

Ministério da Saúde

# Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Relatório de Situação

# Pernambuco

Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde

# Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

## Relatório de Situação

Série C. Projetos, Programas e Relatórios



# Pernambuco

Brasília / DF  
2005

© 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.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

1.ª edição – 2005 – tiragem: 850 exemplares

**Elaboração, edição e distribuição**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Organização: Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento

Produção: Núcleo de Comunicação

**Endereço**

Esplanada dos Ministérios, bloco G,

Edifício Sede, 1.º andar, sala 134

CEP: 70058-900, Brasília – DF

*E-mail:* svvs@saude.gov.br

Endereço eletrônico: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)

**Produção editorial**

Consolidação de dados: Adriana Bacelar Ferreira Gomes, Elza Helena Krawiec (coordenação), Lúcio Costi Ribeiro

Copidesque / revisão: Napoleão Marcos de Aquino

Projeto Gráfico: Fabiano Camilo, Sabrina Lopes

Diagramação: Lúcia Saldanha, Sabrina Lopes (coordenação)

Impresso no Brasil/ Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação: Pernambuco / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

20 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 85-334-0895-1

1. Vigilância da População. 2. Saúde Pública. 3. Análise de Situação. I. Título. II. Série.

NLM WA 900

## Sumário

- 4** Sistemas de Informações – SIM e Sinasc
- 5** Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- 6** Tuberculose
- 7** Hanseníase
- 8** Dengue
- 9** DST-Aids
- 10** Zoonoses
- 11** Outras Doenças Transmissíveis / Hepatites
- 13** PNI – Programa Nacional de Imunizações
- 14** Programação Pactuada Integrada – Vigilância em Saúde
- 15** Recursos
- 16** Projeto Vigisus
- 17** Vigilância Ambiental
- 18** Agravos e Doenças não Transmissíveis
- 19** Laboratórios de Saúde Pública

## Apresentação

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) apresenta, nesta publicação, dados e análises sintéticas sobre as principais ações desenvolvidas nas áreas de sistemas de informações epidemiológicas, vigilância, prevenção e controle de doenças. As informações são apresentadas de forma objetiva, tornando acessível, para os gestores do Sistema Único de Saúde, conhecer e avaliar a situação atual das ações e dos programas executados em sua Unidade Federada.

Ao sintetizar os avanços e as limitações presentes no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, estamos procurando contribuir para que os gestores estaduais e municipais utilizem esse instrumento na construção de uma agenda contendo iniciativas capazes de fortalecer essas ações e produzir resultados positivos na promoção da saúde de nossa população.

Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Secretário de Vigilância em Saúde / MS

# Sistemas de Informações – SIM e Sinasc

O estado de Pernambuco apresenta coberturas insuficientes para o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e dados válidos para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

## Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

### Cobertura

• A cobertura\* do SIM melhorou ao longo da última década: de 71%, em 1993, para 77%, em 2003. Os óbitos informados ficaram acima da média da região Nordeste, mas abaixo da média brasileira (Fig. 1).

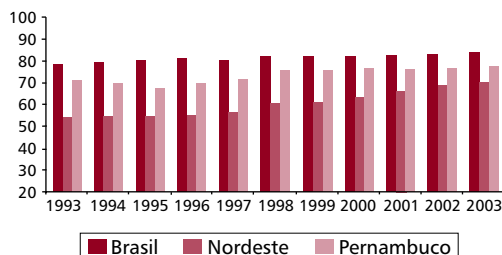


Figura 1. Razão entre os óbitos SIM e os óbitos IBGE. Brasil, região Nordeste e Pernambuco, 1993-2003  
Fonte: SVS/MS

### Coefficiente geral de mortalidade – CGM

• O CGM padronizado por idade geralmente varia entre 6,5 e 10/mil habitantes. Valores menores do que 4/mil habitantes indicam grande precariedade na cobertura das informações de mortalidade.

- CGM padronizado dos municípios do estado, em 2003:
  - até 4,0/mil hab., 14 municípios (7,6%);
  - de 4,0 a 6,5/mil hab., 116 municípios (62,7%);
  - maior que 6,5/mil hab., 55 municípios (29,7%).
- A capital, Recife, tem o CGM padronizado de 6,5/mil hab.

### Percentual de causas *mal definidas*

- O percentual de óbitos por causas *mal definidas* do estado é alto, 18% em 2003.
- Percentual de óbitos por causas *mal definidas* nos municípios, em 2003:
  - até 10%: 33 municípios (18%);
  - entre 10% e 20%: 29 municípios (15%);
  - 20% e mais de óbitos: 124 munic. (68%).

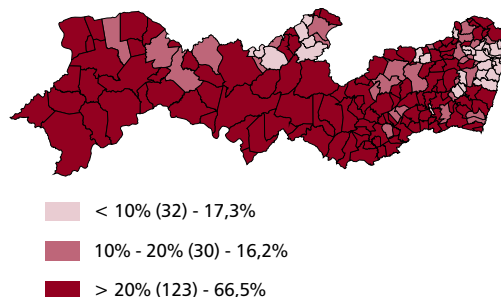


Figura 2. Distribuição percentual de óbitos por causas *mal definidas* por municípios. Pernambuco, 2003

Fonte: SVS/MS

- Recife tem 0,97% de óbitos por causas *mal definidas*.

## Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

### Cobertura

- A cobertura\* do Sinasc esteve acima da média do país e da região, de 1996 a 2003: 94%, em 1996, e 90%, em 2003 (Fig. 3).

### Mortalidade infantil

#### Coefficiente de mortalidade infantil – CMI

- Em função da deficiência na cobertura do SIM e/ou Sinasc, o Ministério da Saúde considera os dados diretos no cálculo da mortalidade infantil apenas para sete estados (ES, RJ, SP, PR, SC, RS e MS) e DF. Nos demais estados, inclusive Pernambuco, utilizam-se as estimativas do IBGE, que para PE foi de 38,53/mil nascidos vivos, em 2003.

