

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Relatório de Situação

Acre

2ª edição

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Relatório de Situação

Acre

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Brasília/DF 2006

© 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

2ª edição – 2006 – tiragem: 300 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, 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: André Falcão

Projeto gráfico: Fabiano Camilo, Sabrina Lopes

Diagramação: Fred Lobo

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 : Acre / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

– 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

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 85-334-1130-8

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

NLM WA 900

Catalogação na fonte – Editora MS – OS 2006/0479

Títulos para indexação:

Em inglês: National System in Health Surveillance: situation report: Acre

Em espanhol: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud: relatorio de la situación: Acre

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 Malária
- 11 Doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses
- 12 Outras doenças transmissíveis
- 14 Hepatites virais
- 15 Programa Nacional de Imunizações – PNI
- 16 Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS
- 17 Recursos
- 18 Projeto Vigisus II
- 19 Vigilância em saúde ambiental
- 20 Emergências epidemiológicas
- 21 Agravos e doenças não transmissíveis
- 24 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, procuramos 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.

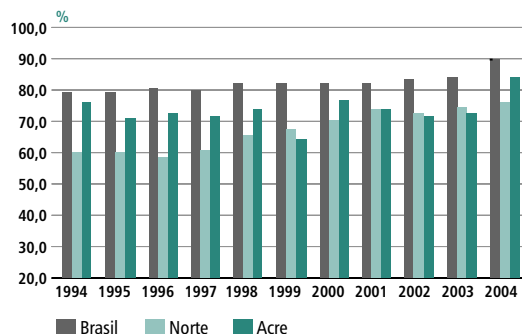
Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Secretário de Vigilância em Saúde/MS

Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Cobertura

A cobertura¹ do SIM exibiu valores que flutuaram entre 70% e 80% nos últimos dez anos. No entanto, em 2004, o Acre apresentou cobertura de 83,9%, valor superior à cobertura da região que foi de 76,2%.

Figura 1. Razão entre os óbitos SIM e os óbitos IBGE. Brasil, região e Acre, 1994-2004



Fonte: SVS/MS

Coefficiente Geral de Mortalidade – CGM

Um CGM inferior a 4,0/mil hab. indica precariedade na cobertura das informações de mortalidade.

A padronização permite controlar ou isolar o efeito de determinadas características que estejam afetando a comparação entre populações diferentes.

Por ser influenciado pela estrutura etária da população, para fins comparativos, optou-se por utilizar

o coeficiente geral de mortalidade padronizado por idade ao invés do coeficiente bruto.

Foi considerada como padrão a população brasileira registrada no censo de 2000.

CGM padronizado dos municípios do estado, em 2004:

- até 4,0/mil hab., 10 municípios (45,5%);
- de 4,0 a 6,5/mil hab., 10 municípios (45,5%);
- maior que 6,5/mil hab., 2 municípios (9%).

A capital, Rio Branco tem o CGM padronizado de 6,8/mil hab., o estado do Acre 5,5/mil hab. e a Região Norte 5,0/mil habitantes.

Percentual de causas *mal definidas*

O percentual de óbitos por causas *mal definidas* do estado é excessivo, 29,1% em 2004.

Percentual de óbitos por causas *mal definidas* nos municípios, em 2004:

- até 10%: 3 municípios (13,6%);
- entre 10% e 20%: 2 municípios (9,1%);
- 20% e mais: 17 municípios (77,3%).

Rio Branco tem 23,2% de óbitos por causas *mal definidas*.

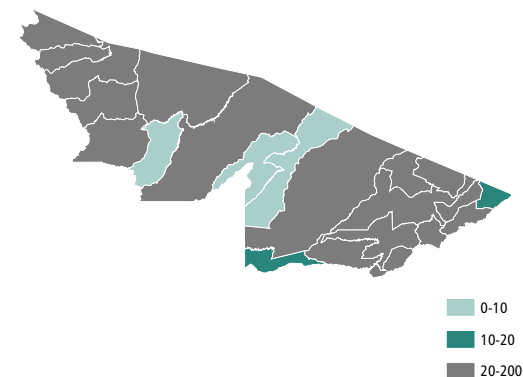
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc

Cobertura

As coberturas do Sinasc são estimativas realizadas pela SVS usando técnicas demográficas.

Em 2004, a cobertura do Sinasc no Acre foi de 99%.

Figura 2. Distribuição percentual de óbitos por causas *mal definidas* por município. Acre, 2004



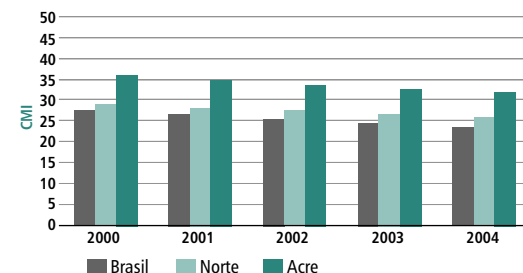
Mortalidade infantil

Coefficiente de Mortalidade Infantil – CMI

Em função da deficiência na cobertura do SIM e/ou Sinasc, o Ministério da Saúde não calcula a mortalidade infantil com dados diretos.

O CMI (por 1 mil nascidos vivos) para o estado do Acre em 2004 é de 31,3, e o da Região Norte é de 25,5.

Figura 3. Coeficiente de mortalidade infantil (por 1 mil nascidos vivos). Brasil, região, Acre, 2000-2004



¹A 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

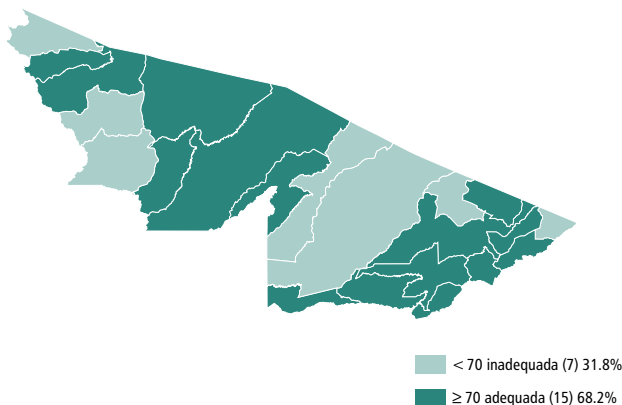
Os agravos hantavíroses, paralisia flácida aguda e coqueluche não atingiram a meta de 50% estabelecida para o ano de 2005 de encerramento oportuno dos casos notificados.

Em números totais o estado superou a meta de 50% estabelecida para o ano de 2005, estando próximo de atingir a meta adequada de 70%, uma vez que alcançou 69,5%.

Regularidade de envio de dados do Sinan ao Ministério da Saúde

O estado ficou próximo de atingir a meta de 80% de envio regular de dados do Sinan ao Ministério da Saúde, alcançando o percentual de 75%, em 2005.

Figura 1. Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por município, Acre, 2005*



*Atualizado em 8/1/2006

Fonte: MS/SVS/Sinan

Tabela 1. Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo. Acre, 2005*

Agravos	Casos		
	Notificados Total	Encerrados oportunamente	
		Nº	%
Chagas aguda	0	0	0
Cólera	0	0	0
Febre amarela	0	0	0
Hantavíroses	10	0	0
Leishmaniose visceral	0	0	0
Peste	0	0	0
Paralisia flácida aguda	4	0	0
Raiva humana	0	0	0
Síndrome da rubéola congênita	0	0	0
Tétano acidental	0	0	0
Coqueluche	66	29	43,9
Leishmaniose tegumentar americana	1047	715	68,3
Hepatites virais	839	579	69,0
Difteria	18	14	77,8
Meningite	75	61	81,3
Sarampo	27	22	81,5
Rubéola	70	59	84,3
Leptospirose	7	6	85,7
Febre tifóide	76	70	92,1
Malária	4	4	100,0
Tétano neonatal	1	1	100,0
Total	5962	4383	73,5

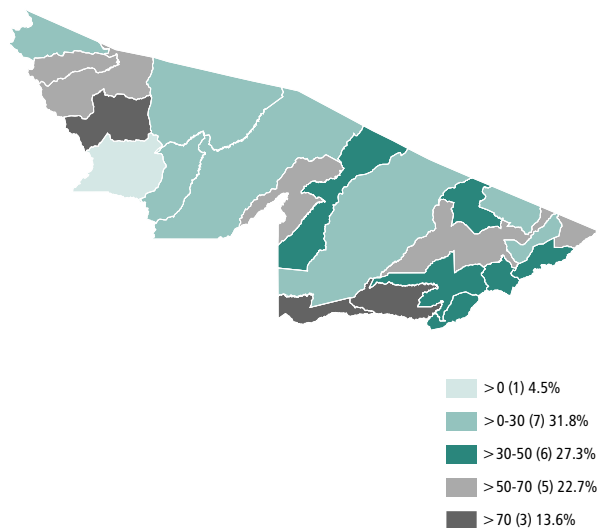
*Atualizado em 8/1/2006
Dados preliminares sujeito a revisão

