

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Relatório de Situação

Rio Grande do Sul

2ª edição

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Relatório de Situação

Rio Grande do Sul

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: 1.800 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 : Rio Grande do Sul / 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 85-334-1110-3

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

NLM WA 900

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2006/0471

Títulos para indexação:

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

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 Doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses
- 10 Outras doenças transmissíveis
- 12 Hepatites virais
- 13 Programa Nacional de Imunizações – PNI
- 14 Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS
- 15 Recursos
- 16 Projeto Vigisus II
- 17 Vigilância em saúde ambiental
- 18 Emergências epidemiológicas
- 19 Agravos e doenças não transmissíveis
- 22 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.

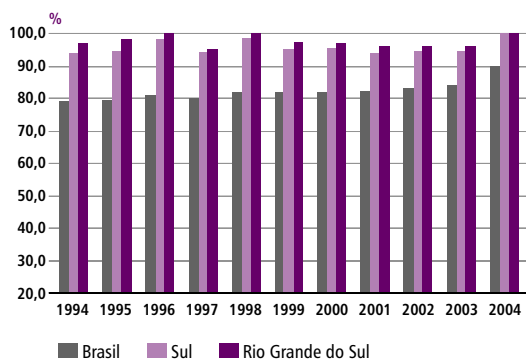
Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Secretário de Vigilância em Saúde/MS

Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Cobertura

A cobertura¹ do SIM exibiu valores que flutuaram entre 95% e 100% nos últimos dez anos. Em 2004, o Rio Grande do Sul apresentou cobertura de 100%.

Figura 1. Razão entre os óbitos SIM e os óbitos IBGE. Brasil, região e Rio Grande do Sul, 1994-2004



Fonte: SVS/MS

Coefficiente Geral de Mortalidade – CGM

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

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 Rio Grande do Sul, em 2004:

- até 4/1 mil hab., 60 municípios (12,1%);
- de 4 a 6,5/1 mil hab., 357 municípios (72%);
- maior que 6,5/1 mil hab., 79 municípios (15,9%).

A capital, Porto Alegre, teve o CGM padronizado de 5,9/1 mil habitantes. O Rio Grande do Sul também teve 5,9/1 mil hab. e a Região Sul, 6/1 mil habitantes.

Percentual de causas *mal definidas*

O percentual de óbitos por causas *mal definidas* no Rio Grande do Sul é de 5,7% em 2004.

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

- até 10%: 397 municípios (80%);
- entre 10% e 20%: 78 municípios (15,7%);
- 20% e mais: 21 municípios (4,2%).

A capital, Porto Alegre, tem 2,1% de óbitos por causas *mal definidas*.

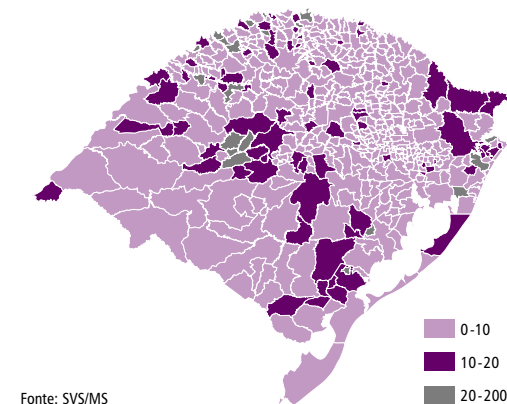
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc

Cobertura

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

Em 2004, a cobertura do Sinasc no Rio Grande do Sul foi de 98%.

Figura 2. Distribuição percentual de óbitos por causas *mal definidas* por município. Rio Grande do Sul, 2004



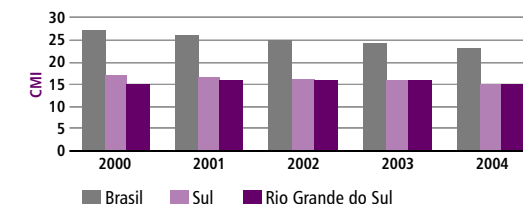
Mortalidade infantil

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 Rio Grande do Sul em 2004 é de 15,2. Já o da Região Sul é de 15.

Figura 3. Coeficiente de mortalidade infantil (por 1 mil nascidos vivos). Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul, 2000-2004



Fonte: IBGE/SIM/Sinasc/SVS

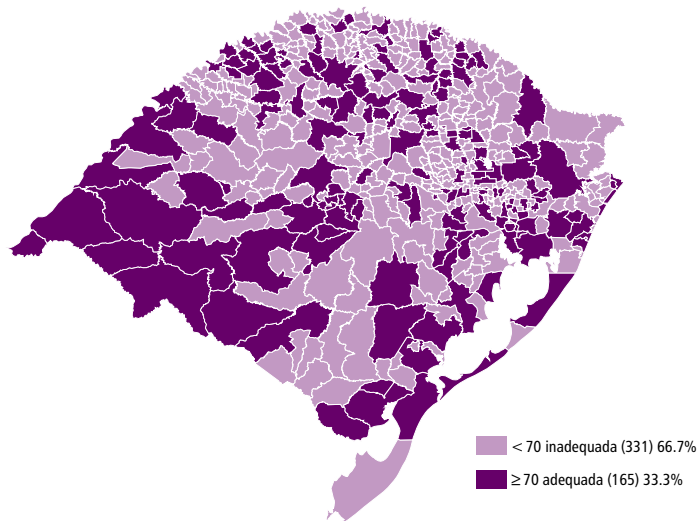
¹A cobertura do SIM e do Sinasc é avaliada tomando-se como parâmetro as estimativas do IBGE para óbitos e nascidos vivos.

Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo

Os agravos febre tifóide e paralisia flácida aguda não atingiram a meta de 50,1% estabelecida para o ano de 2005 de encerramento oportuno dos casos notificados.

Em números totais, o estado superou a meta de 50,1% estabelecida para o ano de 2005, atingindo 83,1% e cumprindo, portanto, a meta adequada de 70% para este indicador.

Figura 1. Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por município. Rio Grande do Sul, 2005*



*Atualizado em 8/1/2006

Fonte: MS/SVS/Sinan

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 100,0%, em 2005.

Tabela 1. Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo. Rio Grande do Sul, 2005*

Agravos	Casos		
	Notificados	Encerrados oportunamente	
	Total	Nº	%
Cólera	0	0	0
Febre tifóide	6	0	0
Peste	0	0	0
Tétano neonatal	0	0	0
Paralisia flácida aguda	26	3	11,5
Raiva humana	2	1	50,0
Síndrome da rubéola congênita	2	1	50,0
Leishmaniose tegumentar americana	7	4	57,1
Chagas	505	290	57,4
Hantavirose	39	23	59,0
Difteria	5	3	60,0
Rubéola	1.001	644	64,3
Malária	63	42	66,7
Sarampo	145	102	70,3
Coqueluche	346	255	73,7
Leptospirose	1.427	1.106	77,5
Febre amarela	9	7	77,8
Tétano acidental	22	18	81,8
Hepatites virais	6.467	5.754	89,0
Meningite	1.661	1.501	90,4
Leishmaniose visceral	1	1	100,0
Total	11.734	9.755	83,1