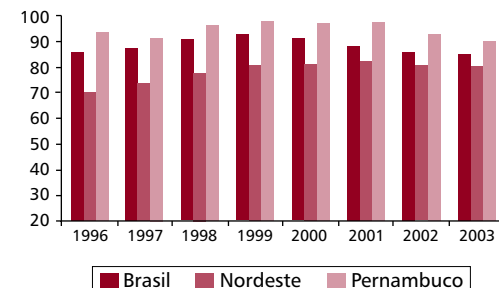


Figura 3. Razão entre o Sinasc e o IBGE. Brasil, região Nordeste e Pernambuco, 1996-2003

Fonte: SVS/MS

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

# Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan

- O Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) tem como finalidade coletar, transmitir e disseminar dados sobre doenças transmissíveis que são de notificação obrigatória, para a adoção de medidas de prevenção e controle. O Sinan também fornece informações para a análise do perfil de morbidade dessas doenças.

## Proporção de casos encerrados oportunamente\*

- Com exceção dos casos notificados de hepatite, meningite, cólera, difteria e febre amarela, os demais agravos não atingiram a meta preconizada em 70% (Tab. 1).
- Apenas 66,7% de todos os casos notificados foram encerrados oportunamente.

## Regularidade

- Até a segunda quinzena de novembro de 2004, o estado atingiu 91% de envio regular de dados do Sinan, cumprindo a meta estabelecida em 80%.

Tabela 1. Proporção de casos encerrados oportunamente, por agravo. Pernambuco, 2004\*

Agravos	Casos	
	Notificados Total	Encerrados Nº %
Tétano acidental	22	6 27,27
Síndrome da rubéola congênita	3	1 33,33
Rubéola	309	118 38,19
Leishmaniose tegumentar americana	331	154 46,53
Malária	38	18 47,37
Chagas	344	188 54,65
Leptospirose	868	513 59,10
Leishmaniose visceral	64	38 59,38
Febre tifóide	41	26 63,41
Coqueluche	233	156 66,95
Sarampo	23	16 69,57
Hepatite	317	245 77,29
Meningite	877	701 79,93
Cólera	799	669 83,73
Difteria	1	1 100,00
Febre amarela	1	1 100,00
<b>Total</b>	<b>4.271</b>	<b>2.851 66,75</b>

\*Dados atualizados até setembro de 2004

Fonte: SVS/MS

\*São considerados encerrados oportunamente os casos cuja investigação contém informações do diagnóstico final e data do encerramento preenchida, no prazo estabelecido para cada agravo.

# Tuberculose

- Em Pernambuco, existem 15 municípios prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT): Abreu e Lima, Barreiros, Bodocó, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Garanhuns, Igarassu, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Palmares, Paulista, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão.

- Em 2003 foram registrados 4.222 casos novos de tuberculose, representando 94,8% dos casos esperados.

- A taxa de incidência (por 100 mil hab.) foi de 51,7 para casos de todas as formas e de 26,1 para casos bacilíferos (Fig. 2).

- Em 2003, os municípios prioritários apresentaram um percentual de cura de 43,9%, abaixo da meta nacional de 85% (Tab. 1).

- A co-infecção TB/HIV, nesse ano, foi de 6,7% nos municípios prioritários.

Tabela 1. Resultados da Coorte 2003 e percentual de co-infecção TB/HIV. Pernambuco e municípios prioritários, 2003

PE	COORTE										Co-infecção TB/HIV	
	Encerramento		Cura		Abandono		Óbito		Transferência		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Total por UF	3093	71,0	2053	47,1	405	9,3	229	5,3	360	8,3	273	5,4
Total por município prioritário	2109	68,6	1348	43,9	293	9,5	171	5,6	268	8,7	238	6,7

Fonte: SVS/MS

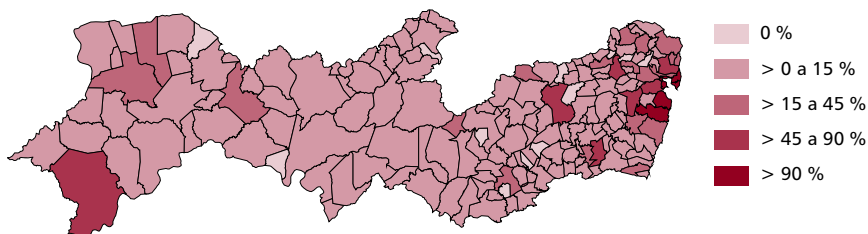


Figura 1. Distribuição percentual de casos novos de TB todas as formas, por município. Pernambuco, 2003

Fonte: SVS/MS

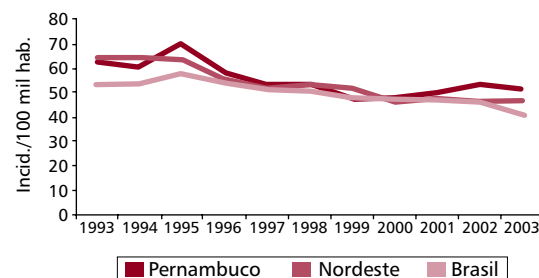


Figura 2. Taxa de incidência de TB todas as formas. Pernambuco, região Nordeste e Brasil, 1993-2003

Fonte: SVS/MS

- Atualmente, 93,51% dos municípios fazem diagnóstico e realizam tratamento poliquimioterápico.
- Em Pernambuco, 14 municípios são considerados prioritários: Abreu de Lima, Araripina, Belo Jardim, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Jaboatão dos Guararapes, Lagoa Grande, Olinda, Paulista, Petrolina, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão.
- Não existe centro de referência nacional em Pernambuco, mas a população recebe assistência especializada no centro de referência estadual, o Sanatório Padre Antonio Manoel, popularmente conhecido como Hospital da Mirueira, situado no município de Paulista.
- Em 2004, foram treinados 132 profissionais.
- Das 3.185 unidades básicas de saúde, 829 realizam diagnóstico e tratamento, o que corresponde a uma cobertura de serviços de 26%.
- Em 2003, foram registrados 3.308 casos novos:
  - 354 (10,7%) acometiam menores de 15 anos;
  - 111 (3,1%) apresentavam, no momento do diagnóstico, incapacidade física severa;
  - 1.614 (48,79%) eram formas avançadas da doença.
- Mais de 50% da população do estado vive em municípios com prevalência superior a 5 casos/10 mil hab., quando a taxa ideal é menos de 1 caso/10 mil hab. (Tab. 1).

