

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Relatório de Situação



Minas Gerais

Brasília/DF

5ª edição

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Relatório de Situação

Minas Gerais

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Brasília/DF 2011

© 2011 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa 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 dessa obra é da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 5ª edição – 2011 – 3.130 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

Projeto gráfico: Fabiano Camilo, Sabrina Lopes

Diagramação e revisão: All Type Assessoria Editorial Ltda

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 : Minas Gerais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

– 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

34 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 978-85-334-1887-5

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

NLM WA 900

Catálogo na fonte – Editora MS – OS.: 0399/2011

Títulos para indexação:

Em inglês: National System in Health Surveillance: situation report: Minas Gerais

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

Sumário

- 4 Dengue
- 5 Tuberculose
- 6 Hanseníase
- 7 Doenças Negligenciadas (Esquistossomose, Tracoma, Oncocercose e Filariose)
- 8 DST/Aids
- 10 Hepatites Virais
- 11 Doenças Imunopreveníveis
- 14 Doenças de transmissão hídrica e alimentar
- 16 Zoonoses
- 18 Rede CIEVS
- 19 Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH)
- 20 Promoção da Saúde
- 21 Doenças e Agravos Não-Transmissíveis
- 23 Acidentes e Violências
- 25 Vigilância em Saúde Ambiental
- 27 Saúde do Trabalhador
- 29 Sistemas de Informações (SIM e SINASC, Vigilância dos óbitos e SINAN)
- 33 Financiamento
- 34 Capacidade técnica e científica

Apresentação

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde apresenta uma nova edição do Relatório de Situação do Sistema de Vigilância em Saúde. Cada exemplar reúne dados e análises sintéticas sobre as principais ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, gestão dos sistemas de informação epidemiológica, promoção da saúde, vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador.

Os principais avanços e limitações em cada um dos temas que compõem esse relatório, com destaque às metas relacionadas à agenda estratégica da vigilância em saúde, estão dispostos de forma clara e objetiva para uma leitura rápida e agradável.

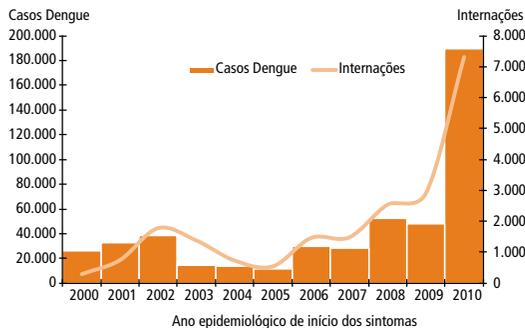
O Relatório de Situação do Sistema de Vigilância em Saúde é um instrumento que pode contribuir, substancialmente, para que os gestores estaduais e municipais possam conhecer e avaliar a situação atual das ações e dos programas executados em sua Unidade Federada. Também permite a difusão de informações para a população e ainda o acompanhamento dos profissionais de saúde, de modo que todos possam contribuir para o aperfeiçoamento e fortalecimento da vigilância em saúde.

Uma boa leitura a todos.

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

Em 2010, foram notificados no estado de Minas Gerais 214.552 casos prováveis¹ de dengue, um aumento de 289,1% em comparação com 2009 (55.146 notificações). A incidência em 2010 foi de 1.094,8 casos por 100 mil habitantes, considerada alta. Quanto ao monitoramento da circulação viral, foram analisadas 1.391 amostras, das quais 258 foram positivas para DENV-1, 132 para DENV-2 e 41 para DENV-3. As internações seguiram a tendência de aumento observada nas notificações de casos.

Figura 1 Número de casos prováveis e internações por dengue, Minas Gerais, 2000 a 2010

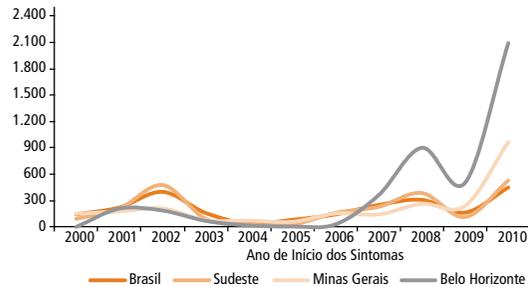


Fonte: SINAN/SIH

A incidência de dengue do estado de Minas Gerais e do município de Belo Horizonte, no período de 2000 a 2010, seguiu o padrão ob-

servado na região Sudeste e no Brasil, com os ciclos de alta transmissão influenciados pela predominância de diferentes sorotipos no país: DENV-3 no período de 2001 a 2006 e DENV-2 em 2007 a 2009. O ano de 2010 foi marcado por predominância de DENV-1 e foi observada na capital uma incidência de 2.215,6 casos por 100 mil habitantes.

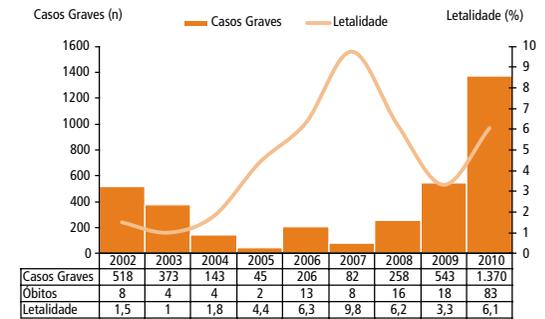
Figura 2 Incidência de casos prováveis de dengue, Brasil, região Sudeste, Minas Gerais e Belo Horizonte, 2000 a 2010



Fonte: SINAN

Para a análise dos casos graves e óbitos, utilizamos os dados a partir de 2002, considerando a melhor qualidade dos dados nesse período. Nesse intervalo, a maior letalidade no estado foi registrada no ano de 2007, sendo de 9,8%. No ano de 2010 foram registrados 1.370 casos graves, 81 óbitos e letalidade de 6,1%.

Figura 3 Número de casos, número de óbitos e taxa de letalidade por Febre Hemorrágica de Dengue, Minas Gerais, 2002 a 2010

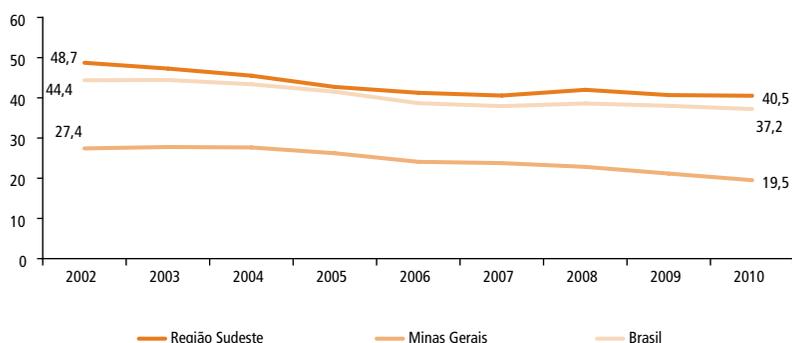


Fonte: SINAN

¹ Consideram-se casos prováveis todos os notificados, EXCETO os casos descartados. Ou seja, todos os casos com classificação final: dengue clássico, dengue com complicações, febre hemorrágica da dengue, síndrome do choque da dengue, ignorado/branco e inconclusivos.

Em 2010, o estado de Minas Gerais notificou 3.825 casos novos de tuberculose (TB), apresentando uma taxa de incidência de 19,5/100.000 habitantes. A capital do estado, Belo Horizonte, apresentou taxa de incidência entre os casos novos de 29,7/100.000 habitantes. Nos últimos 10 anos esse indicador vem apresentando tendência de queda, semelhante à taxa de incidência do Brasil.

Figura 1 Taxa de incidência de TB. Brasil, região Sudeste e Minas Gerais 2002 a 2010*



Fonte: SVS/MS

Em relação à taxa de mortalidade, em 2009, o estado apresentou 1,6/100.000 habitantes e a capital, 1,5/100.000 habitantes.

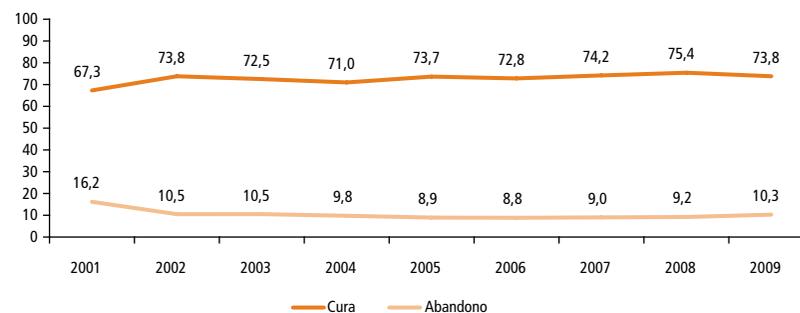
Entre os municípios do estado, 11 municípios são considerados prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

Em 2010, 53,4% dos casos novos de TB realizaram Tratamento Diretamente Observado (TDO) e para 59% desses foi oferecido o teste anti-HIV, sendo que 42,3% apresentaram resultados positivo ou negativo no SINAN, com percentual de coinfeção de 8,1%.

Entre os casos de retratamento, 13,4% realizaram exame de cultura. A meta do Ministério da Saúde para 2015 é realizar exame de cultura em 80% dos casos de retratamento.

Avaliando o encerramento dos casos, em 2009 o estado obteve 73,8% de cura e 10,3% de abandono entre os casos novos de TB. A meta é alcançar 85% de cura e menos de 5% de abandono.

Figura 2 Percentual de cura e abandono de casos novos de TB, Minas Gerais, 2001 a 2009*



Fonte: SVS/MS

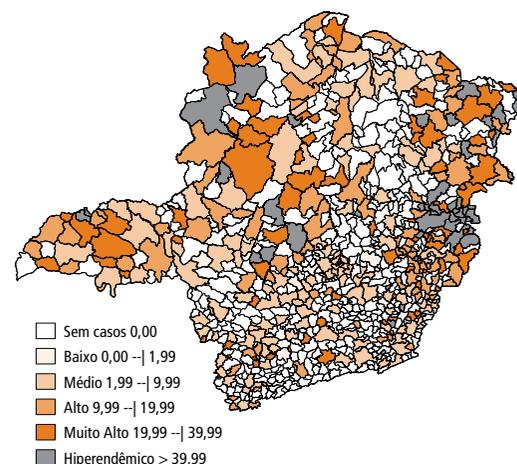
Apesar da importante redução do coeficiente de prevalência de hanseníase em Minas Gerais, que atualmente é de 0,7 casos/10 mil habitantes, o estado demanda intensificação das ações para eliminação da doença em alguns municípios que ainda não alcançaram o nível de eliminação.

Por meio da distribuição espacial verifica-se áreas silenciosas ou de baixa endemicidade em todas as regiões geográficas. Dos 853 municípios, 510 (60%) não notificaram casos em 2010 e dos 46 municípios hiperendêmicos, 34 diagnosticaram menos de 10 casos. A capital Belo Horizonte com 2,3 casos/100 mil habitantes é considerada de média endemicidade.

Observa-se queda significativa no coeficiente geral de detecção (CGD) de 1,4 casos/100 mil habitantes ao ano, nos últimos 9 anos. O CGD em 2010 foi de 8,0 casos/100 mil habitantes e para os menores de 15 anos de 1,2 casos/100 mil habitantes, considerados de média magnitude.

As medidas de vigilância são voltadas ao aumento do percentual de exame de contatos que em 2010 foi regular, com 72,3%. O principal indicador de avaliação da qualidade da atenção é o percentual de cura dos casos diagnosticados, com resultado também regular de 88,7% em 2010.

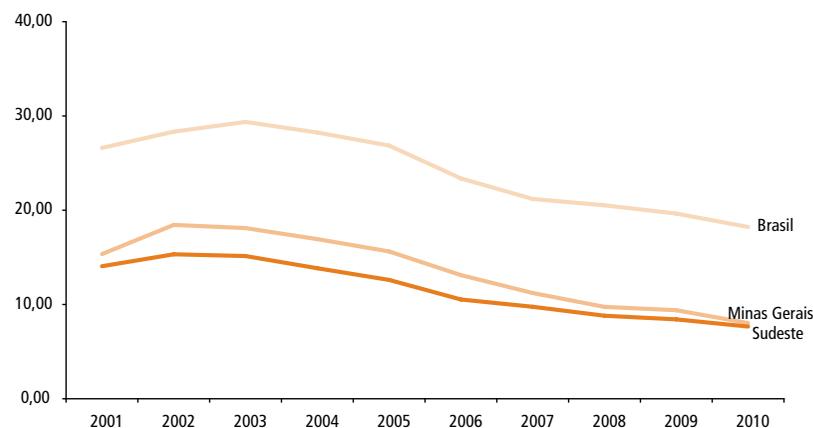
Figura 1 Coeficiente geral de detecção de hanseníase por municípios. Minas Gerais – 2010



Fonte: SVS/MS

Figura 2 Série histórica do coeficiente geral de detecção de hanseníase do estado de Minas Gerais, região Sudeste e Brasil, 2001 a 2010

Coeficiente de detecção por 100 mil habitantes



Fonte: SVS/MS – Dados disponíveis em 05/05/2011

Doenças Negligenciadas (Esquistossomose, Tracoma, Oncocercose e Filariose)

Esquistossomose

Minas Gerais é o estado com a maior área endêmica de esquistossomose do País. A doença ocorre em 517 dos 853 municípios mineiros. Os municípios das Zonas Norte, Leste e os limítrofes com o Espírito Santo são os mais atingidos. A prevalência em 2010 foi de 4,4% em 244.774 pessoas examinadas.

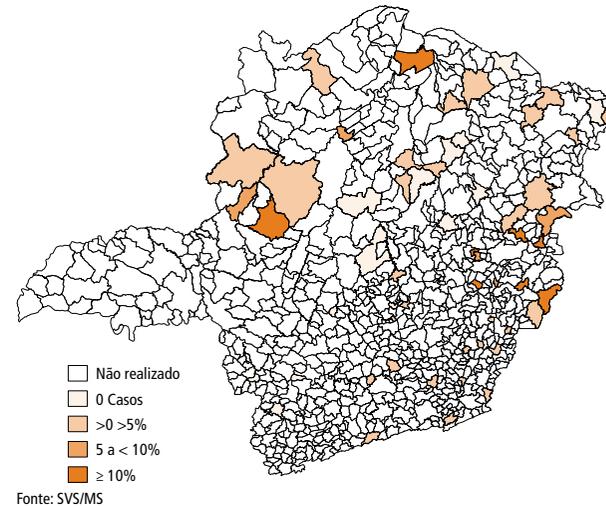
A média anual de internação, no período de 2005 a 2010 foi de 98 internações com redução da taxa de internação por 100 mil/hab. de 0,91 em 2005 para 0,34 em 2010. O número médio de óbitos, no mesmo período foi de 58. A taxa de mortalidade por 100 mil/hab. manteve-se em 0,32.