Fonte: MS/SVS/Sinan

Tuberculose

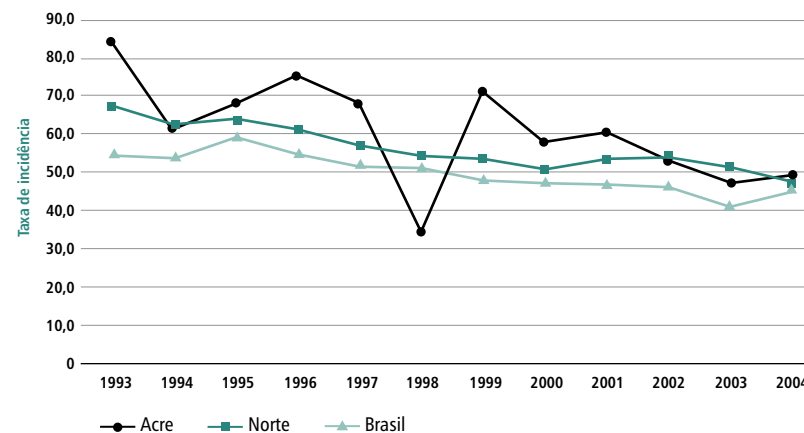
No Acre, a capital é o único município prioritário para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Das 171 unidades de saúde, 49,7% têm a Estratégia de tratamento supervisionado - TS/DOTS implantada. Na capital, 58,3% das 72 Unidades de Saúde têm TS/DOTS implantada. Foram capacitados 157 profissionais.

Figura 1. Municípios segundo taxa de incidência para tuberculose. Acre, 2004



Dados de Secretaria Estadual de Saúde informam que em 2004, foram registrados no Sinan 301 casos novos de tuberculose representando uma incidência de casos de todas as formas de 49/100 mil hab. e 30,4/100 mil hab. para casos bacilíferos. A situação de encerramento dos casos na coorte mostrou uma cura de 79,9%, abaixo da meta nacional de 85%. O abandono de foi 7,5%, óbitos com tuberculose 4,7%, transferência de 2,5% e encerramento de 97,5% dos casos. A co-infecção TB/HIV foi 1,6%.

Figura 2. Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de tuberculose em todas as formas. Acre, Região Norte e Brasil, 1993-2004



No período de um ano houve incremento de apenas 4,44% de unidades (94 unidades) que fazem diagnóstico e tratamento de hanseníase.

Foram diagnosticados 264 casos novos em 2005, deste total, 192 estavam em curso de tratamento.

Destes casos novos diagnosticados:

- 27 (10,23%) acometiam menores de 15 anos;
- Nenhum apresentou, no momento do diagnóstico, incapacidade física severa;
- 140 (53,03%) eram formas avançadas da doença.

O estado obteve 71,2% de cura em 2005.

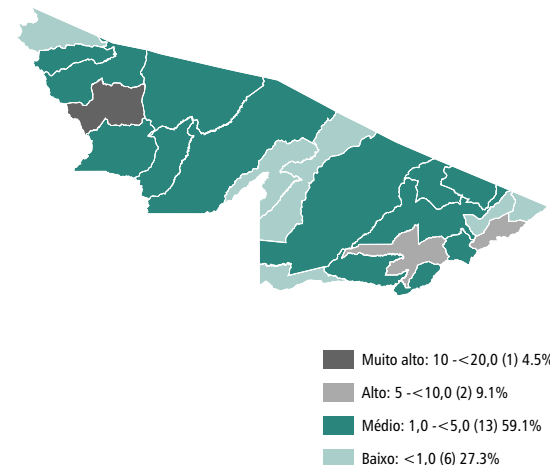
O estado do Acre não possui nenhum município prioritário para a hanseníase.

Ainda 81% da população do estado encontram-se em municípios mais de cinco casos de hanseníase.

Tabela 1. Casos novos de hanseníase, por município e percentual de população. Acre, 2005

Carga da Doença	Nº municípios	População 2005	% População
Até 1 caso	3	29.263	4,37
1 a 3 casos	6	54.387	8,12
3 a 5 casos	4	41.385	6,18
5 a 20 casos	6	121.646	18,16
Mais de 20 casos	3	423.056	63,17
Total	22	669.737	100,00

Figura 1. Coeficiente de prevalência da hanseníase (por 10 mil habitantes) por município. Acre, 2005



Doenças sexualmente transmissíveis / Aids

Até dezembro de 2004, foram diagnosticados 300 casos de aids, sendo 192 homens e 108 mulheres.

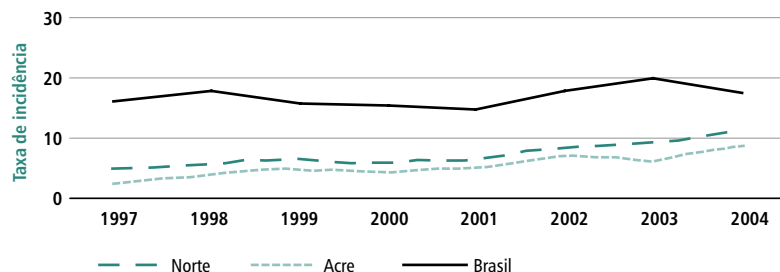
Os municípios do estado que apresentaram o maior número de casos de aids acumulados até 2004 foram (casos acumulados/taxa média de incidência por 100 mil hab.):

- Rio Branco (260/12,2);
- Senador Guiomard (9/5,8);
- Cruzeiro do Sul (8/0,8);
- Plácido de Castro (6/5,1);
- Brasiléia (5/4,5).

A taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por aids no ano de 2004 foi de 2,4 óbitos.

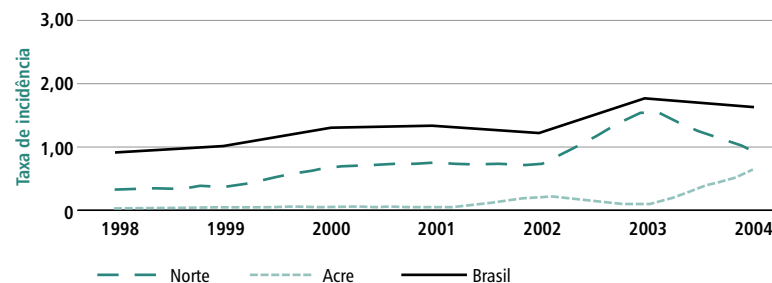
Foram notificados nove casos de transmissão vertical do HIV até 2004.

Figura 1. Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de aids, segundo ano do diagnóstico. Acre, 1997-2004



Em relação à sífilis congênita, o estado notificou entre os anos de 1998 e 2004 um total de 15 casos. A taxa de incidência (por mil nascidos vivos) de sífilis congênita no ano de 2004 é de 0,6 casos. Até 2004 foram registrados dois óbitos por sífilis congênita no estado.

Figura 2. Taxa de incidência (por 1 mil nascidos vivos) de sífilis congênita segundo ano de diagnóstico. Acre, 1998-2004



Dos 22 municípios do estado, onze (50,0%) são prioritários para o Programa Nacional de Controle da Dengue: Acrelândia, Brasiléia, Bujari, Capixaba, Cruzeiro do Sul, Epitaciolândia, Porto Acre, Rio Branco, Sena Madureira, Senador Guiomard, Xapuri. Estes municípios concentram 74,6% da população do estado.

Situação epidemiológica

De acordo com os dados do Sinan, entre janeiro e setembro de 2005 foram registrados 5.851 casos de dengue, o que representou um aumento de 334,4% quando comparado com o mesmo período de 2004 (1.347 casos). Neste mesmo período, não houve registro de casos de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD). Na Região Norte, o Acre (até setembro de 2005) foi o 4º estado com maior número de casos e ocupou o 2º lugar em aumento percentual de casos.