Tabela 1. Carga de hanseníase. Pernambuco, 2003

Carga da doença	Nº de municípios	População 2003	% população
Até 1 caso	34	515.158	6,31
1 a 3 casos	59	1.693.025	20,74
3 a 5 casos	42	1.084.472	13,29
5 a 20 casos	44	4.187.771	51,31
Mais de 20 casos	6	681.402	8,35
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>8.161.828</b>	<b>100</b>

Fonte: SVS/MS

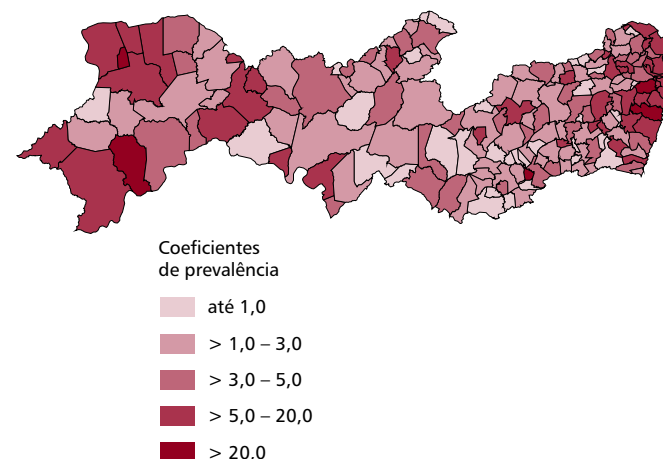


Figura 1. Distribuição do coeficiente de prevalência (por 10 mil hab.) de hanseníase. Pernambuco, 2003

Fonte: SVS/MS



# Dengue

- Dos 185 municípios do estado, 39 (21,08%) são prioritários para o Programa Nacional de Controle da Dengue: Abreu e Lima, Afogados da Ingazeira, Araçoiaba, Araripina, Arcoverde, Belo Jardim, Bezerros, Cabo de Sto. Agostinho, Camaragibe, Carpina, Caruaru, Escada, Floresta, Garanhuns, Goiana, Gravatá, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Limoeiro, Moreno, Olinda, Ouricuri, Palmares, Paudalho, Paulista, Pesqueira, Petrolina, Recife, Salgueiro, Sta. Cruz do Capibaribe, São José da Coroa Grande, S. Lourenço da Mata, Serra Talhada, Timbaúba, Toritama, Vitória de Sto. Antão. Estes municípios concentram 65,9% da população.

- No período de janeiro a setembro de 2004 foram registrados 5.442 casos de dengue, representando uma redução de 78,31% quando comparados com o mesmo período de 2003. Na região Nordeste, Pernambuco é o sétimo estado com maior redução de casos.

- Houve registro de 7 casos de febre hemorrágica da dengue no ano de 2004, sem ocorrência de óbitos.

- O Levantamento de Índices Rápido – LIRAA, realizado em 2004 nos municípios de Recife, Olinda, Paulista e Jaboatão dos Guararapes, incluiu respectivamente, 50, 13, 10 e 21 estratos (aglomerados de 9 - 12 mil imóveis). Os resultados do levantamento estão apresentados na tabela 2.

Tabela 1. Índice de Infestação Predial (IIP) nos municípios prioritários, janeiro a agosto de 2003 e 2004

Ano	0 < IIP < 1		1 ≤ IIP < 3		3 ≤ IIP < 5		IIP > 5	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2003	11	28,21	16	41,03	6	15,38	6	15,38
2004	10	25,64	16	41,03	6	15,38	7	15,38

Fonte: SVS/MS

Tabela 2. Índice de Infestação Predial, segundo LIRAA. Pernambuco, outubro/novembro 2004

Município	Índice de Infestação Predial							
	0 - 0,9%		1 - 3,9%		4 - 7,9%		8 - 17,9%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Recife	9	18,0	31	62,0	8	16,0	2	4
Olinda	7	53,8	7	53,8	0	0	0	0
Paulista	6	60,0	6	60,0	4	40	0	0
J. dos Guararapes	9	42,9	11	52,4	1	4,8	0	0

Fonte: SVS/MS

Tabela 3. Indicadores operacionais dos municípios prioritários, 3º trimestre de 2004

Indicadores	Municípios que não atingiram a meta do indicador
Quantitativo adequado de agentes	Caruaru, Itamaracá, Itapissuma, Olinda, Paulista, Salgueiro, Santa Cruz do Capibaribe, São Lourenço da Mata
Plano de contingência	Abreu e Lima, Afogados da Ingazeira, Araçoiaba, Arcoverde, Belo Jardim, Carpina, Escada, Floresta, Garanhuns, Goiana, Gravatá, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Ouricuri, Palmares, Paudalho, Pesqueira, Salgueiro, Santa Cruz do Capibaribe, Serra Talhada, Timbaúba, Toritama, Vitória de Santo Antão
Comitê de mobilização	Abreu e Lima, Afogados da Ingazeira, Araçoiaba, Belo Jardim, Carpina, Goiana, Ipojuca, Itapissuma, Moreno, Ouricuri, Palmares, Paudalho, Pesqueira, Petrolina, Santa Cruz do Capibaribe, Serra Talhada, Timbaúba, Vitória de Santo Antão
PACS/PSF integrado ao PNCD	Gravatá, Paudalho

Fonte: SVS/MS

- Até 2003 foram registrados 7.823 casos de Aids, sendo 5.634 em homens e 2.189 em mulheres.

- Os municípios que apresentaram os maiores números de casos de Aids em 2003 foram: Recife (232), Jaboatão dos Guararapes (75) e Olinda (54).

- A taxa de mortalidade por Aids no estado ficou estabilizada em 4,3/100 mil hab., de 1998 a 2002.

- Foram registrados 197 casos de transmissão vertical do HIV no estado até 2003.

- Em relação à sífilis congênita (SC), Pernambuco notificou 2.833 casos, de 1998 até 2003, sendo o estado da região Nordeste com maior número de casos notificados.

- As taxas de incidência de casos de SC estão em torno de três casos por mil nascidos vivos (Fig. 2).

- De 2000 a 2003, foram registrados 45 óbitos por sífilis congênita no estado.