Tracoma

O último inquérito nacional de prevalência de tracoma em escolares, realizado no estado de Minas Gerais, no ano de 2006 revelou uma prevalência de tracoma de 4,8%, com variações municipais entre zero e 44,0%. Nesse inquérito, foram encontradas prevalências acima de 10% nos municípios de Alvarenga, Divinolândia de Minas, Presidente Olegário, Jaiaba, Santana do Paraíso, Aimorés, Jampruca e Mendes Pimentel.

A presença de alta e média prevalência em municípios do estado reforçam a necessidade de implementação e fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e controle de tracoma com o objetivo de eliminar a doença como causa de cegueira. Tais ações visam o alcance das metas de prevalência de tracoma ativo menor que 5% e prevalência de triquíase tracomatosa menor que um por 1.000 habitantes em todos os territórios e comunidades dos municípios do estado.

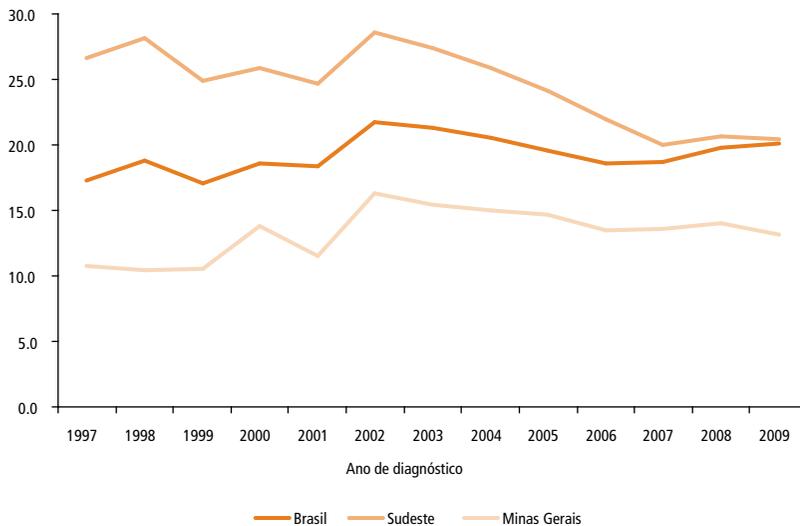
Figura 1 Prevalência de tracoma por município- Inquérito nacional de prevalência. Brasil-Minas Gerais 2006



Desde 1983, ano do primeiro caso de aids notificado em Minas Gerais, até junho de 2010, o estado notificou 32.748 casos no SINAN. Por meio de metodologia de relacionamento de bases de dados, com os sistemas SIM, SISCEL/SICLOM, foram identificados 9.043 casos não notificados no SINAN, representando sub-registro de 21,6%, elevando o número total de casos no período para 41.791.

Em 2009, a taxa de incidência do estado foi de 13,2/100.000 habitantes, a da região Sudeste, 20,4 e a do Brasil, 20,1. A maior taxa de incidência no estado, ao longo da série histórica, foi observada em 2002 (16,3/100.000 habitantes).

Figura 1 Taxa de incidência (por 100.000 habitantes) de casos aids notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM⁽¹⁾, segundo ano de diagnóstico e local de residência. Brasil, região Sudeste e estado de Minas Gerais, 1997 a 2009⁽²⁾

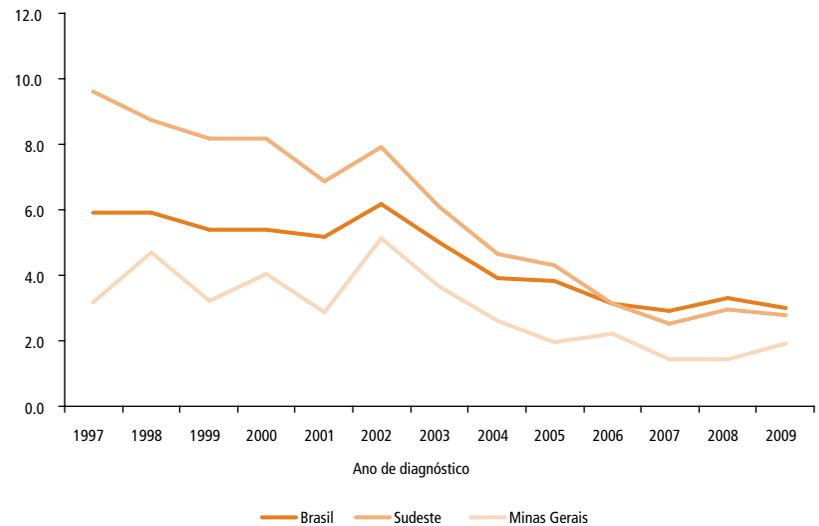


Fonte: MS/SVS/D-DST/Aids/HV
 Nota: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL
 (2) SINAN e SISCEL até 30/06/2010 e SIM de 2000 a 2009
 População: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br no menu Informações em saúde > Demográfica e socioeconômicas, acessado em 17/02/2011

A razão de sexos em 1985 era de 39 homens para cada mulher e atualmente é de 1,6 homem para cada mulher, seguindo a tendência nacional.

De 1997 a junho de 2010, foram identificados 637 casos de aids em menores de cinco anos.

Figura 2 Taxa de incidência (por 100.000 habitantes) de casos de aids em menores de cinco anos de idade notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM⁽¹⁾, segundo ano de diagnóstico e local de residência. Brasil, região Sudeste e Minas Gerais, 1997 a 2009⁽²⁾



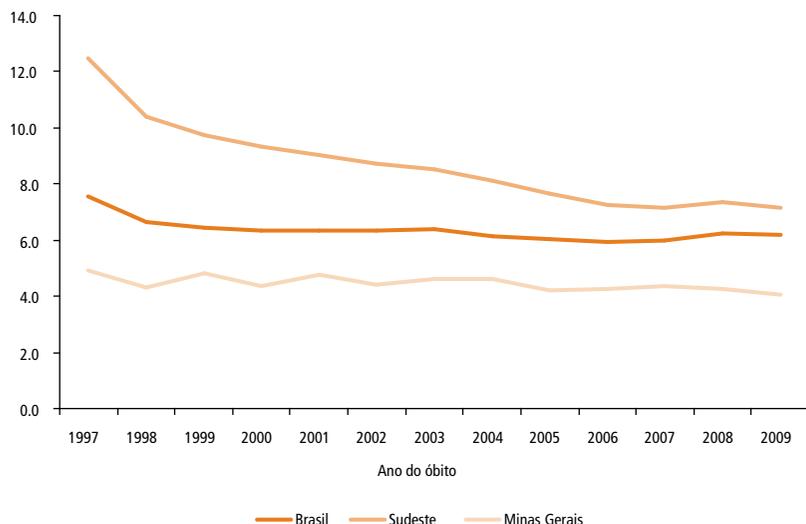
Fonte: MS/SVS/D-DST/Aids/HV
 Nota: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL
 (2) SINAN e SISCEL até 30/06/2010 e SIM de 2000 a 2009
 População: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br no menu Informações em saúde > Demográfica e socioeconômicas, acessado em 17/02/2011

Os cinco municípios de Minas Gerais que apresentaram o maior número de casos de aids acumulados até junho de 2010 foram: Belo Horizonte (11.748), Juiz de Fora (3.245), Uberlândia (2.404), Contagem (1.907) e Uberaba (1.797). Dentre esses municípios, a maior incidência em 2009 foi observada em Belo Horizonte (32,4/100.000 habitantes).

Em relação à gestante HIV+, foram notificados 4.335 casos em Minas Gerais, de 2000 a junho de 2010, e 630 casos de aids por transmissão vertical até junho de 2010.

Quanto à mortalidade por aids, o estado acumulou, até 2009, um total de 15.154 óbitos. O coeficiente de mortalidade por aids em Minas Gerais foi de 4,1/100.000 habitantes em 2009.

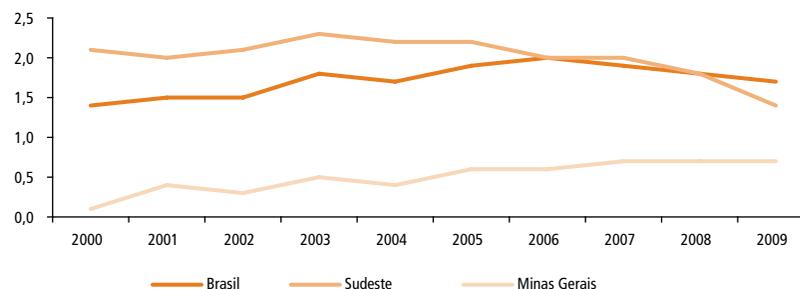
Figura 3 Coeficiente de mortalidade bruto por aids (por 100.000 hab.) segundo ano e local do óbito. Brasil, região Sudeste e Minas Gerais, 1997 a 2009



Fonte: MS/ SVS/ DASIS/ Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM
População: MS/ SVS/ DATASUS, em <[www.datasus.gov.br/informações de saúde/demográficas e socioeconômicas](http://www.datasus.gov.br/informações%20de%20saúde/demográficas%20e%20socioeconômicas)>, acessado em 17/02/2011

Em relação à sífilis congênita, Minas Gerais notificou entre os anos de 2000 e junho de 2010 um total de 1.400 casos, apresentando em 2007 e 2008 taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de 0,7, em cada ano. Entre os anos de 1998 e 2009 foram registrados 46 óbitos por sífilis congênita no estado.

Figura 4 Taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de casos notificados e investigados de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade segundo ano de diagnóstico. Brasil, região Sudeste e Minas Gerais, 2000 a 2009

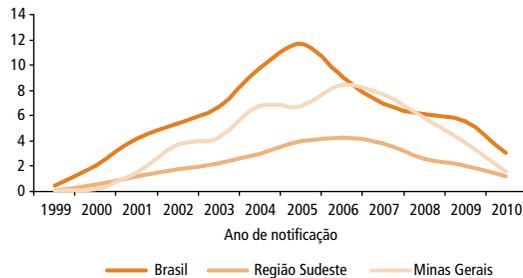


Fonte: MS/SVS/D-DST/Aids/HV
População: MS/ SVS/ DATASUS, em <[www.datasus.gov.br/informações de saúde/demográficas e socioeconômicas](http://www.datasus.gov.br/informações%20de%20saúde/demográficas%20e%20socioeconômicas)>, acessado em 17/02/2011

Hepatites Virais

Foram confirmados em Minas Gerais, entre 1999 e 2010, 9.773 casos de hepatite A, sendo 309 no último ano. A taxa de incidência em 2009 foi de 3,9 casos por 100 mil habitantes enquanto que para a região Sudeste e o Brasil essa taxa foi de 2,0 e 5,6, respectivamente.

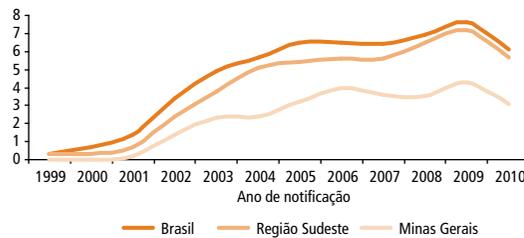
Figura 1 Taxa de incidência de hepatite A por 100 mil habitantes, Minas Gerais, região Sudeste e Brasil, 1999 a 2010



Fontes: Casos de hepatites virais: SINAN/SVS/MS; população: estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) segundo os Censos (1980, 1991 e 2000), contagem da população (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2009)
Notas: (1) Casos de hepatite A confirmados segundo critérios laboratorial (Anti-HAV IgM reagente) ou clínico epidemiológico; (2) casos notificados no SINAN até 31 de dezembro de 2010; (3) dados preliminares para 2010
Execução: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Os casos confirmados de hepatite B no referido estado totalizaram 5.461 no período de 1999 a 2010. A taxa de detecção de casos em 2009 foi de 4,3 por 100 mil habitantes. Ainda nesse ano, a região Sudeste registrou uma taxa de 7,2 e o Brasil de 7,6 casos para cada 100 mil habitantes.

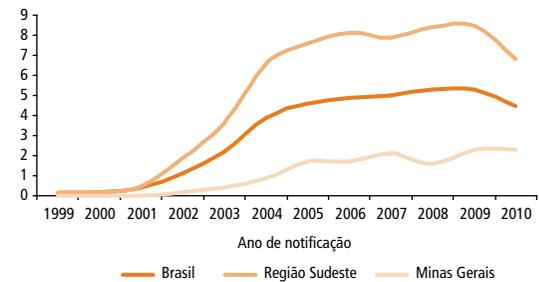
Figura 2 Taxa de detecção de hepatite B por 100 mil habitantes, Minas Gerais, região Sudeste e Brasil, 1999 a 2010



Fontes: Casos de hepatites virais: SINAN/SVS/MS; população: estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) segundo os Censos (1980, 1991 e 2000), contagem da população (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2009)
Notas: (1) Foram considerados casos confirmados aqueles que apresentaram pelo menos um dos seguintes marcadores sorológicos reagentes: HBsAg ou anti-HBc IgM ou HBeAg; (2) casos notificados no SINAN até 31 de dezembro de 2010; (3) dados preliminares para 2010
Execução: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Em relação à hepatite C, 2.635 casos foram confirmados em Minas Gerais na série histórica dos anos de 1999 a 2010, sendo 460 nesse último ano. A taxa de detecção no Brasil, em 2009, foi de 5,3 casos por 100 mil habitantes, para a região Sudeste foi de 8,5 e para Minas Gerais, 2,3.