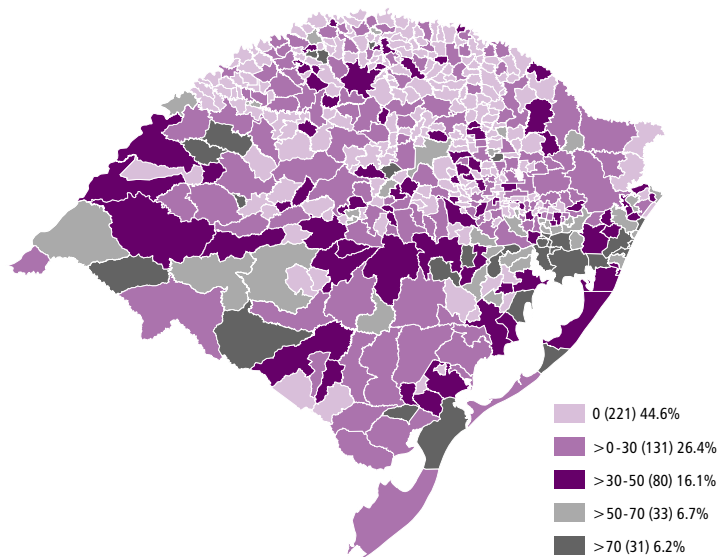
*Dados preliminares sujeitos a revisão. Atualizado em 8/1/2006

Fonte: MS/SVS/Sinan

Tuberculose

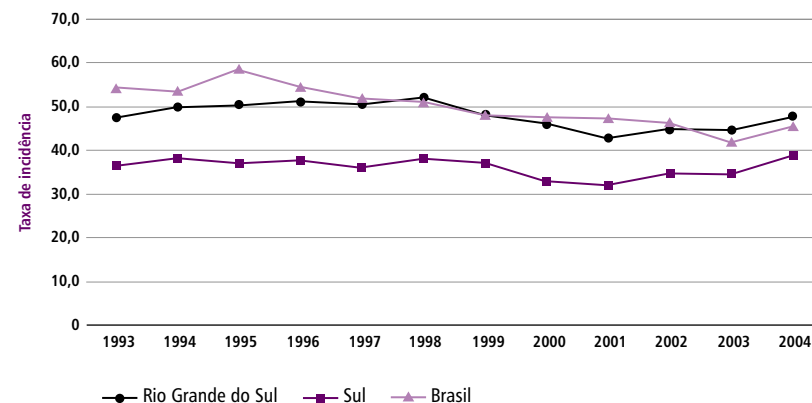
O Rio Grande do Sul possui 22 municípios prioritários. O Programa de Controle da Tuberculose está implantado em apenas 362 das 1.315 unidades de saúde do estado, representando uma cobertura de 27,5%. A implantação da estratégia de tratamento supervisionado – TS/DOTS também está baixa, com uma cobertura de apenas 14,75%.

Figura 1. Municípios segundo taxa de incidência (por 100 mil hab.) para tuberculose. Rio Grande do Sul, 2004



Em 2004, segundo a Secretaria Estadual de Saúde, foram registrados, no Sinan, 4.377 casos novos, representando 55,4% dos casos esperados. A incidência (por 100 mil hab.) foi de 47,8 para casos todas as formas e de 27,3 para casos bacilíferos. A coorte de tratamento, considerando os municípios prioritários, mostrou uma cura de 70,5%, estando abaixo da meta nacional de 85%. O abandono foi de 8,4%, óbitos com tuberculose de 8,4%, transferência de 8,2% e casos não encerrados de 16,4%. A co-infecção TB/HIV foi de 7,2%, a maior do país.

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



No período de um ano houve incremento de 66,67% de unidades (250 unidades) que fazem diagnóstico e tratamento de hanseníase.

Foram diagnosticados 196 casos novos em 2005. Deste total, 161 estão em curso de tratamento.

Destes casos novos diagnosticados:

- um (0,51%) acometia menores de 15 anos;
- nenhum paciente apresentou, no momento do diagnóstico, incapacidade física severa;
- 154 (78,57%) eram formas avançadas da doença.

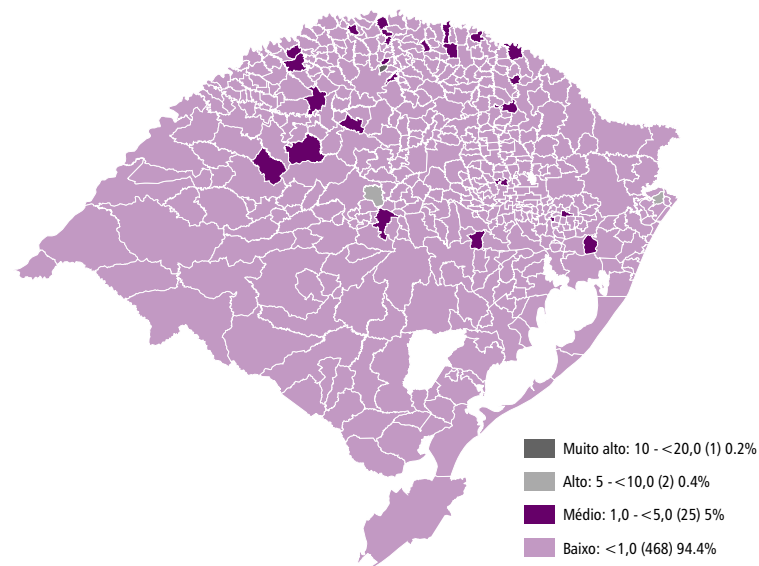
O estado obteve 92,06% de cura em 2005.

Tabela 1. Casos novos de hanseníase, por município e percentual de população. Rio Grande do Sul, 2005

Carga da doença	Nº municípios	População 2005	% População
Até 1 caso	405	4.413.199	40,69
1 a 3 casos	71	2.797.257	25,79
3 a 5 casos	11	691.681	6,38
5 a 20 casos	10	2.942.865	27,14
Mais de 20 casos	0	0	0,00
Total	497	10.845.002	100,00

Desde 2004 o estado atingiu índices de prevalência inferior a um caso por 10 mil habitantes. Entretanto, 27% da população do estado encontra-se em municípios com mais de cinco casos de hanseníase.

Figura 1. Coeficiente de prevalência da hanseníase (por 10 mil hab.) por município. Rio Grande do Sul, 2005



Doenças sexualmente transmissíveis / Aids

Até dezembro de 2004 foram diagnosticados 31.290 casos de aids, sendo 20.375 homens e 10.913 mulheres (dois com sexo ignorado).

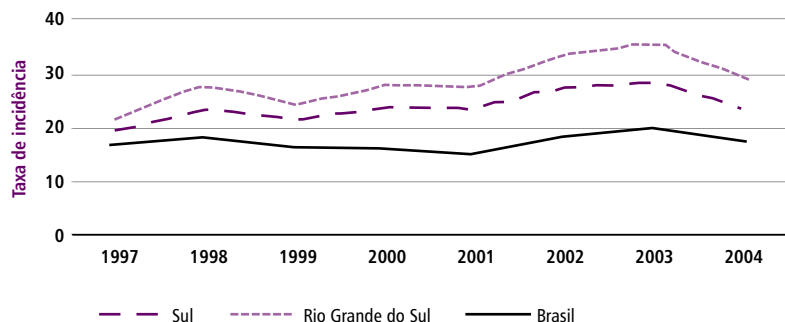
Os municípios que apresentaram o maior número de casos de aids acumulados até 2004 foram (casos acumulados/taxa média de incidência por 100 mil habitantes):

- Porto Alegre (14.081/93,6);
- Canoas (1.134/37,4);
- Viamão (1.091/50,6);
- São Leopoldo (1.061/49,0);
- Alvorada (1.054/65,6).

A taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por aids no ano de 2004 foi de 12,7 óbitos.

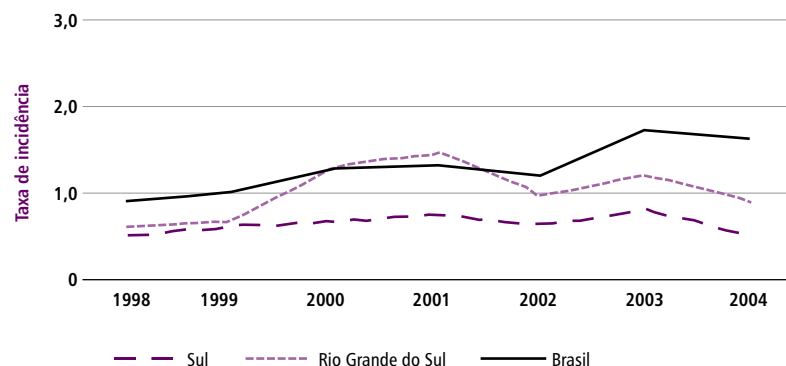
Foram notificados 1.220 casos de transmissão vertical do HIV até 2004.