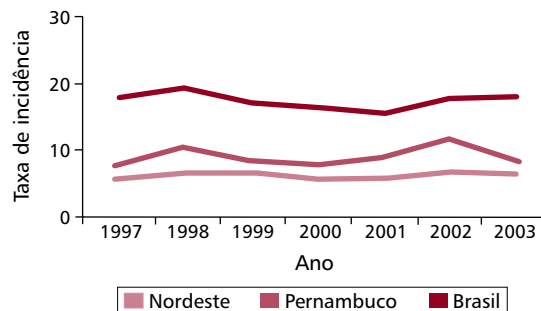


Figura 1. Taxa de incidência de Aids por 100 mil hab., segundo ano. Pernambuco, 1997-2003

Fonte: SVS/MS

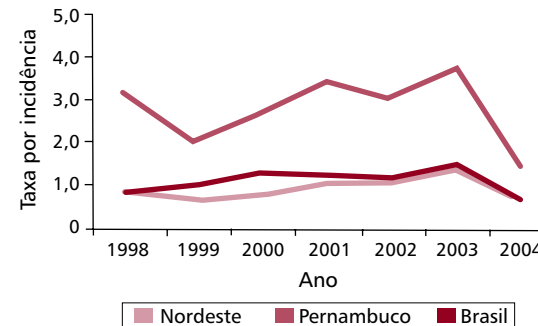


Figura 2. Taxa de incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos, segundo ano. Pernambuco, 1998-2004

Fonte: SVS/MS

# Zoonoses

## Leptospirose

- Em 2003, foram confirmados 195 casos de leptospirose, incidência de 2,4/100 mil hab., e 31 óbitos, com letalidade de 16%, tanto a letalidade quanto a incidência são superiores à média nacional (12%).

## Raiva

- Em 2003, foi registrado um caso de raiva humana, em Santa Maria da Boa Vista, transmitido por cão.

## Leishmaniose

- Pernambuco notificou 620 casos de leishmaniose tegumentar no ano de 2003. Quanto à leishmaniose visceral, foram registrados 84 casos, com incidência de um caso por 100 mil habitantes e letalidade de 5% (Fig. 1).

## Esquistossomose

- A esquistossomose é endêmica em 90 dos 185 municípios do estado. A prevalência média foi de 8,7% e a média anual de internações, de 1999 a 2003, foi de 377, taxa de 5,12/10 mil internações. O número médio de óbitos, de 1998 a 2002, foi de 139,2 com taxa de mortalidade de 1,76/100 mil hab.

## Filariose

- A transmissão da filariose, no Brasil, está restrita ao município de Recife e parte da região metropolitana.

## Peste

- Nos últimos anos não tem ocorrido casos de peste em humanos. No entanto, há ocorrências históricas importantes no Foco do Agreste, Foco do Triunfo (compartilhado com a Paraíba) e Chapada do Araripe.
- O estado de Pernambuco possui 9 centros de controle de zoonoses.

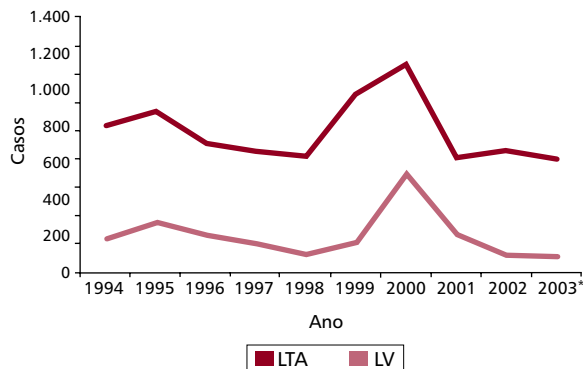


Figura 1. Casos de leishmaniose tegumentar americana e leishmaniose visceral. Pernambuco, 1994-2003.

Fonte: SVS/MS

# Outras Doenças Transmissíveis / Hepatites

## Sarampo

- Os indicadores operacionais da vigilância do sarampo e de cobertura vacinal, no período de 2000 a 2004, evidenciam importante melhora na homogeneidade da cobertura vacinal e incremento nos indicadores das ações de vigilância epidemiológica: homogeneidade, cobertura vacinal, notificação negativa, investigação oportuna, coleta oportuna, envio oportuno das amostras, resposta oportuna, classificação por laboratório, encerramento em 30 dias (Fig. 1).

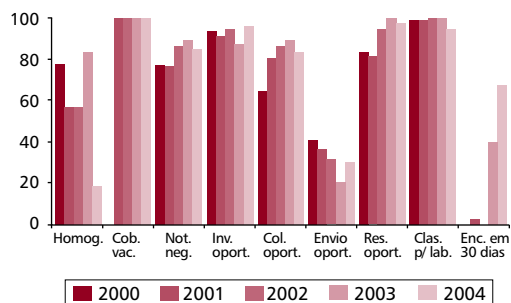


Figura 1. Sarampo. Indicadores de vigilância epidemiológica. Pernambuco, 2000-2004\*

\*Dados preliminares

Fonte: SVS/MS

## Rubeóla

- Entre 2002 e 2004 foram notificados 68 casos de síndrome da rubéola congênita, dos quais 17 foram confirmados, a maioria nos anos de 2000 e 2001, sugerindo que as ações de controle da rubéola encontram-se em níveis satisfatórios.

## Paralisia flácida aguda – PFA

- Em relação aos indicadores de qualidade da vigilância das PFA/Pólio no período 2000/2004, destaca-se a manutenção tanto da taxa de detecção de casos para menos de 1/100 mil menores de quinze anos, como a manutenção dos demais indicadores de vigilância acima do valor mínimo de 80%. A cobertura vacinal média contra a poliomielite encontra-se em 100% (Fig. 2).

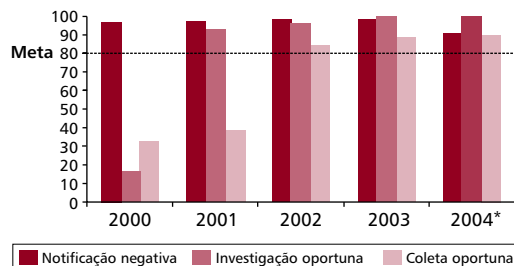


Figura 2. Notificação negativa, investigação em 48 horas e coleta adequada de fezes de paralisia flácida aguda. Pernambuco, 2000-2004\*

\*Dados até a semana epidemiológica 51 de 2004

Obs.: Meta mínima 80%

Fonte: SVS/MS

## Meningites

- Houve redução gradual do percentual de casos de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial no período de 2001 a 2004 (Fig. 3).

