

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Relatório de Situação

Pernambuco

2ª edição

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Relatório de Situação

Pernambuco

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: 1.000 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: Carlos Estênio Brasilino

Projeto gráfico: Fabiano Camilo, Sabrina Lopes

Diagramação: Sabrina Lopes

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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

Sistema nacional de vigilância em saúde : relatório de situação : Pernambuco / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

– 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 85-334-1118-9

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

NLM WA 900

Catalogação na fonte – Editora MS – OS 2006/0468

Títulos para indexação:

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

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

Sumário

- 4 Sistemas de Informações – SIM e Sinasc
- 5 Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan
- 6 Tuberculose
- 7 Hanseníase
- 8 Doenças sexualmente transmissíveis / Aids
- 9 Dengue
- 10 Doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses
- 12 Outras doenças transmissíveis
- 14 Hepatites virais
- 15 Programa Nacional de Imunizações – PNI
- 16 Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI
- 17 Recursos
- 18 Projeto Vigisus II
- 19 Vigilância 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.

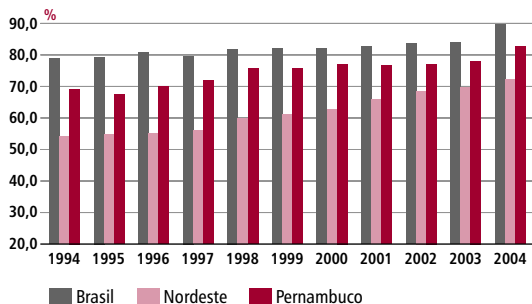
Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Secretário de Vigilância em Saúde/MS

Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Cobertura

A cobertura¹ do SIM exibiu valores que flutuaram entre 67% e 82% nos últimos dez anos. Em 2004, Pernambuco apresentou cobertura de 82%, valor superior à cobertura da região, que foi de 72%.

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



Fonte: SVS/MS

Coefficiente Geral de Mortalidade – CGM

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.

Um CGM inferior a 4/1 mil hab. indica precariedade na cobertura das informações de mortalidade.

CGM padronizado dos municípios de Pernambuco, em 2004:

- até 4,0/1 mil hab., 12 municípios (6,5%);
- de 4,0 a 6,5/1 mil hab., 117 municípios (63,2%);
- maior que 6,5/1 mil hab., 56 municípios (30,3%).

A capital, Recife, teve o CGM padronizado de 6,5/1 mil hab., o estado de Pernambuco 6,3/1 mil hab. e a Região Nordeste 5,1/1 mil habitantes.

Percentual de causas *mal definidas*

O percentual de óbitos por causas *mal definidas* em Pernambuco é de 16,6% em 2004.

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

- até 10%: 41 municípios (22,2%);
- entre 10% e 20%: 31 municípios (16,8%);
- 20% e mais: 113 municípios (61,1%).

Recife tem 1,1% de óbitos por causas *mal definidas*.

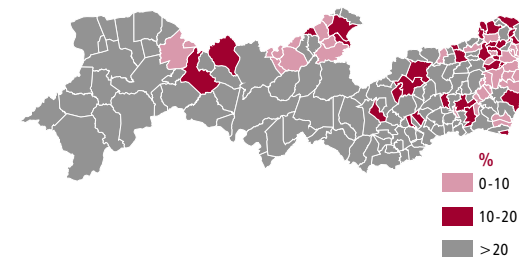
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc

Cobertura

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

Em 2004, a cobertura do Sinasc em Pernambuco foi de 91,5%.

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



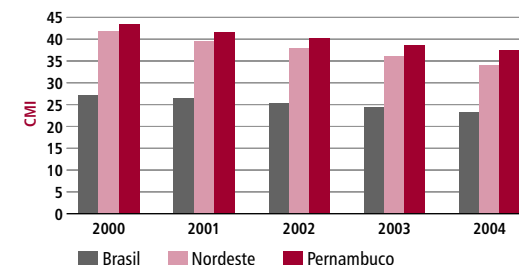
Mortalidade infantil

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 de Pernambuco em 2004 é de 36,7, e o da Região Nordeste é de 34.

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



Fonte: IBGE/SIM/Sinasc/SVS

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

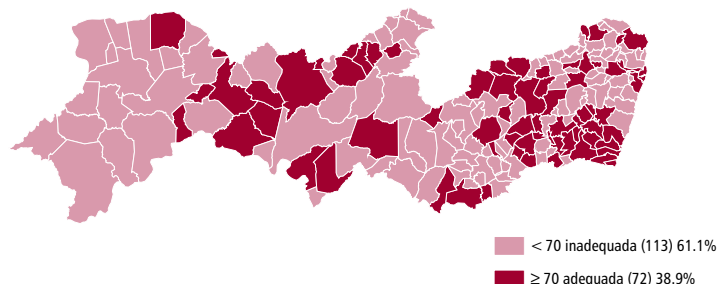
Os agravos paralisia flácida aguda, difteria, síndrome da rubéola congênita, leptospirose e chagas aguda não atingiram a meta de 50% estabelecida para o ano de 2005 de encerramento oportuno dos casos notificados.

Em números totais, o estado superou a meta de 50% estabelecida para o ano de 2005, atingindo 70% cumprindo, portanto, a meta adequada de 70% 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 95,8%, em 2005.

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



*Atualizado em 8/1/2006

Fonte: MS/SVS/Sinan

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

Agravos	Casos		
	Notificados	Encerrados oportunamente	
		Total	Nº
Febre amarela	0	0	0,0
Hantavirose	0	0	0,0
Peste	0	0	0,0
Tétano neonatal	0	0	0,0
Paralisia flácida aguda	21	1	4,8
Difteria	5	2	40,0
Síndrome da rubéola congênita	16	7	43,8
Leptospirose	1.415	622	44,0
Chagas aguda	554	273	49,3
Leishmaniose tegumentar americana	325	170	52,3
Rubéola	742	391	52,7
Coqueluche	187	120	64,2
Malária	29	19	65,5
Sarampo	82	61	74,4
Febre tifóide	33	25	75,8
Hepatites virais	3.217	2.550	79,3
Leishmaniose visceral	113	90	79,6
Tétano acidental	26	21	80,8
Meningite	1420	1209	85,1
Cólera	868	764	88,0
Raiva humana	1	1	100,0
Total	9.054	6.326	70,0

*Atualizado em 8/1/2006

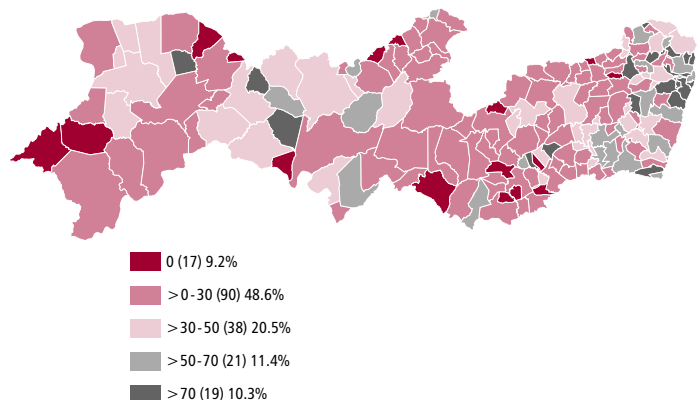
Dados preliminares sujeitos a revisão

Fonte: MS/SVS/Sinan

Tuberculose

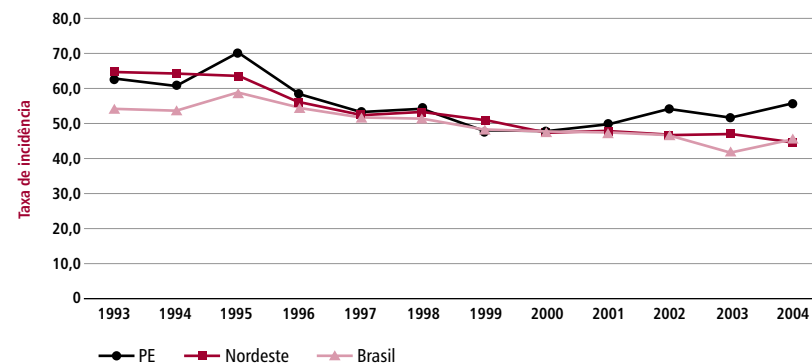
Pernambuco possui 15 municípios prioritários, com 46,9% de cobertura de Programa de Controle da Tuberculose – PCT e a estratégia de tratamento supervisionado TS/DOTS em 10,8% das unidades de saúde do estado. Em 2005 foram capacitados 1.056 profissionais.

