe	Aracaju	Nossa Senhora do Socorro
Notificação	Notificação de casos de paralisia flácida aguda – PFA			
	Notificação de sarampo			
Investigação	Investigação epidemiológica oportuna para doenças exantemáticas			
	Investigação epidemiológica oportuna para raiva humana			
	Encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória			
	Coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de paralisia flácida aguda – PFA			
	Encerramento oportuno da investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos			
Diagnóstico laboratorial	Diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola)			
	Encerramento de casos de meningite bacteriana por critério laboratorial			
	Realização de testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes			
Vigilância ambiental	Elaboração de dois relatórios anuais sobre as ações desenvolvidas pelo Vigiagua em municípios com população igual ou acima de 100 mil hab.			
Vigilância e controle de vetores	Identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de *Aedes*			
	Percentual de municípios prioritários com cobertura de seis ciclos anuais para identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de *Aedes*			
	Inspeções semanais em armadilhas instaladas, de acordo com o preconizado no PNCD, nos municípios não infestados			
Controle de doenças	Cura de casos novos de tuberculose bacilíferos			
	Aumento da taxa de cura de hanseníase			
	Redução da incidência parasitária anual por malária (IPA) nos estados da Amazônia Legal			
Imunizações	Cobertura vacinal adequada – BCG			
	Cobertura vacinal adequada – Hepatite B			
	Cobertura vacinal adequada – Poliomielite			
	Cobertura vacinal adequada – Tetravalente			
	Cobertura vacinal adequada – Tríplice viral			
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – BCG			
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Hepatite B			
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Poliomielite			
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Tetravalente			
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Tríplice viral			
Monitorização de agravos relevantes	Número de surtos identificados através da monitorização das doenças diarréicas agudas – MDDA			
	Implantação/Implementação da vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis			
	Investigação de óbitos maternos (capitais e municípios com mais de 100 mil hab.)			
	Investigação de óbitos maternos (municípios com 100 mil hab. ou menos)			
Divulgação de informações epidemiológicas	Número de informes epidemiológicos publicados			
Estudos e pesquisas em epidemiologia	Divulgação de estudo da situação de saúde			
Sistemas de informação	Cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade			
	Percentual de óbitos por causa básica definida			
Supervisão da PPI-VS	Supervisão da PPI-VS nos municípios certificados			
Percentual de metas cumpridas		86,2	71,4	94,4

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 Sergipe: 75

Em 2006 foram destinados os recursos abaixo discriminados

Valor global: R$ 6.887.214,64

- Repasse para a Secretaria Estadual de Saúde (SES): R$ 216.478,49
- Repasse para os municípios: R$ 6.670.736,15

Incentivos específicos acrescidos ao TFVS

Portaria MS nº 1.349/2002

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

- 11 municípios – valor anual: R$ 339.840,00

Campanhas de vacinação (conforme deliberação da CIB)

- Raiva animal – SES: R$ 371.946,30
- Influenza – SES: R$ 7.262,35
  75 municípios: R$ 58.098,80
- Poliomielite – SES: R$ 20.595,40
  75 municípios: R$ 164.763,20

Outros repasses "fundo-a-fundo"

Subsistema de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar:

- 1 hospital federal: R$ 13.500,00

Capacitação de pessoal no Sinan

- SES: R$ 80.000,00

Intensificação das ações de controle da tuberculose

- SES: R$ 12.240,00

Vigilância de acidentes e violência em serviços sentinelas

- Aracaju: R$ 21.129,00

Registro de câncer de base populacional

- SES: R$ 24.000,00

Fortalecimento das ações dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Lacen

- Finlacen – SES: R$ 288.232,00
- Laboratórios de Saúde Pública das capitais Aracaju: R$ 60.000,00

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

- SES: R$ 777.926,18
- SMS: R$ 324.786.88

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 Sergipe veículos e equipamentos que totalizaram cerca de R$ 266.871,00.

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				7	6	17
SMS	2	2		2		
Total	**2**	**2**	**0**	**9**	**6**	**17**

*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 município elegível, segundo fonte de financiamento. Sergipe, 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/SE	790.346,81	-	790.346,81	276.621,38	-	276.621,38
Aracaju	304.953,78	-	304.953,78	106.733,83	-	106.733,83
Nossa Senhora do Socorro	96.251,14	-	96.251,14	33.687,90	-	33.687,90
Total	**1.191.551,73**	**-**	**1.191.551,73**	**417.043,11**	**-**	**417.043,11**

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 Sergipe, capital e município elegível, em 2006.

