

Ministério da Saúde

**Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**

**Relatório de Situação**

**Sergipe**

2ª edição

Brasília/DF

Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde

**Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**  
**Relatório de Situação**

# Sergipe

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: 500 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](mailto:svs@saude.gov.br)

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

#### **Produção editorial**

Consolidação de dados: Adriana Bacelar Ferreira Gomes

Copidesque/revisão: Estênio Brasilino

Projeto gráfico: Fabiano Camilo, Sabrina Lopes

Diagramação: Fred Lobo

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

#### Ficha Catalográfica

---

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

Sistema nacional de vigilância em saúde : relatório de situação : Sergipe / 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 85-334-1127-8

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

NLM WA 900

---

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2006/0492

#### **Títulos para indexação:**

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

Em espanhol: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud: relatório de la situación: Sergipe

## Sumário

- 4 Sistemas de Informações – SIM e Sinasc
- 5 Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan
- 6 Tuberculose
- 7 Hanseníase
- 8 Doenças sexualmente transmissíveis – Aids
- 9 Dengue
- 10 Doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses
- 11 Outras doenças transmissíveis
- 13 Hepatites virais
- 14 Programa Nacional de Imunizações – PNI
- 15 Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS
- 16 Recursos
- 17 Projeto Vigisus II
- 18 Vigilância em saúde ambiental
- 19 Emergências epidemiológicas
- 20 Agravos e doenças não transmissíveis
- 23 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.

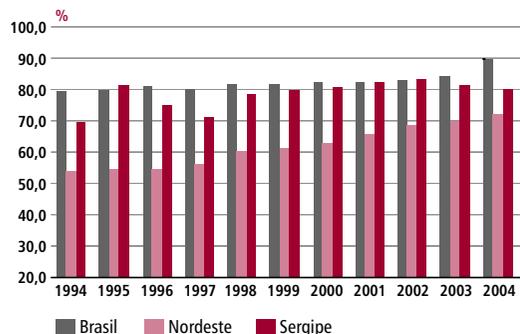
Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Secretário de Vigilância em Saúde/MS

## Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

### Cobertura

A cobertura<sup>1</sup> do SIM exibiu valores que flutuaram entre 70% e 81% nos últimos dez anos. Em 2004, Sergipe apresentou cobertura de 80%, valor inferior à cobertura da região que foi de 72%.

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



Fonte: SVS/MS

### Coefficiente Geral de Mortalidade – CGM

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

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

Por ser influenciado pela estrutura etária da população, para fins comparativos, optou-se por utilizar o coeficiente geral de mortalidade padronizado por idade ao invés do coeficiente bruto.

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

CGM padronizado dos municípios de Sergipe, em 2004:

- até 4,0/mil hab., 15 municípios (20%);
- de 4,0 a 6,5/mil hab., 54 municípios (72%);
- maior que 6,5/mil hab., 6 municípios (8%).

A capital, Aracaju, teve o CGM padronizado de 6,4/mil hab., o estado de Sergipe 5,4/mil hab. e a Região Nordeste 5,1/mil habitantes.

### Percentual de causas mal definidas

O percentual de óbitos por causas *mal definidas* em Sergipe é de 12,5% em 2004.

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

- até 10%: 32 municípios (42,7%);
- entre 10% e 20%: 23 municípios (30,7%);
- 20% e mais: 20 municípios (26,7%).

Aracaju tem 4,2% de óbitos por causas *mal definidas*.

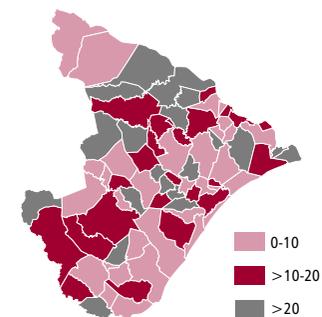
## Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc

### Cobertura

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

Em 2004, a cobertura do Sinasc em Sergipe foi de 79%.

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



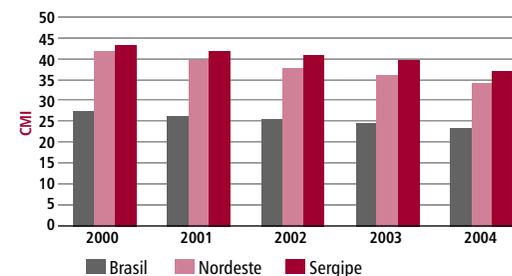
### Mortalidade infantil

#### 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 Sergipe em 2004 é de 37, e o da Região Nordeste é de 34.

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



Fonte: IBGE/SIM/Sinasc/SVS

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

## Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo

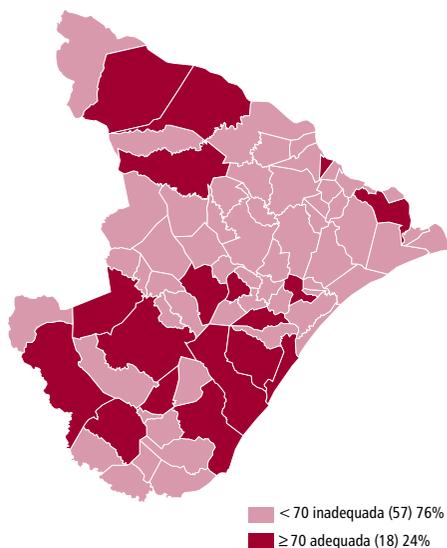
Os agravos chagas aguda, cólera e leptospirose não atingiram a meta de 69,1 % estabelecida para o ano de 2005 de encerramento oportuno dos casos notificados.

Em números totais o estado superou a meta de 69,1% estabelecida para o ano de 2005, atingindo 82,7% 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 100,0%, em 2005.

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



\*Atualizado em 8/1/2006  
Fonte: MS/SVS/Sinan

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

Agravos	Casos		
	Notificados Total	Encerrados oportunamente	
		Nº	%
Febre amarela	0	0	0,0
Hantavíroses	0	0	0,0
Peste	0	0	0,0
Raiva humana	0	0	0,0
Síndrome da rubéola congênita	0	0	0,0
Tétano neonatal	0	0	0,0
Chagas aguda	40	21	52,5
Cólera	9	5	55,6
Leptospirose	34	20	58,8
Malária	4	3	75,0
Leishmaniose visceral	46	35	76,1
Leishmaniose tegumentar americana	13	10	76,9
Febre tifóide	5	4	80,0
Hepatites virais	298	245	82,2
Paralisia flácida aguda	17	15	88,2
Rubéola	106	95	89,6
Meningite	78	76	97,4
Coqueluche	14	14	100,0
Difteria	4	4	100,0
Sarampo	22	22	100,0
Tétano acidental	9	9	100,0
<b>Total</b>	<b>699</b>	<b>578</b>	<b>82,7</b>

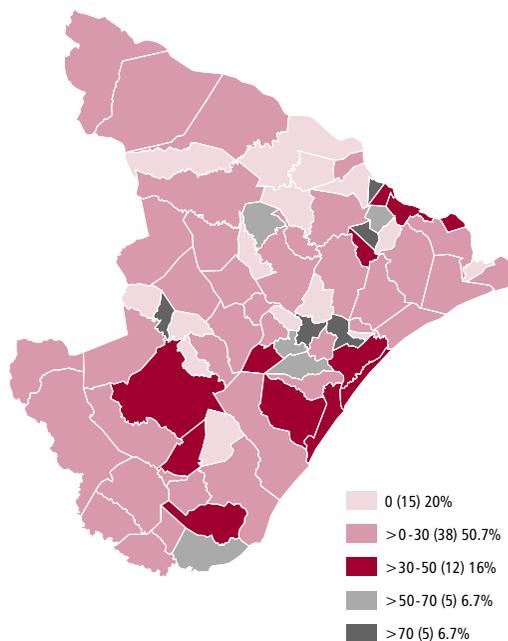
\*Atualizado em 8/1/2006  
Fonte: MS/SVS/Sinan

# Tuberculose

Em Sergipe três os municípios prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Em 2005, foram capacitados 1.070 profissionais.