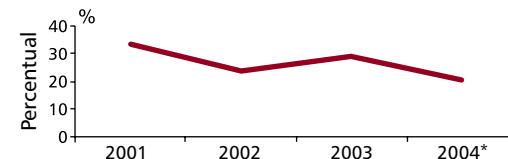


Figura 3. Percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial. Pernambuco, 2001-2004

\*Dados parciais

Fonte: SVS/MS

## Tétano neonatal – TNN

- Em relação ao tétano neonatal (TNN), no período 2000/2004 foram confirmados nove casos e seis óbitos (letalidade de 67%). Os dois últimos casos foram detectados em 2004.

## Surtos

- No período de 2000 a 2004, foram investigados seis surtos pela SVS em colaboração com a SES:

- investigação de um caso IgM e IgG positivo para sarampo, em Afogados do Ingazeiro, novembro de 2004;
- surto de diarreia em S. Bento do Una/PE, abril a junho de 2004 (2.132 casos de diarreia, 18 casos de *Vibrio cholerae* confirmados por laboratório, 1 ogawa toxigênico, 58 amostras com isolamento de *Aeromonas caviae* e isolamento de outros agentes [*Salmonella sp*, *Shigella sp*]);

# Outras Doenças Transmissíveis / Hepatites

3. óbitos em serviço de hemodiálise, Caruaru, junho e julho de 2003 (7 óbitos);
4. eventos adversos graves ao uso de soluções parenterais (soro ringerlactato e metronidazol, produzidos por um mesmo laboratório, com altas concentrações de endotoxinas), em Caruaru, Jaboatão e Recife, março de 2002 (25 casos, 7 óbitos);
5. doença diarréica transmitida por alimentos, Recife, outubro de 2001 (259 casos);
6. *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina, Recife, agosto e setembro de 2000 (6 casos, 3 óbitos).

## Hepatites

- A assistência ao portador de hepatites virais está centralizada em serviços de nível terciário. A estruturação de uma rede de atenção primária e de média complexidade precisa ser implantada.
- O estado não instituiu o Comitê Estadual de Coordenação, constituído pelos órgãos estaduais que possuem as atribuições, relativas às hepatites virais, de acompanhamento epidemiológico, prevenção, controle e assistência das hepatites.
- Dos 14 centros de testagem e acompanhamento, 2 (14,3%) realizam triagem sorológica para hepatites.

- Em 2004, foram realizados aproximadamente 221 tratamentos de hepatite viral crônica C.
- A taxa de infecção por vírus da hepatite sem classificação etiológica definida é de 5,45/100 mil hab. superior à média nacional (2,27/100 mil hab.), o que demonstra a necessidade

de aperfeiçoar a qualidade da vigilância epidemiológica.

- A taxa de mortalidade por hepatites virais B e C em Pernambuco é menor que a do Brasil. Esse dado pode indicar deficiência no diagnóstico (Tab. 1).

Tabela 1. Nº de notificações e taxa de incidência (por 100 mil hab.) segundo classificação etiológica. Pernambuco e Brasil, 2003

Classific. Etiológica	VHA	VHB	VHC	Outras classific.	Ignorado Branco	Total
Nº notific.	1.146	213	138	169	449	2.115
Incid. PE	13,91	2,59	1,67	2,05	5,45	25,67
Incid. BR	7,64	5,53	3,95	1,14	2,27	20,53

Fonte: SVS/MS

Tabela 2. Taxa de mortalidade (por 1 milhão de hab.) por tipo de hepatite viral. Pernambuco e Brasil, 2003

	A	B	C	D	ñ espec.
PE	0,24	1,46	3,28	0	0,85
BR	0,28	2,42	5,94	0,07	1,66

Fonte: SVS/MS

# PNI – Programa Nacional de Imunizações

- Nas ações de rotina, os resultados de cobertura alcançados com as vacinas tetravalente (DTP+Hib), BCG, contra poliomielite e hepatite B, em menores de um ano, e tríplice viral, em crianças de 1 ano, apresentam altas coberturas vacinais em 2003 e 2004. Considera-se que o resultado possa melhorar após a revisão de erros de registros de doses aplicadas, já identificados no banco de dados de imunizações e apresentados ao estado. Deve-se levar em conta que a base populacional utilizada, a estimativa do IBGE 2004, encontra-se superestimada em muitos municípios, impossibilitando o alcance da meta pactuada.

- Até outubro de 2003, o estado mantinha um percentual de municípios com coberturas adequadas acima de 70% (meta pactuada), exceto para a vacina contra a hepatite B (57,30%). No mesmo período em 2004, há uma redução no número de municípios com coberturas adequadas para as vacinas BCG, tríplice viral e contra hepatite B (abaixo de 70%) (Fig. 1).

- Em relação à vacinação do idoso, o estado alcançou a meta em todos os anos, com acréscimo gradativo no número de idosos vacinados. Em 2003, 98,92%, e em 2004, 100% de seus municípios apresentaram coberturas acima de 70% (meta preconizada) (Fig. 2).

- Cerca de 93% dos municípios com o sistema de imunizações informatizado estão em dia com o envio de banco de dados.

- Entre 2000 e 2004, foram notificados 249 eventos adversos pós-vacinação (1,05% do total de notificações no país). Em 2004, 97,30% dos municípios não notificaram eventos adversos.