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



Em 2004, foram registrados no Sinan 4.583 casos novos, representando 94,8% dos casos esperados. A incidência (por 100 mil hab.) foi 55,6 para casos de todas as formas e 28,7 para casos bacilíferos. A coorte de tratamento, considerando os municípios prioritários, mostrou uma cura de 69,4%, abaixo da meta nacional de 85%. O abandono foi de 10,6%, óbitos de 5,8%, transferência de 14,1% e casos não encerrados de 13,1%. A co-infecção TB/HIV foi de 5,4%.

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



No período de um ano houve um incremento de 63,73% de unidades (1.228 unidades) que fazem diagnóstico e tratamento de hanseníase.

Foram diagnosticados 2.588 casos novos em 2005, deste total, 1.904 estão em curso de tratamento.

Destes casos novos diagnosticados:

- 250 (9,66%) acometiam menores de 15 anos;
- 9 (0,35%) apresentavam, no momento do diagnóstico, incapacidade física severa;
- 1.215 (46,95%) eram formas avançadas da doença.

O estado de Pernambuco obteve 65,5% de cura em 2005.

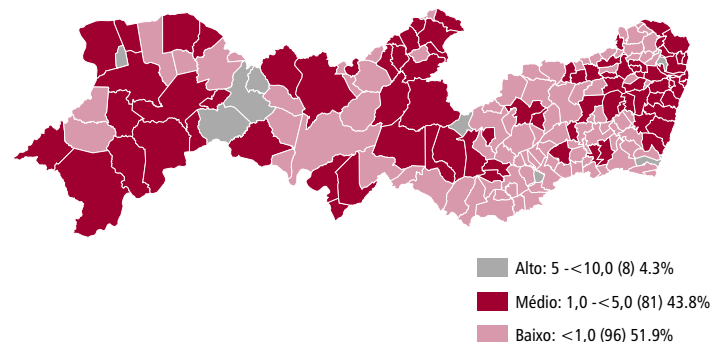
Tabela 1. Casos novos de hanseníase, por município e percentual de população. Pernambuco, 2005

Carga da Doença	Nº municípios	População 2005	% População
Até 1 caso	43	613.301	7,29
1 a 3 casos	52	1.150.825	13,67
3 a 5 casos	24	543.242	6,46
5 a 20 casos	43	1.391.324	16,54
Mais de 20 casos	23	4.714.909	56,04
Total	185	8.413.601	100,00

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

73% da população do estado encontram-se em municípios com mais de cinco casos de hanseníase.

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



Doenças sexualmente transmissíveis / Aids

Até dezembro de 2004, foram diagnosticados 8.681 casos de aids, sendo 6.158 homens e 2.505 mulheres (18 com sexo ignorado).

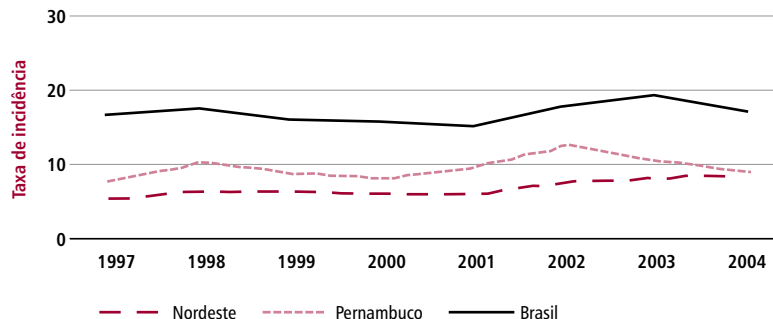
Os municípios do estado que apresentaram o maior número de casos de aids acumulados até 2004 foram (casos acumulados/taxa média de incidência por 100 mil hab.):

- Recife (3.910/21,9);
- Jaboatão dos Guararapes (935/15,6);
- Olinda (765/17,4);
- Paulista (440/15,8);
- Caruaru (340/15,1).

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

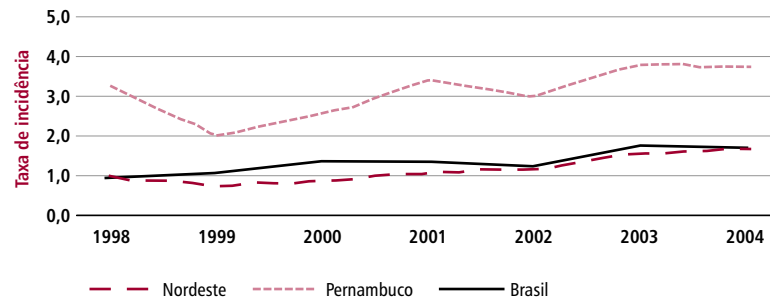
Foram notificados 224 casos de transmissão vertical do HIV até 2004.

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



Em relação à sífilis congênita, o estado notificou entre os anos de 1998 e 2004 um total de 3.397 casos. A taxa de incidência (por mil nascidos vivos) de sífilis congênita no ano de 2004 é de 3,7 casos. Até 2004 foram registrados 102 óbitos por sífilis congênita no estado.

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



Dos 185 municípios do estado, 40 (21,6%) são prioritários para o Programa Nacional de Controle da Dengue: Abreu e Lima, Afogados da Ingazeira, Aracoiaba, Araripina, Arcoverde, Belo Jardim, Bezerros, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Carpina, Caruaru, Escada, Floresta, Garanhuns, Goiana, Gravatá, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Limoeiro, Moreno, Olinda, Ouricuri, Palmares, Paudalho, Paulista, Pesqueira, Petrolina, Recife, Salgueiro, Santa Cruz do Capibaribe, São José da Coroa Grande, São Lourenço da Mata, Serra Talhada, Tamandaré, Timbaúba, Toritama, Vitória de Santo Antão. Estes municípios concentram 66,0% da população do estado.

Situação epidemiológica

De acordo com os dados do Sinan, entre janeiro e setembro de 2005 foram registrados 11.327 casos de dengue, o que representou um aumento de 101,5% quando comparado com o mesmo período de 2004 (5.621 casos). Neste mesmo período, foram registrados 22 casos de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD). Na Região Nordeste, Pernambuco (até setembro de 2005) foi o terceiro estado com maior número 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	11	28,2	16	41,0	6	15,4	6	15,4
2004	10	25,6	16	41,0	6	15,4	7	15,4
2005	11	27,5	20	50,0	4	10,0	5	12,5

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	%	
Cabo de Sto. Agostinho	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	4
Camaragibe	1	20,0	2	40,0	2	40,0	0	0,0	5
Caruaru	0	0,0	3	27,3	4	36,4	4	36,4	11
Garanhuns	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	4
Jaboat. dos Guararapes	6	30,0	11	55,0	3	15,0	0	0,0	20
Olinda	3	25,0	8	66,7	1	8,3	0	0,0	12
Petrolina	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7
Recife	28	59,6	19	40,4	0	0,0	0	0,0	47
Vitória de Santo Antão	0	0,0	1	20,0	3	60,0	1	20,0	5
Paulista	Não realizou								