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



Em relação à sífilis congênita, o estado notificou entre os anos de 1998 e 2004 um total de 1.169 casos. A taxa de incidência (por mil nascidos vivos) de sífilis congênita no ano de 2004 é de 0,9 caso. Até 2004 foi registrado um total de 55 óbitos por sífilis congênita no estado.

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



Esquistossomose

A transmissão é focalizada, limitada ao município de Esteio. Trata-se de um foco com baixa prevalência, relacionada à atividade de lazer (pesca). De 1997 a 2002, a prevalência variou entre 0,0% (1999) a 3,44% (2000). Há dois anos não há registro de casos autóctones.

A média anual de internação, entre 2001 e 2005, foi de 1,2 (houve redução da taxa de internação por 100 mil hab. de 0,02 em 2001 para 0,01 em 2005). O número médio de óbitos, entre 1999 e 2003, foi de 0,06 (a taxa de mortalidade por 100 mil hab. nos anos de 1999 e 2003 – manteve-se estável no valor de 0,01). As internações e óbitos são decorrentes de pessoas oriundas de outros estados endêmicos.

Tracoma

Dados do inquérito epidemiológico realizado em 2004 revelam taxas de prevalência média de tracoma de 4,6%. Foram examinados 7.190 escolares em 117 municípios do estado, com taxas de detecção variando de zero caso a 27,5%.

Raiva

O Rio Grande do Sul é considerado área controlada para raiva canina. Porém, há registro de raiva em herbívoros e morcegos em áreas urbanas e rurais. É realizado o monitoramento de circulação viral de forma não homogênea. Não se realiza campanha de vacinação canina, só para controle de foco. O estado deverá priorizar as ações de vigilância epidemiológica, principalmente na atenção a pessoas expostas ao risco de agressão por animais silvestres.

Hantavirose

Em 2005 foram notificados três novos casos e dois óbitos (letalidade de 66,7%). O coeficiente de mortalidade foi de 0,018/100 mil hab. e a taxa de incidência foi de 0,028/100 mil habitantes.

Febre amarela silvestre

Não há ocorrência de casos de febre amarela desde a década de 60. Entretanto, foram registradas algumas epizootias em macacos nos últimos anos nos municípios de: Garruchos, Santo Antônio das Missões e São Borja, em 2001; e Mata, Santiago e Jaguari, em 2003. Novas epizootias foram registradas em 2005 em Santo Antônio das Missões.

Em todas as situações as medidas de prevenção foram adotadas oportunamente, com vacinação da população, não havendo ocorrência de casos humanos.

Acidentes por animais peçonhentos

O estado do Rio Grande do Sul apresenta média incidência de ofidismo (dez casos/100 mil hab.) e araneísmo (nove), com baixa letalidade, registrada somente para acidentes ofídicos (0,2%).

Leptospirose

Doença de grande incidência no estado, tanto em áreas urbanas quanto rurais. No período entre 2001 e 2005, foram confirmados 2.510 casos, com 157 óbitos (letalidade de 6,3%). O coeficiente de incidência anual média foi de 4,8/100 mil hab., muito superior à média nacional, de 1,7/100 mil habitantes.

Centros de controle de zoonoses

O estado do Rio Grande do Sul possui cinco centros de controle de zoonoses, localizados em Porto Alegre, Santa Maria, Cachoeira do Sul, Pelotas e Uruguaiana (em construção), que atendem a 21,5% da população do estado, desenvolvendo ações voltadas para o controle de população animal (cães e gatos) e de roedores.

Inquéritos sorológicos para a vigilância de febre do Nilo ocidental

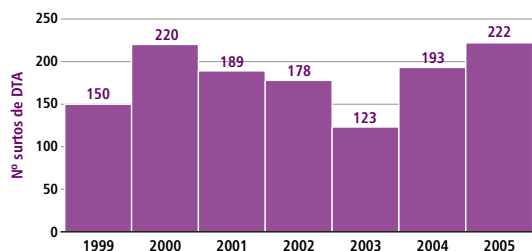
No período de 2002 a 2005, foram realizados três inquéritos sorológicos em 809 aves migratórias no Parque Nacional da Lagoa do Peixe/RS, para detecção dos vírus da febre do Nilo ocidental e da influenza aviária. Nestes inquéritos foram detectados anticorpos dos vírus *Mayaro*, *Oropouche*, *Cacicaporé*, *Encefalite Equina do Leste*, *Saint Louis* e *Rocio* e foi isolado os vírus da influenza aviária tipo H2 e H4 (não patogênicos para humanos). Não foi isolado vírus da FNO.

Outras doenças transmissíveis

Doenças Transmitidas por Alimentos – DTA

Entre 1999 e 2005, o estado do Rio Grande do Sul notificou 1.275 surtos de DTA. Excluindo os surtos sem informação, 59,5% ocorreram em residências; 44,4% foram causados por ovos e produtos à base de ovos e 18%, por alimentos de origem mista. *Salmonella spp* foi detectada em 64,2% dos surtos.

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



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

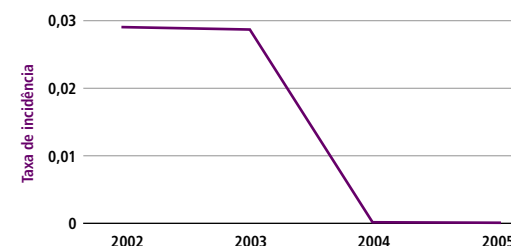
Botulismo

No período de 1999 a 2005, ocorreu um surto de botulismo alimentar com dois casos, no município de Porto Alegre, em março de 2005.

Febre tifóide

Os casos da doença no estado, entre 2002 e 2003, apresentaram uma incidência de 0,03 caso/100 mil hab., em ambos os anos. Em 2004 e 2005 não houve notificação de casos da doença.

Figura 2. Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de febre tifóide. Rio Grande do Sul, 2002-2005

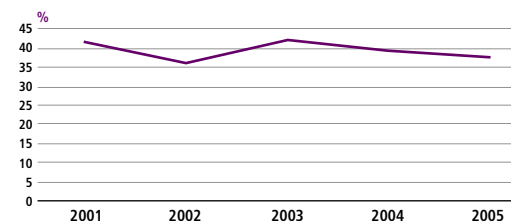


Fonte: Coveh/CGDT/Devep/SVS

Meningite

O percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial em 2004 e 2005 esteve abaixo do mínimo esperado, indicando a necessidade de esforços adicionais para melhorar a qualidade da assistência aos casos.

Figura 3. Percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial. Rio Grande do Sul, 2001-2005*



*Dados preliminares para 2005

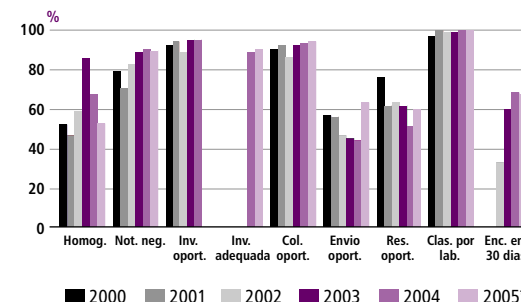
Fonte: MS/SVS/Devep/CGDT/Cover

Sarampo

No estado do Rio Grande do Sul a meta estabelecida, durante o período, para os indicadores epidemiológicos do sarampo foi atingida, exceto para o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada, indicando acúmulo de suscetíveis no estado, o envio e resultado oportuno de amostras, o que sugere problemas de infra-estrutura no encaminhamento das amostras para Lacen, e a liberação dos resultados para a vigilância epidemiológica e o encerramento oportuno no Sinan. A intensificação das ações deve ser realizada para não comprometer os esforços de erradicação.