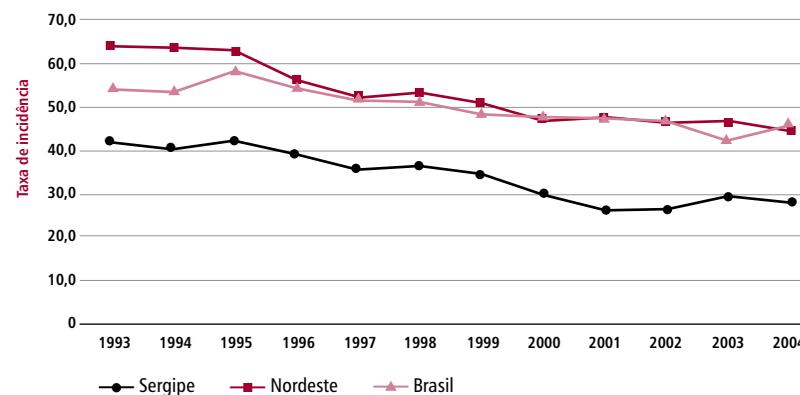
Das 631 unidades de saúde do estado, 540 fazem ações do programa de controle da TB. O percentual de cobertura de unidades com a estratégia de tratamento supervisionado – TS/DOTS implantada é de 85,57%.

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



Em 2004 foram registrados no Sinan nacional 535 casos novos, representando um percentual acima do número esperado, em relação aos três últimos anos, com uma incidência (por 100 mil hab.) de 28,1 para casos de todas as formas e 16,2 para casos bacilíferos. Dados da Secretaria Estadual de Saúde informam que a coorte de tratamento, considerando os municípios prioritários, mostrou uma cura de 85,07%, estando acima da meta nacional de 85%. O abandono foi de 9,4%, óbitos de pacientes com tuberculose corresponderam a 5,72%, transferência de 9,81% e encerramento de 86,24%. A co-infecção TB/HIV foi de 5,6%.

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



No período de um ano houve incremento de 23,74% de unidades (172 unidades) que fazem diagnóstico e tratamento de hanseníase.

Foram diagnosticados 566 casos novos em 2005. Deste total, 373 estão em curso de tratamento.

Destes casos novos diagnosticados:

- 51 (9,01%) acometiam menores de 15 anos;
- 2 (0,5%) apresentavam, no momento do diagnóstico, incapacidade física severa;
- 228 (40,28%) eram formas avançadas da doença.

O estado obteve 73,8% de cura em 2005.

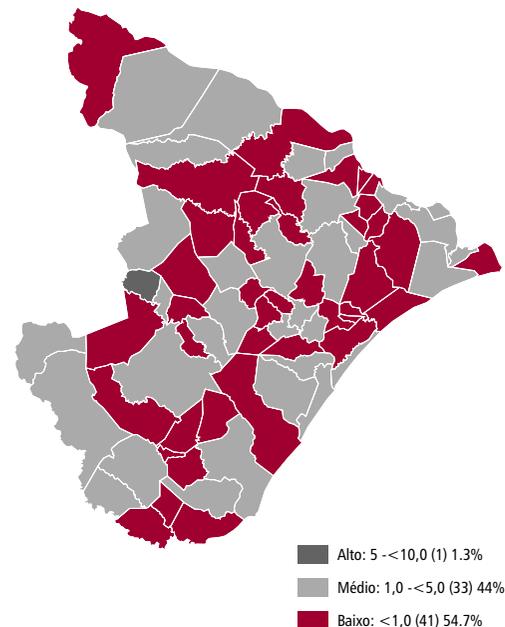
O estado de Sergipe possui um município prioritário para hanseníase, que é a capital Aracaju.

Ainda 65% da população do estado encontram-se em municípios com mais de cinco casos de hanseníase.

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

Carga da doença	Nº municípios	População 2005	% População
Até 1 caso	23	166.334	8,45
1 a 3 casos	26	375.057	19,06
3 a 5 casos	8	148.397	7,54
5 a 20 casos	13	357.557	18,17
Mais de 20 casos	5	920.473	46,78
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>1.967.818</b>	<b>100,00</b>

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



# Doenças sexualmente transmissíveis / Aids

Até dezembro de 2004, foram diagnosticados 1.354 casos de aids, sendo 943 homens e 411 mulheres.

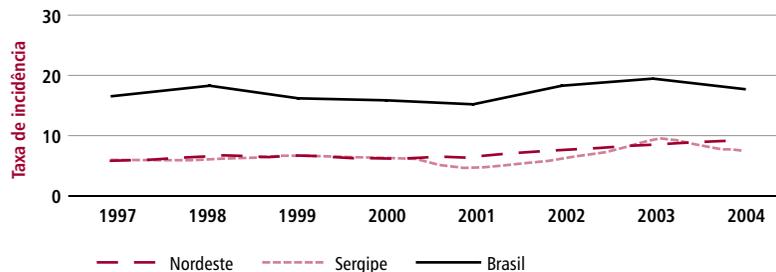
Os municípios do estado que apresentaram o maior número de casos de aids acumulados até 2004 foram (casos acumulados/taxa média de incidência por 100 mil hab.):

- Aracaju (658/12,2);
- Nossa Senhora do Socorro (120/9,4);
- Itabaiana (80/8,8), Lagarto (49/3,7);
- Lagarto (49/3,7);
- Estância (48/6,3).

A taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por aids no ano de 2004 foi de 2,8 óbitos.

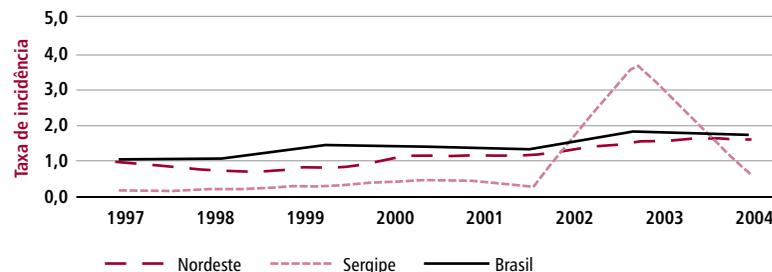
Foram notificados 41 casos de transmissão vertical do HIV até 2004.