Tabela 1. Índice de infestação predial (IIP) nos municípios prioritários, janeiro a julho de 2003-2005

Ano	0 < IIP < 1		1 ≤ IIP < 3		3 ≤ IIP < 5		IIP ≥ 5	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2003	7	63,6%	1	9,1%	1	9,1%	-	-
2004	2	18,2%	4	36,4%	2	18,2%	-	-
2005	3	27,3%	5	45,5%	1	9,1%	-	-

Fonte: FAD

Tabela 2. Levantamento Rápido de Índice (LIRAa) – outubro a novembro de 2005

Município	0 a 0,9		1 a 3,9		4 a 7,9		8 a 15,9		Total de estratos*
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Epitaciolândia	0	0	0	0	0	0	1	100,0	1
Rio Branco	0	0	5	50,0	04	40,0	1	10,0	10

*Aglomerado de 9 mil a 12 mil imóveis

Fonte: SMS/SES

Tabela 3. Indicadores operacionais dos municípios prioritários 3º trimestre de 2005

Indicadores	Municípios que não atingiram a meta do indicador
Quantitativo adequado de agentes	Cruzeiro do Sul, Rio Branco, Senador Guiomard
FAD na rotina	Bujari, Cruzeiro do Sul
Plano de contingência	Acrelândia, Brasiléia, Bujari, Capixaba, Cruzeiro do Sul, Epitaciolândia, Porto Acre, Rio Branco, Sena Madureira, Senador Guiomard, Xapuri
Comitê de mobilização	Acrelândia, Brasiléia, Bujari, Capixaba, Cruzeiro do Sul, Epitaciolândia, Porto Acre, Rio Branco, Sena Madureira, Senador Guiomard, Xapuri

Fonte: SMS/SES/DIAGDENG

O Acre registrou 53.511 casos de malária em 2005, correspondendo a 9% do total de casos da Amazônia Legal. Em comparação a 2004, o estado apresentou aumento de 86,9%.

Em 2005, quatro dos 22 municípios existentes no estado contribuíam com 80% dos casos de malária na Amazônia Legal. Comparando com o ano anterior, três desses municípios apresentaram aumento no número de casos, enquanto um registrou redução.

Além desses quatro municípios, Tarauacá, Acrelândia e Porto Walter merecem destaque por apresentarem alta incidência de malária (IPA \geq 50/1.000 hab.).

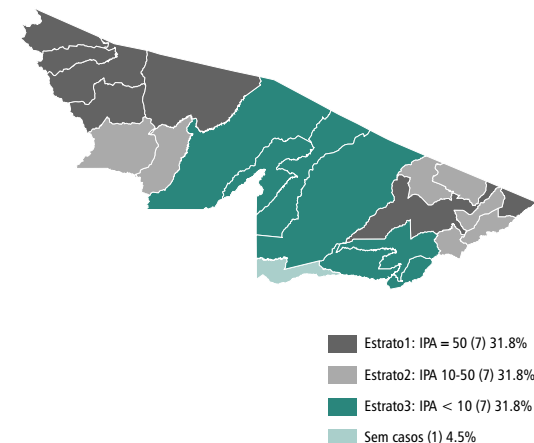
O município de Rio Branco, apesar do menor número de casos autóctones, encontra-se entre os

municípios prioritários devido ao volume de casos recebidos de outros municípios, o que aumenta sua vulnerabilidade e necessidade de estruturação de serviço.

Houve aumento no número de casos de malária por *P. falciparum* no estado (84,6%) e nos municípios prioritários (149,1%), enquanto na Amazônia Legal houve aumento de 40,1%. A proporção de *P. falciparum* no estado se manteve em torno de 25% nos dois anos.

O número de internações apresentou aumento em 38,7% nos municípios prioritários e 3,4% no estado, e na Amazônia Legal houve aumento de 6,7%.

Figura 1. Estratificação dos municípios. Acre, 2005



Fonte: Sivep-Malária em 6/2/2006, dados sujeitos a alteração

Tabela 1. Distribuição de casos autóctones e internações por malária, proporção de malária por *P. falciparum* e percentual de variação no número total de casos, no número de casos por *P. falciparum* e internações. Acre, 2004-2005*

Municípios*	Total de casos		Variação de casos %	Proporção de casos de <i>P. falciparum</i> 2005	Variação de casos de <i>P. falciparum</i> %	Total de internações 2005	Variação de internações %
	2004	2005					
Cruzeiro do Sul	14.672	25.012	70,5	25,1	101,1	1.491	26,5
Mâncio Lima	1.868	10.840	480,3	27,2	431,0	335	245,4
Rodrigues Alves	2.719	10.372	281,5	25,6	260,2	434	68,9
Rio Branco	1.582	985	-37,7	32,1	-34,4	108	-37,9
Total	20.841	47.209	126,5	25,8	149,1	2.368	38,7
Acre	28.627	53.511	86,9	25,4	84,6	2.644	3,4
Amazônia Legal	452.976	583.347	28,8	25,4	40,1	12.086	6,7

*Municípios que contribuem com 80% dos casos de malária da Amazônia Legal, baseados nos relatórios por local provável de infecção e por local de notificação.

Fonte: SIVEP-Malária em 6/2/2006, por local provável de infecção, e SIH-SUS em 13/2/2006, por local de residência, dados sujeitos a alteração.

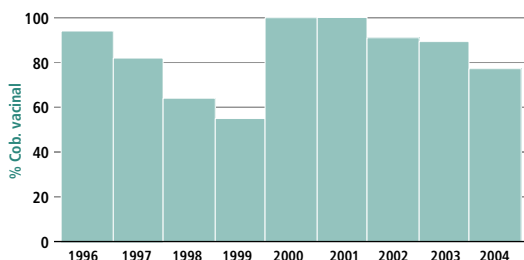
Tracoma

Dados de 2003 do inquérito epidemiológico de tracoma realizado em 21 municípios revelam prevalência média de 8,3%, com taxas de detecção nos municípios variando de 1,79% a 33,85%. A maioria dos casos são de Tracoma Folicular.

Raiva

No período de 2002 a 2005, foram notificados 45 casos de raiva em cães e gatos e um caso de raiva humana com espécie agressora desconhecida. Há presença de vírus circulante com municípios silenciosos, devido ao monitoramento insuficiente. A cobertura vacinal no estado é satisfatória, porém o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada é heterogêneo. Não foi realizada a revisão da estimativa populacional canina.

Figura 1. Série histórica de cobertura vacinal em campanha anti-rábica canina. Acre, 1996-2005



Há registro de altos índices de agressão por morcegos em humanos e animais. É necessário a intensificação das ações de vigilância epidemiológica, principalmente, na atenção a pessoas expostas ao risco de agressão por animais silvestres.

Febre amarela

O último caso de febre amarela foi registrado em 2000 no município de Plácido de Castro. O Acre situa-se na área endêmica para a doença, sendo indicada a vacinação da população residente e dos viajantes que se dirigem para este estado.

Leishmanioses

No ano de 2004, o estado do Acre notificou 1.581 casos de leishmaniose tegumentar, sendo 63% nos municípios de Rio Branco, Sena Madureira, Xapuri e Brasiléia. Os casos representam um incremento anual de 75% quando comparado com o ano de 2000. A média de incidência neste mesmo período foi de 214 casos para cada 100 mil habitantes, sendo o maior do país. Observa-se no ano de 2004, o incremento de 27% no percentual de cura clínica dos pacientes em tratamento em relação ao ano anterior, bem como, o cumprimento da meta referente à ação 6.5 da Programação Pactuada Integrada.

Acidentes por animais peçonhentos

A alta incidência de acidentes ofídicos (32 casos/100 mil hab.) mostra concentração em torno do município de Rio Branco; em 45% dos municípios não foram registrados casos o que pode ser atribuído a deficiências no sistema de informação.

Leptospirose

No período 2001 a 2005 foram confirmados 46 casos, com um óbito (letalidade de 2,2%). O coeficiente de incidência anual média foi de 1,6/100 mil hab. (média nacional: 1,7/100 mil hab.).

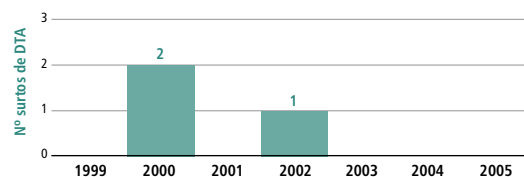
Centros de controle de zoonoses

O estado do Acre possui um centro de controle de zoonoses, localizado em Rio Branco, atendendo a 44,1% da população do estado e tem suas ações voltadas para o controle da raiva e controle de população animal (cães e gatos).