Foram notificados 988 casos suspeitos de sarampo, entre 2000 e 2005, sem nenhum caso confirmado. Em 1999, no estado, foram confirmados 13 casos de sarampo.

Figura 4. Indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo. Rio Grande do Sul, 2000-2005*



*Dados preliminares

Fonte: Cover/CGDT/Devep/SVS/MS

Rubéola

No Rio Grande do Sul, a vacina tríplice viral foi implantada rotineiramente a partir de 12 meses de idade em 2002, pois a mesma era aplicada aos 15 meses de vida, como dose de reforço desde 1997.

Não houve registro do percentual de municípios com cobertura vacinal adequada no estado em 2001 e nesse mesmo período foram confirmados dois casos de Síndrome da Rubéola Congênita (SRC). A campanha de vacinação contra a rubéola para as Mulheres em Idade Fértil (MIF) ocorreu em 2002, com cobertura vacinal de 82,05%.

Em 2005, o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada no estado foi de 52,42% (setembro/2005). Agregando esse percentual à 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. A partir da semana 39 de 2005, ocorreu um surto de rubéola em cinco municípios da Regional de Saúde de Passo Fundo, com 23 casos confirmados, sem a confirmação de casos em gestantes. Todas as ações de prevenção, controle e da vigilância epidemiológica da rubéola estão sendo intensificadas.

Tétano neonatal

Entre 2000 e 2005, no Rio Grande do Sul, ocorreram quatro casos, com três óbitos – letalidade de 75%. Nenhuma das mães realizou consulta de pré-natal nem recebeu dose da vacina antitetânica.

Figura 5. Município com cobertura adequada para a vacina tríplice viral e número de casos de síndrome da rubéola congênita. Rio Grande do Sul, 2005

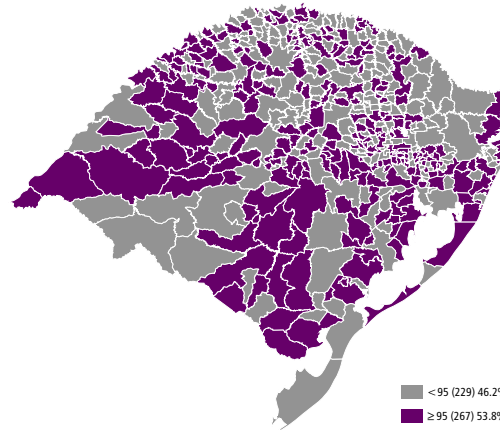
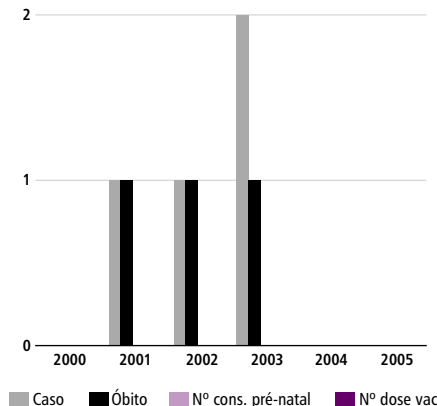


Figura 6. Número de casos e óbitos de tétano neonatal e história de medidas preventivas das mães. Rio Grande do Sul, 2000-2005

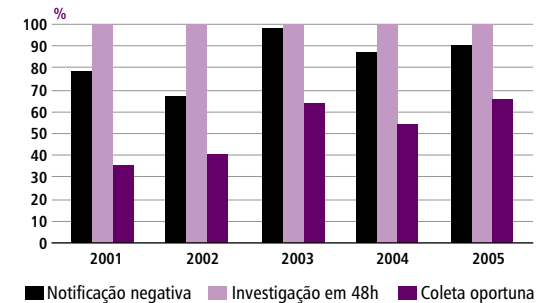


Fonte: Cover-CGDT/Devep/SVS/MS

Paralisia Flácida Aguda – PFA

A qualidade da vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas é avaliada através do gráfico a seguir, com meta mínima estabelecida em 80%, notificação de um caso por 100 mil hab. em menores de 15 anos e a manutenção de altas coberturas vacinais.

Figura 7. Indicadores de vigilância epidemiológica da poliomielite/PFA. Rio Grande do Sul, 2001-2005*



*Dados preliminares para 2005

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

Hepatites virais

Estruturação do Programa

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

O coordenador do Programa Estadual não tem função exclusiva para as hepatites virais, e o estado ainda não instituiu comitê estadual de hepatites virais, de acordo com determinação da Portaria 2.080 de 31/10/2003.

Assistência ao portador

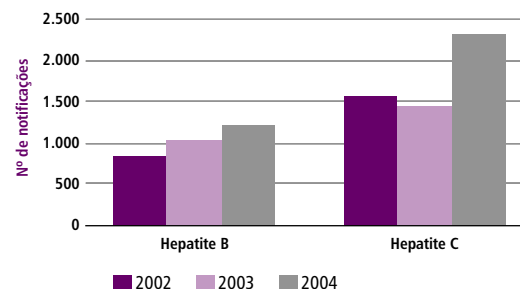
Dos doze centros de testagem e aconselhamento (CTA), cinco (42%) realizam triagem sorológica para hepatites virais.

Há dois pólos de aplicação de medicamentos em Porto Alegre.

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. Rio Grande do Sul, 2002-2004



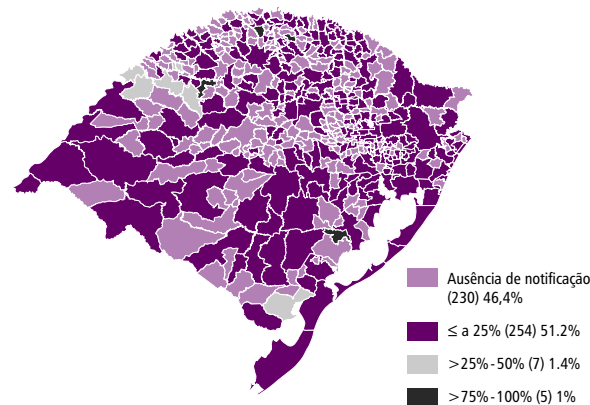
Em 2004, houve 4.157 casos confirmados de hepatites virais, sendo o primeiro estado da Região Sul em número de casos. Foram 27% de hepatite A, 24% de B e 48% de C. Em 2% dos casos a etiologia estava indefinida, demonstrando que o diagnóstico e vigilância podem ser implementados.

Tabela 1. Número de casos confirmados, percentual e incidência*, segundo tipo de hepatite. Rio Grande do Sul, Região Sul, Brasil, 2004

Hepatite	A	B	C	D	Ignorado/ Branco	Total
Nº casos	1.216	1.062	2.144	3	92	4.517
%	27	23	48	0	2	100
Inc. RS	11,5	10,0	20,2	0	0,9	42,6
Inc. Sul	14,0	14,1	14,1	0	0,1	43,2
Inc. Brasil	11,2	6,8	6,3	0,1	2,3	26,8

*Por 100 mil hab.
Fonte: SVS/MS

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



A informação da provável fonte de infecção não está definida em 54% dos casos confirmados do estado, 53% da Região Sul e 55% do Brasil.

Em 2004, a taxa de mortalidade por hepatite C no estado foi a segunda maior do país, demonstrando a atenção que requer este agravo.