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



Em relação à sífilis congênita, o estado notificou entre os anos de 1998 e 2004 um total de 213 casos. A taxa de incidência (por mil nascidos vivos) de sífilis congênita no ano de 2004 é de 0,9 caso. Até 2004 foram registrados dois óbitos por sífilis congênita no estado.

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



Dos 75 municípios do estado, 12 (16,0%) são prioritários para o Programa Nacional de Controle da Dengue: Aquidabã, Aracaju, Barra dos Coqueiros, Estância, Itabaiana, Itaporanga d'Ajuda, Lagarto, Laranjeiras, Maruim, Nossa Senhora do Socorro, Propriá, São Cristóvão. Estes municípios concentram 55,9% da população do estado.

## Situação epidemiológica

De acordo com os dados do Sinan, entre janeiro e setembro de 2005 foram registrados 1.311 casos de dengue, o que representou um aumento de 46,0%, quando comparado com o mesmo período de 2004 (898 casos). Neste mesmo período, foi registrado um caso de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD). Na Região Nordeste, Sergipe (até setembro de 2005) foi o estado com menor número de casos.

**Tabela 1. Índice de Infestação Predial (IIP) nos municípios prioritários, janeiro a agosto de 2003-2005**

Ano	0 < IIP < 1		1 ≤ IIP < 3		3 ≤ IIP < 5		IIP ≥ 5	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2003	2	16,7%	6	50,0%	2	16,7%	-	-
2004	5	41,7%	5	41,7%	1	8,3%	-	-
2005	5	41,7%	2	16,7%	3	25,0%	1	8,3%

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		Total de estratos*
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Aracaju	2	10,0	15	75,0	3	15,0	20
Nossa Sra. do Socorro	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4

\*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	Nenhum
FAD na rotina	Nenhum
Plano de contingência	Aquidabã, Barra dos Coqueiros, Estância, Itabaiana, Itaporanga d'Ajuda, Lagarto, Laranjeiras, Maruim, Nossa Senhora do Socorro, Propriá, São Cristóvão
Comitê de mobilização	Nenhum

Fonte: SMS/SES/DIAGDENG

## Esquistossomose

A transmissão é endêmica em 51 dos 75 municípios. A prevalência média do estado em 2004 foi 10,5% em 10.262 pessoas examinadas. A doença é mais prevalente em municípios das zonas da mata e do litoral.

A média anual de internação, no período 2001-2005, foi de 31 (houve redução da taxa de internação por 100 mil hab. de 2,09 em 2001 para 1,58 em 2005). O número médio de óbitos, no período de 1999-2003, foi de 8,4 (houve redução na taxa de mortalidade por 100 mil hab. de 0,58 em 1999 para 0,53 em 2003).

## Tracoma

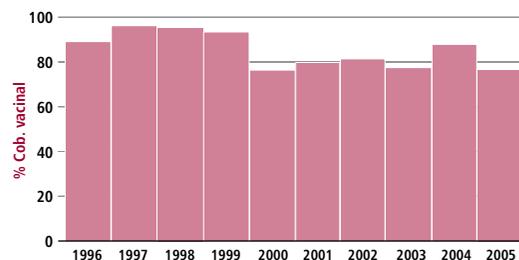
Dados do inquérito epidemiológico realizado em 2004 revelam taxas de prevalência média de tracoma no estado de 5,84. Foram examinados escolares de 53 municípios do estado, com taxas de detecção variando de zero caso a 28,21%.

## Raiva

No período de 2002 a 2005, foram notificados 24 casos de raiva canina e felina, quatro em raposas e um de raiva humana transmitida por cão. Devido ao monitoramento de circulação viral insuficiente, vários municípios são considerados áreas silenciosas para raiva. A cobertura vacinal canina no estado é satisfatória, porém diferenciada para entre os municípios e ainda não foi realizada a revisão da

estimativa populacional canina nos municípios. As atividades de controle de foco são pouco efetivas. Deverá priorizar as ações de vigilância epidemiológica, principalmente na atenção às pessoas expostas ao risco de agressão por animais silvestres.

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



## Leishmanioses

No ano de 2004 o estado de Sergipe registrou sete casos de leishmaniose tegumentar e incidência de 0,4 por 100 mil hab., apresentando uma redução de 186% em relação ao ano anterior (20). Com relação à leishmaniose visceral foram registrados 30 casos, com incidência de 1,6 por 100 mil habitantes.

## Acidentes por animais peçonhentos

O estado de Sergipe apresenta *déficit* de informações considerável, não sendo possível aferir o risco de acidentes por animais peçonhentos no estado com os dados disponíveis.

## Leptospirose

No período 2001-2005 foram confirmados 116 casos, com 22 óbitos (letalidade de 19%, marcadamente superior à letalidade média nacional para o período, que foi de 11,8%). O coeficiente de incidência anual média é de 1,2/100 mil hab. (média nacional: 1,7/100 mil hab.).

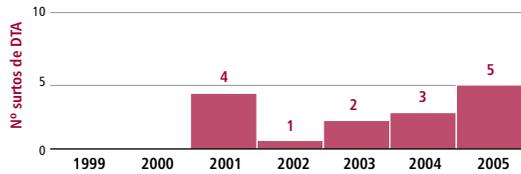
## Centros de controle de zoonoses

O estado de Sergipe possui dois centros de controle de zoonoses, localizados em Aracaju e Lagarto, que atendem 29,9% da população do estado e têm suas ações voltadas para o controle da raiva e controle de população animal (cães e gatos).

## Doenças Transmitidas por Alimentos – DTA

No período de 1999 a 2005, o estado de Sergipe notificou 15 surtos de DTA. Desses, quatro ocorreram em residências.

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

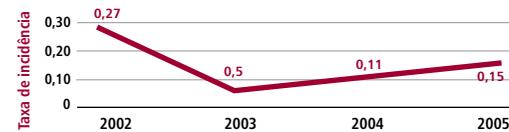


\*Dados de 2005 sujeitos a alteração, atualizados até 14/02/2006

## Febre tifóide

Os casos da doença no período de 2002 a 2005 apresentaram uma incidência de 0,27; 0,05; 0,11 e 0,15 casos/100 mil hab., respectivamente.