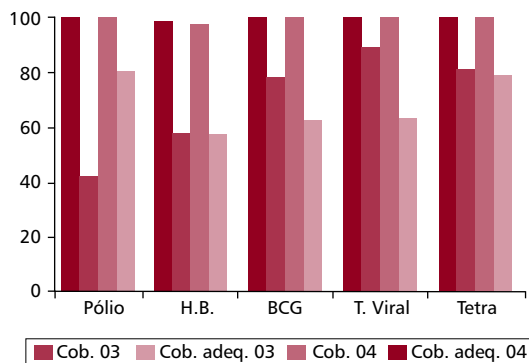


Figura 1. Cobertura vacinal e percentual de municípios com cobertura adequada, segundo tipo de vacina. Pernambuco, janeiro a outubro de 2003 e 2004

Fonte: SVS/MS

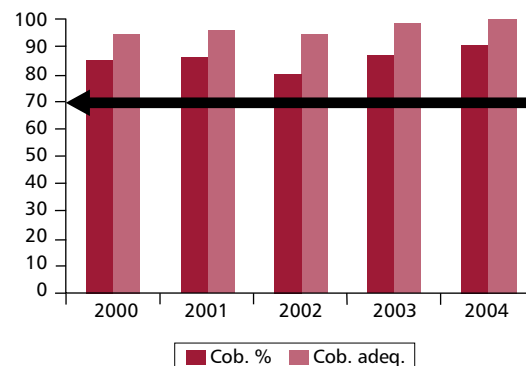


Figura 2. Cobertura vacinal em Pernambuco e percentual de municípios com cobertura adequada. Campanha do Idoso, 2000-2004

Fonte: SVS/MS

# Programação Pactuada Integrada – Vigilância em Saúde

- A Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS é um instrumento formalizado pela Portaria MS 1.172/04, no qual o Ministério da Saúde, por intermédio da SVS, estabelece as metas e ações a serem desenvolvidas anualmente pela Unidade Federada.
- O acompanhamento da PPI-VS é realizado anualmente no estado, capital e em 25% dos municípios com mais de 100 mil habitantes. Há ainda municípios avaliados por outras demandas.

Ação		PE	Recife	Olinda	Floresta
Notificação	Notificar casos de paralisia flácida aguda				
	Realizar notificação negativa de sarampo				
Investigação	Investigação oportuna para PFA				
	Investigação oportuna para exantemáticas				
	Investigação oportuna para raiva				
	Encerramento oportuno da investigação				
	Coleta adequada de amostra de fezes – PFA				
Diagnóstico laboratorial	Diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas				
	Diagnóstico laboratorial de meningite bacteriana				
Vigilância ambiental	Cadastrar domicílios no Sisagua				
	Relatórios de controle alimentados no Sisagua				
	Análises laboratoriais alimentadas no Sisagua				
Vigilância e controle de vetores	Eliminação de focos e criadouros de <i>Aedes</i>				
Imunizações	Cobertura vacinal – BCG				
	Cobertura vacinal – Hepatite B				
	Cobertura vacinal – Poliomielite				
	Cobertura vacinal – Tetravalente				
	Cobertura vacinal – Tríplice viral				
	Eventos adversos com investigação encerrada				
Monitorização de agravos relevantes	Percentual de municípios com MDDA implantada				
	Número de surtos identificados através de MDDA				
	Surtos de DTA investigados				
	Investigar óbitos maternos				
Divulgação de informações epidemiológicas	Número de informes epidemiológicos publicados				
Estudos e pesquisas em epidemiologia	Estudo da situação de saúde				
Sistemas de informação	Sistema de Informação de Mortalidade				
	Óbitos mal definidos				
Supervisão da PPI – ECD	Municípios certificados/supervisionados				
<b>Percentual de metas cumpridas</b>		<b>60,0%</b>	<b>71,5%</b>	<b>72,2%</b>	<b>64,3%</b>

Fonte: SVS/MS

■ 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 estaduais e municipais de saúde dos estados e municípios certificados para a gestão dessas ações.

Em 2004, foram destinados os recursos abaixo discriminados:

- Valor global: R\$ 28.653.027,32
  - Repasse para a Secretaria Estadual de Saúde: R\$ 8.378.190,71
  - Repasse para os municípios: R\$ 19.668.384,14
  - Municípios certificados: 124

## Incentivos específicos acrescidos ao TFVS

- Portaria MS 1.349/2002:

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

- Beneficiados – SES  
valor anual: R\$ 7.200,00
- 24 municípios – valor anual:  
R\$ 2.212.800,00
- Campanhas de vacinação:
  - Raiva animal – SES: R\$ 878.544,64

- Influenza – SES: R\$ 92.762,93  
municípios: R\$ 236.030,47
- Poliomielite – SES: R\$ 201.020,30  
municípios: R\$ 530.812,00
- Seguimento tríplice viral  
SES: R\$ 83.278,65  
municípios: R\$ 212.193,15
- Tétano neonatal – SES: R\$ 407.621,25  
municípios: R\$ 206.193,15

## Outros repasses “fundo a fundo”

- Implantação dos novos Sistemas de Informações sobre Mortalidade e de Nascidos Vivos:
  - SES: R\$ 62.720,00
- Ações de controle da filariose:
  - Jaboatão dos Guararapes: R\$ 115.891,70
  - Olinda: R\$ 72.156,95
- Ações da promoção à saúde para redução de acidentes de trânsito – Recife: R\$ 36.000,00
- Tuberculose – SES: R\$ 60.000,00
  - 8 municípios: R\$ 146.730,48
- Hanseníase – SES: R\$ 117.000,00
  - Municípios: R\$ 143.132,80
- Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti*:
  - SES: R\$ 2.673,73
  - 4 municípios: R\$ 53.474,68

- Incentivo no âmbito do PN-HIV/Aids e outras DST:
  - SES: R\$ 1.474.445,48
  - SMS: R\$ 2.570.732,54

## Plano de investimento

- Destina-se ao reforço das estruturas das secretarias estaduais e municipais de saúde para a coordenação e execução das ações de vigilância em saúde.
- O critério de distribuição dos quantitativos nos estados é resultado de pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite.
- No ano de 2004, foram repassados para o estado de Pernambuco veículos e equipamentos que totalizaram cerca de R\$ 1.950.000,00.

Tabela 1. Plano de investimento SVS/MS. Equipamentos distribuídos para o estado de Pernambuco, 2004

Beneficiários	Tipo de equipamentos		
	Veículo	Motocicleta	Kit informática*
SES	6	-	7
SMS	29	20	16
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>20</b>	<b>23</b>

\*microcomputador e impressora jato de tinta

Fonte: SVS/MS



# Projeto Vigisus

- O projeto Vigisus é o resultado de um acordo de empréstimo com o Banco Mundial que vem proporcionando a oportunidade de mais uma cooperação técnica e financeira entre o gestor federal e Unidade Federada/municípios brasileiros.