Tabela 2. Taxa de mortalidade* (por 1 milhão de hab.) por tipo de hepatite viral. Rio Grande do Sul, Região Sul e Brasil, 2004

Hepatite	A	B	C	D	não especificada
RS	0,38	3,11	18,75	0,19	1,32
Sul	0,46	3,38	11,10	0,08	1,37
Brasil	0,36	2,37	7,29	0,18	1,60

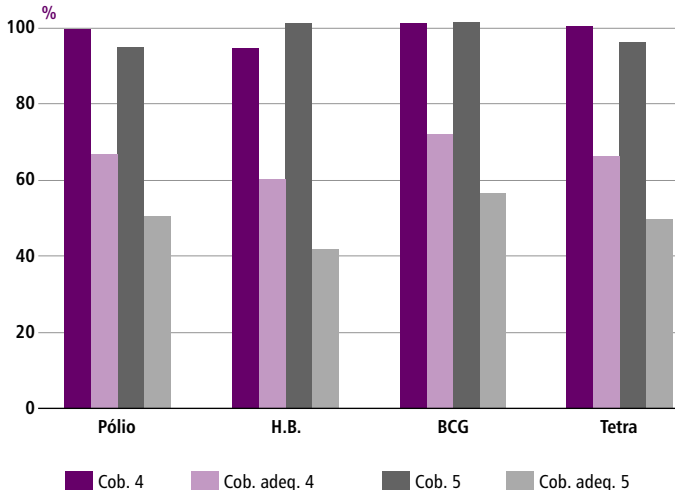
*Por local de residência
Fonte: SIM/2004

Capacitações

Em 2005, o estado promoveu capacitação em vigilância das hepatites virais para 130 profissionais, 100 do PSF e 100 de CTA.

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 o estado do Rio Grande do Sul alcançou em 2004 a meta de cobertura vacinal para todas as vacinas (92,92%), exceto contra hepatite B. Em 2005 alcança a meta para as vacinas BCG e contra hepatite B. As vacinas contra poliomielite e tetravalente apresentam 93,65% e 94,94%, respectivamente. Quanto aos percentuais de municípios com coberturas adequadas (meta pactuada 70%), a meta é alcançada somente para a vacina BCG, em 2004, com um decréscimo para todas as vacinas em 2005, ficando abaixo de 55%.

Figura 1. Cobertura vacinal no estado do Rio Grande do Sul e percentual de municípios com cobertura adequada, 2004-2005



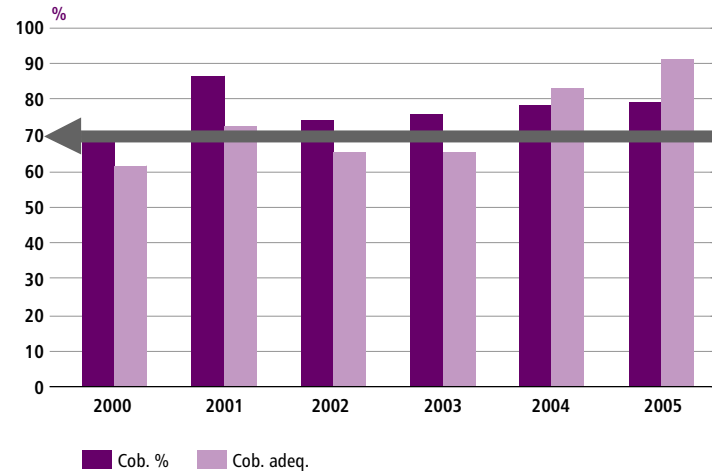
Dados preliminares de cobertura vacinal no estado e coberturas adequadas por município, de janeiro a setembro de 2004 e 2005

Fonte: API/CGPNI/Devep/SVS/MS

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.

Em relação à vacinação do idoso, o estado alcançou a meta em todos os anos (70%), exceto no ano 2000 (69,09%), apresentando um 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. O estado alcança o percentual pactuado de municípios com coberturas adequadas (meta pactuada 70%) nos anos 2001, 2004 e 2005. Nos demais, apresenta um percentual abaixo de 64,9%.

Figura 2. Série histórica de cobertura vacinal do Rio Grande do Sul 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 44,76% dos municípios. Quanto à notificação de eventos adversos pós-vacinação, 71 municípios (14,31%) apresentaram registros no Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação.

Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS

Ações		RS	Porto Alegre	Bento Gonçalves	Cachoeirinha	Novo Hamburgo	Sapucaia do Sul	Viamão
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							
Monitorização de agravos relevantes	Proporção de eventos adversos com investigação encerrada							
	Percentual de municípios com Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas – MDDA implantada							
	Número de surtos identificados através da MDDA							
	Porcentagem de surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos – DTA investigados							
	Investigação de óbitos maternos (capitais e municípios com mais de 200 mil hab.)							
Divulgação de informações epidemiológicas	Investigação de óbitos maternos (municípios com 200 mil hab. ou menos)							
	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		57,1	66,7	88,2	93,8	80,0	88,2	70,6

cumprida
 não cumprida
 não avaliável
 não se aplica

Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS

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

Municípios certificados do Rio Grande do Sul: 368

Em 2005 foram destinados os recursos abaixo discriminados

Valor global: R\$ 26.474.036,12

- Repasse para a Secretaria Estadual de Saúde
SES: R\$ 7.024.471,40
- Repasse para os municípios
R\$ 18.961.905,37

Incentivos específicos acrescidos ao TFVS

Campanhas de vacinação (conforme deliberação da CIB)

- Influenza
SES: R\$ 1.636,95
340 municípios: R\$ 167.242,50
- Poliomielite
SES: R\$ 57.988,20
90 municípios: R\$ 196.243,20

Outros repasses “fundo a fundo”

- Tuberculose
18 municípios: R\$ 265.953,96

Fortalecimento das ações dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Lacen

Finlacen

SES: R\$ 569.404,00

Diagnóstico da tuberculose

SES: R\$ 20.000,00

Promoção de saúde

Porto Alegre: R\$ 193.710,00

Ambientes livres de tabaco

SES: R\$ 150.000,00

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

- SES: R\$ 3.728.641,40
- SMS: R\$ 6.294.972,55

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 Rio Grande do Sul veículos e equipamentos que totalizaram cerca de R\$ 232.700,00.

Beneficiário	Tipo de equipamento			
	Veículo	Centrif. refrig e outros equip.lab.	GPS	Kit de informática
	Motos			
SES	1	4	1	8
SMS	0	0	3	22
Total	1	4	4	30

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 do Rio Grande do Sul, capital e municípios elegíveis, em 2005.

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

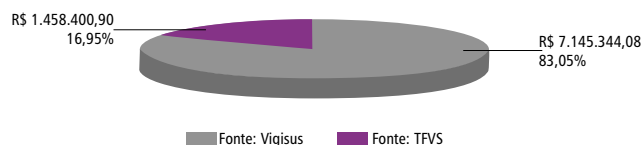


Figura 2. Valores repassados para Secretaria de Estado de Saúde, capital e municípios elegíveis, segundo fonte financiadora, em 2005

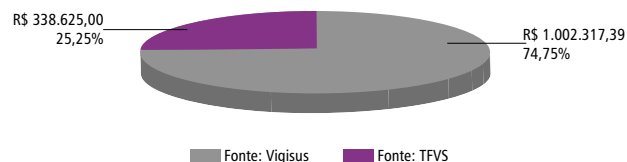


Tabela 1. Valores aprovados para os anos de vigência do Planvigi e repassados para a Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde (capital) e municípios elegíveis, segundo fonte de financiamento. Rio Grande do Sul, 2005