*Agglomerado de 9 mil a 12 mil imóveis

Fonte: SMS e 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	Abreu e Lima, Carpina, Caruaru, Escada, Itapissuma, Olinda, Santa Cruz do Capibaribe, Tamandaré, Toritama, Araripina, Cabo, São Lourenço da Mata
FAD na rotina	Araripina, Cabo, São Lourenço da Mata
Plano de contingência	Abreu e Lima, Afogados da Ingazeira, Aracoiaba, Arcoverde, Belo Jardim, Camaragibe, Carpina, Caruaru, Escada, Floresta, Garanhuns, Goiana, Gravatá, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Ouricuri, Paudalho, Pesqueira, Recife, Salgueiro, Santa Cruz do Capibaribe, Serra Talhada, Tamandaré, Toritama, Vitória de Santo Antão, Araripina, Cabo, São Lourenço da Mata
Comitê de mobilização	Abreu e Lima, Afogados da Ingazeira, Aracoiaba, Belo Jardim, Camaragibe, Carpina, Caruaru, Escada, Goiana, Ipojuca, Itapissuma, Moreno, Ouricuri, Palmares, Paudalho, Pesqueira, Petrolina, Santa Cruz do Capibaribe, São José da Coroa Grande, Serra Talhada, Tamandaré, Vitória de Santo Antão, Araripina, Cabo, São Lourenço da Mata

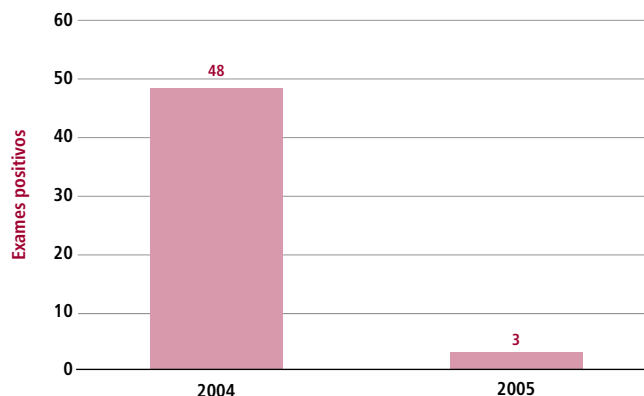
Fonte: SMS/SES/Diagdeng

Doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses

Peste

Pernambuco apresenta alguns focos com importância histórica de ocorrências de peste (casos humanos e detecção da infecção em animais). As áreas pestígenas estão localizadas nos focos: do agreste (Chapada da Borborema), de Triunfo (limítrofe com a Paraíba) e a vertente sul da Chapada do Araripe.

Figura 1. Número de amostras sorológicas positivas para peste, por estado, 2004-2005



Filariose

A Região Metropolitana do Recife permanece como a única área reconhecida com transmissão de filariose linfática e conseqüente surgimento de casos novos.

Ainda há permanência de altos índices de prevalência de microfilarêmicos em alguns bairros de Recife, Olinda e Jaboatão dos Guararapes.

Tabela 1. Exames hemoscópicos, lâminas positivas para microfírias de *W. bancrofti* e taxas de detecção. Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Paulista, 2001-2004

Ano	2001			2002			2003			2004			
	Município/UF	Exames	+	% P	Exames	+	% P	Exames	+	% P	Exames	+	% P
Recife		44.539	415	0.93	56.956	544	0.96	80.347	909	1.13	87.474	533	0.61
Jaboatão		33.630	336	1	36.569	294	0.8	55.835	440	0.79	72.789	563	0.77
Paulista		23.438	34	0.15	25.526	55	0.22	32.362	66	0.2	17.049	18	0.11
Olinda		22.303	415	1.86	8.292	151	1.82	11.560	168	1.45	12.277	190	1.55
Total PE		123.910	896	0.72	127.343	1.044	0.82	180.100	1.583	0.88	189.859	1.304	0.69

Esquistossomose

A esquistossomose em Pernambuco continua sendo um grave problema de saúde pública. É endêmica em 92 dos 185 municípios, principalmente nas zonas da mata e litoral. As prevalências mais altas são encontradas em localidades dos municípios das bacias do Capibaribe, Una, Serinhaém, Ipojuca, Jaboatão e Goiana. A prevalência média do estado em 2003 foi 8,5%, com 61.186 pessoas examinadas.

A média anual de internação, no período de 2001-2005, foi de 233,8 (houve redução da taxa de internação por 100 mil hab. de 3,46 em 2001 para 2,76 em 2005). O número médio de óbitos, no período de 1999-2003, foi de 149,2 (houve aumento na taxa de mortalidade por 100 mil hab. de 1,78 em 1999 para 2,16 em 2003). É uma das principais causas de mortalidade por doença transmissível no estado. Os óbitos em 2003 representaram 37,9% dos óbitos do País e 55,9% da Região Nordeste.

Tracoma

Dados do inquérito epidemiológico de tracoma realizado em 2001 pela Secretaria Estadual de Saúde revelam que as mesorregiões mais acometidas foram: mata com 7,6%, sertão com 7,0%, agreste com 5,7% e a metropolitana com 2,4% de prevalência. As microrregiões mais acometidas foram a mata se-

tentrional com prevalência de 14,1%, e Vale do Ipanema com 13,3%. O estado também tem registrado casos de triquiase tracomatosa – TT nos municípios de Exu, Araripina, Ipubi e Bodocó.

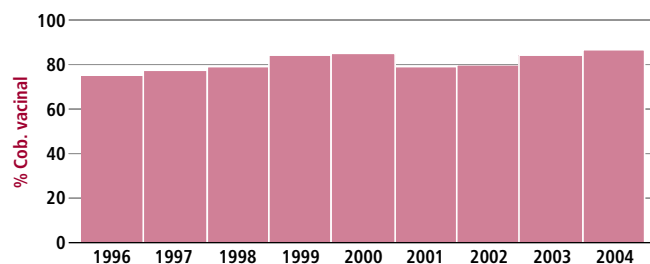
Foram registrados casos de tracoma folicular em áreas indígenas das etnias Fulniô, Kapinawá e Xukuru, com prevalências de 14,20%, 1,23% e 24,17%, respectivamente.

Raiva

Entre 2002 e 2005 foram notificados 237 casos de raiva canina e felina, 40 em raposas e um caso de raiva humana transmitida por cão, além de casos de raiva em herbívoros e morcegos. A cobertura vacinal canina no estado é satisfatória e tem mais de 86% dos municípios com cobertura adequada, porém não foi realizada a revisão de estimativa populacional canina. Como o monitoramento de circulação viral ainda é insuficiente, apresenta municípios silenciosos.

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

Figura 2. Série histórica de cobertura vacinal em campanha anti-rábica canina. Pernambuco, 1996-2004



Leishmanioses

Em 2004, o estado de Pernambuco notificou 733 casos de leishmaniose tegumentar, incidência de 8,9 casos por 100 mil hab. e cura clínica de 77%. No que refere à leishmaniose visceral, foram registrados 85 casos, com uma letalidade

de 9% e incidência de 1,0/100 mil habitantes. Destaca-se que o percentual de cura clínica para LTA e LV foi de 77%, cumprindo a meta referente à Ação 6.5, pactuada na PPI-VS.

Acidentes por animais peçonhentos

O estado de Pernambuco apresenta uma das maiores incidências de escorpionismo do país (42 casos/100 mil hab.), sem casos fatais notificados. Já o ofidismo tem média incidência (7 casos/100 mil hab.) e letalidade (0,5%).

Leptospirose

Doença de grande incidência no estado, predominantemente em centros urbanos. No período 2001-2005 foram confirmados 1.456 casos, com 211 óbitos (letalidade de 14,5%, superior à letalidade média nacional para o período, que foi de 11,8%). O coeficiente de incidência anual média de 3,6/100 mil hab. (média nacional: 1,7/100 mil hab.).

O surgimento de casos graves, com hemorragia pulmonar, pode ter contribuído para o aumento da letalidade. Importante incentivar os serviços para a suspeita, a notificação e a investigação de todos os casos compatíveis.

Centros de controle de zoonoses

O estado do Pernambuco possui oito centros de controle de zoonoses, localizados em Recife, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Garanhuns, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Petrolina e Serra Talhada, que atendem 34,9% da população do estado e têm suas ações voltadas para o controle da raiva, leishmanioses, leptospirose, vigilância ambiental (Recife) e controle de população animal (cães, gatos, equinos, bovinos), além de controle de vetores.