- Seu objetivo é aperfeiçoar e fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para reduzir a morbimortalidade, bem como os fatores de risco associados à saúde.

## Primeira fase – Vigisus I

Executada no período de 1999 a junho de 2004, o repasse de recursos se deu por meio de convênio, sendo repassados R\$ 6.002.673,00.

## Segunda fase – Vigisus II

A ser executada no período de 2005-2008. Os recursos serão repassados diretamente aos fundos estaduais e municipais de saúde.

- Beneficiários para a 2ª fase: o estado e a capital, além de 17 municípios que se enquadram no critério de pertencerem à região metropolitana da capital e/ou municípios com população acima de 100 mil hab., certificados para as ações de vigilância em saúde e que tenham o seu Plano de Vigilância em Saúde – Planvigi aprovado.

## Recursos

- Valor total: R\$ 4.141.027,00
  - SES: R\$ 1.656.411,00
  - Capital: R\$ 748.498,00
  - Municípios elegíveis<sup>1</sup>: R\$ 1.736.118,00

- Capacitação de recursos humanos, a ser executada pela SES: R\$ 1.795.500,00.

Além desses recursos, ainda estão programados para aquisição pela SVS:

- equipamentos de projeção e comunicação para sala de vídeo-conferência;
- ampliação/reforma e equipamento para laboratório de biologia molecular;
- equipamentos para diagnóstico sorológico da dengue;
- equipamentos laboratoriais para diagnóstico de doenças transmissíveis (tuberculose, hanseníase, leishmaniose);
- equipamentos e veículos para controle da dengue;
- ampliação/reforma e equipamentos para núcleo de vigilância epidemiológica de hospital-sentinela;
- equipamentos para estrutura estadual de vigilância ambiental;

- reforma/ampliação e equipamentos para serviços de verificação de óbitos;
- equipamentos de informática para as secretarias de saúde do estado e de todos os municípios, para o SIM e Sinasc;
- equipamentos de informática para as secretarias municipais de saúde, para o Sinan;
- *software* para análises estatísticas e epidemiológicas, geoprocessamento e análise espacial para as secretarias estadual e municipal da capital.

<sup>1</sup> Municípios que apresentem os critérios de beneficiários.

## Água

- O Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua) no estado de Pernambuco está estruturado, com equipe técnica definida e capacitada.
- O Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua) está implantado em 155 municípios (83,8%).

## Solos contaminados

- Foram mapeadas 83 áreas com solo contaminado (Tab. 1).

Tabela 1. Áreas com solo contaminado. Pernambuco, 2004

Código da área	Atividade	Nº de áreas*	População estimada	Categoria
AP	Depósito de agrotóxicos desativado	1	1.000	amarela
	Tanques e maquinário	1	5.000	amarela
	Mineração de ferro gusa	2	10.000	amarela
AI	Curtume	9	37.000	amarela
	Petroquímicas	2	10.000	amarela
	Metalurgia	3	11.000	amarela
	Processamento de alimentos	8	26.000	amarela
	Químicas	22	100.000	amarela
ADRI	Depósito de madeira	1	4.000	amarela
DA	Estocagem de agrotóxicos	5	13.000	amarela
ACN	Manganês	1	1.000	amarela
AA	Área de plantio	27	64.000	amarela
ADRU	Lixão	1	5.000	amarela
<b>Total</b>		<b>83</b>	<b>287.000</b>	

**Código:** AP – Área de Passivo Ambiental; AI – Área Industrial; ADRI – Área de Disposição Final de Resíduos Industriais; DA – Depósito de Agrotóxicos; ACN – Áreas de Contaminação Natural; AA – Área Agrícola; ADRU – Área de Disposição Final de Resíduos Urbanos.

**Categoria:** vermelho – solo contaminado e população exposta; roxa – solo contaminado e população sob risco de exposição; amarela – solo potencialmente contaminado e população sob risco de exposição; azul – solo potencialmente contaminado e população exposta; preta – solo potencialmente contaminado ou contaminado sem população no raio de 1Km.

\***Municípios:** Afogados da Ingazeira (3); Agrestina (1); Araripina (1); Arcoverde (1); Belo Jardim (5); Bonito (7); Brejo de Madre de Deus (1); Cabrobró (1); Cabo de Santo Agostinho (2); Calçado (1); Camocim (1); Catende (1); Carpina (2); Caruaru (5); Gravatá (3); Garanhuns (4); Ibimirim (1); Igarassu (2); Iguaraci (1); Itapissuma (1); Ipojuca (3); Jaboatão dos Guararapes (4); Jupi (1); Lagoa Grande (1); Lajedo (1); Limoeiro (1); Marcolândia (1); Ouricuri (2); Palmares (1); Paulista (2); Petrolândia (4); Petrolina (2); Recife (2); Santa Cruz do Capibaribe (1); Santa Maria da Boa Vista (1); São Joaquim (1); São José do Belmonte (3); São Lourenço da Mata (1); Serra Talhada (1); Salgueiro (1); Terra Nova (1); Verdejante (1); Vitória de Santo Antão (3).

Fonte: SVS/MS

# Agravos e Doenças não Transmissíveis

- As doenças do aparelho circulatório (DAC), as neoplasias, as doenças endócrinas e as causas externas representaram cerca de 69% do total de óbitos por causa conhecida.

## Doenças do aparelho circulatório – DAC

- A taxa de mortalidade por DAC, de 1996 a 2003, na faixa etária de 20 a 59 anos, variou de 78/100 mil hab. para 80/100 mil hab. (Fig. 1).