Unidade Federada	Valor Planvigi aprovado		Valor total aprovado	Valores repassados		Valor total repassado
	Fonte: Vigisus	Fonte: TFVS		Fonte: Vigisus	Fonte: TFVS	
SES/RS	2.860.526,98	967.500,00	3.828.026,98	750.888,33	338.625,00	1.089.513,33
Porto Alegre	957.825,00	-	957.825,00	251.429,06	-	251.429,06
Guaíba	92.703,00	-	92.703,00	-	-	-
Cachoeirinha	111.640,00	-	111.640,00	-	-	-
Bagé	117.006,00	-	11.706,00	-	-	-
Sapucaia do Sul	126.512,00	-	126.512,00	-	-	-
Uruguaiana	129.622,00	-	129.622,00	-	-	-
Passo Fundo	174.108,00	-	174.108,00	-	-	-
Rio Grande	189.512,00	-	189.512,00	-	-	-
Alvorada	192.786,00	-	192.786,00	-	-	-
São Leopoldo	198.941,00	-	198.941,00	-	-	-
Viamão	240.000,00	-	240.000,00	-	-	-
Novo Hamburgo	242.617,00	-	242.617,00	-	-	-
Gravarái	243.485,00	-	243.485,00	-	-	-
Santa Maria	251.145,00	-	251.145,00	-	-	-
Canoas	313.844,00	-	313.844,00	-	-	-
Pelotas	327.953,00	-	327.953,00	-	-	-
Caxias do Sul	375.119,00	-	375.119,00	-	-	-
Santa Cruz do Sul	-	111.097,00	111.097,00	-	-	-
Dois Irmãos	-	42.892,90	42.892,90	-	-	-
Santo Antônio da Patrulha	-	42.893,00	42.893,00	-	-	-
Parobé	-	42.892,00	42.892,00	-	-	-
Taquara	-	52.253,00	52.253,00	-	-	-
Campo Bom	-	52.545,00	52.545,00	-	-	-
Sapiranga	-	68.383,00	68.383,00	-	-	-
Esteio	-	77.945,00	77.945,00	-	-	-
Total	7.145.344,08	1.458.400,90	8.603.744,98	1.002.317,39	338.625,00	1.340.942,39

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS

Solo

O Diagnóstico Nacional de Áreas com Populações Expostas a Solo Contaminado, elaborado pelo Vigi-solo 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 Rio Grande do Sul foram mapeadas, cadastradas e categorizadas cinco áreas com solo contaminado, 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 mil	amarela
AI	4	20 mil	amarela
Total	5	21 mil	

Códigos das áreas

AD – Área Desativada

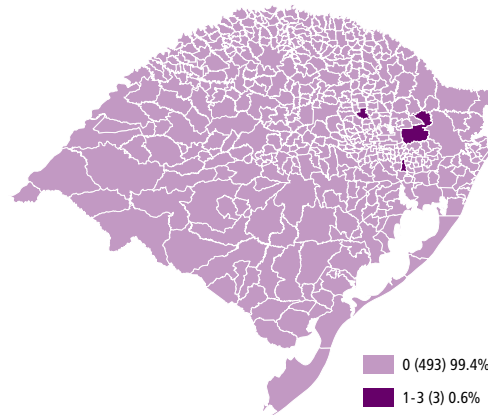
AI – Área Industrial

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

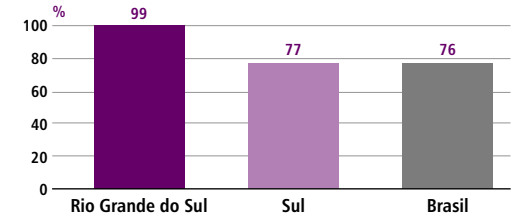


Água

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.

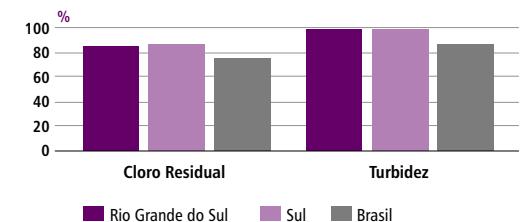
O Rio Grande do Sul apresentou informações de 99% (496) dos 499 municípios, no Sisagua, em 2005.

Figura 2. Percentual de municípios com alimentação de dados no Sisagua. Rio Grande do Sul, Região Sul 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 86% 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. Rio Grande do Sul, Região Sul e Brasil, 2005



Emergências epidemiológicas

Investigação de surto

No estado do Rio Grande do Sul, a SVS, juntamente com as secretarias estadual e municipal de Saúde, participou da seguinte investigação de surto em 2005:

- Surto de toxoplasmose, Santa Vitória do Palmar, julho de 2005.

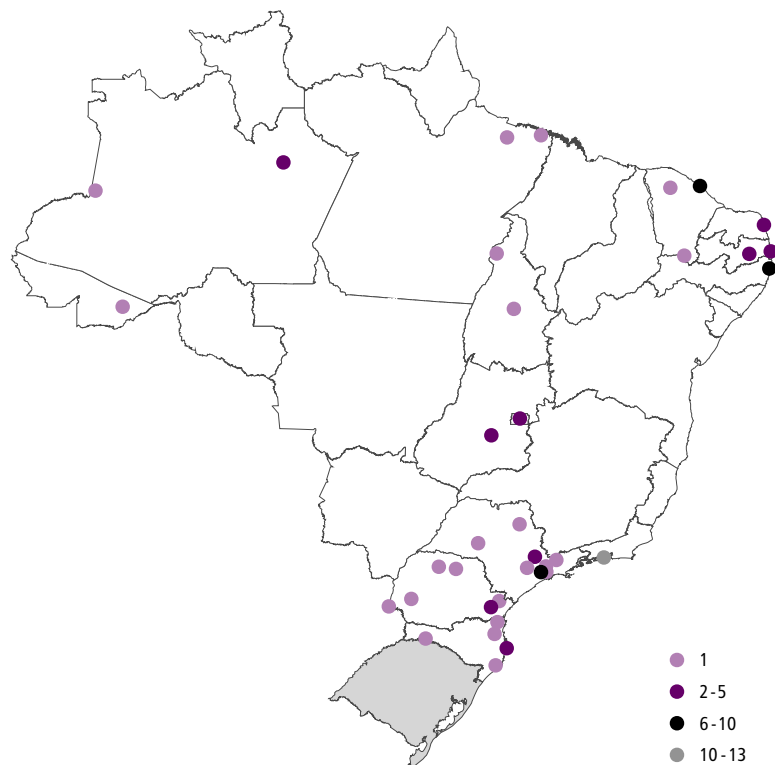
Núcleos Hospitalares de Epidemiologia – NHE

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.

No estado do Rio Grande do Sul está prevista a implantação de 11 núcleos hospitalares de epidemiologia, no ano de 2006.

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



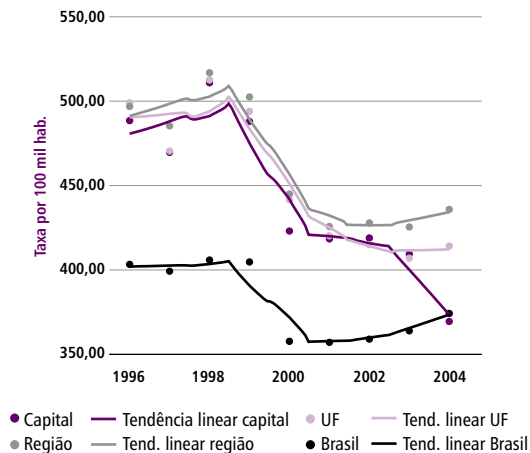
Evolução da mortalidade por doenças não transmissíveis

Em 2004, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças endócrinas e as causas externas representaram 60,9% do total de óbitos por causas conhecidas em Porto Alegre, 69,2% no Rio Grande do Sul, 70,2% na Região Sul e 67,6% no Brasil.

Doenças Aparelho Circulatório – DAC

As taxas de mortalidade por DAC apresentam tendência de queda entre os anos 1996 e 2000 em todos os territórios, seguida de discreta elevação a partir de 2001 até 2004, exceção a Porto Alegre, que continua decrescendo. As taxas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul e da Região Sul apresentam-se mais elevadas que as do Brasil.

