

Ministério da Saúde

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Relatório de Situação

Rio de Janeiro

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Relatório de Situação

Série C. Projetos, Programas e Relatórios



Rio de Janeiro

Brasília / DF
2005

© 2005 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

1.ª edição – 2005 – tiragem: 600 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Organização: Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento

Produção: Núcleo de Comunicação

Endereço

Esplanada dos Ministérios, bloco G,

Edifício Sede, 1.º andar, sala 134

CEP: 70058-900, Brasília – DF

E-mail: svs@saude.gov.br

Endereço eletrônico: www.saude.gov.br/svs

Produção editorial

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

Copidesque / revisão: Napoleão Marcos de Aquino

Projeto Gráfico: Fabiano Camilo, Sabrina Lopes

Diagramação: Lúcia Saldanha, Sabrina Lopes (coordenação)

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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

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

20 p. : il. color. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

Esta publicação faz parte de um conjunto de 27 cartilhas, que englobam os 26 estados da Federação e o Distrito Federal.

ISBN 85-334-0911-7

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

NLM WA 900

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0299

Sumário

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

Apresentação

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

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

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

Sistemas de Informações – SIM e Sinasc

O estado do Rio de Janeiro apresenta coberturas suficientes para o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Cobertura

A cobertura* do SIM apresentou valores acima da média da região e do país ao longo da última década: 100%, em 1993, e 93%, em 2003 (Fig. 1).

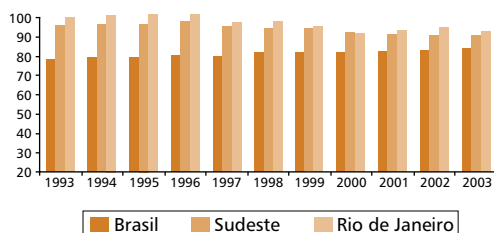


Figura 1. Razão entre os óbitos SIM e os óbitos IBGE. Brasil, região Sudeste e Rio de Janeiro, 1993-2003

Fonte: SVS/MS

Coefficiente geral de mortalidade – CGM

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

CGM padronizado dos municípios do estado, em 2003:

→ até 4,0/mil hab., zero município;

→ de 4,0 a 6,5/mil hab., 55 municípios (59,8%);

→ maior que 6,5/mil hab., 37 municípios (40,2%).

A capital, Rio de Janeiro, tem o CGM padronizado de 6,4/mil hab.

Percentual de causas *mal definidas*

O percentual de óbitos por causas *mal definidas* do estado está um pouco abaixo da média do país, 11% em 2003.

Percentual de óbitos por causas *mal definidas* nos municípios, em 2003 (Fig. 2):

→ até 10%: 65 municípios (71%);

→ entre 10% e 20%: 24 municípios (26%);

→ 20% e mais: três municípios (3%).

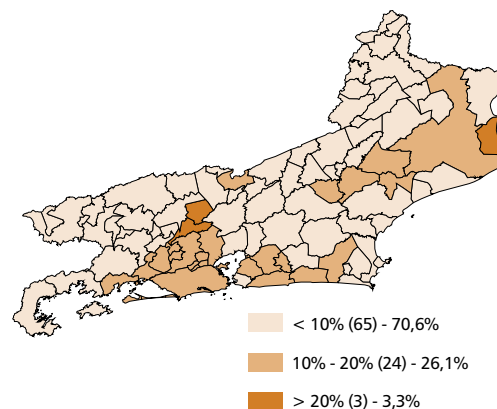


Figura 2. Distribuição percentual de óbitos por causas *mal definidas*, por municípios. Rio de Janeiro, 2003

Fonte: SVS/MS

O município do Rio de Janeiro tem 11,03% de óbitos por causas *mal definidas*.

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

Cobertura

A cobertura* do Sinasc está acima da média da região: 116%, em 1996, e 102%, em 2003 (Fig. 3).

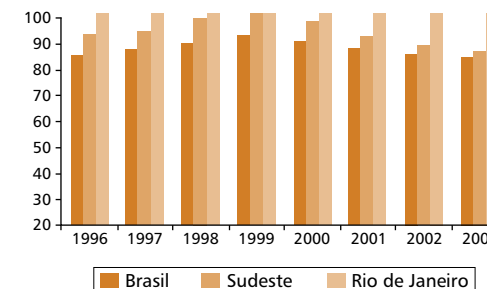


Figura 3. Razão entre o Sinasc e o IBGE. Brasil, região Sudeste e Rio de Janeiro, 1996-2003

Fonte: SVS/MS

Mortalidade infantil

Coefficiente de mortalidade infantil – CMI

Em função da deficiência na cobertura do SIM e/ou Sinasc, o Ministério da Saúde considera os dados diretos no cálculo da mortalidade infantil apenas para sete estados (ES, RJ, SP, PR, SC, RS e MS) e DF. Para o Rio de Janeiro, a mortalidade calculada com dados diretos foi de 17,67/mil nascidos vivos, em 2003.

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

Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

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

Proporção de casos encerrados oportunamente*

- Com exceção dos casos notificados de meningite, sarampo, malária e tétano acidental, os demais agravos não atingiram a meta preconizada de 70% (Tab. 1).

- Apenas 58,88% de todos os casos notificados foram encerrados oportunamente.

Regularidade

- Até a segunda quinzena de novembro de 2004, o estado atingiu 95,4% de envio regular de dados do Sinan, cumprindo a meta estabelecida de 80%.