Doenças Transmitidas por Alimentos – DTA

No período de 1999 a 2005, o estado do Acre apresentou três surtos de DTA causados por água.

Figura 1. Número de surtos de DTA por ano. Acre, 1999-2005*

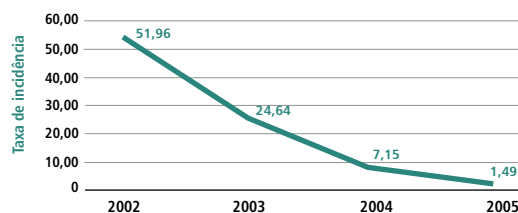


*Dados de 2005 sujeitos a alteração, atualizados até 14/2/2006

Febre tifóide

É uma doença endêmica no estado, sendo a maior incidência do Brasil. No período de 2002 a 2005, a incidência foi de 51,96; 24,64; 7,16 e 1,49/100 mil hab. Neste período, os municípios de Assis Brasil, Brasília, Bujari, Capixaba, Cruzeiro do Sul, Epitaciolândia, Feijó, Jordão, Mância Lima, Marechal Thaumaturgo, Rio Branco, Rodrigo Alves, Tarauacá e Xapuri confirmaram casos.

Figura 2. Incidência de febre tifóide. Acre, 2002-2005

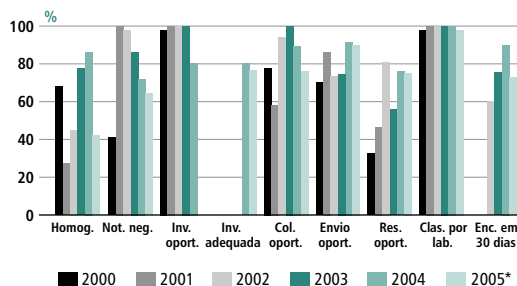


Fonte: Coveh/CGDT/Devep/SVS

Sarampo

Em relação ao estado do Acre, no período de 2001 a 2004, observa-se a melhoria no percentual de municípios com cobertura vacinal adequada, apesar de estar em nível abaixo do mínimo necessário para uma adequada imunidade de grupo (80%). O indicador de notificação negativa apresenta um declínio, ao longo desses anos, indicando a ocorrência de casos suspeitos de sarampo e o estado de alerta para a vigilância local. A investigação oportuna e adequada indica a agilidade da vigilância epidemiológica.

Figura 3. Indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo. Acre, 2000-2005*



*Dados preliminares

Fonte: Cover/CGDT/Devep/SVS/MS

Os indicadores de envio e resultado oportunos e o de encerramento em 30 dias no Sinan, são indicadores operacionais, que evidenciam uma falta de agilidade da vigilância epidemiológica, o que pode comprometer os esforços de erradicação.

De 2000 a 2005 o estado notificou 369 casos suspeitos de sarampo e no ano 2000 foram confirma-

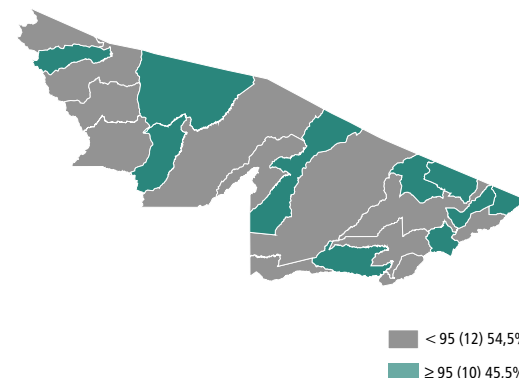
dos 15 casos, último surto de sarampo no país, onde 17,4% dos casos concentraram-se na faixa etária de menores de um ano, não vacinados.

Rubéola

No Acre a vacina tríplice viral foi implantada na rotina aos 12 meses de idade, em 2002, pois a mesma era aplicada aos 15 meses de vida, como dose de reforço desde 2000.

O percentual de municípios com cobertura vacinal adequada foi de 31,82% em 2001 e nesse mesmo período foram confirmados 13 casos de Síndrome da Rubéola Congênita (SRC). A campanha de vacinação contra a rubéola para as Mulheres em Idade Fértil (MIF) ocorreu em 2001 com a cobertura vacinal de 109,91%.

Figura 4. Município com cobertura adequada para a vacina tríplice viral e número de casos de síndrome da rubéola congênita. Acre, 2005



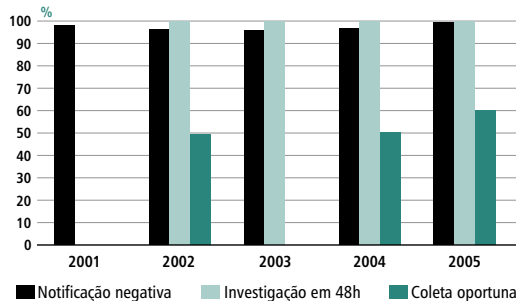
Fonte: Devep/SVS/MS

Em 2005, o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada foi de 45,45% (setembro de 2005), agregando esse aumento à alta cobertura vacinal na campanha da rubéola para as MIF, houve um impacto na redução da transmissão vertical da rubéola e nenhum caso da SRC foi confirmado em 2005, mesmo assim existe a necessidade da intensificação e fortalecimento das ações de prevenção, controle e vigilância da rubéola com vistas a eliminação da SRC.

Paralisia Flácida Aguda – PFA

A qualidade da vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas é avaliada através dos indicadores apresentados no gráfico a seguir com meta mínima estabelecida em 80%, notificação de um caso por 100 mil habitantes em menores de 15 anos e a manutenção de altas coberturas vacinais e do percentual de municípios com cobertura vacinal adequada.

Figura 5. Indicadores de vigilância epidemiológica da poliomielite/PFA. Acre, 2001-2005*

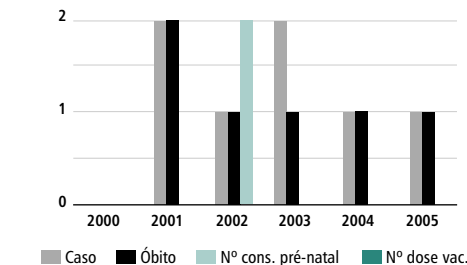


*Dados preliminares para 2005
Fonte: MS/SVS/Devep/CGDT/Cover/Sinan

Tétano neonatal

No período de 2000 a 2005 no estado do Acre ocorreram sete casos, com seis óbitos, letalidade de 85,71%. Quanto à situação vacinal das mães, todas (100%) não tinham nenhuma dose da vacina anti-tetânica e apenas uma (14,28%) tinha duas consultas de pré-natal, porém não vacinada. Em relação aos casos ocorridos na Região Norte, nesse período, o estado do Acre contribuiu com 15% casos e com 15,78% dos óbitos, sendo o terceiro estado desta região em número absoluto de casos e de óbitos.

Figura 6. Número de casos e óbitos de tétano neonatal e história de medidas preventivas das mães. Acre, 2000-2005

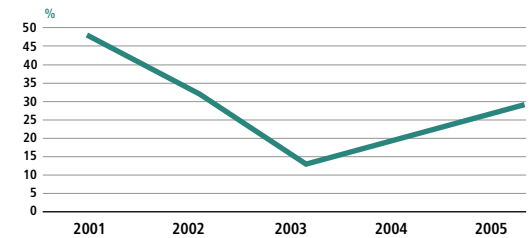


Fonte: Cover-CGDT/Devep/SVS/MS

Meningite

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

Figura 7. Percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial. Acre, 2001-2005*



*Dados preliminares para 2005
Fonte: MS/SVS/Devep/CGDT/Cover

Hepatites virais

Estruturação do programa

A estruturação de uma rede de atenção primária e de serviços média complexidade que atendam hepatites virais é uma das prioridades do SUS.

O coordenador do Programa Estadual não tem função exclusiva para as hepatites virais e não foi instituído o comitê estadual de hepatites virais, de acordo com determinação da Portaria 2.080 de 31.10.2003.

Assistência ao portador

Dos três centros de testagem e aconselhamento (CTA), dois (66,7%) realizam triagem sorológica para hepatites virais.

Há um pólo para aplicação de medicamentos no estado, em Rio Branco.

Dados epidemiológicos

As notificações de hepatites B e C têm aumentado em quase todos os estados do Brasil. No Acre, questiona-se se estes números refletem a realidade ou a falta de diagnóstico.