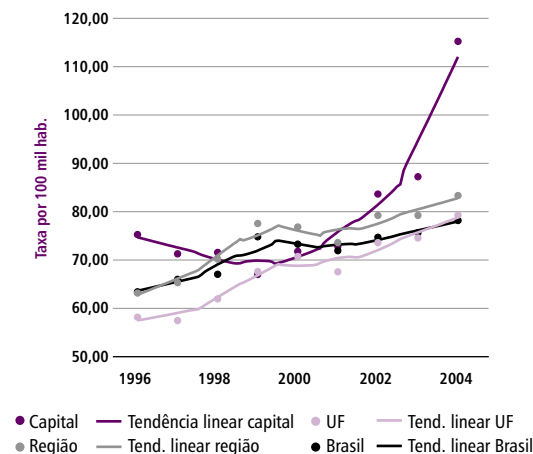
Figura 1. Taxa padronizada de mortalidade por DAC na população >30 anos. Porto Alegre, RS, Sul e Brasil, 1996-2004



Diabetes

As taxas de mortalidades por diabetes apresentam tendências de elevação para todos os territórios. Para Porto Alegre essa tendência é mais acentuada, a partir de 2000.

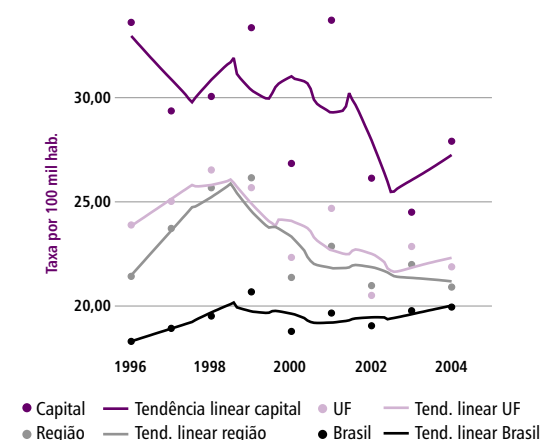
Figura 2. Taxa padronizada de mortalidade por diabetes na população >40 anos. Porto Alegre, RS, Sul e Brasil, 1996-2004



Neoplasias

As taxas de mortalidade por câncer de colo uterino são mais elevadas em Porto Alegre, com grande variação ao longo do período analisado, mas a tendência é de declínio. Para o Rio Grande do Sul e Região Sul, as taxas são mais estáveis, mas também com variações ao longo dos anos, sugerindo declínio. O Brasil apresenta as menores taxas e tendência estável.

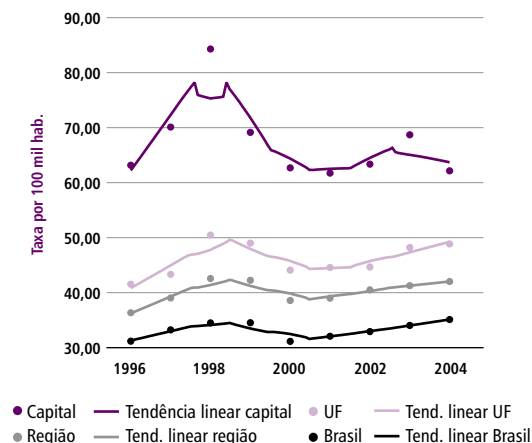
Figura 3. Taxa padronizada de mortalidade por câncer de colo uterino na população >20 anos. Porto Alegre, RS, Sul e Brasil, 1996-2004



Agravos e doenças não transmissíveis

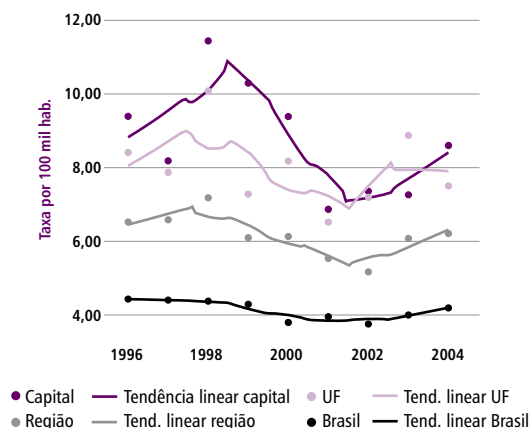
As taxas de mortalidade por câncer de mama têm os maiores valores em Porto Alegre, com tendência estável ao longo do período de estudo. O estado do Rio Grande do Sul, a Região Sul e o Brasil apresentam tendências de discreta elevação ao longo do período.

Figura 4. Taxa padronizada de mortalidade por câncer de mama na população >40 anos. Porto Alegre, RS, Sul e Brasil, 1996-2004



A capital, Porto Alegre, apresenta taxas de mortalidade por câncer de pulmão com maior variação ao longo do período analisado, com discreta tendência de queda. Para o Rio Grande do Sul, para a Região Sul e para o Brasil, as tendências sugerem mais estabilidade, com suaves variações.

Figura 5. Taxa padronizada de mortalidade por câncer de traquéia, brônquios e pulmão na população >30 anos, sexo masculino. Porto Alegre, RS, Sul e Brasil, 1996-2004



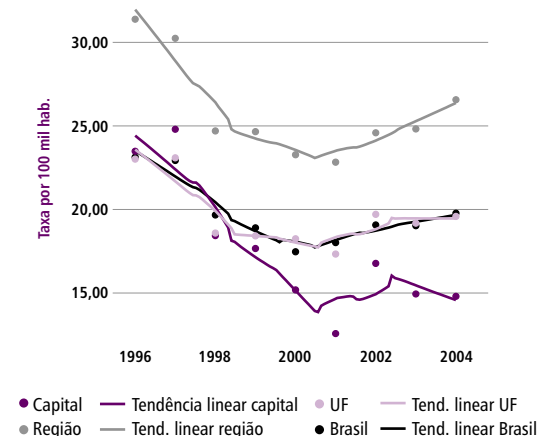
Evolução da mortalidade por causas externas (acidentes e violências)

Em 2004, as causas externas foram a quarta causa de mortalidade, dos óbitos por causas conhecidas, em Porto Alegre (9,2%), quarta no Rio Grande do Sul (10,3%) e terceira na Região Sul (12,6%).

Acidentes de transportes terrestres

As tendências das taxas de mortalidade por acidentes de transportes terrestres são semelhantes em todos os territórios, declinando entre os anos de 1996 e 2000, para voltarem a subir a partir de 2001, mas de forma mais lenta, até 2004. Em Porto Alegre se destaca a tendência de queda.

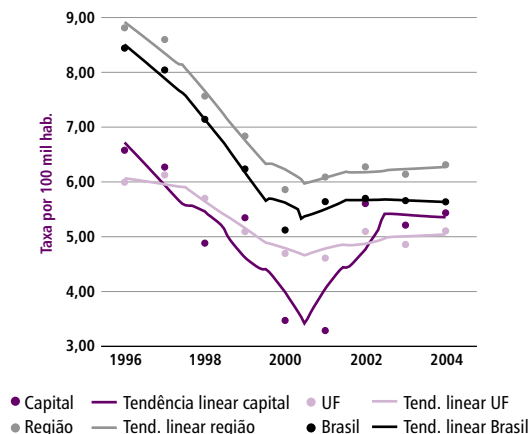
Figura 6. Taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transportes. Porto Alegre, RS, Sul e Brasil, 1996-2004



Atropelamentos

As tendências observadas nas taxas de mortalidade por atropelamentos mostram declínio importante entre 1996 e 2000. A partir desse ano, ficam estáveis para o Brasil e Região Sul, enquanto que para Porto Alegre e Rio Grande do Sul observa-se elevação entre 2001 e 2004, sendo bem mais acentuada para Porto Alegre.