**Figura 2. Incidência de febre tifóide. Sergipe, 2002-2005\***

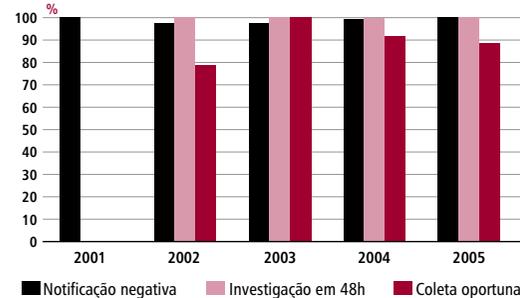


\*Dados preliminares  
Fonte: Coveh/CGDT/Devep/SVS

## Paralisia Flácida Aguda – PFA

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

**Figura 3. Indicadores de vigilância epidemiológica da poliomielite/PFA. Sergipe, 2001-2005\***



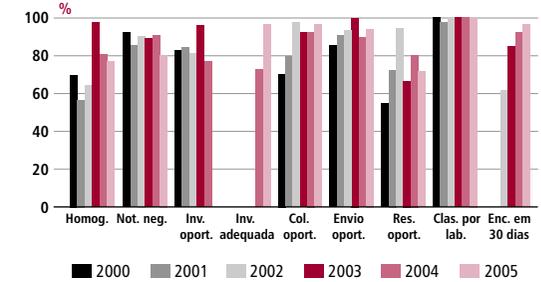
\*Dados preliminares em 2005  
Fonte: MS/SVS/Devep/CGDT/Cover/Sinan

## Sarampo

No estado de Sergipe a meta estabelecida, durante o período, para os indicadores epidemiológicos do sarampo foi atingida, exceto para o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada, indicando o acúmulo de suscetíveis no estado, e o resultado oportuno, que sugere problemas na liberação dos resultados para a vigilância epidemiológica. A intensificação das ações deve ser realizada para não comprometer os esforços de erradicação.

De 2000 a 2005 foram notificados 1.357 casos suspeitos de sarampo sem nenhuma confirmação. Em 1999 foram confirmados 20 casos de sarampo no estado.

**Figura 4. Indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo. Sergipe, 2000-2005\***

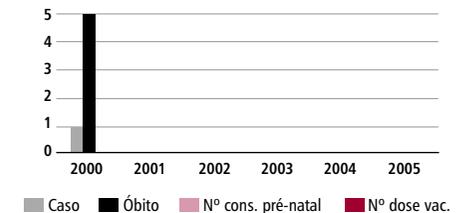


\*Dados preliminares  
Fonte: Cover/CGDT/Devep/SVS/MS

## Tétano neonatal

No período de 2000 a 2005, em Sergipe, ocorreu um caso, que foi a cura. Uma mulher fez cinco consultas de pré-natal, porém não tinha nenhuma dose da vacina antitetânica.

**Figura 5. Número de casos e óbitos de tétano neonatal e história de medidas preventivas das mães. Sergipe, 2000-2005**



Fonte: Cover-CGDT/Devep/SVS/MS

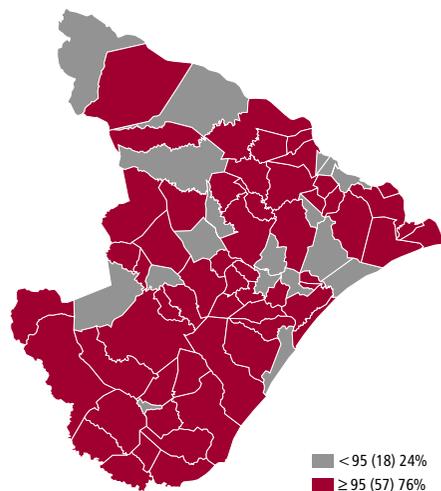
## Rubéola

Em Sergipe, 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 1999.

O percentual de municípios com cobertura vacinal adequada no estado foi de 46,67% em 2001 e nesse mesmo período nenhum caso de Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) foi confirmado. A campanha de vacinação contra a rubéola para as Mulheres em Idade Fértil (MIF) ocorreu em 2001 com a cobertura vacinal de 101,81%.

Em 2005, o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada no estado foi de 76% (setembro de 2005). Agregando esse aumento a 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 6.** Município com cobertura adequada para a vacina tríplice viral e número de casos de síndrome da rubéola congênita. Sergipe, 2005

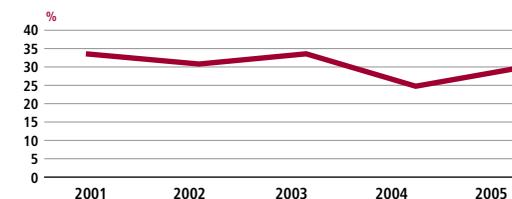


Fonte: Devep/SVS/MS

## 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 7.** Percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial. Sergipe, 2001-2005\*



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

## 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 tem função exclusiva para as hepatites virais e o estado já instituiu comitê estadual de hepatites virais, de acordo com determinação da Portaria 2.080 de 31.10.2003.

## Assistência ao portador

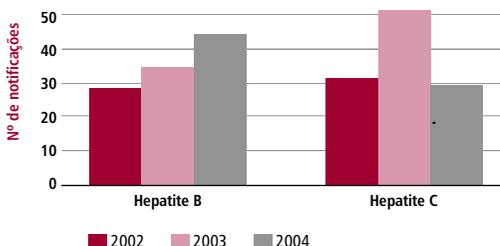
Dos seis centros de testagem e aconselhamento (CTA), todos (100%) realizam triagem sorológica para hepatites virais.

Não há pólo de aplicação de medicamentos implantado no estado.

## Dados epidemiológicos

As notificações de hepatites B e C têm aumentado em quase todos os estados do Brasil. Em Sergipe, questiona-se se estes números refletem a realidade ou a falta de diagnóstico.

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



Em 2004, houve 195 casos confirmados de hepatites virais, sendo o nono estado da Região Nordeste em números de casos. Foram 59% de hepatite A, 22% de B e 14% de C. Em 5% dos casos a etiologia estava indefinida, demonstrando que o diagnóstico e a vigilância necessitam ser implementados.

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

Hepatite	A	B	C	D	Ignorado/Branco	Total
Nº casos	114	43	28	0	10	195
(%)	59	22	14	0	5	100
Inc. AL	6,0	2,3	1,5	0,0	0,5	10,2
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

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

Hepatite	A	B	C	D	não especificada
SE	0,00	1,05	2,10	0,00	0,00
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

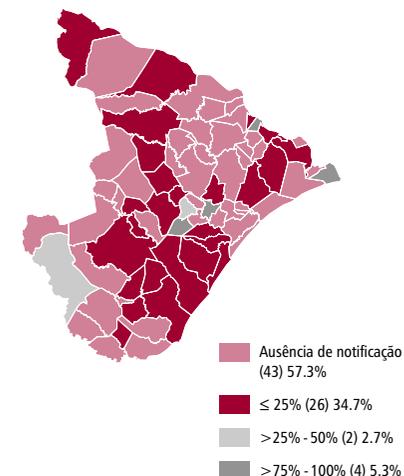
Fonte: SIM/2004

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

A informação da provável fonte de infecção não está definida em 40% dos casos confirmados do estado, 50% da Região Nordeste e 55% do Brasil.

Em 2004, as taxas de mortalidade por hepatites B e C foram menores que as médias regional e nacional. Questiona-se se esses dados refletem a realidade ou a deficiência no diagnóstico.