Tabela 1. Proporção de casos encerrados oportunamente, por agravo. Rio de Janeiro, 2004

Agravos	Casos		
	Notificados Total	Encerrados Nº	%
Cólera	1	0	0
Raiva	5	0	0
Síndrome da rubéola congênita	5	0	0
Chagas	19	3	15,79
Leishmaniose tegumentar americana	36	7	19,44
Paralisia flácida aguda	18	6	33,33
Leptospirose	345	160	46,38
Hepatite	615	303	49,27
Leishmaniose visceral	2	1	50,00
Rubéola	374	189	50,53
Coqueluche	121	62	51,24
Difteria	11	6	54,55
Tétano acidental	10	6	60,00
Febre tifóide	6	4	66,67
Meningite	1.243	871	70,07
Sarampo	63	51	80,95
Malária	87	74	85,06
Tétano neonatal	1	1	100,00
Total	2.962	1.744	58,88

*Dados atualizados em dezembro de 2004

Fonte: SVS/MS

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

Tuberculose

- No Rio de Janeiro são considerados 32 municípios prioritários para o Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT): Angra dos Reis, Araruama, Barra do Piraí, Barra Mansa, Belford Roxo, Cabo Frio, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Itaperuna, Japeri, Macaé, Magé, Marica, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Paracambi, Petrópolis, Queimados, Resende, Rio das Ostras, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Teresópolis, Três Rios, Vassouras e Volta Redonda.

- Até agosto de 2004 foram capacitados 85 profissionais de saúde no estado.

- Em 2003 foram registrados 8.574 casos novos de tuberculose, representando 56,4% dos casos esperados.

- A taxa de incidência (por 100 mil hab.) foi de 57,6 para casos de todas as formas e de 28,6 para casos bacilíferos (Fig. 2).

- Em 2003, os municípios prioritários apresentaram um percentual de cura de 19,4%, abaixo da meta nacional de 85% (Tab. 1).

- Em 2003, a co-infecção TB/HIV foi de 6,5% nos municípios prioritários.

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

RJ	COORTE										Co-infecção TB/HIV	
	Encerramento		Cura		Abandono		Óbito		Transferência		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Total por UF	3.827	29,5	2744	21,1	619	4,8	185	1,4	213	1,6	668	6,4
Total por município prioritário	3.312	27,1	2369	19,4	565	4,6	149	1,2	188	1,5	623	6,5

Fonte: SVS/MS

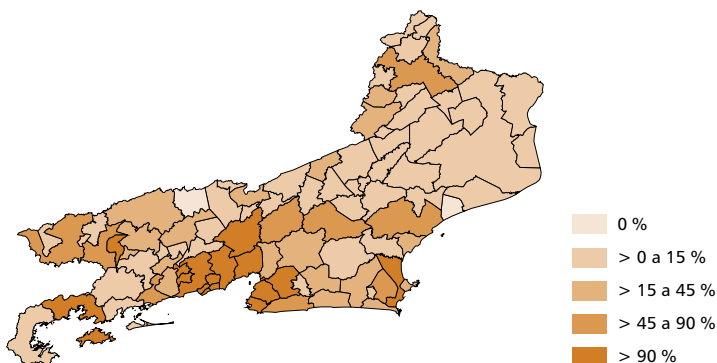


Figura 1. Distribuição percentual de casos novos de TB todas as formas, por município. Rio de Janeiro, 2003

Fonte: SVS/MS

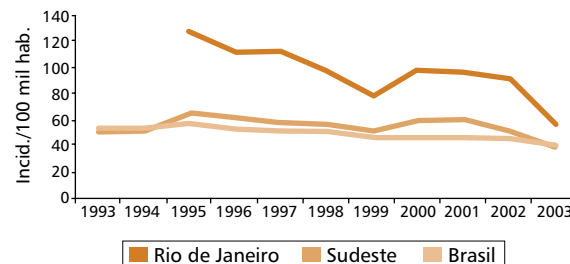


Figura 2. Taxa de incidência de TB todas as formas. Rio de Janeiro, região Sudeste e Brasil, 1993-2003

Fonte: SVS/MS

- Todos os municípios do estado fazem diagnóstico e realizam tratamento poliquimioterápico.
- No Rio de Janeiro, 14 municípios são considerados prioritários: Araruama, Belford Roxo, Cabo Frio, Campos de Goytacazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Japerí, Magé, Niterói, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João do Meriti.
- Das 1.525 unidades básicas de saúde, 625 realizam diagnóstico e tratamento, o que corresponde a uma cobertura de serviços de 40,98%.
- O Centro de Referência Nacional localiza-se no estado.
- Em 2003, foram registrados 2.985 casos novos, dos quais:
 - 209 (7%) acometiam menores de 15 anos;
 - 177 (6%) apresentavam, no momento do diagnóstico, incapacidade física severa;
 - 1.570 (52,59%) eram formas avançadas da doença.
- Mais de 20% da população do estado vive em municípios com prevalência superior a 5 casos/10 mil hab., quando a taxa ideal é menos de 1 caso/10 mil hab. (Tab. 1).