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

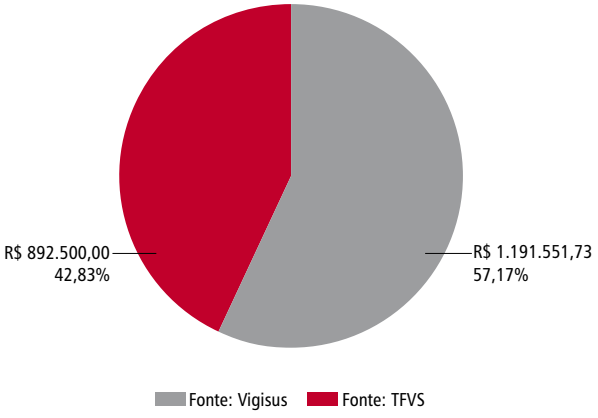
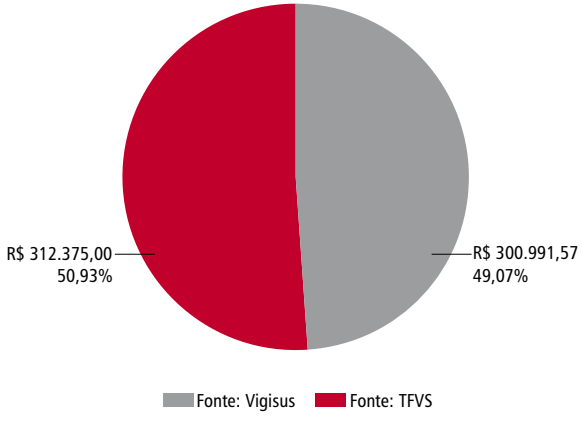


Figura 2. Valores repassados para Secretaria Estadual de Saúde, capital e município elegível, segundo fonte financiadora, 2006



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 Sergipe foi identificada e categorizada uma área (Tabela 1), no município ilustrado na Figura 1.

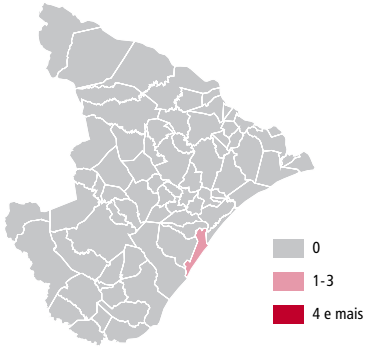
Tabela 1. Áreas com população exposta a solo contaminado

Classificação	Nº de áreas	População estimada	Categoria
ADRU	1	5.000	Amarela

ADRU – Áreas de Disposição Final de Resíduos Urbanos

Amarela – População potencialmente exposta a solo com suspeita de contaminação

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

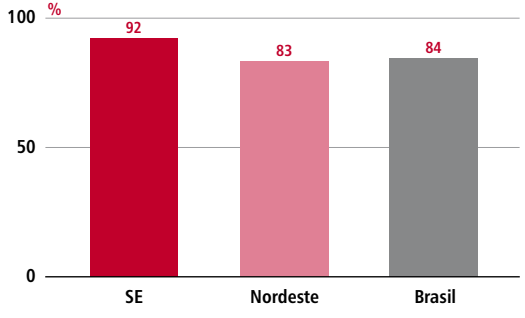


Água

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.

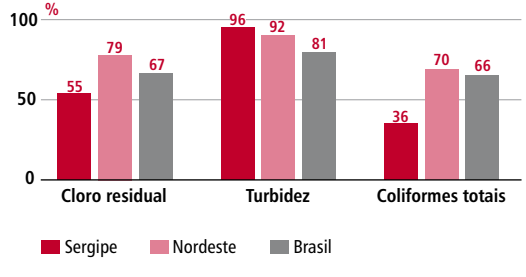
O Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Sisagua fornece informações sobre a qualidade da água proveniente dos sistemas, soluções alternativas coletivas e individuais de abastecimento de água. No estado do Sergipe, 69 municípios (92%) alimentaram dados no Sisagua em 2006.