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



## Capacitações

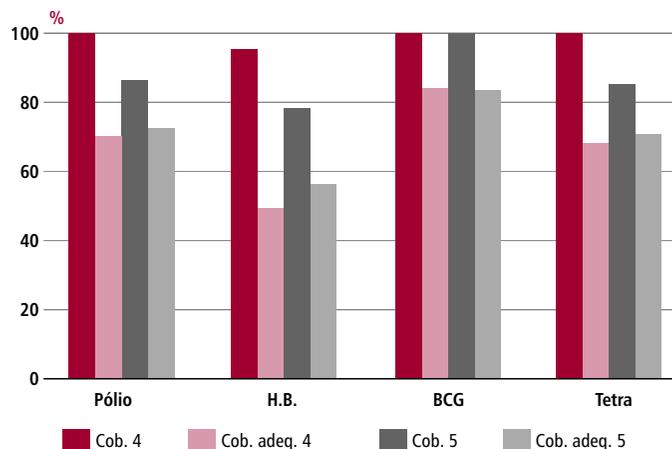
Em 2005, o estado promoveu capacitação em vigilância das hepatites virais para 36 profissionais e em manejo das hepatites B e C para quatro médicos.

# Programa Nacional de Imunizações – PNI

Nas ações de vacinação de rotina com as vacinas tetravalente (DTP/Hib), BCG, contra poliomielite e hepatite B, dados comparativos até setembro dos anos 2004 e 2005 demonstram que no estado do Sergipe, no ano de 2004, as metas foram alcançadas para estas vacinas, exceto contra hepatite B (94,98%). Para o ano de 2005, observa-se uma queda acentuada no percentual de coberturas vacinais, alcançando a meta somente para a vacina BCG. Em relação aos percentuais de coberturas adequadas – meta pactuada 70%, o estado alcança para todas as vacinas, exceto para a vacina contra hepatite B (56%).

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 Sergipe e percentual de municípios com cobertura adequada, 2004-2005\***

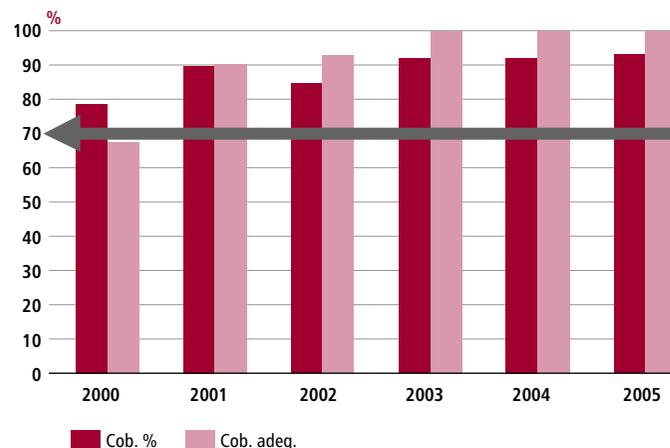


\*Dados preliminares de cobertura vacinal no estado e coberturas adequadas por município, de janeiro a setembro de 2004 e 2005

Fonte: API/CGPNI/Devep/SVS/MS

Em relação à vacinação do idoso, o estado alcançou a meta em todos os anos, mantendo-se em torno de 91% desde 2003, com aumento gradativo do número de vacinados e 100% de seus municípios com coberturas acima de 70% (meta preconizada).

**Figura 2. Série histórica de cobertura vacinal no estado de Sergipe 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 100% dos municípios. Quanto à notificação de eventos adversos pós-vacinação, somente seis municípios (8%) apresentaram registro no Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação.

# Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS

Ações		SE	Aracaju	Nossa Senhora do Socorro
Notificação	Notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda - PFA			
	Notificação de sarampo			
Investigação	Investigação epidemiológica oportuna para doenças exantemáticas			
	Investigação epidemiológica oportuna para raiva humana			
	Encerramento oportuno da investigação epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória			
	Coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de Paralisia Flácida Aguda-PFA			
Diagnóstico Laboratorial	Diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola)			
	Realização de cultura de líquido para o diagnóstico laboratorial de meningite			
	Realizar supervisão à Rede de laboratórios do estado (públicos e conveniados)			
Vigilância Ambiental	Ca			
Vigilância e Controle de Vetores	Identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes</i>			
	Percen <i>Aedes</i>			
	Inspeções semanais em armadilhas instaladas, de acordo com o preconizado no PNCD, nos municípios não infestados			
Controle de Doenças	Cura de casos novos de tuberculose bacilíferos			
	Encerramento de casos novos de tuberculose bacilíferos			
Imunizações	Cobertura vacinal adequada - BCG			
	Cobertura vacinal adequada - Hepatite B			
	Cobertura vacinal adequada - Poliomielite			
	Cobertura vacinal adequada - Tetravalente			
	Cobertura vacinal adequada -Tríplice viral			
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada - BCG			
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada - Hepatite B			
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada - Poliomielite			
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada - Tetravalente			
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada -Tríplice viral			
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			
	Percentagem de surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos - DTA investigados			
	Investigação de óbitos maternos (capitais e municípios com mais de 200.000 habitantes).			
Divulgação de Informações Epidemiológicas	Investigação de óbitos maternos (municípios com 200.000 habitantes 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		72,4	85,0	75,0

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

## Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS

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

Municípios certificados de Sergipe: 75

## Em 2005 foram destinados os recursos abaixo discriminados

### Valor global: R\$ 6.772.442,91

- Repasse para a Secretaria Estadual de Saúde SES: R\$ 212.854,96
- Repasse para os municípios: R\$ 6.559.587,95

## Incentivos específicos acrescidos ao TFVS

### Portaria MS 1.349/2002

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

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

## Campanhas de Vacinação (conforme deliberação da CIB)

- Raiva Animal: SES: R\$ 336.776,55
- Influenza: SES: R\$ 7.154,85  
75 municípios: R\$ 57.238,80
- Poliomielite: SES: R\$ 20.570,80  
75 municípios: R\$ 164.566,40

## Outros repasses “fundo a fundo”

### Intensificação das ações de controle

- Tuberculose: SES: R\$ 21.023,43  
3 municípios: R\$ 45.752,29
- Hanseníase  
3 municípios: R\$ 50.071,47

### Fortalecimento das ações dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Lacen

- Finlacen – SES: R\$ 144.116,00
- Diagnóstico da tuberculose  
SES: R\$ 12.000,00

### Promoção de Saúde

- Aracaju: R\$ 96.855,00

### Ambientes livres de tabaco

- SES: R\$ 50.000,00

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

- SES: R\$ 728.951,11
- SMS: R\$ 297.721,27

### 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.

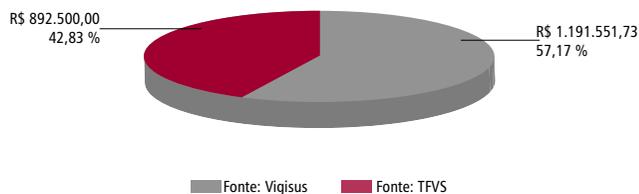
No ano de 2005, foram repassados para o estado de Sergipe veículos e equipamentos que totalizaram cerca de R\$ 343.000,00.