Tabela 1. Carga de hanseníase. Rio de Janeiro, 2003

Carga da doença	Nº de municípios	População 2003	% população
Até 1 caso	14	952.957	6,4
1 a 3 casos	31	7.860.631	52,83
3 a 5 casos	16	2.058.510	13,83
5 a 20 casos	30	3.198.432	21,5
Mais de 20 casos	1	808.614	5,43
Total	92	14.879.144	100

Fonte: SVS/MS

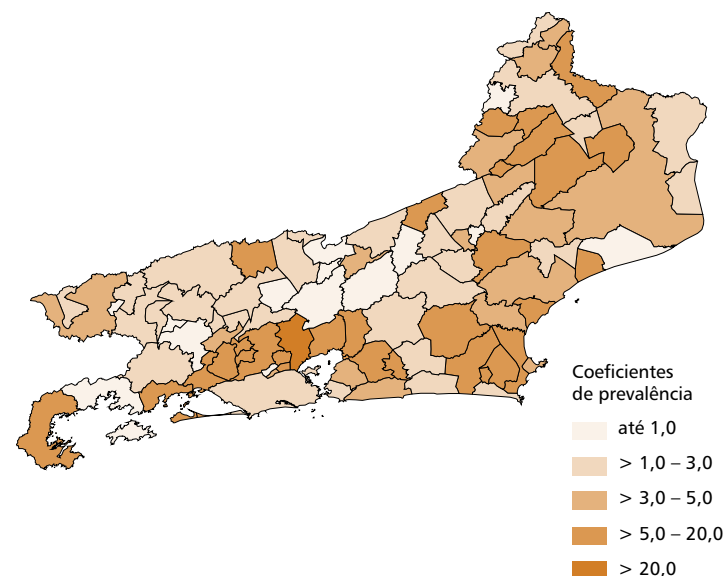


Figura 1. Distribuição do coeficiente de prevalência de hanseníase. Rio de Janeiro, 2003

Fonte: SVS/MS

Dengue

• Dos 92 municípios do estado, 50 (54,35%) são prioritários para o Programa Nacional de Controle da Dengue: Angra dos Reis, Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Barra do Pirai, Barra Mansa, Belford Roxo, Bom Jesus de Itabapoana, Cabo Frio, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Guapimirim, Iguaba Grande, Itaboraí, Itaguaí, Itaperuna, Japeri, Macaé, Magé, Mangaratiba, Maricá, Mesquita, Miracema, Nilópolis, Niterói, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Paracambi, Paraíba do Sul, Parati, Petrópolis, Pirai, Queimados, Resende, Rio Bonito, Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Santo Antônio de Pádua, São Fidélis, São Gonçalo, São João da Barra, São João de Meriti, São Pedro da Aldeia, Saquarema, Seropédica, Tanguá, Teresópolis, Três Rios, Valença, Volta Redonda. Estes municípios concentram 94% da população.

• No período de janeiro a setembro de 2004 foram confirmados 1.873 casos de dengue, representando uma redução de 76,86% quando comparados com o mesmo período de 2003. Na região Sudeste, o Rio de Janeiro é o terceiro estado com maior redução de casos.

• Em 2004 não houve registro de casos de febre hemorrágica da dengue.

• O Índice de Infestação Predial (IIP) nos municípios prioritários está apresentado na tabela 1.

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

Ano	0 < IIP < 1		1 ≤ IIP < 3		3 ≤ IIP < 5		IIP > 5	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2003	25	50,00	22	44,00	1	2,00	1	2,00
2004	23	46,00	23	46,00	2	4,00		

Fonte: SVS/MS

• A tabela 2 apresenta os resultados do Levantamento de Índice Rápido – LIRAA, realizado em 2004 nos municípios selecionados.

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

Município	Índice de Infestação Predial							
	0 - 0,9%		1 - 3,9%		4 - 7,9%		8 - 17,9%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rio de Janeiro	7	18,4	22	57,9	9	23,7	0	
Belford Roxo	-		-		-		-	
Duque de Caxias	-		-		-		-	
Niterói	3	7,0	28	65,1	11	25,6	0	0
Nova Iguaçu	0	0,0	3	17,6	12	70,6	2	11,8
São Gonçalo	7	18,4	22	57,9	9	23,7	0	
São João do Meriti	-		-		-		-	

Fonte: SVS/MS

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

Indicadores	Municípios que não atingiram a meta do indicador
Quantitativo adequado de agentes	Angra dos Reis, Armação de Búzios, Barra do Pirai, Barra Mansa, Nova Friburgo, Petrópolis, Rio das Ostras, Santo Antônio de Pádua, Volta Redonda
Plano de contingência	Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Belford Roxo, Bom Jesus de Itabapoana, Guapimirim, Iguaba Grande, Magé, Mangaratiba, Maricá, Mesquita, Miracema, Nilópolis, Paracambi, Paraíba do Sul, Pirai, Queimados, Rio Bonito, Rio das Ostras, Saquarema, Tanguá, Teresópolis, Três Rios, Valença
Comitê de mobilização	Angra dos Reis, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Barra do Pirai, Bom Jesus de Itabapoana, Duque de Caxias, Japeri, Magé, Maricá, Parati, Pirai, Rio das Ostras, Teresópolis
PACS/PSF integrado ao PNCD	Duque de Caxias, Parati, Queimados, Rio das Ostras

Fonte: SVS/MS

- Até dezembro de 2003 foram registrados 49 mil casos de Aids.
- Os municípios que apresentaram os maiores números de casos de Aids em 2003, foram: Rio de Janeiro, Niterói e São Gonçalo.
- A taxa de mortalidade por Aids, no estado, vem decrescendo nos últimos anos: de 17,9

óbitos/100 mil hab., em 1996, para 11,4/100 mil hab., em 2002.

- Até dezembro de 2003 foram notificados 860 casos de transmissão vertical do HIV.
- Em relação à sífilis congênita (SC), o estado notificou 6.152 casos, de 1998 até 2003.

• As taxas de incidência de SC estão em torno de 0,6 casos/mil nascidos vivos (Fig. 2).

• Em 2002, a taxa de mortalidade por SC foi de 2,3 óbitos/100 mil nascidos vivos.