Figura 3 Taxa de detecção de hepatite C por 100 mil habitantes, Minas Gerais, região Sudeste e Brasil, 1999 a 2010



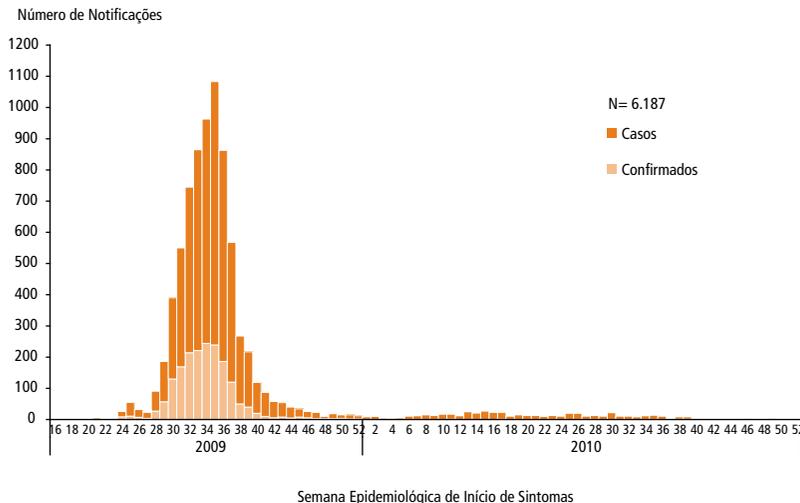
Fontes: Casos de hepatites virais: SINAN/SVS/MS; população: estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) segundo os Censos (1980, 1991 e 2000), contagem da população (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2009)
Notas: (1) Foram considerados casos confirmados aqueles que apresentaram os testes anti-HCV e HCV-RNA reagentes; (2) casos notificados no SINAN até 31 de dezembro de 2010; (3) dados preliminares para 2010
Execução: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Influenza

Considerando os dados registrados no Sistema de Informação da Vigilância de Influenza (SIVEP_GRIPE), em 2010, o estado de Minas Gerais possuía duas unidades sentinelas de síndrome gripal para vigilância de vírus respiratórios. Foram coletadas 122 amostras (14,4% do preconizado para todo o ano), 18 amostras foram positivas (14,7%): 12 vírus sincicial respiratório, 3 influenza B, 2 parainfluenza e 1 influenza A.

Nos dados registrados no SINAN *on line* Influenza de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), o estado de Minas Gerais notificou, em 2009 e 2010, 6.187 casos, sendo 1.819 casos confirmados para influenza pandêmica H1N1 em 2009 (Figura 1).

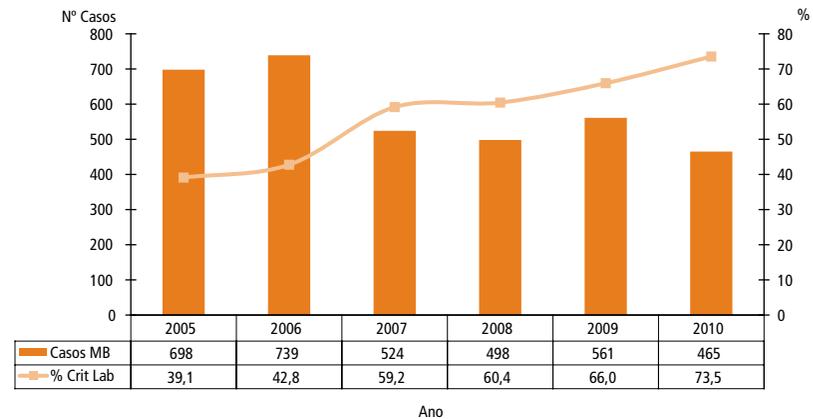
Figura 1 Casos de SRAG e casos confirmados de influenza pandêmica H1N1 2009. Minas Gerais, 2009 e 2010



Meningite

No estado de Minas Gerais, foram confirmados 3.485 casos de meningite bacteriana entre 2005 e 2010, destes, foram confirmados por diagnóstico laboratorial específico, que permite a identificação do agente etiológico, 56,8%. Observa-se que nos últimos anos o estado vem aumentando gradativamente o indicador alcançando 73,5% em 2010.

Figura 2 Percentual de casos de meningite bacteriana encerrados por diagnóstico laboratorial específico. Minas Gerais, 2005 a 2010



Paralisia Flácida Aguda (PFA)

Os indicadores que avaliam o desempenho operacional da qualidade da vigilância de PFA são: 1) Taxa de notificação: meta mínima esperada de um caso por 100.000 habitantes menores de quinze anos residente; 2) Investigação em até 48 horas após a notificação do caso; 3) Coleta de uma amostra de fezes, até o 14º dia do início do déficit motor; e 4) Notificação negativa/positiva semanal de casos de PFA. Exceto a taxa de notificação para os demais indicadores a meta mínima esperada é de 80%.

Os resultados dos indicadores apresentados nas figuras a seguir sugerem que:

- A taxa de notificação e coleta oportuna de fezes de Minas Gerais apresentaram bons resultados.

Recomenda-se empenho da vigilância na manutenção do cumprimento desses indicadores e na qualidade das amostras coletadas uma vez que uma vigilância ativa e sensível, possibilita a adoção de estratégias e medidas de controle.

Ressalta-se que o Brasil mantém estreitos laços econômicos, turísticos e sociais com outros países, inclusive com os que ainda têm circulação de poliovírus selvagem, uma vigilância frágil põe em risco todo o esforço para manter a pólio erradicada no Brasil.

Figura 3 Taxa de Notificação de Paralisia Flácida Aguda, Minas Gerais, região Sudeste e Brasil, 2003 a 2010

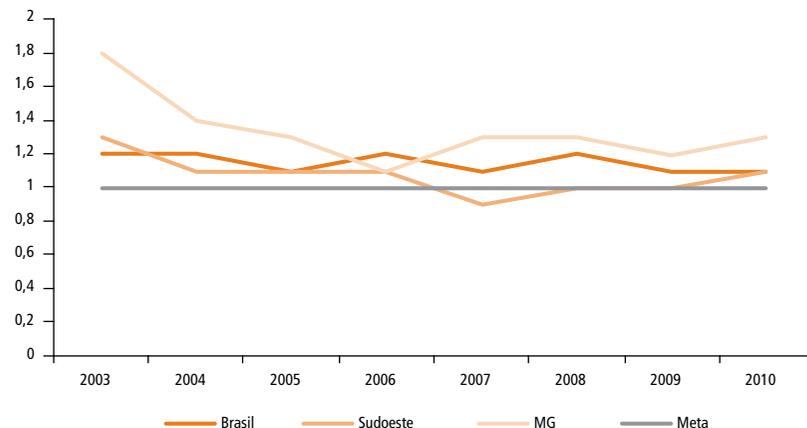
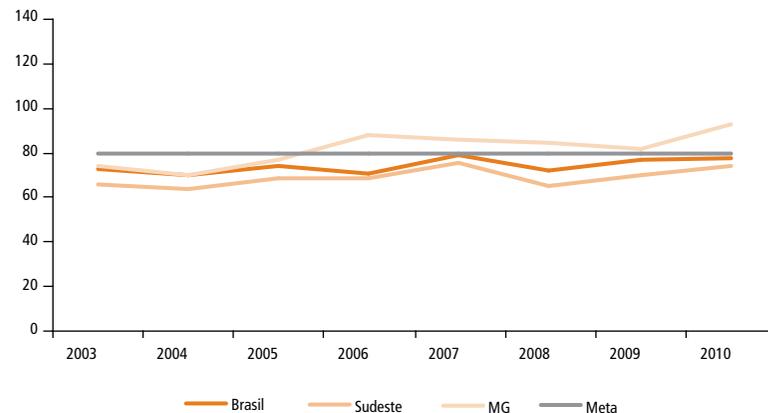


Figura 4 Proporção (%) dos casos de PFA com amostras de fezes coletadas até o 14º dia do início do déficit motor, Minas Gerais, região Sudeste e Brasil, 2003 a 2010



Sarampo

Em 2009 e 2010, no estado de Minas Gerais, a meta estabelecida para os indicadores epidemiológicos do sarampo foi atingida, exceto para o percentual de municípios com encerramento oportuno dos casos em até 30 dias e 60 dias, indicando a falta de agilidade para encerramento dos mesmos no SINAN. E a notificação negativa que também diminui o percentual de um ano a outro. A homogeneidade vacinal esteve nos dois anos abaixo de 95%. Nesse período, foram notificados 1.918 casos suspeitos e nenhum confirmado.

Tabela 1 Desempenho dos indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo. Minas Gerais, 2009 e 2010

Indicadores	2009	2010
Encerramento laboratorial	88,8	93,4
Encerramento em 30 dias	38,6	20,2
Encerramento em 60 dias	75,4	67,3
Homogeneidade	78,3	77,6
Notificação negativa	72,14	70,9
Investigação oportuna	94,7	98,1
Investigação adequada	77,6	84,8
Coleta oportuna	99,0	95,9

Fonte: URI/CGDT/DEVEP/SVS/MS

Rubéola

No período de 2009 a 2010, foram notificados 1705 casos suspeitos de rubéola em Minas Gerais. Nenhum dos casos foi confirmado.

Tabela 2 Número de casos notificados de rubéola. Minas Gerais, 2009 e 2010

Local	2009	2010
Região Sudeste	3.564	3.876
Minas Gerais	898	807

Fonte: URI/CGDT/DEVEP/SVS/MS

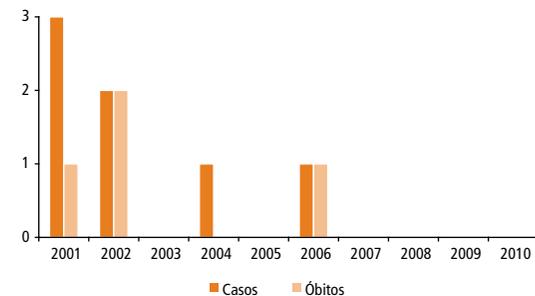
Tétano Neonatal

O Brasil eliminou o Tétano Neonatal enquanto problema de saúde pública e para que se mantenha essa eliminação é necessário o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica de forma a notificar e investigar todos os casos suspeitos e confirmados da doença. É importante, também, fortalecer as ações de prevenção, tais como melhorar a cobertura e qualidade do pré-natal, aumentar a cobertura de partos assépticos e principalmente a vacinação de mulheres em idade fértil (12 a 49 anos de idade) de forma homogênea, em todos os municípios brasileiros.

No período de 2001 a 2010, o estado de Minas Gerais notificou 15 casos suspeitos de Tétano Neonatal (TNN) e desses 7 (47%) foram confirmados. Nesse mesmo período foram registrados 4 óbitos representando uma letalidade

de 57%. Nos últimos quatro anos não ocorreram casos de TNN no estado, indicando o bom desempenho da vigilância epidemiológica no controle deste agravo.

Figura 5 Número de casos e óbitos de Tétano Neonatal, Minas Gerais, 2001 a 2010



Fonte: SVS/MS

Rotavírus

No ano de 2010, foram notificados 38 casos suspeitos de rotavírus em Minas Gerais. Desses, 63,1% (24) tiveram amostras coletadas e 10,5% (4) foram confirmados. A positividade de rotavírus em Minas Gerais foi 14,8%, enquanto a positividade do Brasil no mesmo período foi 39,6%.

UF	Número de casos suspeitos	Número de amostras coletadas	Número de casos confirmados	Positividade (%)
Minas Gerais	38	24	4	14,8
Brasil	3.418	2.890	1.217	39,6

Fonte: SINAN

Doenças Diarreicas Agudas (DDA)

No período de 2007 a 2010, foram notificados 1.338.008 casos de DDA em Minas Gerais. A estimativa de incidência na população nesse período variou de 12,4 a 27,3/1.000 habitantes, 2010 obteve a maior estimativa de incidência.

Ano	Número de casos de DDA	Estimativa de Incidência/1.000 habitantes
2007	245.113	12,4
2008	297.079	15,0
2009	260.033	13,0
2010	535.783	27,3

Fonte: MDDA – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Botulismo

No período de 2007 a 2010, o estado de Minas Gerais confirmou três casos de botulismo, todos da forma alimentar. Desses, um caso foi a óbito, letalidade de 33,3%. Os alimentos incriminados foram tanto de produção caseira (linguiça) quanto comercial (queijo mussarela e palmito e milho em conserva). As confirmações de dois casos foram por critério clínico-epidemiológico e um por critério laboratorial. Apenas um dos três casos recebeu o tratamento com soro antibotulínico. Em uma das amostras clínicas, foram identificadas as toxinas A e B.

Doença Transmitida por Alimento (DTA)

No período de 2007 a 2010, o estado de Minas Gerais notificou 214 surtos de DTA, com ocorrência de 12 óbitos. Excluindo os surtos sem informação, 38,2% ocorreram em residências e 9,5% em restaurantes/padarias; 23,5% dos surtos foram causados pelo consumo de alimentos cárneos e 17,6% por água. *Staphylococcus spp.* e *Escherichia coli* foram detectados, respectivamente, em 36,8% e 24,6% dos surtos em que foi realizada a pesquisa de agentes etiológicos.

Tabela 1 Número de surtos de DTA, segundo o ano. Brasil e Minas Gerais

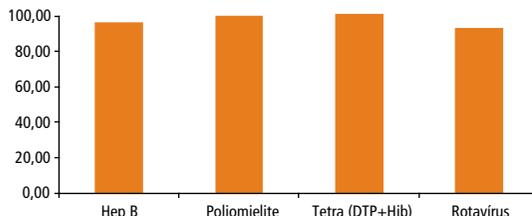
UF	2007	2008	2009	2010	Total
Minas Gerais	20	46	91	57	214
Brasil	661	648	638	416	2.363

Fonte: UHA/CGDT/DEVEP/SVS/MS

Coberturas vacinais e homogeneidade de coberturas de vacinas do calendário da criança

As coberturas vacinais (CV) de rotina em <1 ano de idade em 2010 em Minas Gerais estiveram acima da meta estabelecida para a maioria das vacinas. Superaram 100% para a BCG (101,95%), poliomielite (100,41%) e (DTP+Hib) (101,45%). Ficaram em 96,80% para a hepatite B e 93,22% para a vacina oral de rotavírus humano. Do total de municípios 680 (79,71%) atingiram CV $\geq 95\%$ (homogeneidade) para a vacina DTP+Hib, ficando acima da meta (70%) pactuada intergestores do SUS. Em relação às CV da vacina tríplice viral em um ano de idade, a meta foi atingida em todo o período. Entre 2006 e 2010, oscilaram entre 99,31% (2008) e 106,55% (2007). A homogeneidade variou entre 70,46% (2008) e 82,42% (2007).