Inquéritos sorológicos para a vigilância de febre do Nilo ocidental

Em 2003 foi realizado um monitoramento sorológico em 192 aves migratórias na Coroa do Avião/PE para detecção dos vírus da febre do Nilo ocidental e influenza aviária. Não foram detectados anticorpos, nem isolados vírus das doenças pesquisadas.

Cólera

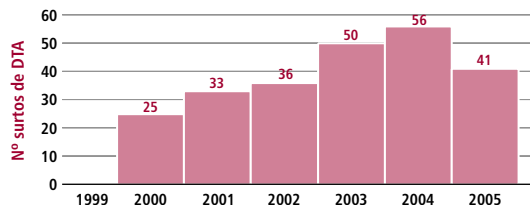
No Brasil, entre 1991 e 2001 foram notificados 168.621 casos de cólera e 2.035 óbitos. Nos anos de 2002 e 2003 não houve registro de casos da doença no País. Em 2004 e 2005, foram confirmados 21 e cinco casos, sem ocorrência de óbitos.

Em 2004, no Brasil, foram confirmados 21 casos de cólera, todos procedentes do município de São Bento do Una, estado de Pernambuco, onde em 2005 cinco outros casos foram identificados, sendo quatro do município de São Bento do Una e um do Recife.

Doenças Transmitidas por Alimentos – DTA

No período de 1999 a 2005, o estado de Pernambuco notificou 241 surtos de DTA. Excluindo os surtos sem informação, 44,1% ocorreram em restaurantes e 35,1% em residências; 39,4% foram causados por alimentos de origem mista e 22,3% por água. *Salmonella spp* foi detectada em 43,8% dos surtos.

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



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

Fonte: Coveh/CGDT/Devep/SVS/MS

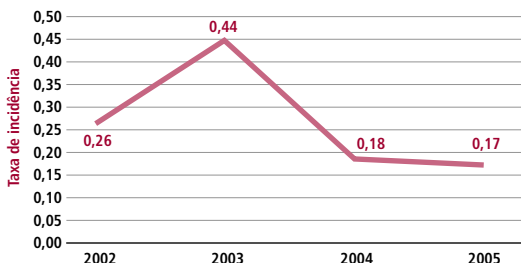
Botulismo

Entre 1999 e 2005, houve um caso de botulismo alimentar no município de Recife, em agosto de 2004. Foi detectada toxina botulínica tipo A e B em amostra de soro. O alimento contaminado não foi identificado porque o caso se alimentava de restos de alimentos encontrados no lixo.

Febre tifóide

Os casos da doença no estado no período de 2002 a 2005 apresentaram uma incidência de 0,26; 0,44; 0,18 e 0,17 casos/100 mil hab., respectivamente. Os municípios com casos confirmados no período foram: Afrânio, Agrestina, Águas Belas, Altinho, Arcoverde, Belo Jardim, Bezerros, Cabo de Santo Agostinho, Cabrobó, Carnaíba, Carnaubeira da Penha, Caruaru, Floresta, Gravatá, Jataúba, Lagoa Grande, Parnamirim, Pesqueira, Petrolândia, Petrolina, Riacho das Almas, Salgueiro, Sanharó, Santa Cruz do Capibaribe, São Caitano, São José do Belmonte, Serra Talhada, Serrita, Tacaimbó, Terra Nova e Toritama.

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



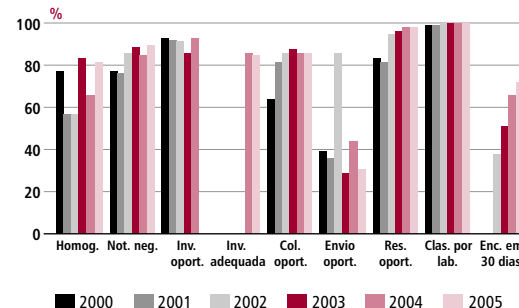
Fonte: Coveh/CGDT/Devep/SVS

Sarampo

Em Pernambuco as metas estabelecidas durante o período para os indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo foram atingidas, exceto para o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada, indicando acúmulo de suscetíveis no estado, o envio oportuno de amostras de sangue, que sugere problemas de infra-estrutura para encaminhamento das mesmas ao Lacen, e o encerramento oportuno no Sinan. A intensificação das ações deve ser realizada para não comprometer os esforços de erradicação.

O estado apresentou 559 casos suspeitos de sarampo entre os anos de 2000 e 2005, sem nenhuma confirmação. Em 1999, foram confirmados 240 casos de sarampo no estado.

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



*Dados preliminares

Fonte: Cover/CGDT/Devep/SVS/MS

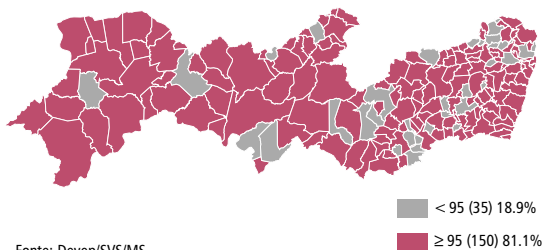
Rubéola

Em Pernambuco, a vacina tríplice viral foi implantada na rotina aos 12 meses de idade em 2001, pois a mesma era aplicada aos 15 meses de vida, como dose de reforço desde 2000.

Em 2001, o percentual de municípios que atingiram cobertura adequada foi de apenas 17,30%. Nesse mesmo período foram confirmados sete casos de síndrome da rubéola congênita, devido à ocorrência do surto de rubéola em 2000. A campanha de vacinação contra a rubéola para as Mulheres em Idade Fértil (MIF) ocorreu em 2001, com a cobertura vacinal de 110,17%.

Em 2005 o percentual de municípios que atingiram cobertura adequada foi de 81,08% (setembro/2005). Agregando isso 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 à eliminação da SRC.

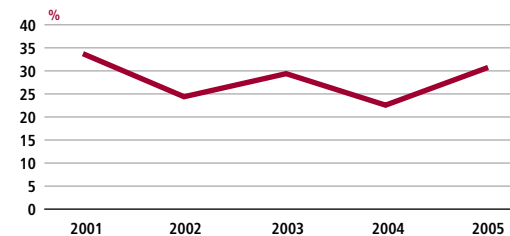
Figura 4. Município com cobertura adequada para a vacina tríplice viral e número de casos de síndrome da rubéola congênita. Pernambuco, 2005



Meningite

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

Figura 5. Percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial. Pernambuco, 2001-2005*



*Dados preliminares para 2005

Fonte: MS/SVS/Devep/CGDT/Cover

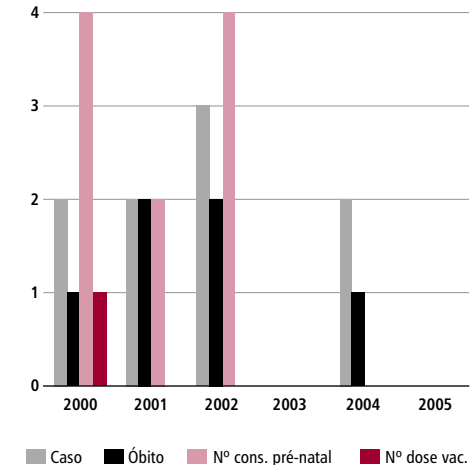
Tétano neonatal

Entre 2000 e 2005 em Pernambuco ocorreram nove casos, com seis óbitos, letalidade de 66,6%. Três mães tiveram acesso ao pré-natal e apenas uma delas tinha uma dose da vacina. Oito (88,8%) não tinham a vacina antitetânica.