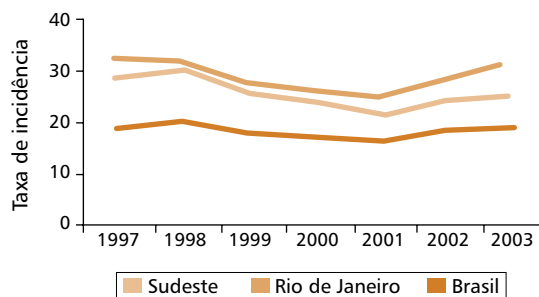


Figura 1. Taxa de incidência de Aids (por 100 mil hab.). Rio de Janeiro, 1997-2003

Fonte: SVS/MS

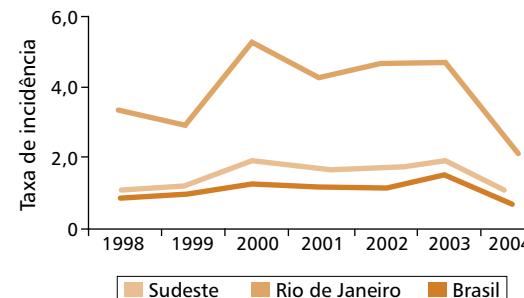


Figura 2. Taxa de incidência de sífilis congênita (por mil nascidos vivos). Rio de Janeiro, 1998-2004

Fonte: SVS/MS

Zoonoses

Febre maculosa

- Em 2003, foram diagnosticados dois casos de febre maculosa, com um óbito (letalidade de 50%), ocorridos na região de Barra do Pirai.

Leptospirose

- Em 2003, foram confirmados 199 casos de leptospirose e 45 óbitos. O coeficiente de incidência foi de 1,3/100 mil hab. e a letalidade, 23%, maior que a média nacional (12%).

Raiva

- Não há registros de raiva humana. Em 2003, apenas 11% dos municípios enviaram amostras. Entretanto, há registros de casos em mor-

cegos e herbívoros, destacando-se as regiões norte e nordeste fluminense, centro-sul e região serrana.

Leishmaniose

- O Rio de Janeiro notificou 251 casos de leishmaniose tegumentar no ano de 2003 e incidência de 1,7 casos/100 mil hab. (Fig. 1). Quanto à leishmaniose visceral, foram registrados três casos (Fig. 2).

Esquistossomose

- A transmissão da esquistossomose é focalizada. A prevalência é inferior a 1% nos 9 municípios endêmicos. A média anual de internação

por esquistossomose, no período de 1999-2003, foi de 30,6 e taxa de 0,37/10 mil internações. O número médio de óbitos, no período de 1998-2002, foi de 15,8, com taxa de mortalidade de 0,11/100 mil habitantes. As internações e óbitos foram decorrentes de pessoas vindas de outros estados endêmicos.

Peste

- Embora exista foco de atividade pestífera em reservatórios da região de Teresópolis e Nova Friburgo, não há ocorrência de casos humanos há vinte anos.
- O estado possui sete centros de controle de zoonoses.

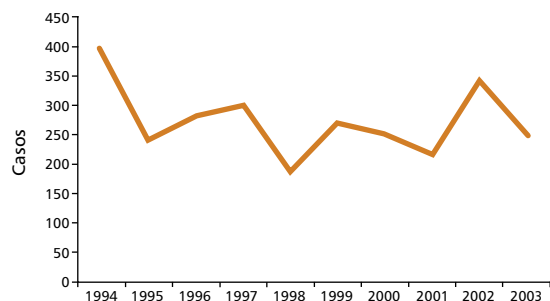


Figura 1. Casos de leishmaniose tegumentar americana. Rio de Janeiro, 1994-2003

Fonte: SVS/MS

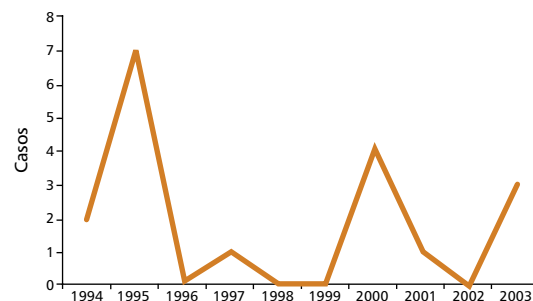


Figura 2. Casos de leishmaniose visceral. Rio de Janeiro, 1994-2003

Fonte: SVS/MS

Outras Doenças Transmissíveis

Sarampo

Os indicadores operacionais da vigilância do sarampo e de cobertura vacinal evidenciam queda na homogeneidade da cobertura vacinal. O incremento da coleta oportuna e do encerramento de casos reflete um melhor desempenho da vigilância epidemiológica (Fig. 1).

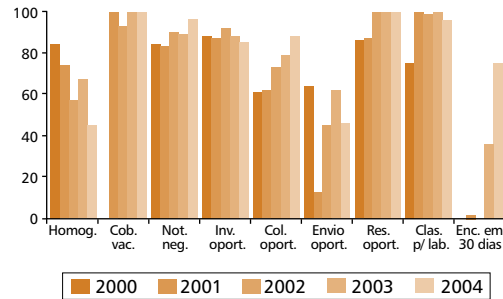


Figura 1. Indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo. Rio de Janeiro, 2000-2004*

*Dados preliminares

Fonte: SVS/MS

Rubéola

Entre 2002 e 2004, foram notificados 78 casos de síndrome da rubéola congênita, dos quais vinte foram confirmados, sugerindo que as ações de controle da rubéola encontram-se em níveis satisfatórios.