Figura 1 Coberturas vacinais, por tipo de vacina em menores de um ano de idade, Minas Gerais, 2010

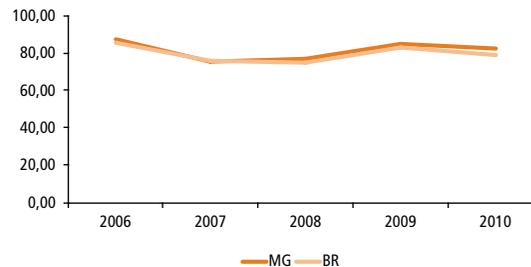


Fonte: SI-API/CGPNI Denominador SINASC 2009 preliminar

Coberturas vacinais da vacina influenza (gripe)

A vacinação em idosos com a vacina influenza demonstrou boa adesão da população-alvo. Houve variação de 75,62% em 2007 a 87,59% em 2006 superando a média nacional, exceto em 2007. Em 2011, sobre a vacinação dos grupos prioritários apontam CV de 87,01%. O estado superou 80% de cobertura vacinal em todos os grupos, exceto em gestantes (49,75%).

Figura 2 Coberturas vacinais com a vacina influenza sazonal, Minas Gerais e Brasil, 2006 a 2010



Fonte: SI-API/CGPNI

Campanhas de vacinação contra poliomielite em < 5 anos de idade

O bom desempenho nas campanhas de vacinação com a vacina poliomielite é demonstrado nos índices alcançados no período de 2006 a 2010 mantendo-se acima da meta de 95% para as duas etapas de campanha nos anos de 2007, 2009 e 2010. Flutuaram entre 93,45% em 2006 (1ª e 2ª etapa) e 106,27% em 2010 (2ª etapa).

Tabela 1 Coberturas vacinais em campanhas de vacinação nacional com a vacina poliomielite, por etapa em < 5 anos, Minas Gerais, Brasil, 2006 a 2010

	MG	2006	2007	2008	2009	2010
1ª etapa		93,45	98,57	97,26	95,12	105,59
2ª etapa		93,45	98,86	93,51	95,07	106,27

Coberturas vacinais da vacina hepatite B na população de 1 a 29 anos de idade

As CV da vacina hepatite B acumuladas no período de 1994 a 2011 (até abril) atingiram 65,40% da população de 1 a 29 anos de idade. No grupo etário de 1 a 19 anos ficou em 83,76% decrescendo para 47,20% no grupo de 20 a 24 anos e 20,90% no grupo de 25 a 29 anos.

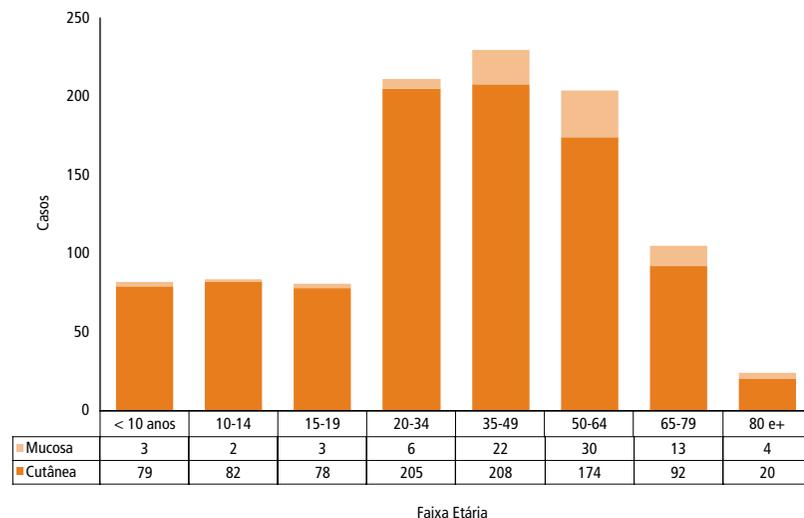
Eventos Adversos Pós-Vacinação

Embora as vacinas estejam entre os produtos biológicos mais seguros e eficazes, ainda que raros, os eventos pós-vacinais são esperados e devem ser notificados no Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SIEAPV) para o aprimoramento da qualidade desses produtos. Em 2010, do total de municípios, 307 (35,99%) notificaram algum tipo de evento pós-vacinação ficando acima da média nacional que foi 26,11%.

Leishmaniose

No ano de 2009, o estado de Minas Gerais registrou 1.021 casos de leishmaniose tegumentar americana, com coeficiente de detecção de 5,1 casos por 100.000 habitantes. O sexo masculino representou 61,7% dos casos e 92% eram maiores de 10 anos. O percentual de cura clínica foi de 78,2% e 88,8% foram confirmados por critério laboratorial. O município de Januária registrou o maior percentual de casos do estado: 12,1%.

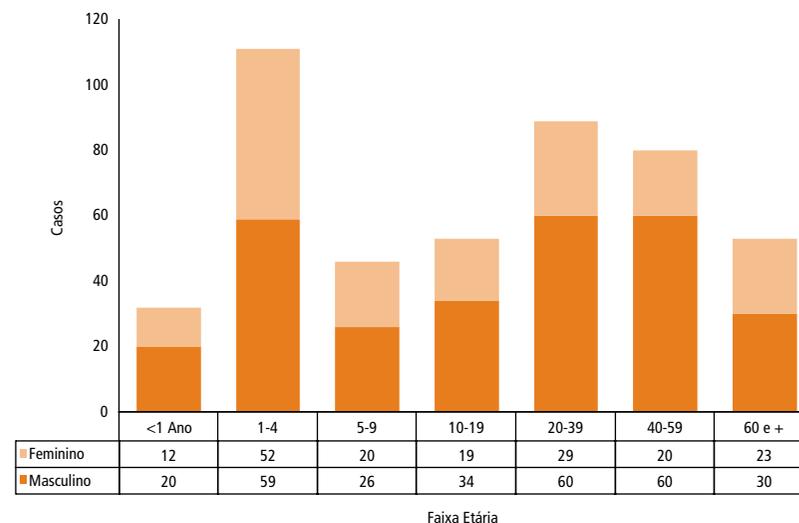
Figura 1 Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana por faixa etária segundo forma clínica – Minas Gerais, 2009



Fonte: SINAN/SVS/MS.

Com relação à leishmaniose visceral foram confirmados 464 casos em Minas Gerais, sendo o segundo estado com maior número de casos registrados em 2009. A capital foi responsável por 31,5% do total de casos confirmados no estado. O coeficiente de incidência foi de 2,3 casos por 100.000 habitantes e 92,2% confirmados laboratorialmente. A letalidade foi de 13,6%, sendo a maior do país e evoluíram para cura clínica 71,6% dos casos.

Figura 2 Casos de Leishmaniose Visceral por faixa etária segundo sexo – Minas Gerais, 2009

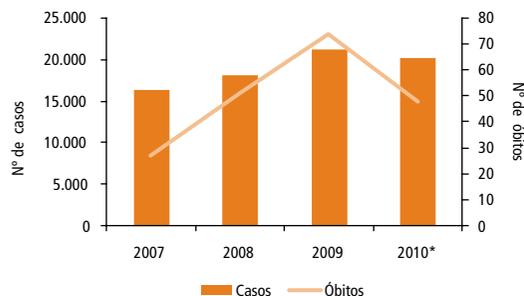


Fonte: SINAN/SVS/MS.

Acidentes por animais peçonhentos

No estado de Minas Gerais, período de 2007 a 2010*, houve um aumento de 23,2% nas notificações de acidentes causados por animais peçonhentos no SINAN (Figura 3). Em 2010* foram registrados 20.088 casos, o que corresponde a 52,8% dos casos registrados na região Sudeste e 16,5% no país. O número de óbitos registrados foi de 48, acarretando uma taxa de letalidade de 0,3%. O escorpionismo foi o acidente predominante, com incidência de 61,8 casos/100.000hab., seguido pelo ofidismo (16,6 casos/100.000 hab.), araneísmo (9,2 casos/100.000hab.), acidente por abelha (5,3 casos/100.000 hab.) e acidente por lagarta (2,9 casos/100.000 hab.).

Figura 3 Número de casos e óbitos causados por acidentes por animais peçonhentos. Minas Gerais, 2007 a 2010*



* Dados sujeitos a alterações
Fonte: SINAN/SVS/MS – Dados atualizados até 22.06.2011

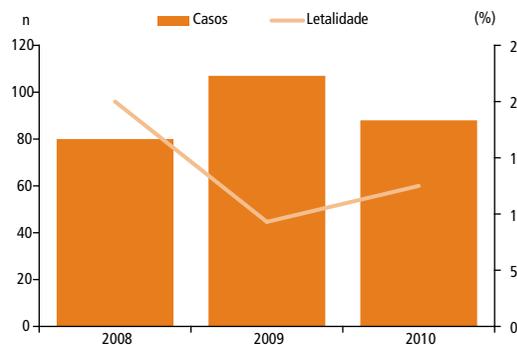
Dentre os 20.088 casos ocorridos em 2010*, 5,3% ocorreram em Belo Horizonte, o município com maior registro, seguido por Montes Claros (4,3%), Ituiutaba (2,6%), Uberaba (2,2%) e Governador Valadares (2,1%).

Leptospirose

No ano de 2010, foram notificados 506 casos sendo 91 casos confirmados da doença com 12 óbitos e letalidade de 13,2%, maior que a média nacional (10,0%) (Figura 4). O coeficiente de incidência da doença foi de 0,5/100.000 hab. sendo menor que o da região (1,8/100.000 hab) e do país (1,9/100.000 hab). No período, 159 municípios notificaram casos da doença (18,6%), sendo os municípios de maior frequência de casos confirmados, Belo Horizonte (16/91), Betim (5/91) e Contagem (5/91).

A vigilância da doença deve ser intensificada, principalmente nos meses de índices pluviométricos elevados, sendo importante a detecção de casos, a partir do alerta dos serviços de saúde para a suspeita clínica, diagnóstico diferencial e tratamento de casos, a notificação e investigação dos mesmos, para um adequado direcionamento e priorização de ações de prevenção e controle da doença.

Figura 4 Casos e letalidade anual da leptospirose. Minas Gerais, 2008 a 2010*



Fonte: SINAN/SVS/MS
* Dados sujeitos a alterações

Hantavirose

Foram registrados 20 casos confirmados de hantavirose e 6 óbitos. Letalidade de 30% e a incidência foi de 0,1/100 mil habitantes.

Febre Maculosa

Foram confirmados 11 casos no ano de 2010 nos municípios de Doresópolis, Itueta, Pains, Pedro Leopoldo, Pescador, Raul Soares, sendo que 3 evoluíram para óbito. Incidência de 0,1 por 100.00 hab. e letalidade de 27,3%.

Unidade de Vigilância em Zoonoses

Com base no levantamento atual do Ministério da Saúde, o estado de Minas Gerais possui 26 Centros de Controle de Zoonoses (CCZ), localizados nos municípios de Belo Horizonte, Caratinga, Manhumirim, Uberlândia, João Pinheiro, Poços de Caldas, Alterosa, Ibirité, Betim, Guaranésia, Carneirinho, Acaica, Delta, Extrema, Uberaba, Ituiutaba, Patos de Minas, Sete Lagoas, Montes Claros, Frutal, Cambuí, Contagem, Indianópolis, Governador Valadares, Sabará e Ipatinga, que atendem 32,27% da população do estado (o estado possui 853 municípios) e têm suas ações voltadas para o controle de algumas zoonoses e para o controle de população animal, principalmente cães e gatos.

Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS)

O CIEVS é uma ferramenta fundamental para a detecção, monitoramento e enfrentamento de emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, ampliando a capacidade de vigilância e resposta já existente no SUS.

Rede de Alerta e Resposta às Emergências de Saúde Pública

Para fortalecer a capacidade de vigilância e resposta as emergências de saúde pública em todo o território nacional, existe a Rede CIEVS (Rede de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde), composta por centros de monitoramento das emergências de saúde pública situados nas Secretarias de Saúde das 27 Unidades Federadas e das 26 capitais.

No período de março de 2006 a dezembro de 2010, foram notificados ao CIEVS/nacional 745 (100%) eventos. A região Norte notificou 16% (117), Nordeste 22% (163), Centro-Oeste 19% (141), Sudeste 29% (220), Sul 14% (104). Dentre os estados que compõem a região Sudeste, o estado de Minas Gerais foi responsável por 8% (62) das notificações referente ao Brasil e 28% (62) referente à região Sudeste.

Para o recebimento dessas notificações, o CIEVS/Nacional disponibiliza aos profissionais de saúde, 24 horas por dia 7 dias na semana, os meios de recepção (notificação) e processamento de dados: telefone com chamada gratuita (0800 644 66 45), e-notifica (notifi-

ca@saude.gov.br) e FormSUS (http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=432). O meio mais utilizado pelo estado de Minas Gerais para notificação de eventos ao CIEVS/Nacional foi o e-notifica (97%).