Em 2004, houve 380 casos confirmados de hepatites virais, sendo o 7º estado da Região Norte em números de casos. De hepatite A foram 37%, 35% de B, 10% de C e 6% de D. Em 13% dos casos a etiologia estava indefinida, demonstrando que o diagnóstico e a vigilância necessitam ser implementados.

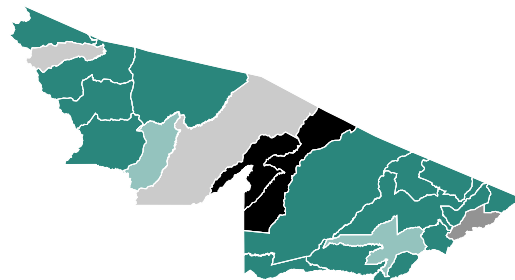
Tabela 1. Número de casos confirmados e incidência (por 100 mil hab.) segundo tipo de hepatite. Acre, Região Norte e Brasil, 2004

Hepatite	A	B	C	D	Ignorado/Branco	Total
Nº casos	140	132	36	23	49	380
%	37	35	10	6	13	100
Inc AC	22,8	21,5	5,9	3,7	8,0	61,9
Inc Norte	35,0	7,0	1,8	0,3	6,2	50,3
Inc Brasil	11,2	6,8	6,3	0,1	2,3	26,8

Fonte: SVS/MS

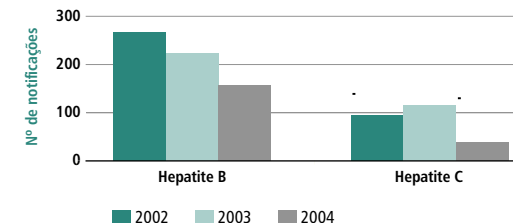
No mapa está apresentado o percentual de casos confirmados, por município, com etiologia indefinida (Ign/Bco) e os municípios “silenciosos”, sem registro de casos em 2004.

Figura 1. Distribuição por município do percentual de casos confirmados de hepatites virais com etiologia indefinida e municípios silenciosos. Acre, 2004



Ausência de notificação (2) 9.1%
≤ a 25% (15) 68.2%
>25% - 50% (2) 9.1%
>50% - 75% (1) 4.5%
>75% - 100% (2) 9.1%

Figura 2. Casos confirmados de hepatites B e C. Acre, 2002-2004



A informação sobre a determinação da provável fonte de infecção não está definida em 75% dos casos confirmados do estado, 56% da Região Norte e 55% do Brasil.

Em 2004, as taxas de mortalidade por hepatites virais B e C no Acre foram as maiores do Brasil, apontando para a importância que o agravo deva ter no estado.

Tabela 2. Taxa de mortalidade (por 1 milhão de hab.), por tipo de hepatite viral. Acre, Região Norte e Brasil, 2004*

Hepatite	A	B	C	D	não especificada
AC	3,26	11,40	22,79	1,63	4,88
Norte	0,78	3,41	3,91	0,57	4,12
Brasil	0,36	2,37	7,29	0,18	1,60

*por local de residência

Fonte: SIM/2004

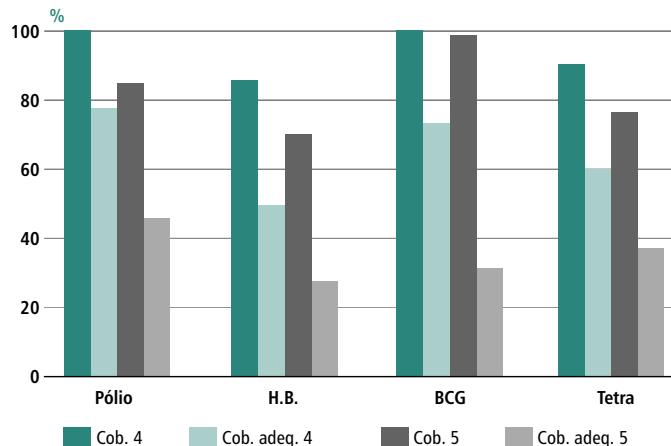
Capacitações

Em 2005, o estado promoveu capacitação em vigilância das hepatites virais para 80 profissionais.

Nas ações de vacinação de rotina com as vacinas tetravalente (DTP/Hib), BCG, contra poliomielite e hepatite B, dados comparativos até setembro dos anos 2004 e 2005 demonstram que no Estado do Acre, no ano de 2004, as metas foram alcançadas para as vacinas BCG e contra poliomielite com mais de 70% (meta pactuada) de seus municípios com cobertura adequada para estas vacinas. Para o ano de 2005, observa-se uma queda no percentual de coberturas vacinais adequadas, alcançando a meta somente para a vacina BCG. Os dados demonstram queda no percentual de cobertura vacinal nos últimos dois anos para estas vacinas.

Como denominador para cálculo de cobertura vacinal utiliza-se para a base populacional menor de um ano no estado, o número disponível de nascidos vivos – banco Sinasc 2003, que demonstra uma queda na taxa de natalidade de alguns municípios.

Figura 1. Cobertura vacinal no estado do Acre e percentual de municípios com cobertura adequada, 2004-2005*

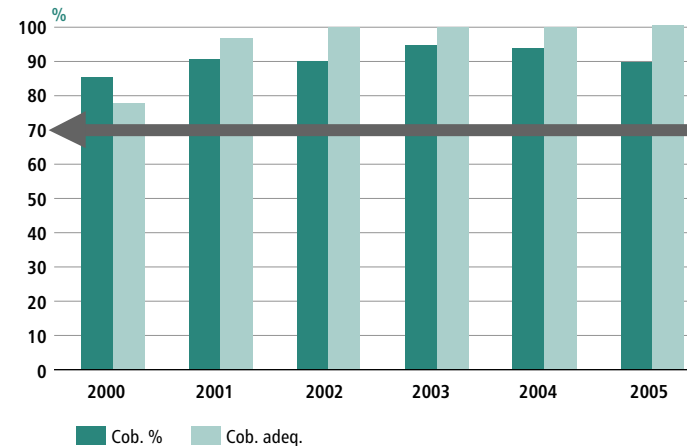


*Dados preliminares de cobertura vacinal no estado e coberturas adequadas por município, de janeiro a setembro de 2004 e 2005

Fonte: API/CGPNI/Devep/SVS/MS

Em relação à vacinação do idoso, o estado alcançou a meta em todos os anos, com acréscimo gradativo no número de idosos vacinados, ainda que a cobertura não acompanhe este acréscimo, em função do aumento da população na faixa etária de 60 anos e mais. A partir de 2002, 100% de seus municípios apresentam coberturas acima de 70% (meta preconizada).

Figura 2. Série histórica de cobertura vacinal no estado do Acre e percentual de municípios com cobertura adequada. Campanha do Idoso, 2000-2005



Fonte: API/CGPNI/Devep/SVS/MS

No período de janeiro a setembro de 2005, quanto à alimentação do sistema de Avaliação do Programa de Imunizações – API, observa-se a regularidade no envio mensal de banco de dados em 36,6% dos municípios. Quanto à notificação de eventos adversos pós-vacinação, somente um município apresentou registro no Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós Vacinação.

Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS

Ações		Acre	Rio Branco
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		
Diagnóstico Laboratorial	Diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola)		
	Realização de cultura de líquido para o diagnóstico laboratorial de meningite		
	Realizar supervisão à Rede de laboratórios		
Vigilância Ambiental	Ca		
Vigilância e Controle de Vetores	Identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes</i>		
	Percen <i>Aedes</i>		
	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		
	Encerramento de casos novos de tuberculose bacilíferos		
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		
Proporção de eventos adversos com investigação encerrada			
Monitorização de Agravos Relevantes	Percentual de municípios com Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas- MDDA implantada		
	Número de surtos identificados através da MDDA		
	Percentagem de surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos - DTA investigados		
	Investigação de óbitos maternos (capitais e municípios com mais de 200.000 habitantes).		
	Investigação de óbitos maternos (municípios com 200.000 habitantes 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 mal definida		
Supervisão da PPI-VS	Supervisão da PPI-VS nos municípios certificados		
Percentual de metas cumpridas		58,1	61,9

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 Acre: 8

Em 2005 foram destinados os recursos abaixo discriminados

Valor global: R\$ 4.492.046,31

- Repasse para a Secretaria Estadual de Saúde (SES): R\$ 2.353.583,42
- Repasse para os municípios: R\$ 2.024.164,43

Incentivos específicos acrescidos ao TFVS

Portaria MS 1.349/2002

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

- SES – valor anual: R\$ 167.668,24
- Município de Rio Branco – valor anual: R\$ 60.970,32

Campanhas de Vacinação (conforme deliberação da CIB)

- Raiva animal
SES: R\$ 63.928,80
Sete municípios: R\$ 101.108,00.