Figura 7. Taxa padronizada de mortalidade por atropelamentos. Porto Alegre, RS, Sul e Brasil, 1996-2004



Acidentes com motocicletas

Tendência de elevação nas taxas de mortalidade por acidentes com motocicletas. A capital, Porto Alegre, apresenta as menores taxas, mas também em ascensão.

Acidentes de automóveis

A figura 9 mostra que a tendência da mortalidade por acidentes de automóveis era de declínio para Porto Alegre (até 2001) e Rio Grande do Sul (até 1999), seguida de elevação até 2004. Para a Região Sul e para o Brasil, as tendências são de elevação.

Figura 8. Taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transportes com motocicletas. Porto Alegre, RS, Sul e Brasil, 1996-2004

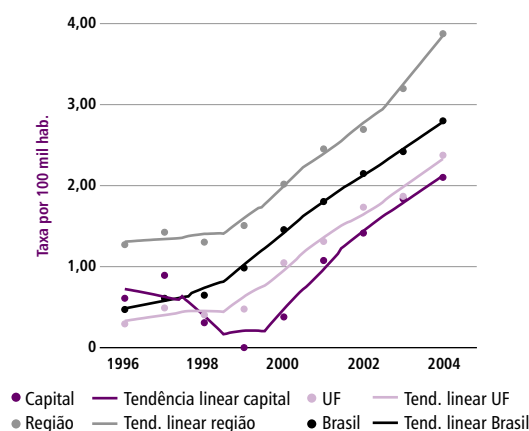
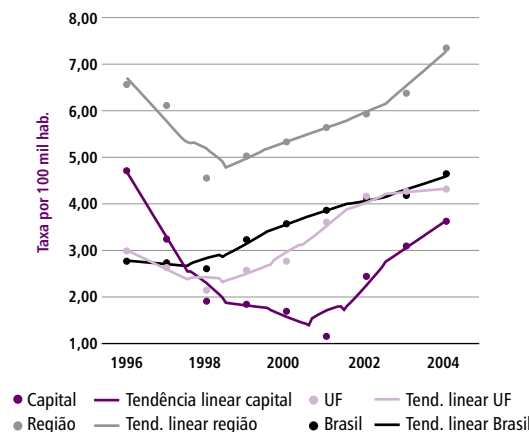


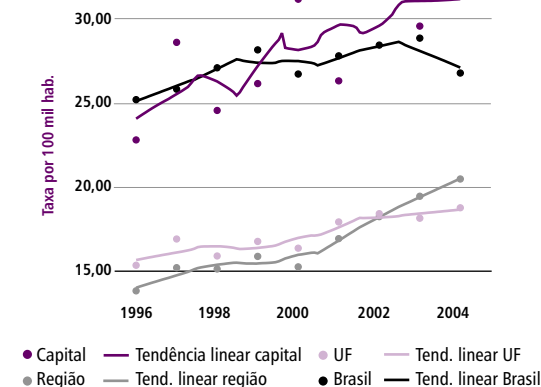
Figura 9. Taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transportes com automóveis. Porto Alegre, RS, Sul e Brasil, 1996-2004



Agressões

As taxas de mortalidade por agressões mostram tendências crescentes em todos os territórios, sendo que Porto Alegre está apresentando as maiores taxas. A partir de 2003 observa-se leve declínio na curva do Brasil.

Figura 10. Taxa padronizada de mortalidade por agressões. Porto Alegre, RS, Sul e Brasil, 1996-2004



Laboratórios de Saúde Pública

O Laboratório Central de Saúde Pública – Lacen é o coordenador da Rede Estadual de Laboratórios, tendo como atribuições, além da realização de exames de média e alta complexidades, capacitar, supervisionar e avaliar a qualidade técnica dos exames produzidos nos laboratórios do estado.

O Ministério da Saúde, tendo identificado as dificuldades financeiras dos Lacen e considerando a sua função estratégica para o sistema de Vigilância em Saúde, resolve instituir, 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 metas obrigatórias para execução, nos 12 meses iniciais de vigência desta modalidade de financiamento, 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

Os Lacen receberão mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde, diretamente para o Fundo Estadual de Saúde, em conta do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS, pelo 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. Ao estado do Rio Grande do Sul será repassado mensalmente o valor de R\$ 200.000,00.

Como incentivo inicial o Finlacen repassou, no mês de janeiro de 2006, para o estado do Rio Grande do Sul, referente às parcelas de novembro e dezembro de 2005, o total de R\$ 569.404,00.

Nas cidades de São Borja e Uruguaiana foram construídos e equipados os Laboratórios de Fronteira deste estado, que está em pleno funcionamento. O Laboratório de Fronteira da cidade de Santana do Livramento foi construído e equipado e, no momento, aguarda-se a formação de equipe profissional para pleno funcionamento.

Em 2005, foi concluída a certificação da área laboratorial de nível de biossegurança 3, construído e equipado, pela SVS, no Lacen, atendendo ao diagnóstico de hantavirose.

Para 2006, estão previstos:

- Implantação dos diagnósticos laboratoriais da raiva pela imunofluorescência direta e das hantavíroses pela técnica de Elisa.
- Implantação do diagnóstico laboratorial de HBV para detecção de carga viral.
- Implantação do diagnóstico de biologia molecular para HCV com detecção de carga viral e genotipagem.

6ª MOSTRA NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS BEM-SUCEDIDAS EM EPIDEMIOLOGIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, realizará de 15 a 17 de novembro, em Brasília, DF, a 6ª Mostra Nacional de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (EXPOEPI). A 6ª EXPOEPI visa divulgar e premiar os serviços de saúde do país que se destacaram nessas áreas, no período de 2005 a 2006, pelos resultados alcançados em atividades relevantes para a saúde pública; também contará com oficinas de trabalho, mesas-redondas, palestras e conferências.

A EXPOEPI vem se consolidando como o principal evento de epidemiologia aplicada aos serviços de saúde, tendo contado, na sua quinta edição, em 2005, com a participação de cerca de 1.300 pessoas.

Os serviços de vigilância em saúde estaduais e municipais interessados em participar da mostra competitiva da EXPOEPI deverão inscrever sua experiência bem sucedida, expressando os indicadores de resultados epidemiológicos ou operacionais em um ou mais dos seguintes temas:

1. Vigilância Ambiental
2. Vigilância, Prevenção e Controle de DST/Aids
3. Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Imunopreveníveis
4. Vigilância, Prevenção e Controle de Dengue
5. Vigilância, Prevenção e Controle de Malária

6. Vigilância, Prevenção e Controle de Tuberculose
7. Vigilância, Prevenção e Controle de Hanseníase
8. Vigilância, Prevenção e Controle de Hepatites Virais
9. Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis
10. Aperfeiçoamento dos Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde
11. Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis
12. Vigilância, Prevenção e Controle de Acidentes e Violência
13. Vigilância Epidemiológica Hospitalar

Em cada tema serão selecionadas três experiências para apresentação oral durante o evento, em um total de 39 trabalhos a serem divulgados e que participarão da Mostra Competitiva no local. As experiências devem ser originalmente dos Serviços de Saúde e demonstrar Reprodutibilidade, Sustentabilidade, Inovação e Impacto potencial na Saúde Pública. A inscrição é institucional e o autor principal deve ser lotado em serviço público de vigilância em saúde. A instituição vencedora em cada um dos temas receberá um prêmio de R\$ 30 mil.

Para maiores informações acesse o site da SVS:
www.saude.gov.br/svs

www
.saude
.gov
.br
/svs

● ● ● **Leia em voz alta para não esquecer!**

A Secretaria de Vigilância em Saúde na Internet

ISBN 85-334-1110-3



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



**Ministério
da Saúde**

Governo Federal