Figura 2. Percentual de municípios com alimentação de dados no Sisagua. Sergipe, 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, 55%; turbidez, 96%; e coliformes totais, 36%.

Figura 3. Percentual de amostras realizadas, em 2006, em conformidade com a Portaria MS nº 518/2004. Sergipe, 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 reemergentes.

O subsistema será composto por 190 hospitais. Até dezembro de 2006, 174 núcleos já foram implantados e distribuídos em 25 unidades federadas.

Em Sergipe, um hospital aderiu ao subsistema. O núcleo hospitalar de epidemiologia foi implantado no Hospital da Universidade Federal de Sergipe. Para o estado, está prevista a implantação de mais um núcleo em 2007.

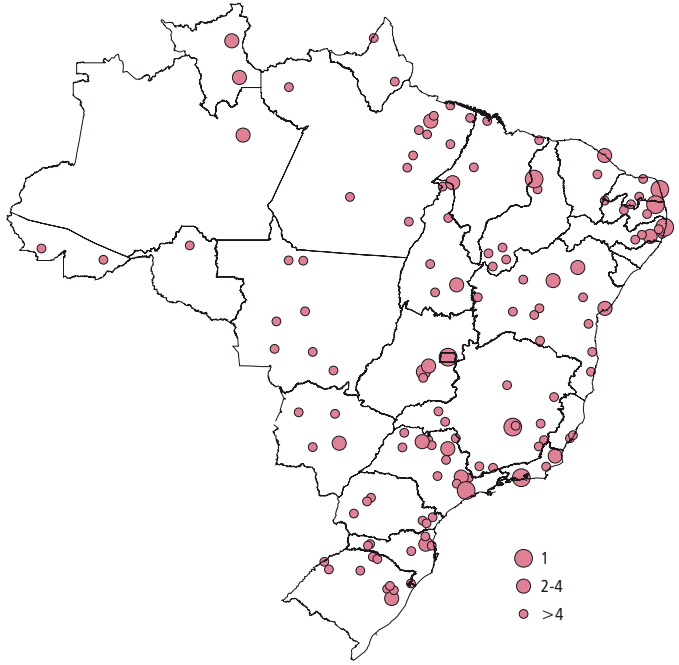
Figura 1. Mapa de núcleos, Brasil, 2006

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 e 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

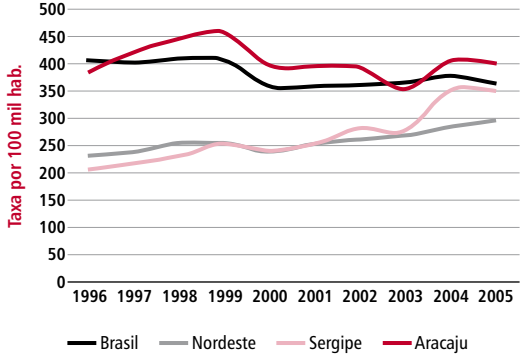
Em 2005, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças endócrinas e as causas externas representaram 66,2% do total de óbitos por causas conhecidas em Aracaju, 66,6% em Sergipe, 67,3% no Nordeste e 68,1% no Brasil.

Deve-se considerar o alto percentual de óbitos por causas mal definidas no estado (9,5%) e na região (17,9%). Aracaju teve 4,7% de óbitos por causas mal definidas em 2005.

Doenças do aparelho circulatório – DAC

Em 1996, as taxas foram, para o estado e capital respectivamente, 202,7/100 mil e 382,2/100 mil; e em 2005, de 347,4/100 mil e 397,3/100 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.

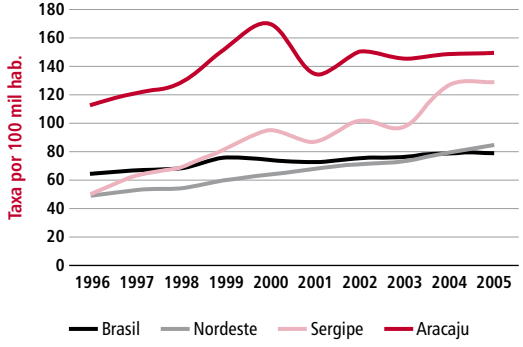
Figura 1. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por DAC na idade de 30 anos e mais, 1996-2005



Diabetes

Aracaju apresenta oscilação da curva da doença entre 1996 (112,0/100 mil) e 2005 (148,7/100 mil). O estado tem aumento da taxa de mortalidade por diabetes, que em 1996 foi de 49,3/100 mil e em 2005, de 128,0/100 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.