- Influenza
SES: R\$ 14.305,00
Sete municípios: R\$ 22.170,00
- Poliomielite
SES: R\$ 72.836,00
Sete municípios: R\$ 102.810,00

Outros repasses “fundo a fundo”

Subsistema de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar

- Um hospital estadual: R\$ 7.500,00

Intensificação das ações de controle

- Tuberculose
SES: R\$ 21.023,43
Rio Branco: R\$ 9.320,26
- Hanseníase
SES: R\$ 462.257,60

Fortalecimento das ações dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Lacen

- Finlacen
SES: R\$ 85.240,00
- Diagnóstico da tuberculose
SES: R\$ 10.000,00

Promoção de Saúde

Rio Branco: R\$ 96.855,00

Ambientes Livres de Tabaco

SES: R\$ 50.000,00

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

- SES: R\$ 309.512,98
- SMS: R\$ 158.503,33

Plano de investimento

Destina-se ao reforço das estruturas das secretarias estaduais e municipais de saúde para a coordenação e a 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 2005, foram repassados para o estado do Acre veículos e equipamentos que totalizaram cerca de R\$ 1.972.700,00.

Beneficiário	Tipo de equipamento							
	Veículos			Centrif. Refrig	GPS	Grupo gerador	Equip. de Pulveriz.	Kit de informática
	Bicicletas	Motos	Pick-Up					
SES	0	2	3	1	4	0	4	11
SMS	104	32	16	0	2	4	-	39
Total	104	34	19	1	6	4	4	50

Projeto Vigisus II

O projeto Vigisus II em seu subcomponente IV visa ao fortalecimento institucional da capacidade de gestão em vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios.

Distribuição percentual dos valores de recurso aprovado durante a vigência do Projeto e os valores repassados, segundo fonte financiadora (Projeto Vigisus e Teto Financeiro da Vigilância em Saúde) para o estado do Acre e capital, em 2005.

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

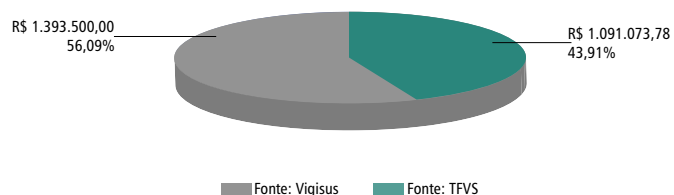


Figura 2. Valores Repassados para Secretaria de Estado da Saúde, capital e municípios elegíveis, segundo fonte financiadora, em 2005

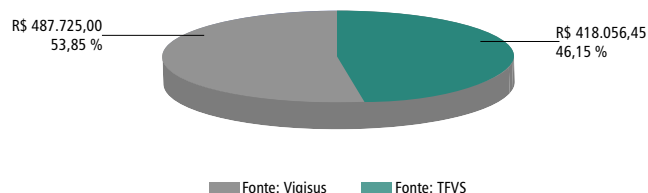


Tabela 1. Valores aprovados para os anos de vigência do Planvigi e repassados para a Secretaria de Estado da Saúde e município elegível, segundo fonte de financiamento. Estado do Acre, 2005

Unidade Federada	Valor Planvigi aprovado		Valor Total Aprovado	Valores repassados		Valor total repassado
	Fonte: Vigisus	Fonte: TFVS		Fonte: Vigisus	Fonte: TFVS	
SES/AC	714.932,00	1.393.500,00	2.108.432,00	187.669,65	487.725,00	675.394,65
Rio Branco	376.141,78	-	376.141,78	230.386,83	-	230.386,83
Total	1.091.073,78	1.393.500,00	2.484.573,78	418.056,45	487.725,00	905.781,43

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS

Solo

O Diagnóstico Nacional de Áreas com Populações Expostas a Solo Contaminado, elaborado pelo Visigolo em conjunto com os Estados, deverá subsidiar a definição de ações básicas relativas à avaliação, classificação e priorização continuada de áreas com populações expostas a solo contaminado.

No estado do Acre foram mapeadas, cadastradas e categorizadas dez áreas que estão distribuídas de acordo com o mapa a seguir.

Tabela 1. Áreas com solo contaminado

Código	Nº de áreas	População Estimada	Categoria
AD	1	1.000	amarela
AI	4	0	preta
	2	1.050	amarela
DA	1	50	amarela
ADRU	2	50	amarela
Total	10	2.200	-

Códigos das áreas:

AD – Área desativada

AI – Área industrial

DA – Depósito de agrotóxicos

ADRU – Áreas de disposição final de resíduos urbanos

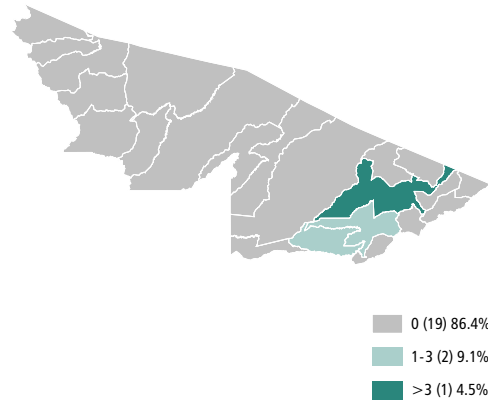
Categorias das áreas:

Amarela – Área com população sob risco de exposição a solo com suspeita de contaminação

Preta – Área sem populações, em um raio de 1 km, com solo contaminado ou com suspeita de contaminação.

Fonte: SVS/MS

Figura 1. Municípios com áreas cadastradas e solo contaminado

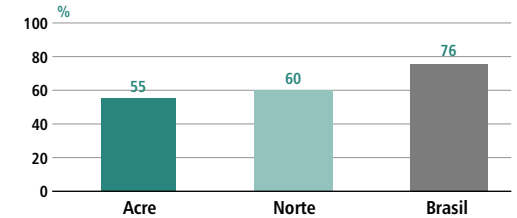


Água

A vigilância da qualidade da água para consumo humano visa garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e normas estabelecidas na legislação vigente – Portaria MS Nº. 518/2004 e para avaliar os riscos que a água consumida representa à saúde humana. O Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Sisagua fornece as informações sobre a qualidade da água proveniente dos sistemas, soluções alternativas coletivas e individuais de abastecimento de água.

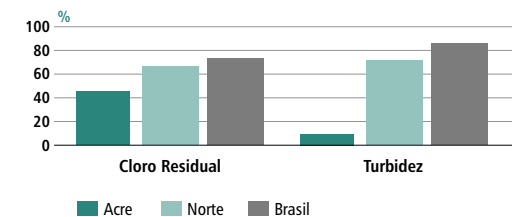
O estado do Acre apresentou informações de 55% (12) dos 22 municípios, no Sisagua, em 2005.

Figura 2. Percentual de municípios com alimentação de dados no Sisagua. Acre, Região Norte e Brasil, 2005



Para a vigilância de Sistemas de Abastecimento (SAA), o parâmetro Cloro residual livre foi analisado em apenas um mês, no ano de 2005 e apresentou 45% das amostras realizadas em conformidade com a legislação; para o parâmetro de turbidez foram realizadas análises em sete meses do ano de 2005, com 9% das análises realizadas em conformidade com a legislação.