Beneficiário	Tipo de equipamento					
	Veículos		Centrif. Refrig. e outros equip. lab.	GPS	Equip. de Pulveriz.	Kit de informática
	Motos	Pick-Up				
SES	0	1	4	1	5	1
SMS	9	0	0	0	36	19
Total	9	1	4	1	41	20

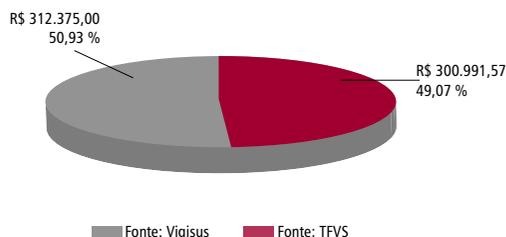
O Projeto Vigisus II em seu subcomponente IV visa o fortalecimento institucional da capacidade de gestão em vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios.

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 Sergipe, 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 da Saúde, capital e municípios elegíveis, segundo fonte financiadora, em 2005**



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

Unidade Federada	Valor Planvigi aprovado (R\$)		Valor total aprovado (R\$)	Valores repassados		Valor total repassado (R\$)
	Fonte: Vigisus	Fonte: TFVS		Fonte: Vigisus	Fonte: TFVS	
SES/SE	790.346,81	892.500,00	1.682.846,81	207.466,03	312.375,00	519.841,03
Aracaju	304.953,78	-	304.953,78	80.050,36	-	80.050,36
Nossa Senhora do Socorro	96.251,14	-	96.251,14	13.475,17	-	13.475,17
<b>Total</b>	<b>1.191.551,73</b>	<b>892.500,00</b>	<b>2.084.051,73</b>	<b>300.991,57</b>	<b>312.375,00</b>	<b>613.366,57</b>

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS

## Solo

O Diagnóstico Nacional de Áreas com Populações Expostas a Solo Contaminado, elaborado pelo Vigisolo 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 Sergipe foram mapeadas, cadastradas e categorizadas nove áreas, que estão distribuídas de acordo com o mapa a seguir.

**Tabela 1. Áreas com solo contaminado**

Código	Nº de áreas	População estimada	Categoria
AD	1	5.000	amarela
AI	6	22.000	amarela
DA	1	50	amarela
AM	1	1.000	amarela
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>28.050</b>	<b>-</b>

### Códigos das áreas

AD – Área desativada

AI – Área industrial

DA – Depósito de agrotóxicos

AM – Área de mineração

### Categorias das áreas

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

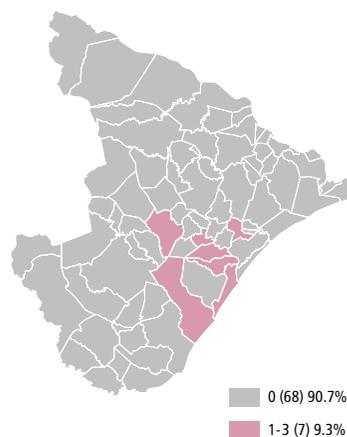
Fonte: SVS/MS

## Água

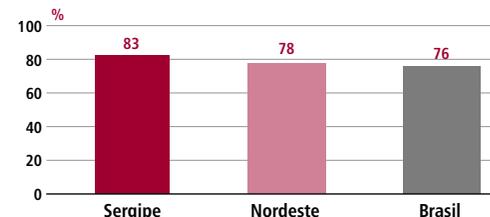
A vigilância da qualidade da água para consumo humano visa garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e normas estabelecidos na legislação vigente – Portaria MS nº. 518/2004 e para avaliar os riscos que a água consumida representa à saúde humana. O Sistema de Informação de Vigilância 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 Sergipe apresentou informações de 83% (64) dos 75 municípios, no Sisagua, em 2005.

**Figura 1. Municípios com áreas cadastradas e solo contaminado**

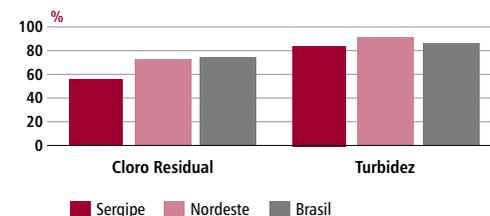


**Figura 2. Percentual de municípios com alimentação de dados no Sisagua. Sergipe, Região Nordeste e Brasil, 2005**



Para a vigilância de Sistemas de Abastecimento (SAA), o parâmetro cloro residual livre foi analisado nos doze meses do ano de 2005 e apresentou 56% das amostras realizadas em conformidade com a legislação; para o parâmetro de turbidez foram realizadas análises também nos doze meses de 2005, com 83% 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. Sergipe, Região Nordeste e Brasil, 2005**



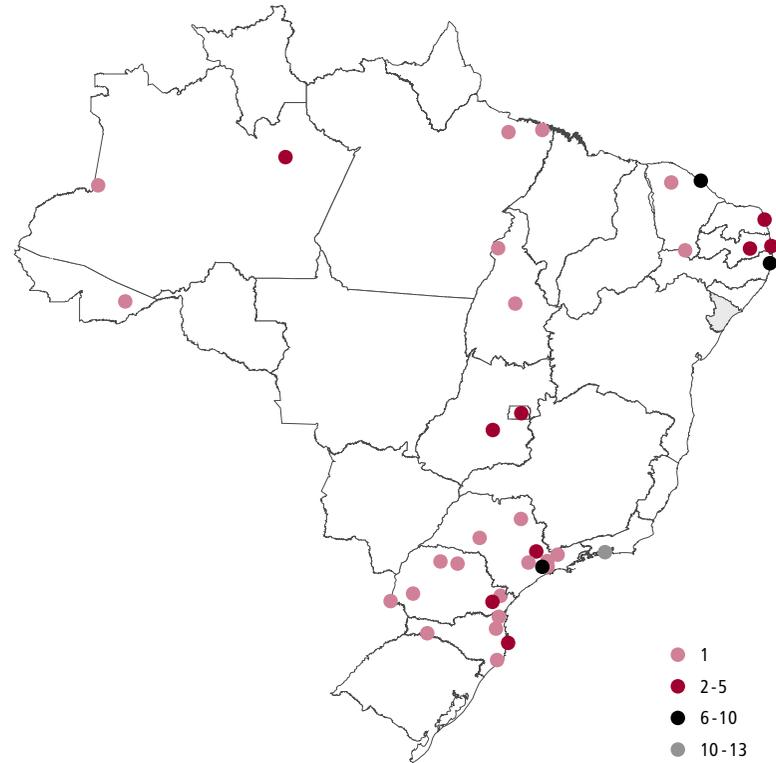
## Núcleos Hospitalares de Epidemiologia – NHE

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 de Sergipe está prevista a implantação de dois 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

Deve-se considerar o alto percentual de óbitos por causas mal definidas, terceira causa no estado, primeira na região e terceira no Brasil. Aracaju tem pouco mais de 4,2% de óbitos por causas mal definidas, oitava causa em 2004.

As doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças endócrinas e as causas externas representaram 54,5% do total de óbitos por causas conhecidas em Aracaju, 66% em Sergipe, 66,4% no Nordeste e 67,6% no Brasil.

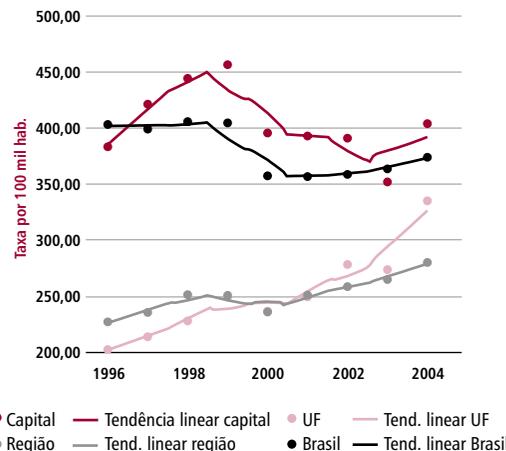
## Doenças Aparelho Circulatório – DAC

O estado apresentou aumento na tendência da mortalidade por DAC na população de 30 anos e mais, acompanhando evolução regional. A capital que evoluía com aumento na tendência, no início do período, passa a cair, acompanhando evolução da tendência no Brasil. Em, 2004, as taxas do estado e capital foram 335 e 403,8 por 100 mil hab., respectivamente.

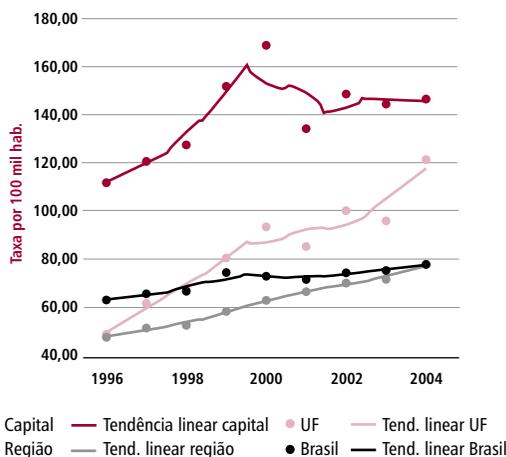
## Diabetes

O estado apresentou aumento na tendência da mortalidade por diabetes na população de 40 anos e mais, semelhante ao ocorrido no Brasil e região. A capital apresentou queda na tendência a partir de 2000. Até então evoluía com aumento. Em 2004, as taxas do estado e capital foram 121,8 e 147 por 100 mil hab., respectivamente.

**Figura 1. Taxa padronizada da mortalidade por DAC na população > 30 anos. Aracaju, Sergipe, Nordeste e Brasil, 1996-2004**



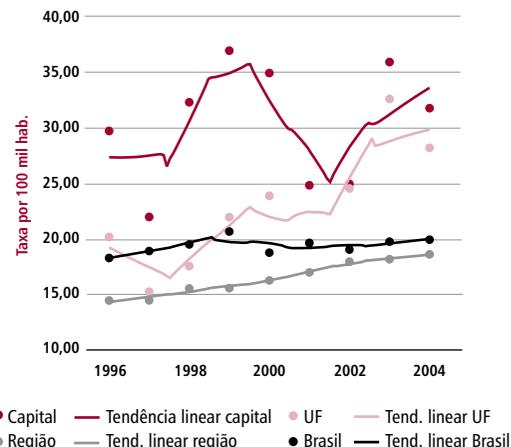
**Figura 2. Taxa padronizada de mortalidade por diabetes na população > 40 anos. Aracaju, Sergipe, Nordeste e Brasil, 1996-2004**



## Neoplasias

O estado e a capital apresentaram aumento na tendência da mortalidade por câncer de colo do útero na faixa de idade de 20 anos e mais, semelhante à região. O Brasil apresentou tendência estável. Em, 2004, as taxas do estado e capital foram 28,2 e 31,8 por 100 mil hab., respectivamente. Deve-se considerar o percentual de óbitos classificados como porção não especificada do útero, 16,5%, em 2003, no estado.

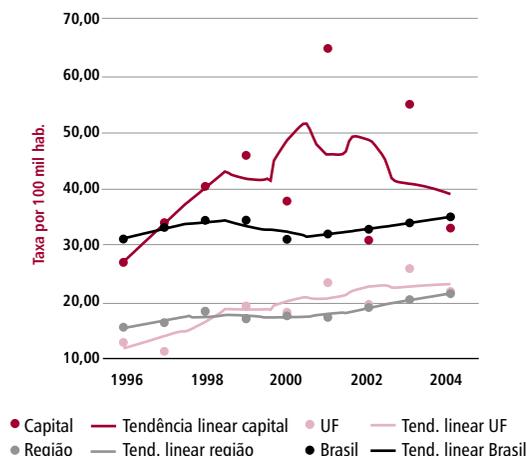
**Figura 3. Taxa padronizada de mortalidade por câncer de colo uterino na população > 20 anos. Aracaju, Sergipe, Nordeste e Brasil, 1996-2004**



O estado apresentou aumento na tendência da mortalidade por neoplasia de mama na população feminina de 40 anos e mais, semelhante ao Brasil e região. Apesar da flutuação dos dados, a capital apresentou aumento da tendência no início do pe-

ríodo e em seguida uma leve queda. Em, 2004, as taxas do estado e capital foram 21,9 e 33 por 100 mil hab., respectivamente.

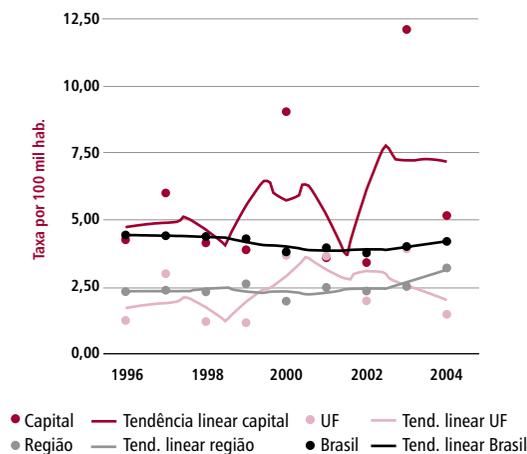
**Figura 4.** Taxa padronizada de mortalidade por câncer de mama na população > 40 anos. Aracaju, Sergipe, Nordeste e Brasil, 1996-2004



## Evolução da mortalidade por causas externas (acidentes e violências)

Dos óbitos por causas conhecidas, as causas externas foram a segunda causa de morte em Aracaju (14,3%), Sergipe (15,1%) e Nordeste (15,5%) e terceira causa no Brasil (14,2%), em 2004.