Figura 1 Distribuição dos eventos notificados pelo estado de Minas Gerais ao CIEVS/Nacional por grupo de notificação. Brasil, 2006 a 2010

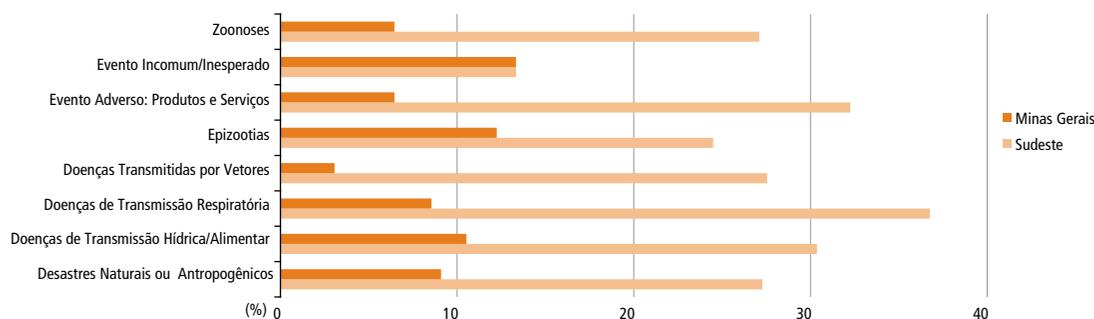


Tabela 1 Distribuição dos eventos notificados pelo estado de Minas Gerais ao CIEVS/Nacional por grupo e meio de notificação. Brasil, 2006 a 2010

Grupo de eventos	e-notifica		Disque notifica		FormSUS		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Desastres Naturais ou Antropogênicos	3	(5.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(4.8)
Doenças de Transmissão Hídrica/Alimentar	25	(41.7)	1	(50.0)	0	(0.0)	26	(41.9)
Doenças de Transmissão Respiratória	10	(16.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	10	(16.1)
Doenças Transmitidas por Vetores	3	(5.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(4.8)
Epizootias	5	(8.3)	1	(50.0)	0	(0.0)	6	(9.7)
Evento Adverso: Produtos e Serviços	2	(3.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(3.2)
Evento Incomum/Inesperado	2	(3.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(3.2)
Zoonoses	10	(16.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	10	(16.1)
Total	60	(100.0)	2	(100.0)	0	(0.0)	62	(100.0)

A Rede de Referência Nacional (RRN) para a vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar é constituída por 190 hospitais, selecionados de acordo com o perfil assistencial do hospital e assim distribuídos: 10% na região Norte; 27,4% na região Nordeste; 7,8% na região Centro-Oeste; 14,2% na região Sul e 40,5% na região Sudeste. Esses hospitais também são divididos em nível I (51%), II (28,4%) e III (20,5%), de acordo com o número de leitos.

Em relação ao nível de gestão, 102 (53,7%) são estaduais, 28 (14,7%) são federais e 60 (31,5%) são municipais. De acordo com os resultados da última pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (IBGE, 2010), essa Rede representava, em 2009, 14,6% do total dos leitos disponíveis no SUS, variando de 12,7% na região Norte a 15,7% na região Sudeste (Tabela 1).

Tabela 1 Número e % de leitos existentes na RRN e % em relação ao total de leitos SUS – Brasil e Regiões, 2009

Região	RRN	Total SUS	% RRN
Norte	3.013	23.754	12,7
Nordeste	12.955	91.157	14,2
Centro-Oeste	3.377	23.413	14,4
Sudeste	19.686	125.289	15,7
Sul	7.049	51.357	13,7
Total	46.080	314.970	14,6

Fonte: CINES/DATASUS e AMS-2009/IBGE

A cobertura estimada dessa RRN em 2010, considerando-se as principais doenças e agravos notificados no conjunto da rede de notificação do país, é apresentada na Tabela 2. As menin-

gites, a leishmaniose visceral, a sífilis congênita, as gestantes HIV positivas e as violências foram as principais doenças e agravos captados nessa Rede, variando de 20 a 37%. Observe-se que, mesmo contando com uma baixa proporção de leitos SUS, essa Rede responde por um volume considerável de notificações para as doenças e agravos selecionados. Chama-se a atenção, contudo, para os possíveis vieses de informação presentes nessa análise da base nacional do SINAN, na medida em que os dados de notificação da RRN são influenciados pelas estratégias de correção de duplicidades adotadas nas secretarias municipais de saúde, que ora mantêm na base a notificação primária, ora consideram a digitação da ficha mais completa.

Em 2010, a SVS iniciou, junto aos estados, um processo de discussão dos resultados e da adequação dessa estratégia de vigilância aos seus objetivos, enfatizando-se a necessidade da sua articulação ao processo de detecção e controle precoces de emergências em saúde pública. As visitas técnicas realizadas até o momento na maioria dos estados da Federação apontam para a necessidade de aprimoramento das ações da VEH, em particular a superação da fragmentação do seu processo de trabalho e o desenvolvimento de estratégias de articulação efetiva com as demais atividades de vigilância intra-hospitalar, bem como o aprimoramento da sua inserção no Subsistema de Vigilância Epidemiológica/SNVS e no sistema de organização da atenção à saúde.

Em 2011, essa iniciativa tomou novo impulso com a inclusão de duas metas na Agenda Estratégica da SVS referentes à expansão da RRN a partir de 2012 e da elaboração, no presente ano, de um Plano de Fortalecimento da VE hospitalar, em articulação com a SAS e com a ANVISA. Dentre as perspectivas para o fortalecimento da VEH, cujos resultados poderão ser medidos a partir de 2012, destaca-se o desenvolvimento de mecanismos de monitoramento e avaliação da RRN e o aprimoramento do processo de capacitação da força de trabalho que atua nessa área.

Tabela 2 Cobertura de Notificação da Rede de Referência Nacional para a VE Hospitalar em 2010

Doenças / Agravos	Nº notificações na RRN	Nº total de notificações	Cobertura de notificação na RRN
Dengue	63.400	1.373.712	4,62
Atendimento Antirrábico	19.915	512.103	3,89
Acidente por animais peçonhentos	18.612	123.037	15,13
Hepatites Virais	15.604	92.458	16,88
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências	13.914	67.309	20,67
Tuberculose	12.357	89.194	13,85
Aids	11.468	40.047	28,64
Meningite	11.459	30.790	37,22
Intoxicações Exógenas	10.285	45.137	22,79
Leptospirose	3.792	16.591	22,86
Leishmaniose Visceral	2.622	8.456	31,01
Sífilis Congênita	1.510	7.228	20,89
Hanseníase	1.351	42.247	3,20
Gestantes HIV +	1.248	6.253	19,96
Leishmaniose Tegumentar Americana	1.139	23.624	4,82

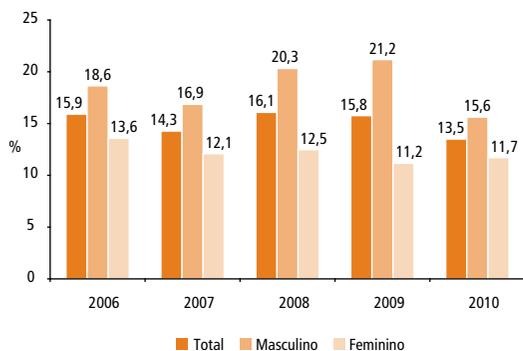
Fonte: DEVEP/SVS/MS

Promoção da Saúde e Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

Prevalência de atividade no lazer entre adultos

No Brasil, a frequência de adultos que praticam atividade física no lazer (prática de atividades de intensidade leve ou moderada por pelo menos 30 minutos diários em 5 ou mais dias da semana ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos diários em 3 ou mais dias da semana) foi 14,9% em 2010. Em Belo Horizonte, a frequência de adultos ativos no lazer foi inferior à do Brasil em 2010 (13,5%).

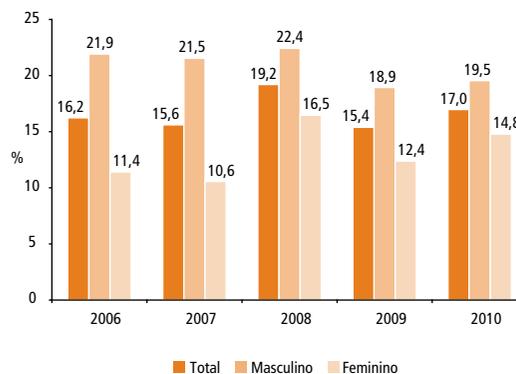
Figura 1 Percentual de adultos que praticam atividade física no lazer, segundo sexo. Belo Horizonte-MG, VIGITEL 2006 a 2010



Prevalência de tabagismo em adultos

O tabagismo aumenta o risco de morbimortalidade por doenças coronarianas, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer. Considerou-se fumante todo indivíduo que fuma, independentemente da frequência e intensidade do hábito de fumar. No Brasil, a prevalência em 2010 foi 15,1%. Em Belo Horizonte, a frequência do hábito de fumar foi superior a do Brasil (17,0%).

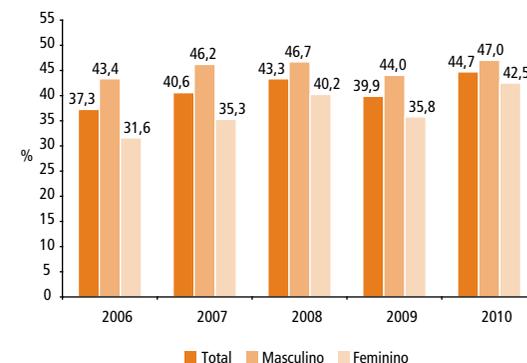
Figura 2 Percentual de adultos fumantes, segundo sexo. Belo Horizonte-MG, VIGITEL 2006 a 2010



Prevalência de excesso de peso em adultos

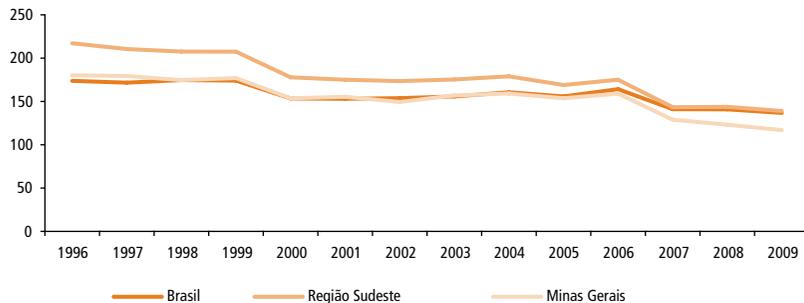
O excesso de peso aumenta o risco de doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, doenças cérebro-vasculares, hipertensão arterial, cânceres e diabetes. Foi considerado com excesso de peso o indivíduo com Índice de Massa Corporal (IMC) $\geq 30\text{kg/m}^2$. No Brasil, a prevalência de adultos com excesso de peso foi 48,1% em 2010. Em Belo Horizonte, a frequência de excesso de peso foi inferior a do Brasil (44,7%).

Figura 3 Percentual de adultos com excesso de peso (IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$), segundo sexo. Belo Horizonte-MG, VIGITEL 2006 a 2010



As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil. A taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil apresentou tendência de declínio no período de 1996 a 2009. Minas Gerais, assim como a região Sudeste, apresentou tendência de declínio similar ao Brasil.

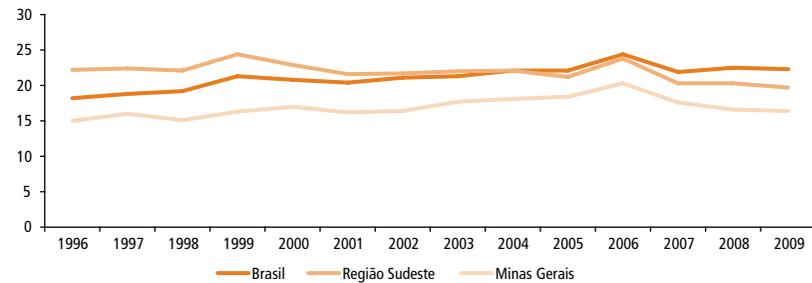
Figura 1 Taxa de mortalidade padronizada por doenças cardiovasculares em Minas Gerais, na região Sudeste e no Brasil, 1996 a 2009*



* Dados de 2009 preliminares. Taxa padronizada (população censo 2000) por 100 mil habitantes
Fonte: MS/SVS/SIM

A taxa de mortalidade por diabetes no Brasil apresentou tendência de aumento no período de 1996 a 2009. Minas Gerais, no período analisado, apresentou taxas inferiores às da região Sudeste e do Brasil.

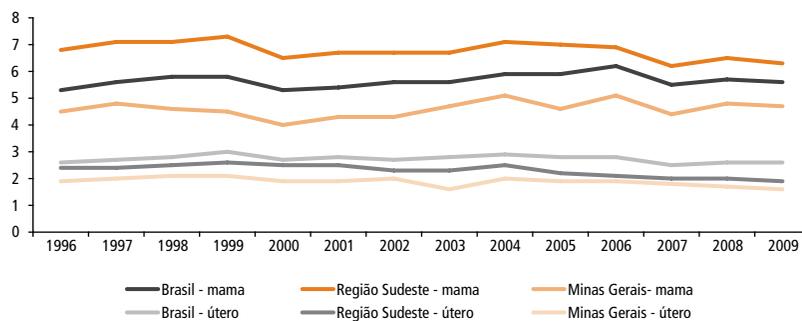
Figura 2 Taxa de mortalidade padronizada por diabetes em Minas Gerais, na região Sudeste e no Brasil, 1996 a 2009*



* Dados de 2009 preliminares. Taxa padronizada (população censo 2000) por 100 mil habitantes
Fonte: MS/SVS/SIM

As taxas de mortalidade por neoplasias de mama e de útero no Brasil apresentaram tendência de estabilidade no período de 1996 a 2009. Em Minas Gerais, no período analisado, as taxas de mortalidade por neoplasia de mama apresentaram valores inferiores à região Sudeste e ao Brasil. Com relação à mortalidade por neoplasia de colo de útero, Minas Gerais apresentou valores próximos aos verificados na região Sudeste e no Brasil.

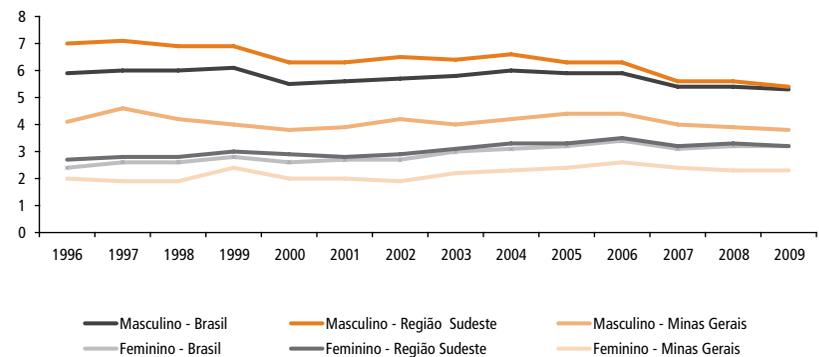
Figura 3 Taxa de mortalidade padronizada por neoplasias de mama e colo de útero em mulheres, em Minas Gerais, na região Sudeste e no Brasil, 1996 a 2009*



* Dados de 2009 preliminares. Taxa padronizada (população censo 2000) por 100 mil habitantes
Fonte: MS/SVS/SIM

As taxas de mortalidade por neoplasias de traqueia, brônquios e pulmão no Brasil apresentaram tendência à estabilidade, sendo sempre inferiores no sexo feminino no período analisado. Em Minas Gerais, a tendência de estabilidade permanece no sexo masculino e feminino, sendo inferior aos valores da região Sudeste e do Brasil.