Figura 3. Percentual de amostras realizadas, em 2005, em conformidade com a Portaria MS nº 518/2004. Acre, Região Norte e Brasil 2005



Investigação de surtos

No estado do Acre, em 2005, a SVS juntamente com as secretarias estadual e municipal de saúde participou das seguintes investigações de surto:

- Gastroenterite por rotavírus, Rio Branco, julho a agosto de 2005
- Gastroenterite por rotavírus, Cruzeiro do Sul, setembro de 2005
- Doença respiratória associada à poluição atmosférica, Rio Branco, setembro de 2005
- Malária, Cruzeiro do Sul, novembro de 2005

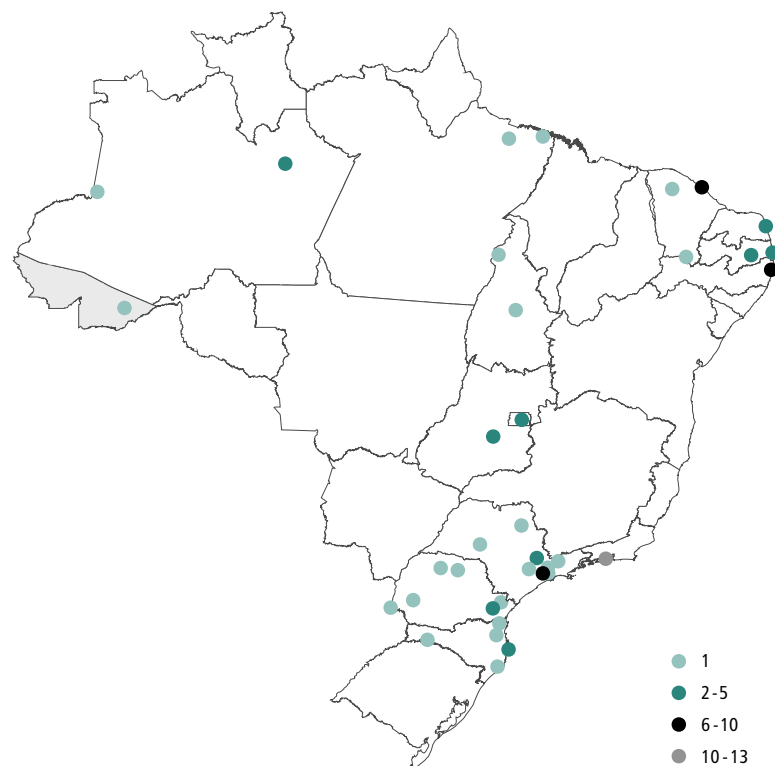
Núcleos Hospitalares de Epidemiologia – NHE

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 de outros agravos emergentes e reemergentes.

O subsistema será composto de 190 hospitais. Até dezembro de 2005, 85 núcleos já foram implantados e distribuídos em 14 unidades federadas.

Em 2005, no estado do Acre foi implantado um núcleo hospitalar de epidemiologia no Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco.

Figura 1. Distribuição por UF de NHE implantados. Brasil, 2005



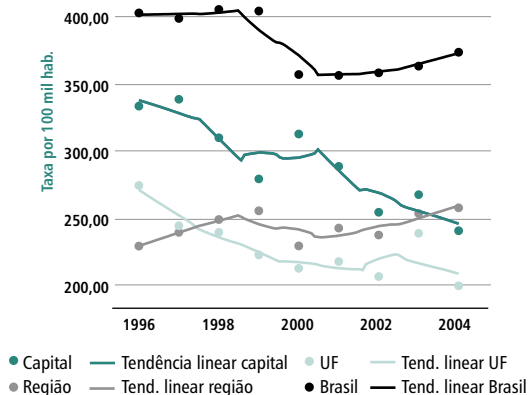
Evolução da mortalidade por doenças não transmissíveis

Em 2004, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças endócrinas e as causas externas representaram 66.7% do total de óbitos por causas conhecidas em Rio Branco, 52,5% no Acre, 61,4% na Região Norte e 67,6% no Brasil. Há que se considerar os elevados percentuais de causas de óbitos mal definidas na região e estado para análise dos dados.

Doenças Aparelho Circulatório – DAC

As taxas de mortalidade por DAC apresentam tendência de queda na capital Rio Branco e no estado do Acre em todo o período estudado. A Região Norte tem uma tendência de elevação discreta, enquanto o Brasil apresentou queda entre 1998 e 2001, com incremento nos anos subsequentes.

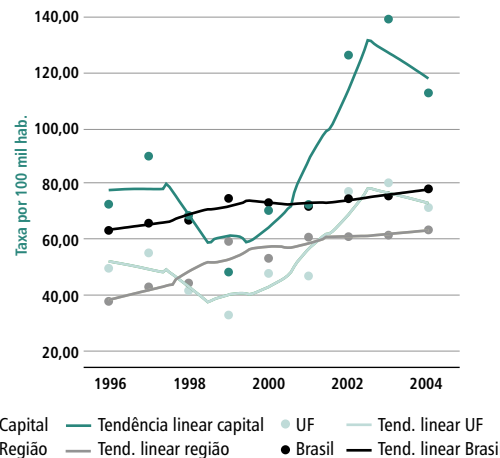
Figura 1. Taxa padronizada de mortalidade por DAC na população > 30 anos. Rio Branco, Acre, Norte e Brasil, 1996-2004



Diabetes

As taxas de mortalidade por diabetes na capital têm uma tendência de aumento acentuado ao longo do período, com declínio a partir de 2003 e 2004, cujas tendências refletem nas taxas do estado. A Região Norte e o Brasil apresentam tendência de elevação em todo o período estudado.

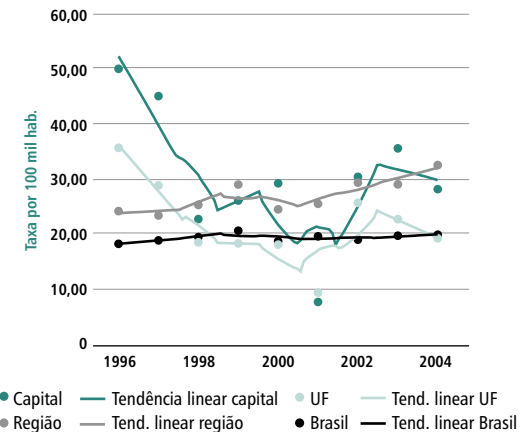
Figura 2. Taxa padronizada de mortalidade por diabetes na população > 40 anos. Rio Branco, Acre, Norte e Brasil, 1996-2004



Neoplasias

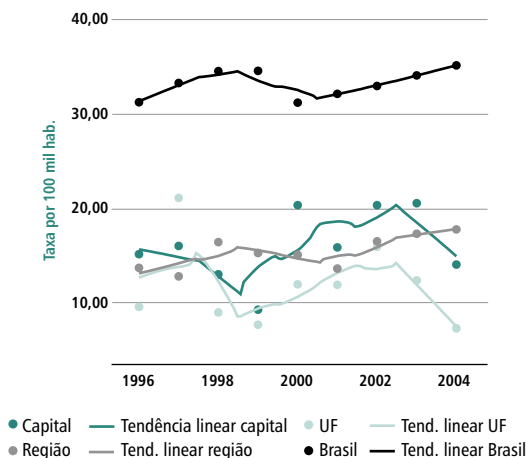
As taxas de morte por câncer de colo uterino mostram-se declinantes na capital, entre 1996 e 2001, voltando a se elevar até 2004. No estado o padrão é o mesmo. A Região Norte apresenta tendência de elevação em todo período. Para o Brasil as taxas estão estáveis. Deve-se considerar o alto percentual de óbitos classificados como porção não especificada do útero, 31,6%, em 2003, no estado.

Figura 3. Taxa padronizada de mortalidade por câncer de colo uterino na população > 20 anos. Rio Branco, Acre, Norte e Brasil, 1996-2004



As taxas de mortalidade por câncer de mama em Rio Branco, no Acre e na Região Norte estão estáveis, mas bem abaixo das taxas do Brasil cuja tendência também é estável, com ligeira elevação a partir de 2000.

Figura 4. Taxa padronizada de mortalidade por câncer de mama na população > 40 anos. Rio Branco, Acre, Norte e Brasil, 1996-2004

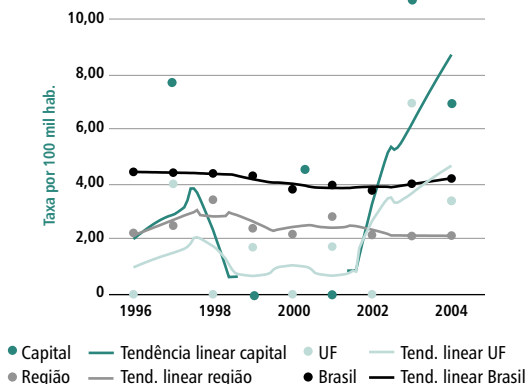


As taxas de mortalidade por câncer de pulmão aumentaram de forma acentuada a partir de 2001, na capital e no estado, superando as taxas da Região Norte e do Brasil, que apresentam discreto declínio ao longo do período analisado.

Evolução da mortalidade por causas externas (acidentes e violências)

Em 2004, as causas externas foram a segunda causa de mortalidade, dos óbitos por causas conhecidas, em Rio Branco (16,7%) e a segunda no Acre (15,2%) e primeira na Região Norte (18,9%).