Paralisia Flácida Aguda – PFA

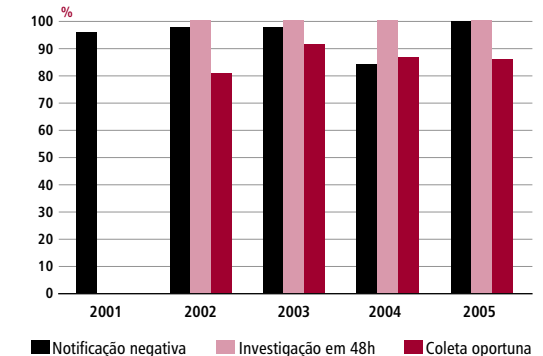
A qualidade da vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas é avaliada por meio dos indicadores apresentados no gráfico a seguir, com meta mínima estabelecida em 80%, notificação de um caso por 100 mil hab. em menores de 15 anos e manutenção de altas coberturas vacinais e do percentual de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

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



Fonte: Cover-CGDT/Devep/SVS/MS

Figura 7. Indicadores de vigilância epidemiológica da poliomielite/PFA. Pernambuco, 2001-2005*



*Dados preliminares para 2005

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

Estruturação do Programa

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

O coordenador do Programa Estadual não tem função exclusiva para o agravo hepatites virais, embora o estado já tenha instituído comitê estadual de hepatites virais, de acordo com determinação da Portaria 2.080 de 31/10/2003.

Assistência ao portador

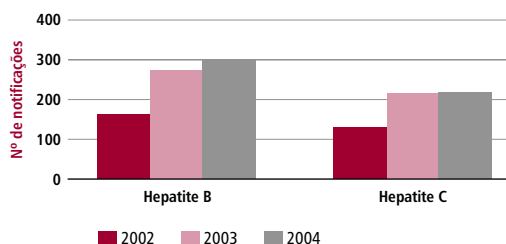
Dos dezoito centros de testagem e aconselhamento (CTA), seis (33,3%) realizam triagem sorológica para hepatites virais.

Não há pólo para aplicação de medicamentos implantado no estado.

Dados epidemiológicos

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

Figura 1. Casos confirmados de hepatites B e C. Pernambuco, 2002-2004



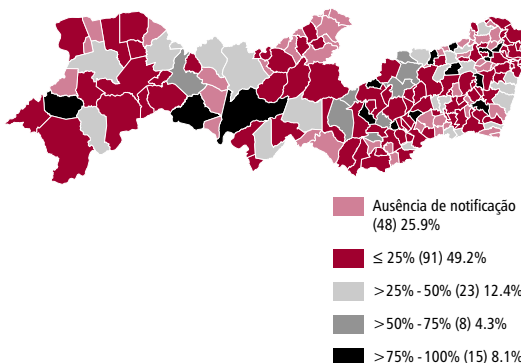
Em 2004, houve 2540 casos confirmados de hepatites virais, sendo o primeiro estado da Região Nordeste em números de casos. De hepatite A foram 64%, 11% de B e 7% de C. Em 18% a etiologia estava indefinida, demonstrando que o diagnóstico e a vigilância necessitam ser implementados.

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

Hepatite	A	B	C	D	Ignorado/Branco	Total
Nº casos	1.613	274	188	2	463	2.540
%	64	7	6	0	18	100
Inc. PE	19,6	3,3	2,3	0,0	5,6	30,8
Inc. Nordeste	13,4	0,01	1,2	0	4,4	21,8
Inc. Brasil	11,2	6,8	6,3	0,1	2,3	26,8

Fonte: SVS/MS

Figura 2. Distribuição por município do percentual de casos confirmados de hepatites virais com etiologia indefinida e municípios silenciosos. Pernambuco, 2004



A informação da provável fonte de infecção não está definida em 51% dos casos confirmados do estado, 50% da Região Nordeste e 55% do Brasil.

Em 2004, a taxa de mortalidade por hepatite C em Pernambuco foi a maior da região, demonstrando a atenção que requer este agravo.

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

Hepatite	A	B	C	D	não especificada
PE	0,24	1,58	6,55	0,00	1,21
Nordeste	0,50	1,20	2,79	0,00	1,22
Brasil	0,36	2,37	7,29	0,18	1,60

*Por local de residência

Fonte: SIM/2004

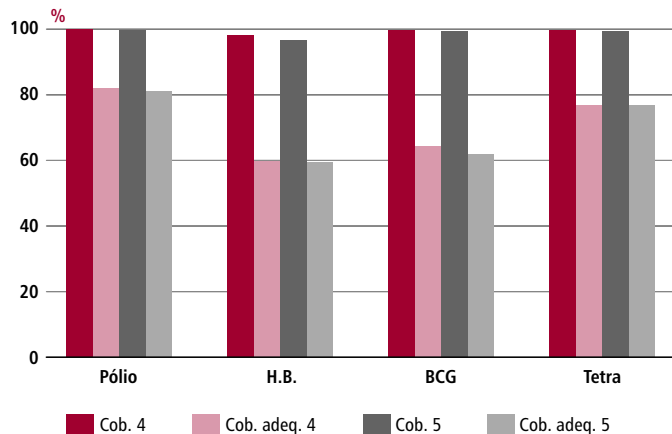
Capacitações

Em 2005, o estado promoveu capacitação em vigilância das hepatites virais para 57 profissionais e para aconselhores de CTA para 50 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 de Pernambuco, nos dois anos a meta foi alcançada para todas as vacinas, com coberturas vacinais acima de 98%. Em relação aos percentuais de municípios com coberturas adequadas, o estado apresenta, nos dois anos, percentuais acima da meta pactuada (70%) para as vacinas tetravalente e contra poliomielite.

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 de Pernambuco e percentual de municípios com cobertura adequada, 2004-2005

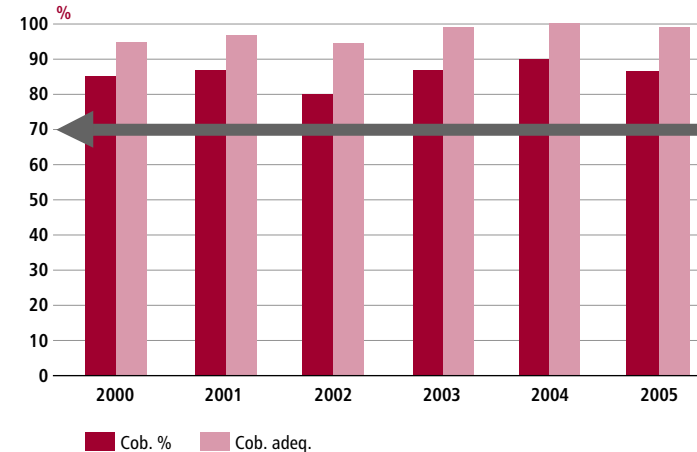


Dados preliminares de cobertura vacinal no estado e coberturas adequadas por município, de janeiro a setembro de 2004 e 2005

Fonte: API/CGPNI/Devep/SVS/MS

Em relação à vacinação do idoso, o estado alcançou a meta de cobertura vacinal (70%) em todos os anos, com acréscimo gradativo na cobertura vacinal e no número de idosos vacinados, exceto em 2005, que apresenta ligeiro decréscimo tanto na cobertura como no número de doses aplicadas. Apresenta um crescente desempenho no percentual de municípios com cobertura adequada, alcançando 99,46% em 2005.

Figura 2. Série histórica de cobertura vacinal em Pernambuco 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 96,22% dos municípios. Não há notificação de eventos adversos pós-vacinação, no Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação – EAPV.

Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS

Ações		PE	Recife	Igarassu	Jaboatão de Guararapes	Petrolina	Paulista
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 líquor para o diagnóstico laboratorial de meningite						
	Realizar supervisão à Rede de Laboratórios do Estado (públicos e conveniados)						
Vigilância ambiental	Cadastramento do nº de domicílios abastecidos por sistemas de abastecimento de água, soluções alternativas coletivas e individuais						
Vigilância e controle de vetores	Identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes</i>						
	Percentual de municípios prioritários com cobertura de seis ciclos anuais para identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de <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 mil hab.)						
Investigação de óbitos maternos (municípios com 200 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 mal definida						
Supervisão da PPI-VS	Supervisão da PPI-VS nos municípios certificados						
Percentual de ações que alcançaram a meta desejável		66,7	68,2	58,8	70,0	31,3	77,8

■ cumprida
 ■ não cumprida
 ■ não avaliável
 ■ não se aplica

Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS

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

Municípios certificados de Pernambuco: 125

Em 2005 foram destinados os recursos abaixo discriminados

Valor global: R\$ 29.298.227,01

- Repasse para a Secretaria Estadual de Saúde
SES: R\$ 8.420.251,94
- Repasse para os municípios: R\$ 20.412.957,79

Incentivos específicos acrescentados ao TFVS

Portaria MS 1.349/2002:

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

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

Campanhas de vacinação (conforme deliberação da CIB)

- Raiva animal
SES: R\$ 344.599,49
23 municípios: R\$ 556.484,21

- Influenza
SES: R\$ 93.001,91
124 municípios: R\$ 242.126,59
- Poliomielite
SES: R\$ 197.816,60
124 municípios: R\$ 537.545,50

Outros repasses “fundo a fundo”

Subsistema de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar

- sete hospitais estaduais: R\$ 171.000,00
- um hospital federal: R\$ 27.000,00

Intensificação das ações de controle

- Tuberculose
13 municípios: R\$ 169.243,50
- Hanseníase
10 municípios: R\$ 166.904,90
- Filariose
Olinda: R\$ 1.035.100,00

Fortalecimento das ações dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Lacen

- Finlacen
SES: R\$ 226.452,00
- Diagnóstico da tuberculose
SES: R\$ 45.250,00

Promoção de Saúde

Recife: R\$ 193.710,00

Ambientes livres de tabaco

SES: R\$ 120.000,00

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

- SES: R\$ 1.693.178,37
- SMS: R\$ 2.935.597,34

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 de Pernambuco veículos e equipamentos que totalizaram cerca de R\$ 2.883.300,00.

Beneficiário	Tipo de equipamento					
	Veículos		Cab. seg. biol. e outros mat. lab.	GPS	Equip. de pulveriz.	Kit de informática
	Motos	Pick-Up				
SES	0	9	7	2	21	21
SMS	16	23	0	0	60	53
Total	16	32	7	2	81	74

Projeto Vigisus II

O Projeto Vigisus II, em seu subcomponente IV, visa o 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 de Pernambuco, capital e municípios elegíveis, em 2005.

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

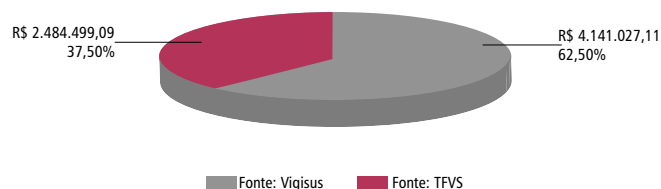


Figura 2. Valores repassados para Secretaria de Estado de Saúde, capital e municípios elegíveis, segundo fonte financiadora, 2005

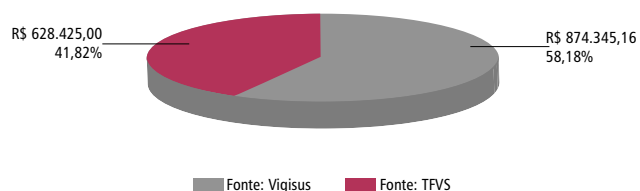


Tabela 1. Valores aprovados para os anos de vigência do Planvigi e repassados para a Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde (capital) e municípios elegíveis, segundo fonte de financiamento. Pernambuco, 2005

Unidade Federada	Valor Planvigi aprovado (R\$)		Valor total aprovado (R\$)	Valores repassados (R\$)		Valor total repassado (R\$)
	Fonte: Vigisus	Fonte: TFVS		Fonte: Vigisus	Fonte: TFVS	
SES/PE	1.656.411,00	1.795.500,00	3.451.911,00	434.807,89	628.425,00	1.063.232,89
Recife	748.498,00	-	748.498,00	196.480,73	-	196.480,73
Jaboatão dos Guararapes	550.044,00	-	550.044,00	77.006,16	-	77.006,16
Olinda	336.058,00	-	336.058,00	47.048,12	-	47.048,12
Paulista	251.049,76	-	251.049,76	35.146,97	-	35.146,97
Caruaru	239.532,00	-	239.532,00	33.534,48	-	33.534,48
Petrolina	214.217,00	-	214.217,00	29.990,38	-	29.990,38
Cabo de Santo Agostinho	145.217,35	-	145.217,35	20.330,43	-	20.330,43
Camaragibe	-	111.758,00	111.758,00	-	-	-
Garanhuns	-	98.254,00	98.254,00	-	-	-
Vitório de Santo Antão	-	96.967,00	96.967,00	-	-	-
Abreu e Lima	-	74.656,00	74.656,00	-	-	-
São Lourenço da Mata	-	73.334,00	73.334,00	-	-	-
Igarassu	-	69.848,89	69.848,89	-	-	-
Ipojuca	-	51.594,00	51.594,00	-	-	-
Moreno	-	42.587,20	42.587,20	-	-	-
Itapissuma	-	35.000,00	35.000,00	-	-	-
Itamaracá	-	35.000,00	35.000,00	-	-	-
Total	4.141.027,11	2.484.499,09	6.625.526,20	874.345,16	628.425,00	1.502.770,16

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS

Solo

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

No estado de Pernambuco foram mapeadas, cadastradas e categorizadas 83 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	4	16.000	amarela
AI	40	184.000	amarela
ADRI	1	5.000	amarela
DA	8	13.000	amarela
CN	1	1.000	amarela
AA	29	64.000	amarela
ADRU	1	5.000	amarela
Total	83	288.000	

Códigos das áreas

AD – Área Desativada

AI – Área Industrial

DA – Depósito de Agrotóxicos

ADRI – Área de Disposição Final de Resíduos Industriais

ADRU – Áreas de Disposição Final de Resíduos Urbanos

AA – Área Agrícola

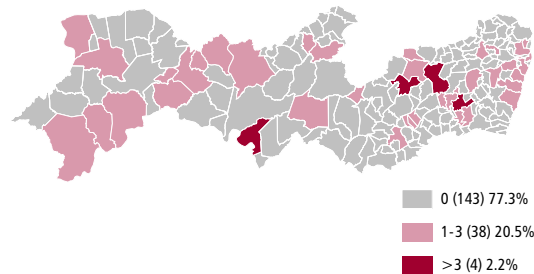
CN – Áreas de Contaminação Natural

Categorias das áreas

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

Fonte: SVS/MS

Figura 1. Municípios com áreas cadastradas e solo contaminado

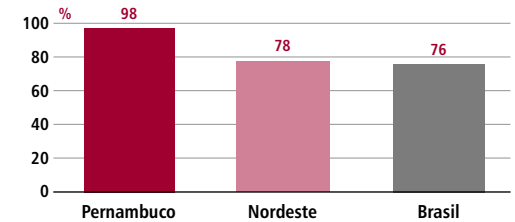


Água

A vigilância da qualidade da água para consumo humano visa garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e normas estabelecidos 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.

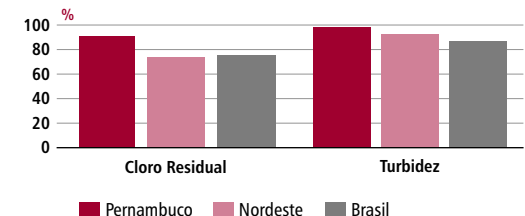
O estado de Pernambuco apresentou informações de 98% (182) dos 185 municípios, no Sisagua, em 2005.

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



Para a vigilância de Sistemas de Abastecimento (SAA), o parâmetro cloro residual livre foi analisado nos doze meses do ano de 2005 e apresentou 90% das amostras realizadas em conformidade com a legislação; para o parâmetro de turbidez foram realizadas análises também nos doze meses de 2005, com 99% 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. Pernambuco, Região Nordeste e Brasil, 2005



Investigação de surtos

No estado de Pernambuco, em 2005, foi investigado juntamente com as secretarias estadual e municipal de Saúde:

- Surto de cólera, São Bento do Uma, fevereiro de 2005.