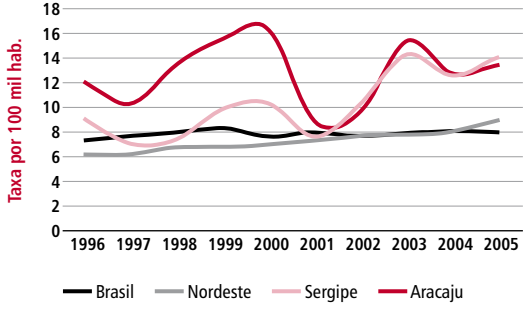
Figura 2. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por diabetes na idade de 40 anos e mais, 1996-2005



Neoplasias

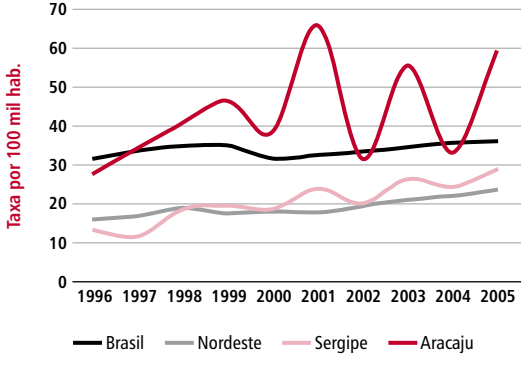
O estado e a capital apresentam grande oscilação na curva de mortalidade por câncer de colo uterino. Em 2005, a taxa é de 14,0/100 mil para Sergipe e 13,3/100 mil para Aracaju. A região Nordeste tem leve aumento na curva entre 1996 (6,1/100 mil) e 2005 (8,9/100 mil). Para o Brasil, as taxas se mantêm 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 Sergipe, em 2005, é de 27,6%.

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



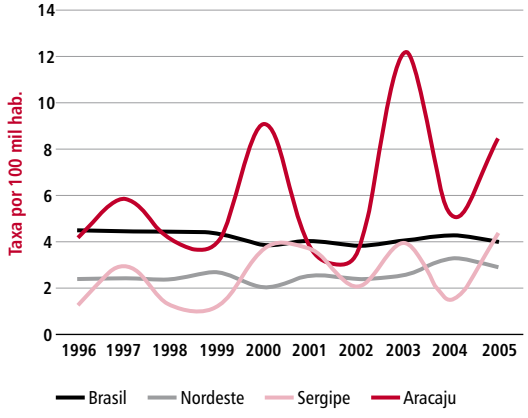
Sergipe (1996 – 12,9/100 mil e 2005 – 28,5/100 mil) e Aracaju (1996 – 27,3/100 mil e 2005 – 58,6/100 mil) apresentam enorme tendência de aumento das taxas ao longo dos anos. O Brasil (1996 – 31,2/100 mil e 2005 – 35,7/100 mil) e a região Nordeste (1996 – 15,6/100 mil e 2005 – 23,3/100 mil) têm discreto 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 – 4,2/100 mil e 2005 – 8,4/100 mil) e estado (1996 – 1,2/100 mil e 2005 – 4,3/100 mil) apresenta aumento das taxas 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



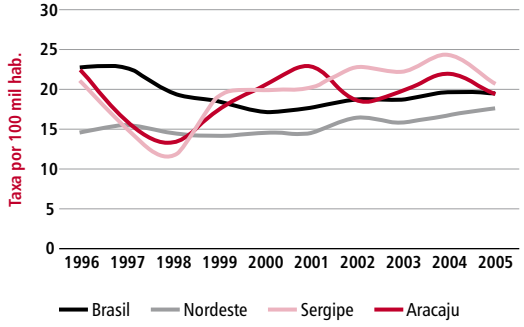
Evolução da mortalidade por acidentes de transporte e violência, 1996 a 2005

Dos óbitos por causas conhecidas, as causas externas foram a terceira causa de morte em Aracaju (14,0%), Sergipe (14,7%) e no Brasil (14,2%); e segunda causa no Nordeste (15,5%), em 2005.