Figura 5. Taxa padronizada de mortalidade por câncer de traquéia, brônquios e pulmão na população > 30 anos, sexo masculino. Rio Branco, Acre, Norte e Brasil, 1996-2004



Acidentes de transportes terrestres

A tendência das taxas por acidentes de transportes terrestres estão mais elevadas na capital, com grande variação nos anos analisados. Houve elevação importante entre 1999 e 2001 e declínio importante entre 2002 e 2004. O estado segue a mesma tendência, porém com taxas menores. A Região Norte e o Brasil apresentaram queda até o ano 2000, voltando a subir lentamente entre 2001 e 2004.

Atropelamentos

A figura 7 mostra tendências de declínio para as taxas de mortalidade por atropelamentos na capital Rio Branco e no Acre. A Região Norte e o Brasil apresentam declínio das taxas entre 1996 e 1999, seguido de estabilização até 2004.

Figura 6. Taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transportes. Rio Branco, Acre, Norte e Brasil, 1996-2004

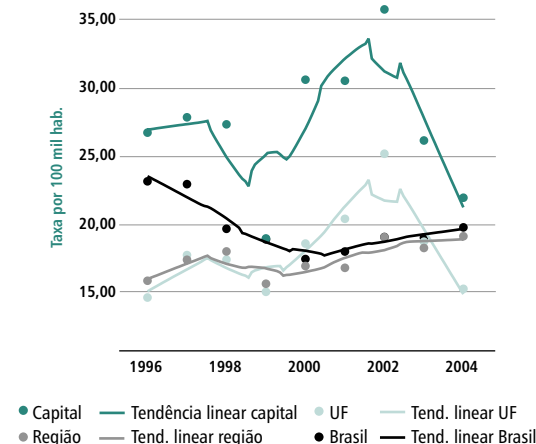
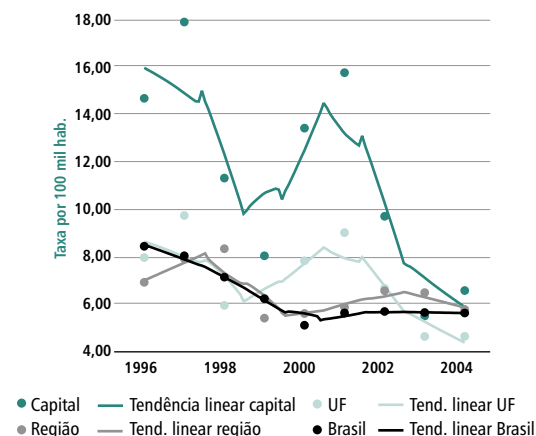


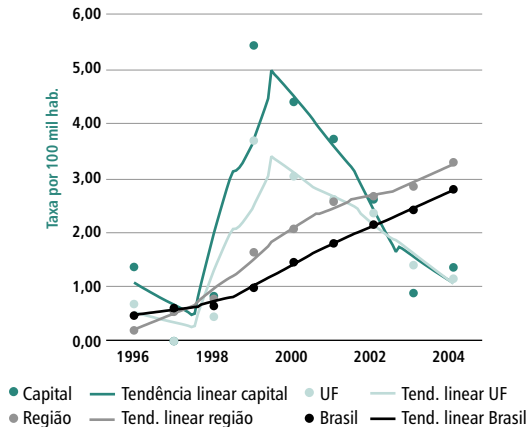
Figura 7. Taxa padronizada de mortalidade por atropelamentos. Rio Branco, Acre, Norte e Brasil, 1996-2004



Acidentes com motocicletas

Brusca elevação das taxas de morte por acidente de motos, entre 1997 e 1999 em Rio Branco, com reflexo direto na tendência do Acre. A partir de 2000, a tendência é de declínio acentuado. As taxas para a Região Norte e Brasil tem tendência ascendente em todo o período analisado.

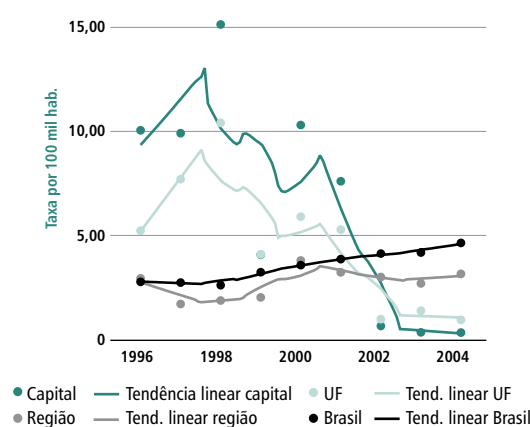
Figura 8. taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transportes com motocicletas. Rio Branco, Acre, Norte e Brasil, 1996-2004



Acidentes de automóveis

A tendência da mortalidade por acidentes com ocupante de veículo é declinante para a capital e para o estado, ficando estáveis a partir de 2003, abaixo dos valores da Região Norte e do Brasil. A tendência das taxas para a região é estável, enquanto que para o país é lentamente ascendente.

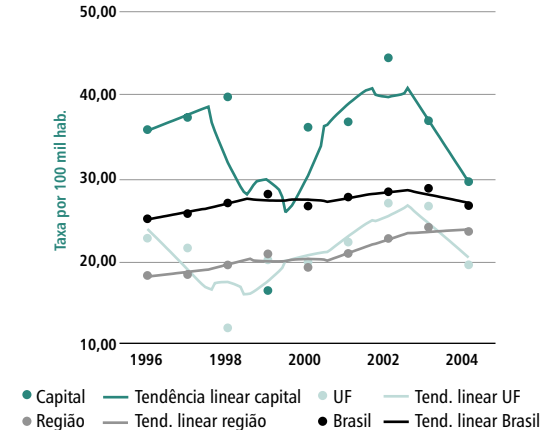
Figura 9. Taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transportes com ocupante de veículo. Rio Branco, Acre, Norte e Brasil, 1996-2004



Agressões

A capital Rio Branco apresenta as taxas de mortalidade por agressões mais elevadas e com maior variação na tendência ao longo do período analisado. Esta variação reflete na tendência do estado, mas este apresenta valores menores. A Região Norte e o Brasil têm curvas de tendência semelhantes, em discreta ascensão e discreto declínio em 2004.

Figura 10. Taxa padronizada de mortalidade por agressões. Rio Branco, Acre, Norte e Brasil, 1996-2004



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 na Rede Estadual de Laboratórios.

O Ministério da Saúde tendo identificado as dificuldades financeiras dos Lacen e considerando a sua função estratégica para o sistema de Vigilância em Saúde, instituiu, por meio da Portaria nº. 2.606/2005, o Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Finlacen. Nesta Portaria os laboratórios são classificados por portes e níveis conforme Tabela 1.

A portaria estabelece as metas obrigatórias abaixo relacionadas, para execução, nos primeiros 12 meses de sua vigência, para todos os Lacen, independente de porte ou nível.

Tabela 1. Valor mensal do Finlacen de acordo com o porte e nível

Porte	Valor mensal por nível (R\$ 1.000,00)				
	A	B	C	D	E
I	80	100	150	200	250
II	100	150	200	250	300
III	150	200	250	300	350
IV	200	250	300	350	400
V	250	300	350	400	450

O mecanismo de repasse do Finlacen se dará mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde, em conta do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS – Programa de Incentivo para Fortalecimento dos Lacen.

A portaria estabelece ainda, em caráter provisório até a competência dezembro de 2006, o valor mensal do Finlacen a ser transferido para cada Lacen. Para o Acre será repassado mensalmente o valor de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais).

Como incentivo inicial o Finlacen repassou, no mês de janeiro de 2006, para o estado do Acre, referente às parcelas de novembro e dezembro de 2005, o total de R\$ 85.240,00.

Na cidade de Brasília foi construído e equipado o Laboratório de Fronteira deste estado. No momento aguarda-se a formação de equipe profissional para pleno funcionamento.

Para 2006, estão previstas:

- Implantação dos diagnósticos laboratoriais da raiva pela imunofluorescência direta e da influenza.
- Implantação de cultura para micobacterias/tuberculose.
- Implementação da técnica de biologia molecular para hepatite C com o diagnóstico de genotipagem.
- Implantação do diagnóstico de HBV carga viral.

ISBN 85-334-1130-8



9 798533 411301

www.saude.gov.br/svs
www.saude.gov.br/bvs
Disque Saúde: 0800.61.1997



**Ministério
da Saúde**

Governo Federal