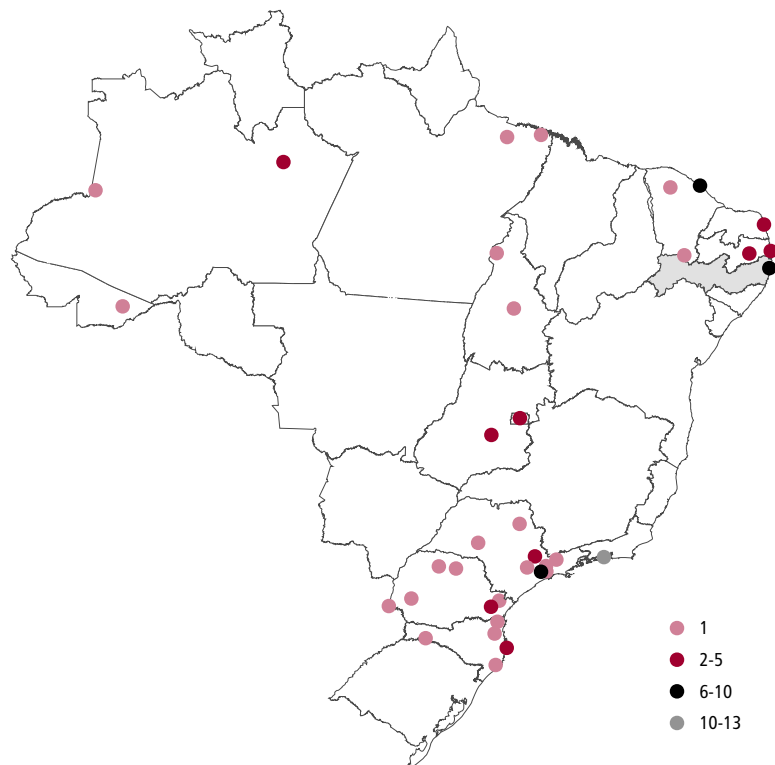
Núcleos Hospitalares de Epidemiologia – NHE

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

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



Evolução da mortalidade por doenças não transmissíveis

Deve-se considerar o percentual de óbitos por causas mal definidas a segunda causa no estado, primeira na região e terceira no Brasil. Recife tem pouco mais de 1% de óbitos por causas mal definidas, décima-primeira causa em 2004.

As doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças endócrinas e as causas externas representaram 58,2% do total de óbitos por causas conhecidas em Recife, 70,1% em Pernambuco, 66,4% no Nordeste e 67,6% no Brasil.

Doenças do Aparelho Circulatório – DAC

Estado e capital apresentaram queda na tendência da mortalidade por DAC na população de 30 anos e mais até 2002, passando a subir nos anos seguintes, semelhante à evolução no Brasil. A região apresentou aumento na tendência durante todo o período. Em 2004, as taxas do estado e da capital foram 395,7 e 505 por 100 mil hab., respectivamente.

Diabetes

Estado e capital apresentaram aumento na tendência da mortalidade por diabetes na população de 40 anos e mais, semelhante ao ocorrido no Brasil e região. Em 2004, as taxas do estado e da capital foram 120,3 e 134,4 por 100 mil hab., respectivamente.

Figura 1. Taxa padronizada da mortalidade por DAC na idade de 30 anos e mais, 1996-2004

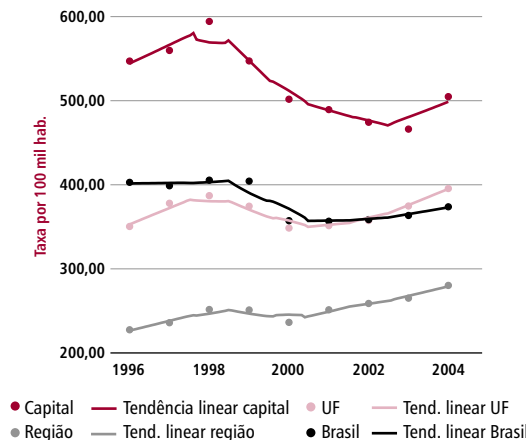
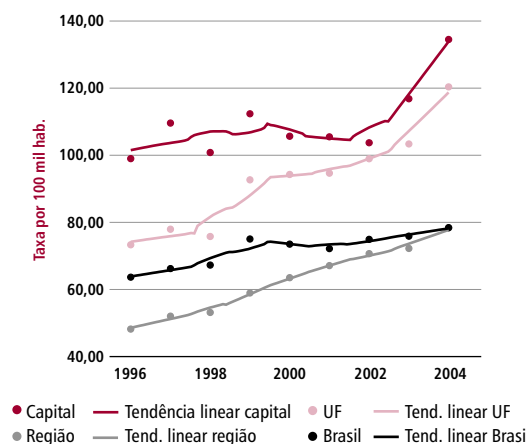


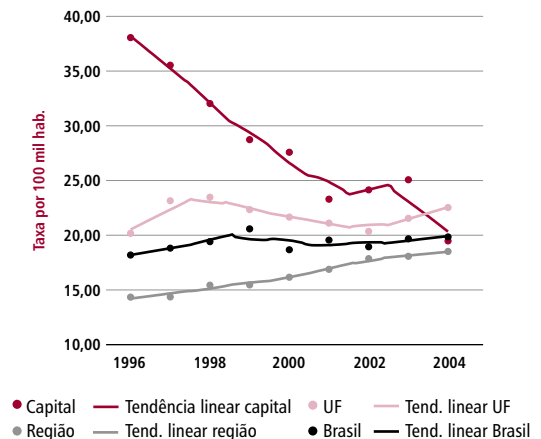
Figura 2. Taxa padronizada da mortalidade por diabetes na idade de 40 anos e mais, 1996-2004



Neoplasias

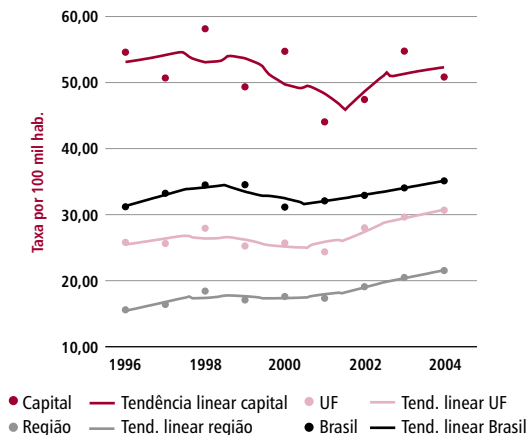
O estado apresentou aumento na tendência da mortalidade por câncer de colo do útero na faixa de idade de 20 anos e mais, semelhante ao comportamento da região e Brasil. A capital apresentou queda na tendência. Em 2004, as taxas do estado e da capital foram 22,6 e 19,6 por 100 mil hab., respectivamente. Deve-se considerar o alto percentual de óbitos classificados como porção não especificada do útero, 29%, em 2003, no estado.

Figura 3. Taxa padronizada da mortalidade por câncer do colo do útero na idade de 20 anos e mais, 1996-2004



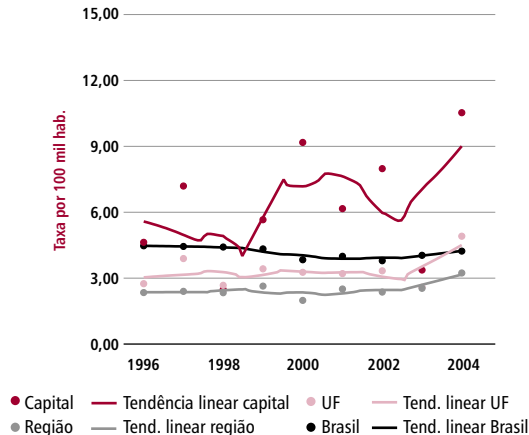
O estado apresentou aumento na tendência da mortalidade por neoplasia de mama na população feminina de 40 anos e mais, semelhante ao observado no Brasil e região. A capital apresentou queda na tendência. Em 2004, as taxas do estado e da capital foram 30,6 e 50,8 por 100 mil hab., respectivamente.