Figura 4 Taxa de mortalidade padronizada por neoplasia de traqueia, brônquios e pulmão, segundo sexo, em Minas Gerais, na região Sudeste e no Brasil, 1996 a 2009*

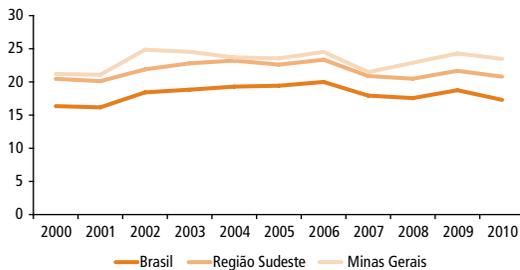


* Dados de 2009 preliminares. Taxa padronizada (população censo 2000) por 100 mil habitantes
Fonte: MS/SVS/SIM

Fratura de fêmur

No período de 2000 a 2010 a taxa de internação por fratura de fêmur em idosos (≥ 60 anos) apresentou tendência de estabilidade, no Brasil, na região Sudeste e em Minas Gerais. Observou-se que a taxa de Minas Gerais é superior a taxa nacional e assemelha-se a da região Sudeste.

Figura 1 Taxa de internação por fratura de fêmur em idoso (≥ 60 anos) em Minas Gerais, na região Sudeste e no Brasil, 2000 a 2010*



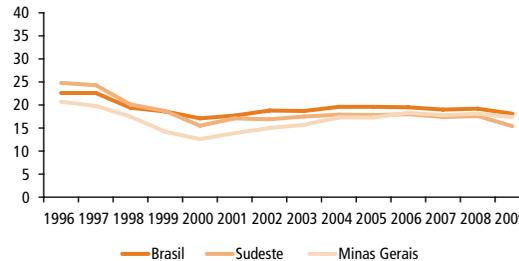
Fonte: SIM/SVS/MS.

* Dados de 2010 preliminares. Taxa (população censo 2000) por 10 mil habitantes.

Acidentes de Transporte Terrestre

A taxa de mortalidade padronizada por acidente de transporte terrestre (ATT), em Minas Gerais apresentou tendência de estabilidade a partir de 2001, ocorrendo o mesmo para a região Sudeste e o Brasil. Um dos principais responsáveis pelo aumento na taxa de mortalidade por ATT é decorrente das mortes com motociclistas; no Brasil a taxa de mortalidade em motociclistas no período de 1996 a 2009 aumentou em 9,2 vezes.

Figura 2 Taxa de mortalidade padronizada por acidente de transporte terrestre em Minas Gerais, na região Sudeste e no Brasil, 1996 a 2009*



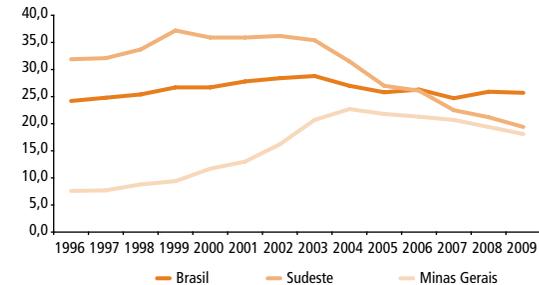
Fonte: SIM/SVS/MS.

* Dados de 2009 preliminares. Taxa padronizada (população censo 2000) por 100 mil habitantes.

Agressões

A taxa de mortalidade padronizada por agressões no Brasil apresentou tendência de estabilidade no período de 1996 a 2009. No estado de Minas Gerais houve tendência de aumento até o ano de 2004, quando começa a declinar. Observou-se declínio também na região Sudeste a partir de 2003. A taxa de mortalidade por agressões de Minas Gerais foi próxima à taxa da região Sudeste, sendo que as taxas de Minas Gerais e da região são inferiores a taxa nacional.

Figura 3 Taxa de mortalidade padronizada por agressões em Minas Gerais, na região Sudeste e no Brasil, 1996 a 2009*



Fonte: SIM/SVS/MS.

* Dados de 2009 preliminares. Taxa padronizada (população censo 2000) por 100 mil habitantes.

Acidentes de trabalho

A notificação dos acidentes de trabalho graves que englobam os acidentes fatais, os com amputações e os com crianças e adolescentes tornou-se compulsória no SINAN em 2004 com a publicação da Portaria MS 777/04, sendo mantida pela Portaria MS 104/11.

Segundo os dados notificados no SINAN para o ano de 2010, o estado de Minas Gerais possui uma incidência (número de casos divididos pela população economicamente ativa X 100.000) de acidentes com crianças e adolescentes de 1,03, menor que a região Sudeste que obteve 3,39 e menor que o Brasil que atingiu 2,17/100.000.

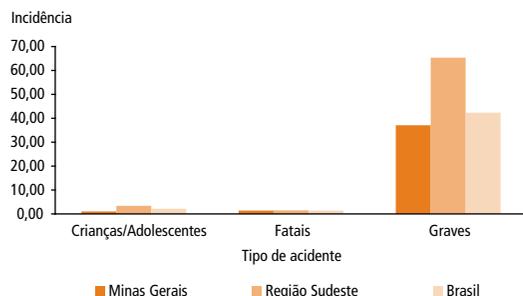
O estado registrou 149 casos fatais em trabalhadores durante o ano de 2010 com uma inci-

Acidentes e Violências

dência de 1,41, menor que a região Sudeste que atingiu 1,51 e idêntica a do Brasil.

A incidência de acidentes graves foi menor em comparação com a região e com o Brasil, com 37,09 casos por 100.000 pessoas em idade de trabalho, enquanto que na região Sudeste foi de 65,35 e no Brasil de 42,36.

Figura 4 Incidência de acidentes de trabalho em crianças e adolescentes, fatais e graves, Minas Gerais, região Sudeste e Brasil, 2010



Fonte: UT-SINAN/SVS/MS. Database 15/06/2011

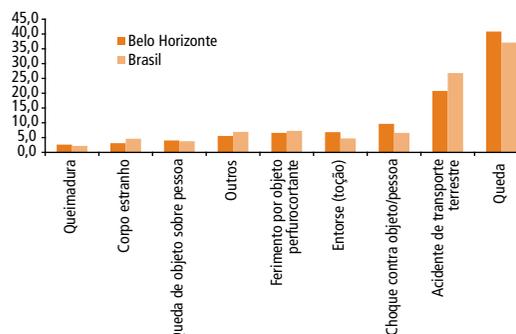
Acidentes em geral

A fim de monitorar esses atendimentos, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que possui dois componentes: Vigilância Contínua/SINAN (notificação compulsória de violências) e Sentinela (inquéritos de violências e acidentes em serviços sentinela de urgência e emergência). Os dados a seguir são da Vigilância Sentinela (VIVA Sentinela), que

ocorreu em 2009 por meio de inquérito por amostragem em 23 capitais e Distrito Federal.

No Brasil, as quedas foram as principais causas de atendimentos de emergência por acidentes (37,1%), seguidas dos acidentes de transporte (26,8%). Em Belo Horizonte, também predominaram as quedas (40,8%), seguidos dos acidentes de transporte terrestre (20,8%), choque contra objeto/pessoa (9,6%), entorse/torção (6,8%), ferimento por objetos perfurocortantes (6,6%), queda de objeto sobre pessoa (4,0%), corpo estranho (3,1%), queimadura (2,6%), os outros acidentes foram responsáveis por 5,6% do total de atendimentos por acidentes.

Figura 5 Atendimentos por acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência no município de Belo Horizonte-MG e Brasil*. VIVA Inquérito, 2009



Fonte: VIVA Inquérito/SVS/MS

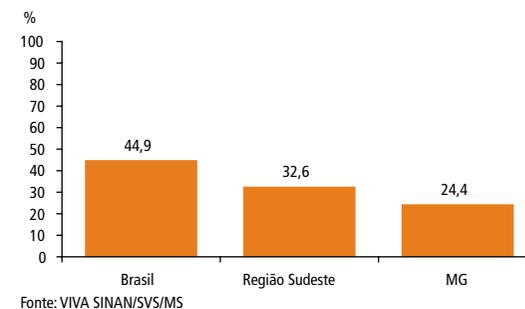
* Pesquisa realizada em 23 capitais e DF (São Paulo, Cuiabá e Manaus não realizaram a pesquisa)

Violências doméstica, sexual e outras violências

Dados da Vigilância Contínua (VIVA Contínua/SINAN) de 2010 apontaram que dos 5.565 municípios brasileiros 44,9% estão notificando violência doméstica, sexual e outras violências. Na região Sudeste verificou-se notificação em 32,6% dos municípios, enquanto que em Minas Gerais, com 853 municípios, 24,4% estão notificando.

Os principais tipos de violência notificados (n=7.876) em Minas Gerais foram os atendimentos decorrentes de violência física (72,4%), seguidos dos eventos decorrentes de violência psicológica/moral (18,2%) e violência sexual (15,5%).

Figura 6 Proporção de municípios notificantes de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo Brasil, região Sudeste e Minas Gerais, 2010



Fonte: VIVA SINAN/SVS/MS

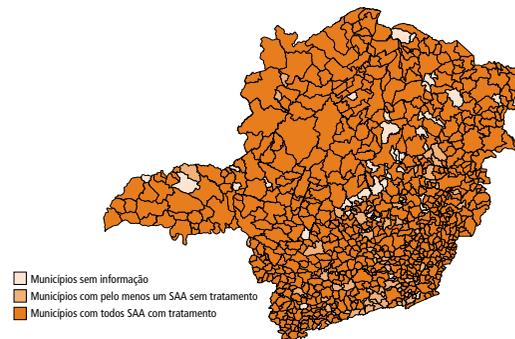
Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA)

A Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA) objetiva garantir para a população o direito à água com qualidade, conforme estabelecido na Norma de Potabilidade da Água. Em Minas Gerais, 94% dos municípios possuem o VIGIAGUA implantado, enquanto que na região Sudeste o percentual é de 88% dos municípios.

A realização do tratamento da água é uma exigência da legislação, por ser reconhecida como uma das ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos transmitidos pela água. Em Minas Gerais, 20% dos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) não possuem tratamento, segundo informações do Sistema de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA), enquanto que na região Sudeste o percentual é de 10,97% dos SAA (Figura 1).

Para avaliar a qualidade da água para consumo humano são utilizados os indicadores turbidez, coliformes totais (CT) e *Escherichia coli*, dentre outros, que podem indicar a contaminação por micro-organismos patogênicos. A avaliação realizada em Minas Gerais está apresentada na Tabela 1.

Figura 1 Municípios que possuem pelo menos um SAA sem tratamento, Minas Gerais-2010



Fonte: SISAGUA/2010

Tabela 1 Avaliação da qualidade da água para consumo humano, segundo os indicadores turbidez e coliformes totais e *Escherichia coli*, Minas Gerais-2010

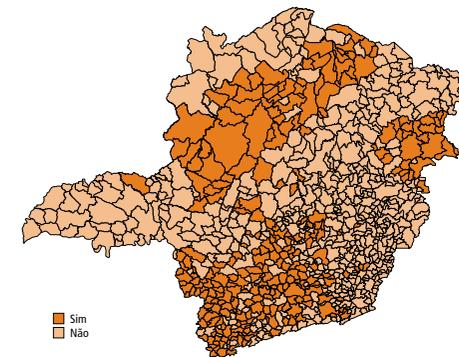
Forma abastecimento	Nº de amostras realizadas		Percentual de amostras		
	CT	Turbidez	Presença CT	Presença <i>E. coli</i>	Turbidez fora do padrão de potabilidade
SAA	33.706	11.178	4,72	0,85	2,08
SAC*	2.328	695	10,74	2,79	4,89
SAI**	78	524	50	23,08	12,02

Fonte: SISAGUA/2010*SAC: Solução Alternativa Coletiva **SAI: Solução Alternativa Individual

As análises de controle da qualidade da água para detecção de agrotóxicos são preconizadas pela Norma de Potabilidade da Água. Em Minas Gerais, 35,4% dos municípios realizaram análise de agrotóxicos, em 2010, conforme apresentado na

Figura 2. Destaca-se, que dentre as análises realizadas, foram constatadas ocorrências de alguns agrotóxicos em níveis superiores aos limites estabelecidos pela Norma de Potabilidade de Água.

Figura 2 Municípios onde os responsáveis pelo abastecimento de água realizaram análises de agrotóxicos, Minas Gerais-2010



A presença de cianobactérias nos corpos d'água indica poluição e eutrofização destes. Alguns gêneros de cianobactérias podem produzir e liberar substâncias tóxicas que afetam a saúde humana. Segundo o SISAGUA, em 2010, 15% dos municípios de Minas Gerais (130) realizaram análises de cianobactérias, sendo que 27 municípios apresentaram amostras com resultados acima do limite especificado na legislação.

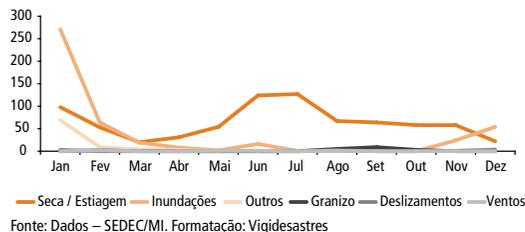
Desastres

A elaboração de Planos de Preparação e resposta às emergências de saúde pública apresenta-se como uma necessidade para subsidiar

a atuação das Secretarias de Saúde em situações de desastres.

No período de 2003 a 2010, a Secretaria Nacional de Defesa Civil (SEDEC) reconheceu 1.364 decretos de situação de emergência (SE) e/ou estado de calamidade pública (ECP) devido à ocorrência de desastres. Desses decretos, 33,80% foram pelas inundações e 56,89% por seca/estiagem, distribuídos ao longo do ano, conforme Figura 3.