Paralisia flácida aguda – PFA

Em relação aos indicadores operacionais da vigilância das PFA/Pólio no período 2000/2004, destacam-se o aumento da taxa de detecção de

casos de PFA (de menos de 1 para 1,2/100 mil menores de 15 anos) e a manutenção de alguns indicadores em níveis de, no mínimo, 80% em relação aos demais indicadores. A cobertura vacinal média contra a poliomielite encontra-se em 100% (Fig. 2).

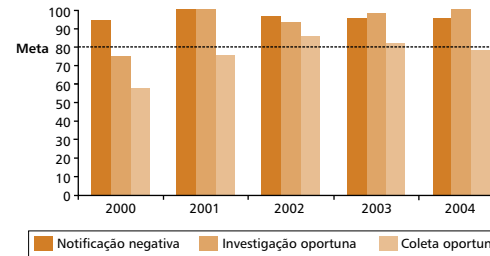


Figura 2. Indicadores de vigilância epidemiológica da poliomielite/PFA. Rio de Janeiro, 2000-2004*

*Dados preliminares

Fonte: SVS/MS

Meningites

Nos últimos quatro anos, o estado manteve o percentual de casos de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial acima de 25% (Fig. 3).

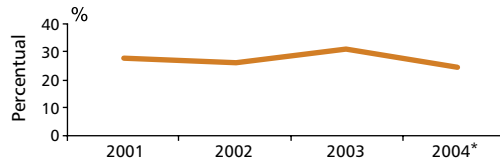


Figura 3. Percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial. Rio de Janeiro, 2001-2004

*Dados preliminares

Fonte: SVS/MS

Tétano neonatal – TNN

Em relação ao tétano neonatal (TNN), no período 2000/2004 foram confirmados três casos e nenhum óbito, sendo o último caso detectado em 2004, o que caracteriza o estado como área de risco para a ocorrência da doença.

Surtos

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

1. óbitos em UTI neonatal, Rio de Janeiro, dezembro, 2003 (14 óbitos);
2. endoftalmite pós-cirurgia de catarata, Rio de Janeiro, junho, 2003 (31 casos, sem óbitos);
3. infecção hospitalar, Rio de Janeiro, maio de 2003 (9 casos, 7 óbitos);
4. surto de doença diarreica aguda por Astrovírus, Itatiaia, agosto, setembro de 2002 (750 casos);
5. dengue (introdução de DEN 3 no Brasil), Nova Iguaçu e Rio de Janeiro – fevereiro de 2001 (745 casos);
6. doença febril hemorrágica, Japerí e Queimados, junho/setembro de 2000 (43 casos, 9 óbitos).

Hepatitis

- A assistência ao portador de hepatites virais está centralizada em serviços de nível terciário. A estruturação de uma rede de atenção primária e de média complexidade precisa ser implantada.
- O estado conta com o Comitê Estadual de Coordenação, constituído pelos órgãos estaduais que possuem as atribuições, relativas às hepatites virais, de acompanhamento epidemiológico, prevenção, controle e assistência.
- Dos 12 centros de testagem e acompanhamento, três (25%) realizam triagem sorológica para hepatites.
- Em 2004 foram realizados aproximadamente 565 tratamentos de hepatite viral crônica C.
- A taxa de infecção por vírus da hepatite sem classificação etiológica esta abaixo da média do país (Tab. 1)

Tabela 1. N° de notificações e taxa de incidência (por 100 mil hab.) segundo classificação etiológica. Rio de Janeiro e Brasil, 2003

Classific. etiológica	VHA	VHB	VHC	Outras classific	Ignorado Branco	Total
N° notific	437	1415	702	129	112	2795
Incid. RJ	2,91	9,41	4,67	0,86	0,75	18,59
Incid. BR	7,64	5,53	3,95	1,14	2,27	20,53

Fonte: SVS/MS

- A taxa de mortalidade que mais cresce no país dentre as doenças infecciosas é a hepatite C (30,6% de incremento em média ao ano). Chama a atenção a maior taxa de mortalidade em relação à média nacional, refletindo a magnitude do problema no estado (Tab. 2).

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

	A	B	C	D	ñ espec.
RJ	0	2,2	10,9	0	1,53
BR	0,28	2,42	5,94	0,07	1,66

Fonte: SVS/MS

PNI – Programa Nacional de Imunizações

- Nas ações de rotina, os resultados de cobertura alcançados com as vacinas tetravalente (DTP+Hib), BCG, contra poliomielite e hepatite B, em menores de um ano, e tríplice viral, em crianças de 1 ano, apresentam queda nas coberturas vacinais entre 2003 e 2004.

- Até outubro de 2003, o estado mantinha altas coberturas vacinais, exceto contra a hepatite B (86,61%), e um percentual de municípios com coberturas adequadas abaixo de 70% (meta pactuada), exceto para BCG (76%) e tríplice viral (73%). No mesmo período em 2004, as coberturas se mantiveram abaixo da

meta, exceto para BCG (97%) e tríplice viral (96%), que apresentaram redução no número de municípios que alcançaram a meta (Fig. 1). Considera-se que o resultado possa melhorar após a revisão de erros de registros de doses aplicadas, já identificados no banco de dados de imunizações e apresentados ao estado.

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

- Cerca de 85% dos municípios apresentam sistema de imunizações informatizado e em dia com o envio de banco de dados.

- No período de 2000 a 2004, foram notificados 2.725 eventos adversos pós-vacinação (11,45% do total de notificações no país).

- Em 2004, 53,26% dos municípios foram silenciosos (não notificaram evento adverso).