Figura 4. Taxa padronizada da mortalidade por neoplasia de mama na idade de 40 anos e mais, 1996-2004



Estado e capital apresentaram aumento na tendência da mortalidade por neoplasia de traquéia, brônquios e pulmão na população masculina de 30 a 49 anos, mais acentuado em Recife. O Brasil mostrou pequena queda na tendência e a região estabilizada. Em, 2004, as taxas do estado e da capital foram 4,9 e 10,5 por 100 mil hab.

Figura 5. Taxa padronizada da mortalidade por neoplasia de traquéia, brônquios e pulmão na idade de 30 a 49 anos, 1996-2004



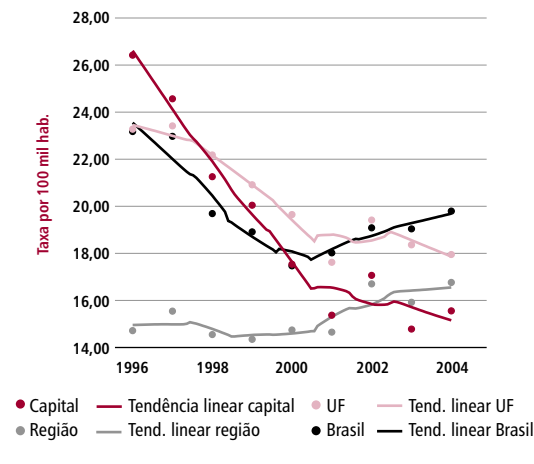
Evolução da mortalidade por acidentes de transporte e violência

Dos óbitos por causas conhecidas, as causas externas foram a segunda causa de morte em Recife (15,1%), em Pernambuco (16,4%) e no Nordeste (15,5%) e a terceira no Brasil (14,2%), em 2004.

Acidentes de trânsito

Estado e capital apresentaram queda na tendência da mortalidade por acidentes de transporte terrestre. O Brasil apresentou queda na tendência até 2000, quando passa a aumentar. A região apresentou aumento na evolução das taxas. Em 2004, as taxas do estado e da capital foram 17,9 e 15,5 por 100 mil hab., respectivamente.

Figura 6. Taxa padronizada da mortalidade por acidente de transporte terrestre, 1996-2004



O estado apresentou queda na tendência da mortalidade por atropelamento até 2000, nos anos seguintes passa a estabilidade, semelhante à evolução das taxas no Brasil e região. A capital apresentou queda na tendência com discreto aumento após 2002. Em 2004, as taxas do estado e da capital foram 6,6 e 8,5 por 100 mil hab., respectivamente.

O estado e a capital apresentaram aumento na tendência da mortalidade por acidente com moto no período, acompanhando o comportamento da região e do Brasil. Em 2004, as taxas do estado e da capital foram 3,2 e 1,9 por 100 mil hab., respectivamente.

Figura 7. Taxa padronizada da mortalidade por atropelamento, 1996-2004

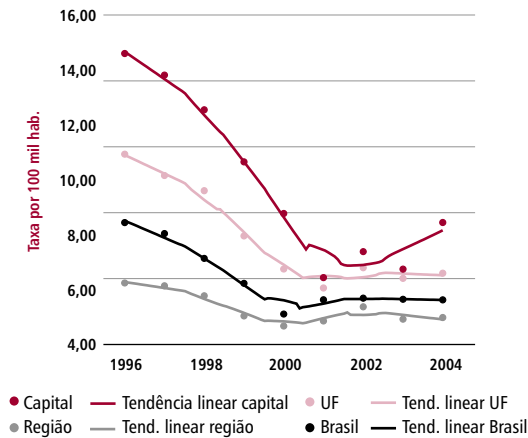
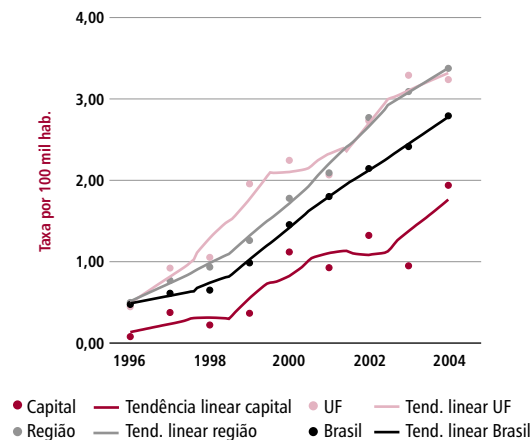
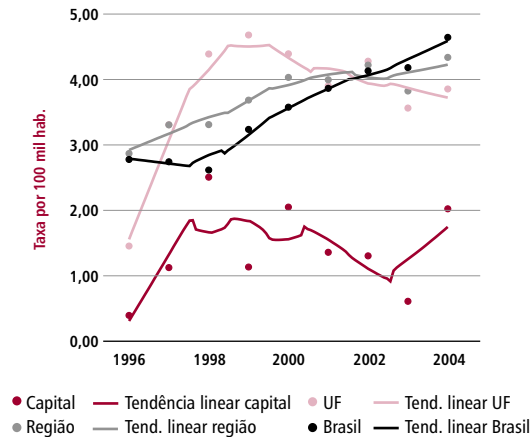


Figura 8. Taxa padronizada da mortalidade por acidente com moto, 1996-2004



A partir de 1999, o estado apresentou queda na tendência da mortalidade por acidentes com ocupantes de veículo, que até então evoluía com aumento. A capital apresentou crescimento, seguido de flutuações, e após 2002 evoluiu com crescimento na tendência da mortalidade. O Brasil e região apresentaram aumento na tendência. Em 2004, as taxas do estado e da capital foram 3,9 e 2 por 100 mil hab., respectivamente.

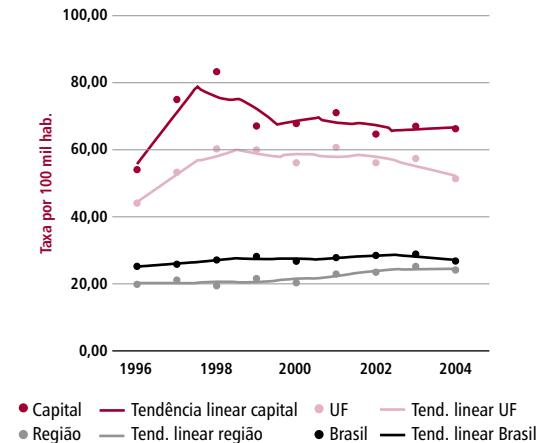
Figura 9. Taxa padronizada da mortalidade por acidente com ocupante de veículo, 1996-2004



Agressões (homicídios)

O estado e capital apresentaram queda na tendência da mortalidade por homicídios a partir de 1999, revertendo tendência inicial de aumento. Diferentemente do Brasil e região, que apresentaram pequeno aumento na tendência até 2003, quando houve uma queda das taxas. Em 2004, as taxas do estado e da capital foram 51,5 e 66,2 por 100 mil hab., respectivamente.

Figura 10. Taxa padronizada da mortalidade por agressão (homicídios), 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 complexidades, 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 (doze) 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 Pernambuco será repassado mensalmente o valor de R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais).

Como incentivo inicial o Finlacen repassou, no mês de janeiro de 2006, para o estado de Pernambuco, referente às parcelas de novembro e dezembro de 2005, o total de R\$ 226.452,00.

Em 2005 foi implantado o diagnóstico laboratorial da influenza.

Em 2005, foi concluída a certificação da área laboratorial de nível de biossegurança 3, construído e equipado, pela SVS, no Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, atendendo aos diagnósticos de hantavirose, peste (produção insu-mos) e pesquisa tuberculose (cepas MDR).

Para 2006, está prevista:

- Implantação do diagnóstico laboratorial das hantaviroses pela técnica de Elisa.
- Reativação do laboratório de paralisia flácida.
- Implantação da metodologia de isolamento para o diagnóstico da leptospirose.
- Implantação do diagnóstico de HBV para detecção da carga viral.

ISBN 85-334-1118-9



www.saude.gov.br/svs

www.saude.gov.br/bvs

Disque Saúde: 0800.61.1997



**Ministério
da Saúde**

Governo Federal