**Figura 5.** Taxa padronizada de mortalidade por câncer de traquéia, brônquios e pulmão na população > 30 anos, sexo masculino. Aracaju, Sergipe, Nordeste e Brasil, 1996-2004



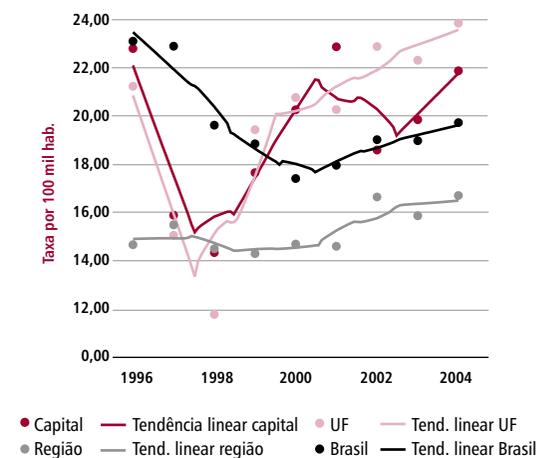
## Acidentes de transportes terrestres

Estado e capital apresentaram queda na tendência da mortalidade por acidentes de transporte terrestre no início do período e as taxas passaram a aumentar nos anos posteriores. O Brasil apresentou queda na tendência até 2000, quando passou a aumentar. A região que tinha tendência estável passou a subir em 2001. Em 2004, as taxas do estado e da capital foram 23,9 e 22 por 100 mil habitantes.

## Atropelamentos

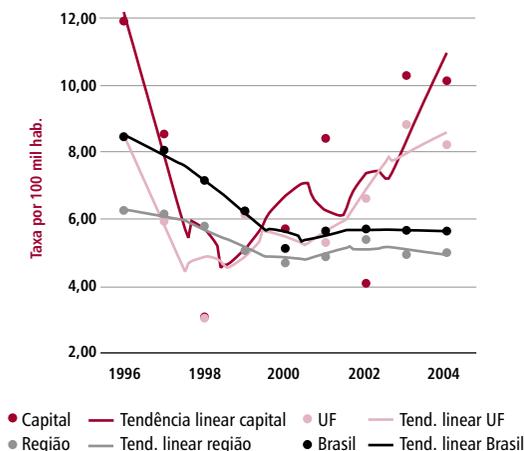
Estado e capital apresentaram aumento na tendência da mortalidade por atropelamento, a partir de 1999. Brasil e região apresentaram queda na tendência até 2001, passando a estabilidade nas taxas. Em 2004, as taxas do estado e da capital foram 8,2 e 10 por 100 mil hab., respectivamente.

**Figura 6.** Taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transporte. Aracaju, Sergipe, Nordeste e Brasil, 1996-2004



# Agravos e doenças não transmissíveis

**Figura 7.** Taxa padronizada de mortalidade por atropelamentos. Aracaju, Sergipe, Nordeste e Brasil, 1996-2004



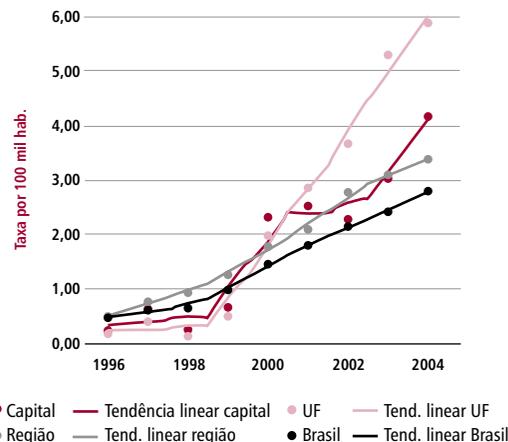
## Acidentes com motocicletas

Estado e 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 5,9 e 4,2 por 100 mil habitantes.

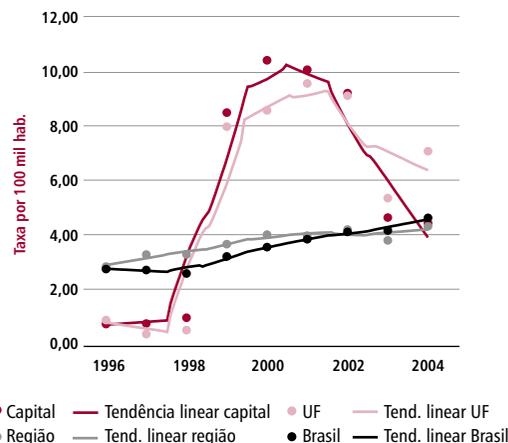
## Acidentes de automóveis

Estado e capital apresentaram aumento na tendência da mortalidade por acidentes com ocupantes de veículo até 2000, quando as taxas passaram a cair. O Brasil e região apresentaram aumento na tendência. Em 2004, as taxas do estado e da capital foram 7 e 4,5 por 100 mil hab., respectivamente.

**Figura 8.** Taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transportes com motocicletas. Aracaju, Sergipe, Nordeste e Brasil, 1996-2004



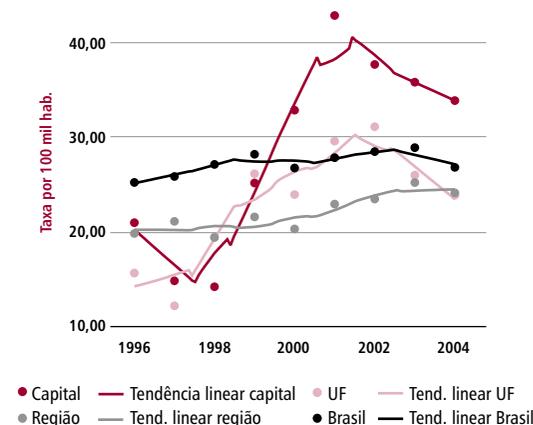
**Figura 9.** Taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transportes com ocupantes de veículo. Aracaju, Sergipe, Nordeste e Brasil, 1996-2004



## Agressões

O estado e capital apresentaram aumento na tendência da mortalidade por homicídios até 2001, quando as taxas passaram a cair. As taxas evoluíram com aumento na Região Nordeste e Brasil. Em 2004, as taxas do estado e da capital foram 23,8 e 33,8 por 100 mil hab., respectivamente.

**Figura 10.** Taxa padronizada de mortalidade por agressões. Aracaju, Sergipe, Nordeste e Brasil, 1996-2004



O Laboratório Central de Saúde Pública – Lacen é o coordenador da Rede Estadual de Laboratórios, tendo como atribuições, além da realização de exames de média e alta 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 n.º 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. Para Sergipe será repassado mensalmente o valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).

Como incentivo inicial o Finlacen repassou, no mês de Janeiro de 2006, para o estado de Sergipe, referente às parcelas de novembro e dezembro de 2005, o total de R\$ 144.116,00.

Em 2005 foi implantado o diagnóstico laboratorial influenza.

Para 2006, estão previstas a implantação do diagnóstico de HBV carga viral e a implantação do diagnóstico de biologia molecular para HCV com detecção de carga viral e genotipagem.

www  
.saude  
.gov  
.br  
/svs

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

**A Secretaria de Vigilância em Saúde na Internet**

ISBN 85-334-1127-8



9 798533 411271

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

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

Disque Saúde: 0800.61.1997



**Ministério  
da Saúde**

**Governo Federal**