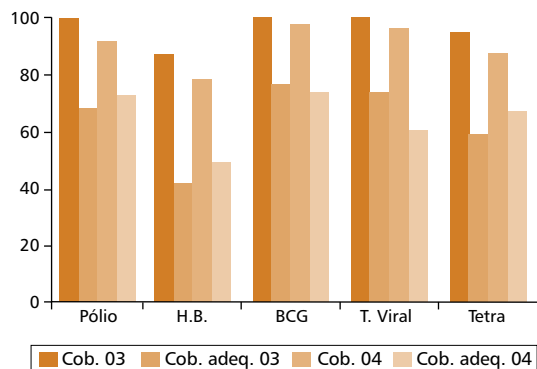


Figura 1. Cobertura vacinal e percentual de cobertura adequada, segundo o tipo de vacina. Rio de Janeiro, janeiro a outubro de 2003 e 2004

Fonte: SVS/MS

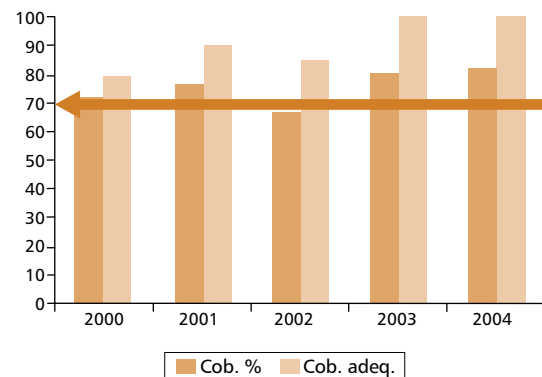


Figura 2. Cobertura vacinal na Campanha do Idoso e percentual de municípios com cobertura adequada. Rio de Janeiro, 2000-2004

Fonte: SVS/MS

Programação Pactuada Integrada – Vigilância em Saúde

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

Ação		RJ	Rio de Janeiro	Belford Roxo	S. Gonçalo	Itaboraí
Notificação	Notificar casos de paralisia flácida aguda					
	Realizar notificação negativa de sarampo					
Investigação	Investigação oportuna para PFA					
	Investigação oportuna para exantemáticas					
	Investigação oportuna para raiva					
	Encerramento oportuno da investigação					
	Coleta adequada de amostra de fezes – PFA					
Diagnóstico Laboratorial	Diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas					
	Diagnóstico laboratorial de meningite bacteriana					
Vigilância ambiental	Cadastrar domicílios no Sisagua					
	Relatórios de controle alimentados no Sisagua					
	Análises laboratoriais alimentadas no Sisagua					
Vigilância e controle de vetores	Eliminação de focos e criadouros de <i>Aedes</i>					
Imunizações	Cobertura vacinal – BCG					
	Cobertura vacinal – Hepatite B					
	Cobertura vacinal – Poliomielite					
	Cobertura vacinal – Tetravalente					
	Cobertura vacinal – Tríplex viral					
	Proporção de eventos adversos com investigação encerrada					
Monitorização de agravos relevantes	Percentual de municípios com MDDA implantada					
	Nº de surtos identificados através de MDDA					
	Surtos de DTA investigados					
	Investigar óbitos maternos					
Divulgação de informações epidemiológicas	Nº de informes epidemiológicos publicados					
Estudos e pesquisas em epidemiologia	Estudo da situação de saúde					
Sistemas de informação	Sistema de Informações sobre Mortalidade					
	Óbitos mal definidos					
Supervisão da PPI/ECD	Municípios certificados/supervisionados					
Percentual de metas cumpridas		58,3	44,4	70	21,1	63

Fonte: SVS/MS

cumprida
 não cumprida
 não avaliável
 não se aplica

Programação Pactuada Integrada – Vigilância em Saúde

Ação		Duque de Caxias	Nova Iguaçu	Niterói	Magé	S. João de Meriti
Notificação	Notificar casos de paralisia flácida aguda					
	Realizar notificação negativa de sarampo					
Investigação	Investigação oportuna para PFA					
	Investigação oportuna para exantemáticas					
	Investigação oportuna para raiva					
	Encerramento oportuno da investigação					
	Coleta adequada de amostra de fezes – PFA					
Diagnóstico Laboratorial	Diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas					
	Diagnóstico laboratorial de meningite bacteriana					
Vigilância ambiental	Cadastrar domicílios no Sisagua					
	Relatórios de controle alimentados no Sisagua					
	Análises laboratoriais alimentadas no Sisagua					
Vigilância e controle de vetores	Eliminação de focos e criadouros de <i>Aedes</i>					
Imunizações	Cobertura vacinal – BCG					
	Cobertura vacinal – Hepatite B					
	Cobertura vacinal – Poliomielite					
	Cobertura vacinal – Tetravalente					
	Cobertura vacinal – Tríplex viral					
	Proporção de eventos adversos com investigação encerrada					
Monitorização de agravos relevantes	Percentual de municípios com MDDA implantada					
	Nº de surtos identificados através de MDDA					
	Surtos de DTA investigados					
	Investigar óbitos maternos					
Divulgação de informações epidemiológicas	Nº de informes epidemiológicos publicados					
Estudos e pesquisas em epidemiologia	Estudo da situação de saúde					
Sistemas de informação	Sistema de Informações de Mortalidade					
	Óbitos mal definidos					
Supervisão da PPI/ECD	Municípios certificados/supervisionados					
Percentual de metas cumpridas		61	55	76	40	53

Fonte: SVS/MS

cumprida
 não cumprida
 não avaliável
 não se aplica

Recursos

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.