Figura 3 Decretos de SE e ECP reconhecidos pela SEDEC, 2003 a 2010, por tipo e mês de ocorrência



Na definição dos planos de preparação e resposta, é importante observar o comportamento dos eventos, considerando sua tipologia e período de ocorrência, para a adoção de ações preventivas, minimizando assim, seus efeitos sobre a saúde.

Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Áreas Contaminadas por Contaminantes Químicos

No estado de Minas Gerais foram identificadas 112 áreas no ano de 2010 no SISOLO, repre-

sentando 25% das áreas cadastradas na região Sudeste. Destacaram-se as áreas classificadas como Unidades de Postos de Abastecimento e Serviços (UPAS) seguidas das Áreas de Disposição de Resíduos Urbanos (ADRU). O estado possui um total de 201 áreas cadastradas, com cerca de 497 mil pessoas potencialmente expostas a contaminantes químicos. A identificação dessas áreas subsidia o estabelecimento de ações de vigilância, de curto, médio e/ou longo prazo no âmbito do setor saúde.

Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos

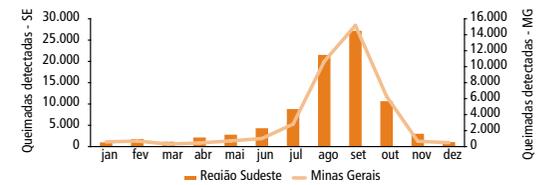
A Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos busca a identificação das populações expostas e a gestão e organização dos serviços de vigilância e atenção à saúde, visto que a exposição humana a poluentes atmosféricos, em curto ou longo prazo, pode provocar impactos à saúde como o surgimento de agravos respiratórios, oculares e cardiovasculares ou o agravamento de doenças preexistentes, especialmente em crianças e idosos.

No estado de Minas Gerais o Instrumento de Identificação de Municípios de Risco (IIMR) foi aplicado em 144 (16%) municípios.

As queimadas favorecem intensa produção de poluentes atmosféricos, entre os quais o material particulado com diâmetros igual ou menor a 2,5 µm (PM 2,5) e é considerado um dos indicadores de monitoramento e apresenta-se como fator de

risco para doenças respiratórias, aumentando a procura por atendimentos médicos.

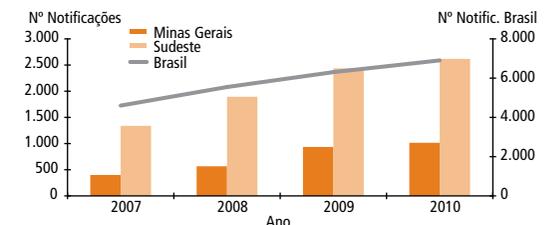
Figura 4 Número de focos de queimada detectados, Minas Gerais e região Sudeste, 2010



Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos

O consumo de agrotóxico no estado de Minas Gerais em 2009 ultrapassou o valor de 52.306 toneladas de princípios ativos (46% herbicidas) em 4.789.178 hectares de área plantada. O estado de Minas Gerais notificou no SINAN 1.015 casos de intoxicação por agrotóxico no ano de 2010, correspondendo a 39% dos casos notificados da região Sudeste.

Figura 5 Notificações de intoxicação por agrotóxicos no Sinan, 2007 a 2010, Minas Gerais, Região Sudeste, Brasil



Agravos que têm o trabalho como causa essencial

O perfil nacional dos agravos relacionados na Tabela 1, registrados no SINAN no ano de 2010, apresenta uma distribuição diferenciada em três grupos: 1) Os acidentes de trabalho grave e acidentes com material biológico, que apresentam 88% dos registros; 2) as intoxicações exógenas e LER/DORT, que apresentam um perfil intermediário, com uma proporção de 10%; e 3) os demais agravos (transtornos mentais, PAIR, dermatoses, pneumoconioses e câncer), que apresentam uma baixa proporção de registros, cerca de 2% dos casos.

Esta distribuição é explicada pela história da vigilância dos agravos relacionados ao trabalho no Brasil, que esteve focalizada, desde a década de 80, nos acidentes de trabalho. O grupo intermediário das LER/DORT e das intoxicações exógenas em alguns estados foram objetos de programas de vigilância e de acolhimento de casos em situações focais.

O estado de Minas Gerais concentra 18% (n=9.594) das notificações da região Sudeste e 12% das notificações nacionais. O agravo com maior frequência de notificações em Minas Gerais é o acidente de trabalho grave (42%), seguido de acidente de trabalho com material biológico (39%), como ocorre no Sudeste e no Brasil.

Também seguindo o perfil nacional e regional as LER/DORT (12%) e as intoxicações exógenas (5%) apresentam um registro elevado de casos.

Em Minas Gerais aparece um terceiro grupo de agravos com um registro relativamente alto e que nacionalmente compõe o grupo de baixo registro que são os casos de dermatoses ocupacionais, pneumoconioses e PAIR.

Os cânceres e transtornos mentais relacionados ao trabalho apresentaram apenas uma notificação em consonância a baixa frequência nacional e regional do registro desses agravos.

Tabela 1 Frequência de notificações de agravos relacionados ao trabalho* em Minas Gerais, na região Sudeste e no Brasil em 2010.

UF Agravado	Minas Gerais	Sudeste	Brasil
Acidentes graves	3.980	28.200	41.424
Acidentes com material biológico	3.739	18.622	31.220
LER/DORT	1154 12%	3387 7%	5452 7%
Intoxicações exógenas	455	1.049	3.036
Dermatoses ocupacionais	133	294	501
Pneumoconioses	67	140	186
PAIR	64	239	304
Transtornos mentais	1	172	352
Câncer	1	15	27
Total	9.594	52.118	82.502

* Agravos do Anexo 3 da Portaria GM/MS nº 104 de 2011 e intoxicação exógena relacionada ao trabalho
Fonte: UT-SINAN/SVS/MS
Database: 15/06/2011

Outros agravos relacionados ao trabalho

Dos demais agravos de notificação compulsória no SINAN e que a relação com o trabalho foi identificada, no estado de Minas Gerais em 2010 os quatro de maior frequência foram os acidentes por animais peçonhentos, a esquistossomose, as hepatites virais, a leishmaniose tegumentar (Figura 1).

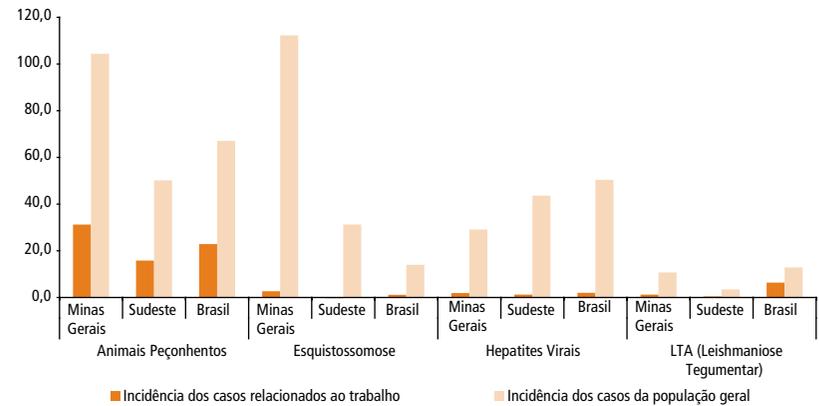
Os acidentes por animais peçonhentos totalizaram de 19.999 casos no estado, dos quais, 3.293 (inc. 31,2/100.000 hab.) são relacionados ao trabalho e 16.706 (inc. 104,4) na população geral. Nota-se que a incidência de casos no estado foi maior que da região que correspondeu à 15,8 entre pessoas em idade economicamente ativa e de 50,1 na população geral; e que do Brasil com 22,9 entre os com idade economicamente ativa e na população geral 67,1.

Foram registrados 21.508 casos de esquistossomose, representando uma incidência de 2,7 casos por 100 mil hab. relacionados ao trabalho e 112,3 não relacionados, o valor relacionado ao trabalho foi superior ao obtido pela região Sudeste (0,02) e superior ao coeficiente nacional (1,1).

A incidência dos casos de hepatites virais relacionados ao trabalho foi de 1,9, e os casos não relacionados de 29,1/100 mil habitantes, enquanto que as taxas da região Sudeste foram 1,2 e 43,6 e do Brasil (2,0 e 50,4), respectivamente.

Em relação à LTA (Leishmaniose Tegumentar Americana), foram notificados um total de 2.056 casos, dos quais, 130 foram relacionados ao trabalho. A taxa de incidência (por 1000 mil habitantes) foi de 1,2 casos relacionados ao trabalho e de 10,7 casos na população geral. A incidência dos casos relacionados ao trabalho no estado foi superior, comparada a região Sudeste (0,4 /100 mil hab.) e menor que do Brasil (6,4 /100 mil hab.).

Figura 1 Taxa de incidência (por 100 mil hab.), segundo doença ou evento*, Minas Gerais, região Sudeste, Brasil, 2010



* Quatro agravos/eventos de maior frequência de notificação no estado, em que a relação com o trabalho foi identificada
Fonte: UT-SINAN/SVS/MS
Database: 18/06/2011

Sistemas de Informações SIM e SINASC

As três esferas de gestão da informação têm responsabilidades definidas na produção de dados confiáveis para a análise da situação de saúde. As coberturas do SIM e SINASC são critérios para a utilização de suas bases no cálculo direto de indicadores. Do mesmo modo, a sua alimentação regular é um atributo importante a ser perseguido para o uso qualificado das estatísticas vitais, medindo a oportunidade em que o dado é disponibilizado a quem dela precisa para a tomada de decisões.

Coberturas do SIM e SINASC¹

A pesquisa demográfica (IBGE) é o parâmetro utilizado de avaliação dos registros de óbitos e nascimentos captados pelos sistemas SIM e SINASC. Entretanto, por não ter caráter de continuidade, não permite a avaliação imediata de efetividade das políticas públicas em determinados grupos populacionais – evidente naquelas ações de saúde dirigidas à diminuição da mortalidade infantil nas regiões Norte e Nordeste, na última década – o que dificulta a interpretação das tendências temporais e o reconhecimento do nível real das mortalidade geral e infantil. Outro problema desse tipo de pesquisa é que as estimativas não podem ser

fornecidas para municípios, impossibilitando o monitoramento da cobertura das estatísticas vitais para esse nível de desagregação geográfica.

Com o *objetivo principal* de estimar coberturas do SIM e SINASC nos municípios brasileiros, com vistas a possibilitar a estimação direta de indicadores de mortalidade por município e por Unidade da Federação, utilizando as informações do SIM e SINASC, a SVS/MS e a FIOCRUZ conduziram uma *pesquisa de busca ativa de óbitos e nascimentos*, em 2010. Quase 60% dos óbitos encontrados fora do sistema foram captados em hospitais e cartórios. Enquanto mais de 90% dos nascimentos foram captados nessas mesmas fontes. Chama atenção, 28% dos óbitos encontrados em cemitérios ou funerárias.

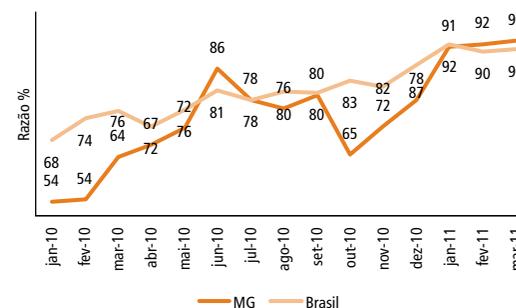
O fator de correção para os óbitos na região Sudeste (1,03) é ligeiramente superior ao de nascidos vivos (1,02), correspondendo as coberturas de 96,7% e 98,3%, respectivamente. O Brasil tem cobertura de 93% no SIM e 95,6% no SINASC.

Em, 2008 o estado de Minas Gerais apresentou cobertura de 89,9% no SIM, cujo fator de correção foi de 1,11. E o Coeficiente Geral de Mortalidade foi corrigido de 5,8 para 6,5. O CGM corrigido da região foi de 6,6 e do Brasil 6,2. Enquanto, o SINASC apresentou cobertura de 94,3% com fator de correção de 1,06. A taxa de natalidade foi corrigida de 13,5 para

14,4. A taxa corrigida da região foi de 14,6, a nacional 16,4.

Regularidade do SIM

Figura 1 Razão entre o número de óbitos coletados e transferidos dentro do prazo de 60 dias após o final do mês de ocorrência e óbitos esperados (critério da Portaria 116/2009). Brasil, Minas Gerais, jan-2010 a mar-2011



Fonte: SIM/SVS/MS e IBGE

O estado de Minas Gerais apresentou progressivo aumento no envio de óbitos transferidos ao SIM dentro do prazo, atingindo a meta (80%) em 5 meses, dos 15 observados (em média 74,8%). O estado permaneceu por quase todo o período abaixo da média nacional. O pior desempenho foi o 1º trimestre de 2010 e o melhor o 1º trimestre de 2011.

Considerações gerais

Os resultados para nascidos vivos mostram uma homogeneidade bem maior por UF, com todos os estados e DF com coberturas próximas ou superiores a 90%, incluindo os das regiões

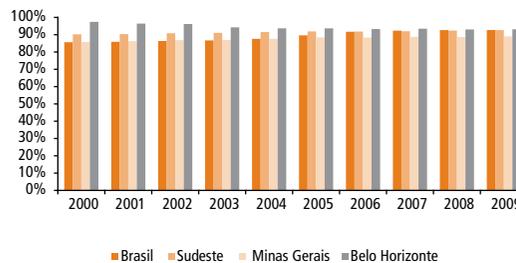
1 Texto baseado no Capítulo do livro Saúde Brasil (Szwarcwald et al. 2011. Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e Amazônia legal: estimação das coberturas do SIM e SINASC nos municípios brasileiros).