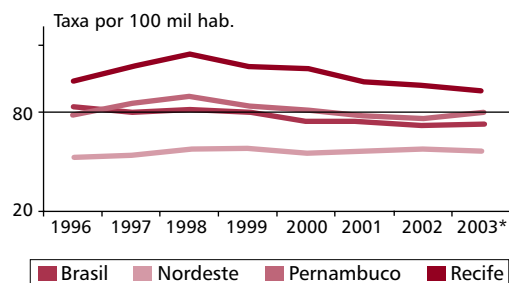


Figura 1. Taxa de mortalidade por DAC na faixa etária de 20-59 anos. Recife, Pernambuco e região Nordeste. Brasil, 1996-2003\*

\*Dados parciais  
Fonte: SVS/MS

## Diabetes

- A mortalidade por diabetes, entre indivíduos de  $\geq 40$  anos, cresceu, entre 1996 e 2003, no Brasil. Nesse mesmo período, em Pernambuco a taxa passou de 78/100 mil hab. para 113/100 mil hab. (Fig. 2).

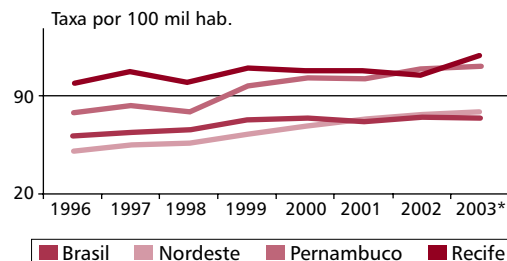


Figura 2. Taxa de mortalidade por diabetes na faixa etária  $\geq 40$  anos. Recife, Pernambuco e região Nordeste. Brasil, 1996-2003\*

\*Dados parciais  
Fonte: SVS/MS

## Acidentes de trânsito – AT e violências

- Em 2003, os acidentes de trânsito (AT) foram responsáveis por mais de 33 mil mortes no país. Em Pernambuco, a taxa padronizada de mortalidade por AT, na faixa etária de maiores de 10 anos, foi de 25/100 mil hab. em 1996

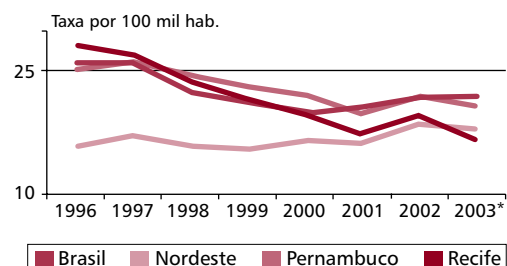


Figura 3. Taxa de mortalidade por AT na faixa etária de maiores de 10 anos. Recife, Pernambuco e região Nordeste. Brasil, 1996-2003\*

\*Dados parciais  
Fonte: SVS/MS

e 21/100 mil hab. em 2003, superior à taxa da região Nordeste, e pouco inferior a do país (Fig. 3).

- Em Recife, a taxa padronizada de homicídios entre adolescentes e adultos jovens (10-24 anos) foi a maior do país, 105/100 mil hab. (Fig. 4).

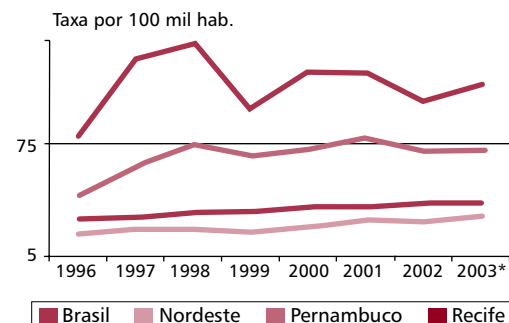


Figura 4. Taxa de mortalidade por homicídios na faixa etária de 10-24 anos. Recife, Pernambuco e região Nordeste. Brasil, 1996-2003\*

\*Dados parciais  
Fonte: SVS/MS

# Laboratórios de Saúde Pública

- O Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) é o coordenador da Rede Estadual de Laboratórios tendo como atribuições, além da realização de exames de média e alta complexidade, capacitar, supervisionar e avaliar a qualidade técnica dos exames produzidos nos laboratórios do estado.
- Alguns diagnósticos laboratoriais são realizados de forma centralizada nos laboratórios de referência nacional: botulismo (IAL/SP); antraz, SARS, tularemia e varíola (Fiocruz/RJ) (Tab. 1).

Tabela 1. Diagnósticos laboratoriais realizados pela Rede Estadual de Laboratórios e outras atividades. Pernambuco, 2004

Atividades	Laboratórios		Outros
	SES	SMS <sup>1</sup>	
<b>Diagnóstico laboratorial de doenças de notificação compulsória</b>			
Cólera	x	10	-
Coqueluche	x	10	-
Dengue	x	2	-
Difteria	x	10	-
Doença de Chagas (casos agudos)	x	S/I <sup>2</sup>	-
Doença meningocócica e outras meningites	x	S/I	-
Esquistossomose (em área não-endêmica)	x	S/I	-
Febre amarela	x	-	-
Febre maculosa	-	-	Fiocruz/RJ <sup>3</sup>
Febre tifóide	x	10	-
Filariose	2	3	-
Hantavirose	-	-	Fiocruz/RJ <sup>3</sup>
Hepatites virais <sup>4</sup>	x	S/I	-
Leishmaniose tegumentar americana	x	S/I	-
Leishmaniose visceral	2	S/I	-
Leptospirose	x	-	-
Malária	x	-	-
Paralisia flácida aguda	-	3	Fiocruz/PE e laboratório regional
Peste	x	-	-
Raiva <sup>5</sup>	-	-	Laboratório de Produção Animal – LAPA
Rubéola	x	-	-
Sarampo	x	-	-
Tuberculose	x	124	-
<b>Vigilância ambiental</b>			
Análise microbiológica da água	x	S/I	-
Entomologia <sup>6</sup>	7 laboratórios (1 SES e 7 SMS) e 1 insetário (SES)		

<sup>1</sup>Nº de laboratórios municipais que realizam diagnóstico laboratorial <sup>2</sup>Sem informação <sup>3</sup>Amostras de casos suspeitos são encaminhadas pelo Lacen <sup>4</sup>Implantadas técnicas de biologia molecular para diagnóstico da hepatite C <sup>5</sup>Necessidade de maior integração entre as unidades da rede <sup>6</sup>Necessidade de aquisição de equipamentos

Fonte: SVS/MS

[www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)

Secretaria de  
Vigilância em Saúde

Ministério  
da Saúde



ISBN 85-334-0895-1



9 788533 408951