Em 2004, foram destinados os recursos abaixo discriminados:

- Valor global: R\$ 51.615.616,68
 - Repasse para a Secretaria Estadual de Saúde (SES): R\$ 3.531.439,14
 - Repasse para os municípios: R\$ 48.084.177,51
 - Municípios certificados: 92

Incentivos específicos acrescidos ao TFVS

- Portaria MS 1.349/2002: Contratação adicional de agentes de saúde para o combate ao *Aedes aegypti*:
 - Beneficiados – 17 municípios
valor anual: R\$ 9.056.687,69
- Campanhas de Vacinação:
 - Raiva animal – SES: R\$ 585.407,00
 - Influenza – municípios: R\$ 240.421,05
 - Poliomielite – municípios: R\$ 371.939,70

- Seguimento tríplice viral
municípios: R\$ 151.137,00
- Tétano neonatal – SES: R\$ 171.870,50
municípios: R\$ 570.751,00

Outros repasses “fundo a fundo”

- Implantação dos novos Sistemas de Informações sobre Mortalidade e Nascidos Vivos:
 - SES: R\$ 26.880,00
- Tuberculose – SES: R\$ 60.000,00
 - 23 municípios: R\$ 443.691,97
- Hanseníase – SES: R\$ 27.000,00
 - Municípios: R\$ 178.916,00
- Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti*:
 - 6 municípios: R\$ 76.408,44

- Incentivo no âmbito do PN-HIV/Aids e outras DST:
 - SES: R\$ 2.997.387,54
 - SMS: R\$ 7.2889.130,01

Plano de investimento

- Destina-se ao reforço das estruturas das secretarias estaduais e municipais de saúde para a coordenação e execução das ações de vigilância em saúde.

• O critério de distribuição dos quantitativos nos estados é resultado de pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite.

• No ano de 2004, foram repassados para o estado do Rio de Janeiro veículos e equipamentos que totalizaram cerca de R\$ 1.900.000,00.

Tabela 1. Plano de investimento SVS/MS. Equipamentos distribuídos para o estado do Rio de Janeiro 2004

Beneficiários	Tipos de equipamentos	
	Veículo	Kit informática*
SES	5	28
SMS	38	1
Total	43	29

*microcomputador e impressora jato de tinta

Fonte: SVS/MS

- O projeto Vigisus é o resultado de um acordo de empréstimo com o Banco Mundial que vem proporcionando a oportunidade de mais uma cooperação técnica e financeira entre o gestor federal e Unidade Federada/municípios brasileiros.
- Tem por objetivo aperfeiçoar e fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para reduzir a morbimortalidade, bem como os fatores de risco associados à saúde.

Primeira fase – Vigisus I

Executada no período de 1999 a junho de 2004, a transferência de recursos se deu por meio de convênio, sendo repassados R\$ 2.821.292,00.

Segunda fase – Vigisus II

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

- Beneficiários para a 2ª fase: o estado e a capital, além de 26 municípios que se enquadram no critério de pertencerem à região metropolitana da capital e/ou municípios com população acima de 100 mil hab., desde que tenham o seu Plano de Vigilância em Saúde – Planvigi aprovado e estejam certificados para a gestão das ações de vigilância em saúde.

Recursos

- Valor total: R\$ 5.862.931,00
 - SES: R\$ 2.345.172,00
 - Capital: R\$ 2.378.735,00
 - Municípios elegíveis¹: R\$ 1.139.023,00
- Capacitação de recursos humanos, a ser executada pela SES: R\$ 1.819.500,00

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

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

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

¹ Municípios que apresentem os critérios de beneficiários.

Vigilância Ambiental

Água

- O Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua) no estado do Rio de Janeiro está estruturado, com equipe técnica definida e capacitada.
- O Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua) está implantado em 70 municípios (76,1%).

Solos contaminados

- Foram mapeadas 70 áreas com solo contaminado (Tab. 1).

Tabela 1. Áreas com solo contaminado. Rio de Janeiro, 2004

Código da área	Atividade	Nº de áreas*	População estimada	Categoria
AI	Petroquímicas	19	25.000	roxa
	Petroquímicas	7	22.000	amarela
	Distrito industrial	17	5.000	roxa
	Farmacêutica	1	1.000	amarela
	Metalurgia	2	5.000	amarela
	Químicas	2	10.000	roxa
	Químicas	7	35.000	amarela
	Siderurgia	1	5.000	amarela
	Tintas	1	5.000	amarela
AP	Resíduos de amianto	1	1.000	amarela
	Petroquímicas	2	2.000	amarela
	Petroquímicas	3	7.000	roxa
	Resíduos de metais pesados	5	21.000	roxa
	Estocagem de praguicidas	1	1.400	vermelha
ADRI	Resíduos industriais	1	1.000	vermelha
Total		70	146.400	

Código: AI – Área Industrial; AP – Área de Passivo Ambiental; ADRI – Área de Disposição Final de Resíduos Industriais.

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

***Municípios:** Barra do Piraí (1); Barra Mansa (1); Belford Roxo (3); Carapebus (1); Duque de Caxias (20); Nova Iguaçu (1); Porto Real (3); Queimados (1); Rio de Janeiro (30); Volta Redonda (1); Santa Cruz (6); Macaé (2).

Fonte: SVS/MS

Agravos e Doenças não Transmissíveis

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

Doenças do aparelho circulatório – DAC

- A taxa de mortalidade por DAC, no estado, de 1996 a 2003, na faixa etária de 20 a 59 anos, variou de 128/100 mil hab. para 100/100 mil hab. (Fig. 1).