Acidentes de trânsito

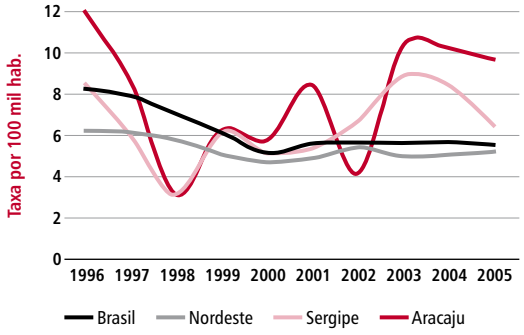
Tanto a capital quanto o estado mostram oscilação de suas taxas entre 1996 (capital – 22,2/100 mil e estado – 20,8/100 mil) e 2005 (capital – 19,3/100 mil e estado – 20,6/100 mil). Enquanto a região Nordeste (1996 – 14,5/100 mil e 2005 – 17,4/100 mil) tem tendência de aumento, o Brasil (1996 – 22,6/100 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 acidentes de transporte terrestre, 1996-2005



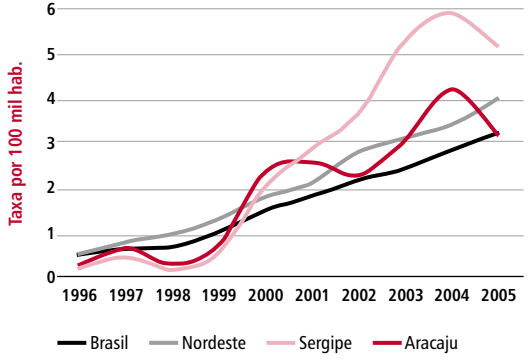
A capital e o estado têm uma queda entre 1996 (capital – 11,9/100 mil e estado – 8,5/100 mil) e 2005 (capital – 9,6/100 mil e estado – 6,4/100 mil). Para a região Nordeste, as taxas entre 2003 (4,9/100 mil) e 2005 (5,2/100 mil) se mantêm estáveis. No Brasil a estabilização ocorre entre 2001 e 2005, com taxa de 5,5/100 mil.

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



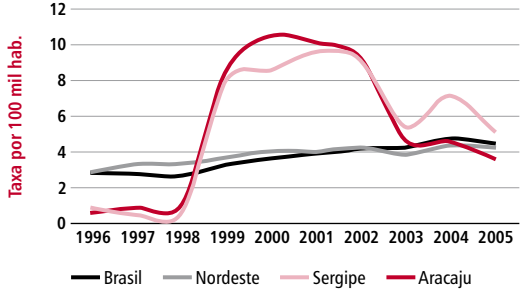
A capital apresenta aumento crescente de sua curva a partir de 1996 (0,2/100 mil), atingindo em 2005 a taxa de 3,2/100 mil. O estado apresenta oscilação, com taxa em 2005 de 5,1/100 mil. O Brasil e a região Nordeste também têm aumento das taxas nos anos estudados (Brasil: 1996 – 0,5/100 mil e 2005 –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

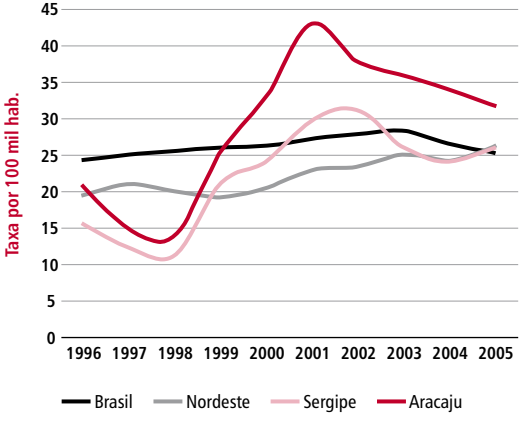
Figura 9. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por acidente com ocupante de veículo, 1996-2005



Agressões (homicídios)

As tendências das curvas são de aumento para a capital (1996 – 20,7/100 mil e 2005 – 31,6/100 mil), o estado (1998 – 11,0/100 mil e 2002 – 31,1/100 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 978-85-334-1382-5

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