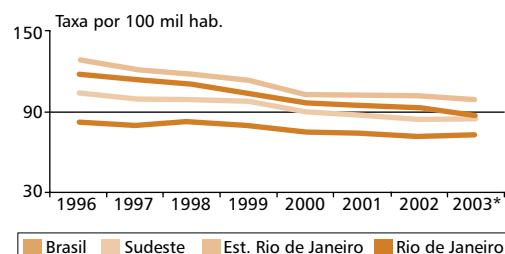


Figura 1. Taxa de mortalidade por DAC na faixa etária de 20-59 anos. Rio de Janeiro, capital, região Sudeste e Brasil, 1996-2003

*Dados parciais
Fonte: SVS/MS

Diabetes

- A mortalidade por diabetes, entre indivíduos de ≥ 40 anos, cresceu, entre 1996 e 2003, no Brasil. Nesse mesmo período, no RJ a taxa passou de 111/100 mil hab. para 108/100 mil hab. (Fig. 2).

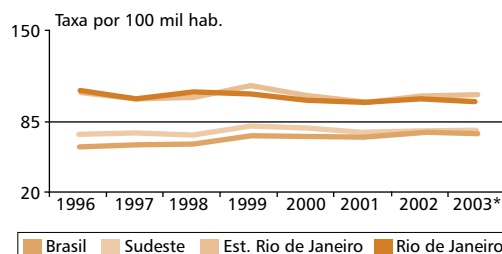


Figura 2. Taxa de mortalidade por diabetes na faixa etária de 20-59 anos. Rio de Janeiro, capital, região Sudeste e Brasil, 1996-2003*

*Dados parciais
Fonte: SVS/MS

Acidentes de trânsito – AT e violências

- Em 2003, os acidentes de trânsito (AT) foram responsáveis por mais de 33 mil mortes no país. No RJ a taxa apresentou uma redução no período de 1996 a 2003, 31/100 mil hab. e 22/100 mil hab., respectivamente (Fig. 3).

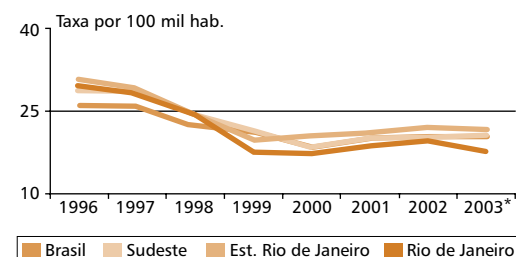


Figura 3. Taxa de mortalidade por acidente de trânsito na faixa etária de maiores de 10 anos. Rio de Janeiro, capital, região Sudeste e Brasil, 1996-2003*

*Dados parciais
Fonte: SVS/MS

- A taxa de mortalidade por homicídios entre adolescentes e adultos jovens (10-24 anos), em 2003, foi de 72/100 mil hab., maior do que a taxa da região Sudeste (49/100 mil hab.) Na capital, essa mesma taxa foi de 81/100 mil hab. (Fig. 4).

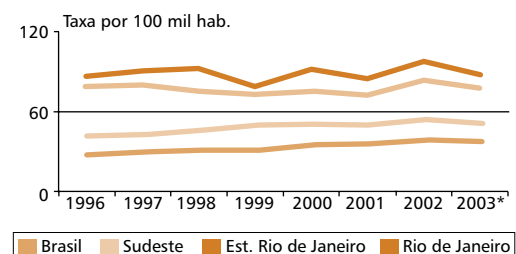


Figura 4. Taxa de mortalidade por homicídios na faixa etária de 10-24 anos. Rio de Janeiro, capital, região Sudeste e Brasil, 1996-2003*

*Dados parciais
Fonte: SVS/MS

Laboratórios de Saúde Pública

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

- Alguns diagnósticos laboratoriais são realizados de forma centralizada nos laboratórios de Referência Nacional: botulismo (IAL/SP); antraz, SARS, tularemia e varíola (Fiocruz/RJ) (Tab. 1).

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

Atividades	SES		SMS ¹		Laboratórios	
					Outros	
Diagnóstico laboratorial de doenças de notificação compulsória						
Cólera	x	-	-	-		
Coqueluche	x	-	-	-		
Dengue	x	-	-	-		
Difteria	x	-	-	-		
Doença de Chagas (casos agudos)	x	-	-	-		
Doença meningocócica e outras meningites	x	-	-	-		
Esquistossomose (em área não-endêmica) ²	-	-	-	-		
Febre amarela	x	-	-	-		
Febre maculosa	-	-	-	-	Fiocruz/RJ ³	
Febre tifóide	x	-	S/I ⁴	-		
Hantavirose	-	-	-	-	Instituto Evandro Chagas/PA ³	
Hepatites virais	x	-	-	-		
Leishmaniose tegumentar americana	-	-	29	-		
Leishmaniose visceral ²	-	-	-	-		
Leptospirose	x	-	-	-		
Malária	x	-	117	-		
Paralisia flácida aguda	-	-	-	-	Instituto Evandro Chagas/PA ³	
Raiva	-	-	-	-	Delegacia Federal de Agricultura – DFA	
Rubéola	x	-	-	-		
Sarampo	x	-	-	-		
Tuberculose ⁵	x	-	12	-		
Vigilância ambiental						
Análise microbiológica da água	x	-	S/I	-		
Entomologia ⁶	-	-	-	-	1 laboratório da SES, 1 municipal (CCZ) e 1 insetário na SES	

¹Nº de laboratórios municipais que realizam diagnóstico laboratorial ²Sem informação ³Amostras de casos suspeitos são encaminhadas pelo Lacen ⁴Houve implantação de técnicas moleculares para o diagnóstico de hepatite C

Fonte: SVS/MS

www.saude.gov.br/svs

Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério
da Saúde



ISBN 85-334-0911-7



9 788533 409118