Norte e Nordeste. Embora, persista a desigualdade na informação da mortalidade: 30% dos municípios brasileiros ainda têm coberturas de óbitos inferiores a 80%, sendo a maioria localizada nas regiões N e NE. Nota-se, porém, avanços importantes na informação dos sistemas vitais: são raros os municípios terem coberturas menores do que 50% para ambos os sistemas. A regularidade no envio do dado do SIM está satisfatória no momento. Ações são implementadas para o aumento da captação de registros, como: os processos de institucionalização da busca direcionada de óbitos e nascimentos; de padronização do registro de sepultamentos e de monitoramento e avaliação da regularidade do envio das informações ao SIM; transferência de registros via SISNET e a rotina de auditoria eletrônica de volume de registros entre os níveis de gerência dos sistemas.

Óbitos com causa básica definida

O percentual de óbitos não fetais com causa básica definida em Minas Gerais (MG) aumentou de 85,8% em 2000 para 89,0% em 2009. Nesse mesmo ano, Belo Horizonte apresentou percentual de 93,1%, a região Sudeste 92,6%, e o Brasil 92,7%.

Figura 2 Percentual de óbitos por causa definida, 2000 a 2009

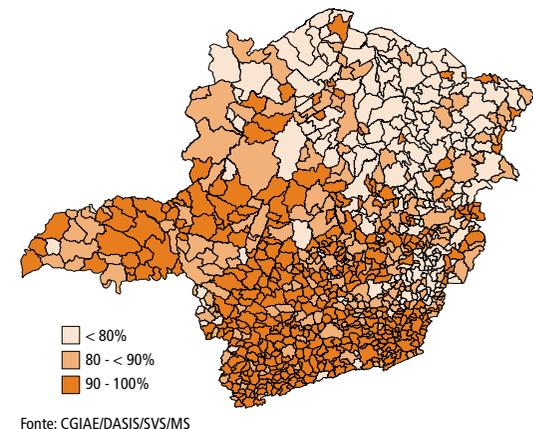


Em 2009, a distribuição de municípios segundo o percentual de óbitos por causas definidas foi:

- menor que 80%: 202 municípios (23,7%);
- de 80% a 89%: 212 municípios (24,8%);
- 90% e mais: 439 municípios (51,5%).

A qualidade da informação sobre a causa básica de morte na declaração de óbito em MG melhorou na última década, porém não alcança ainda o nível adequado ($\geq 90\%$ de óbitos com causa definida). Esse nível foi observado em 439 dos 853 municípios do estado, em 2009. Destaca-se que a capital manteve percentual adequado durante todo o período avaliado.

Figura 3 Percentual de óbitos por causa definida, por municípios. Minas Gerais, 2009



Óbitos investigados em 2010

Em MG foram notificados 2.721 óbitos fetais dos quais 339 corresponderam à capital. Observou-se que em todo o estado foram investigados 30,7% desses óbitos, e na capital, 13,0%. O percentual investigado na região Sudeste foi 35,1% e no Brasil, 28,7%.

Foram notificados 3.302 óbitos infantis em todo o estado, sendo que desses óbitos, 362 aconteceram em Belo Horizonte. Quanto à investigação, ela foi realizada em 29,0% dos óbitos em MG, e em 5,8% na capital, valores inferiores aos informados na região Sudeste (36,4%) e no país (35%).

Com relação aos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), foram informadas 6.931 mortes no estado e 785 em Belo Horizonte. As investigações ocorreram em 67,7% dos óbitos MIF acontecidos em todo o estado e em 73,6% na capital. A investigação na região Sudeste atingiu 70,1% dos óbitos MIF e no Brasil, 64,7%.

Em referência às mortes maternas, foram notificadas 97 mortes em MG, das quais 14 ocorreram na capital. Em todo o estado foram investigados 46 óbitos maternos (47,4%), correspondendo 9 (64,3%) à capital. A investigação de mortes maternas na região Sudeste atingiu 63,4% e no Brasil 56,5%.

Ressalta-se que a investigação de óbito infantil, fetal e materno, coordenada pela área de vigilância em saúde, é um processo recente, em constante aprimoramento, necessitando, assim, de investimento e esforços contínuos para que se alcance o mais alto percentual de investigação em todos os municípios do estado.

Figura 4 Percentual de óbitos fetais e infantis investigados em 2010

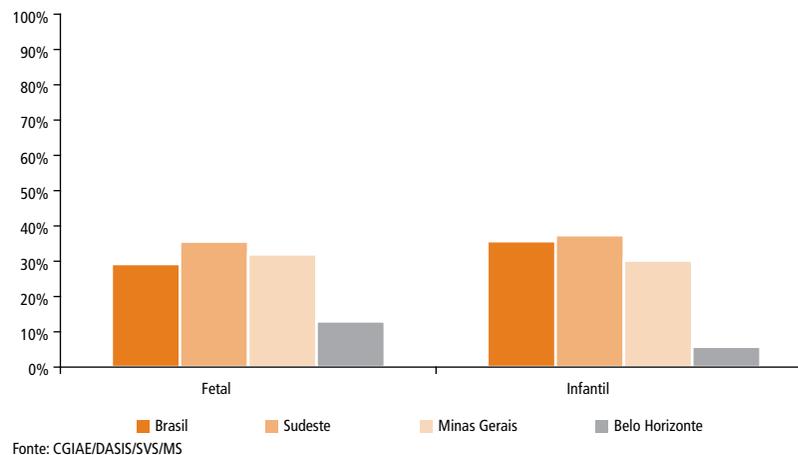
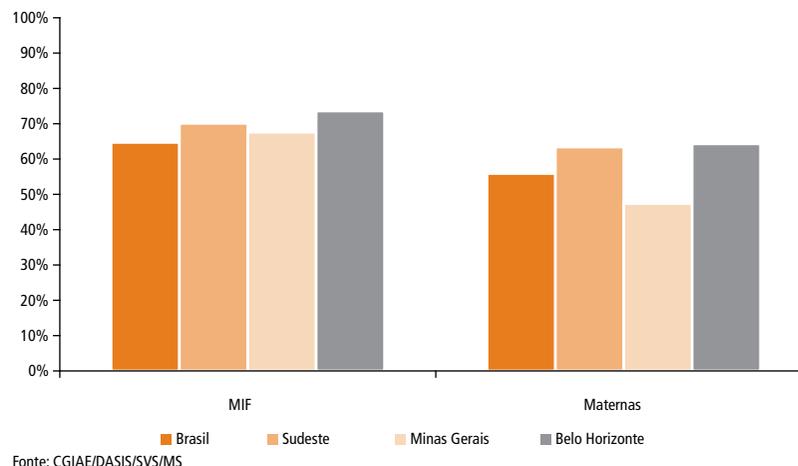


Figura 5 Percentual de mortes maternas e de MIF investigadas em 2010



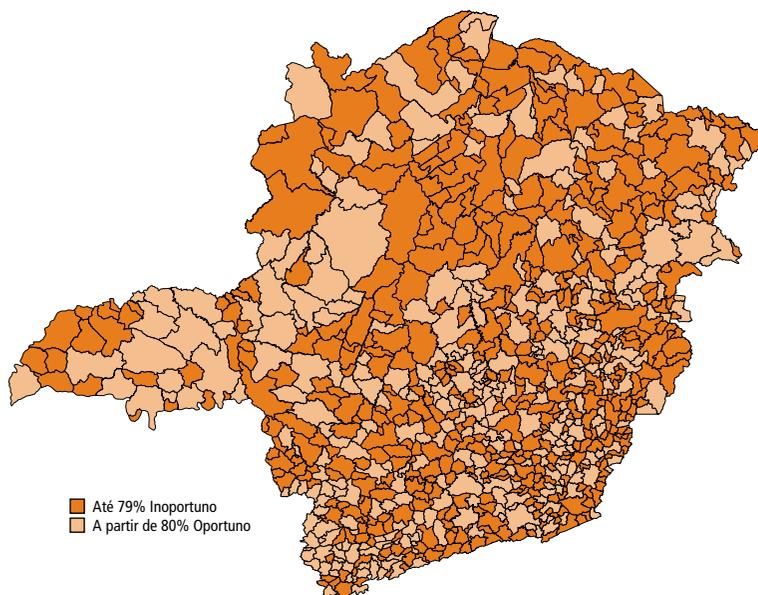
Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo

O estado de Minas Gerais pactuou para o ano de 2010 uma meta de 80% de casos com encerramento oportuno, e até o momento está com 78%, portanto essa meta ainda não foi alcançada.

Os agravos dengue, doença de Chagas, febre amarela, febre maculosa, febre tifóide, hantavirose, leishmaniose visceral, leptospirose, rubéola e sarampo não atingiram a meta estabelecida para o ano de 2010.

Figura 6 Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por município, Minas Gerais, 2010*



* Atualizado em 11/07/2011
Fonte: MS/SVS/SINAN

Regularidade do envio de dados do SINAN ao Ministério da Saúde

O estado, em 2011, está com 95% de envio regular dos dados do SINAN ao Ministério da Saúde, e em 2010 alcançou 94%.

Tabela 1 Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo, Minas Gerais, 2010*

Agravos	Casos		
	Notificados Total	Encerrados Oportunamente	
		Nº	%
Botulismo	1	0	0,00
Cólera	0	0	0,00
Coqueluche	52	42	80,00
Dengue	1.352	973	71,00
Difteria	3	3	100,00
Doença de Chagas	106	63	59,00
Febre Amarela	8	6	75,00
Febre do Nilo	0	0	0,00
Febre Maculosa	49	23	46,00
Febre Tifoide	3	2	66,00
Hantavirose	54	30	55,00
Hepatite Viral	2.775	2.427	87,00
Leishmaniose Visceral	738	509	68,00
Leptospirose	313	202	64,00
LTA	833	656	78,00
Malária	175	159	90,00
Meningite	902	770	85,00
Paralisia Flácida Aguda	29	27	93,00
Peste	0	0	0,00
Raiva	0	0	0,00
Rubéola	448	290	64,00
Sarampo	46	26	56,00
SRC	7	7	100,00
Tétano Acidental	16	13	81,00
Tétano Neonatal	0	0	0,00
Total	7.910	6.228	78,00

* Atualizado em 11/07/2011
Dados preliminares sujeitos à revisão
Fonte: MS/SVS/SINAN

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, que aprovou as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, destaca-se a reorganização da composição do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde com alteração da periodicidade do repasse dos recursos, definida em três parcelas anuais, nos meses de janeiro, maio e setembro. O Componente de Vigilância e Promoção da Saúde passou a ser composto por:

- Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) – estabelecido com base na estratificação, população e área territorial de cada unidade federativa acrescido dos valores referentes às campanhas de vacinação anuais de influenza sazonal, poliomielite e raiva animal; e do Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública-FINLACEN para as Secretarias Estaduais de Saúde.
- Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS), constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica.

Tabela 1 Recursos destinados ao Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde. Minas Gerais, 2010

Descrição	Instituição	Valor
Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde – PFVPS	SES	24.274.770,20
	Municípios	81.212.732,88
Total 1		105.487.503,08
Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde – PVVPS		
▶ Núcleos Hospitalares de Epidemiologia	19 Hospitais (*)	660.000,00
▶ Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza Pandêmica H1N1 2009	SES	6.280,99
	849 Municípios	5.354.020,02
▶ Política Nacional de Promoção da Saúde	SES	75.000,00
	138 Municípios	4.830.000,00
▶ Registro de Câncer de Base Populacional	SES	70.000,00
▶ Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito	Belo Horizonte	221.875,00
▶ Desenvolvimento de ações contingenciais de vigilância e controle da leishmaniose visceral	Belo Horizonte, Governador Valadares, Montes Claros, Paracatu, Ribeirão das Neves e Unai	1.530.000,00
▶ Desenvolvimento de ações contingenciais para intensificação do controle da doença de Chagas	Januária, São Francisco e São João da Ponte	360.000,00
▶ Incentivos no âmbito do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids	SES	2.875.239,77
	54 Municípios	7.541.160,53
Total 2		23.523.576,31

SES – Secretaria Estadual de Saúde

(*) 4 Hospitais Estaduais; 4 Hospitais Federais; 11 Hospitais Municipais

Capacidade técnica e científica

No período de 2009 a 2010, as secretarias de saúde do estado de Minas Gerais submeteram 71 trabalhos na Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (EXPO-EPI) e por meio dos profissionais dos serviços ou das academias 24 artigos na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, editada pela SVS/MS.

Tabela 1 Número de profissionais de saúde por 1000 habitantes em 2008. Minas Gerais

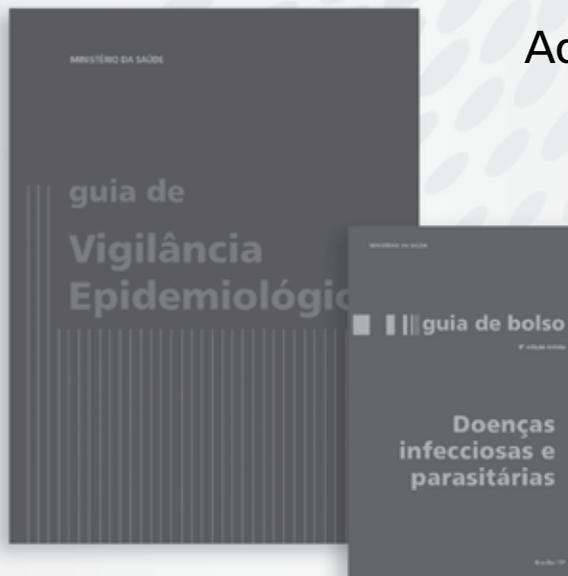
Região/UF	Médicos	Odontólogos	Enfermeiros	Nutricionistas	Veterinários	Farmacêuticos	Técnicos Enfermagem	Auxiliares Enfermagem
Sudeste	2,43	1,65	1,00	0,42	0,40	0,64	1,39	1,27
MG	1,76	1,39	0,74	0,14	0,33	0,59	1,86	0,95

Fonte: Ministério da Saúde/SGTES/DEGERTS/CONPROF – Conselho de Profissionais

A Secretaria de Vigilância em Saúde é uma grande produtora de publicações na área de saúde pública no Brasil. São títulos de referência revisados e reeditados periodicamente, além de outros lançamentos inéditos.

O objetivo principal é promover o desenvolvimento científico e tecnológico, prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, contribuindo para a descentralização das ações de saúde e para a melhoria dos serviços públicos.

Nossas publicações são distribuídas gratuitamente, sendo proibida a comercialização. Os critérios de distribuição objetivam atender, prioritariamente, aos gestores, às secretarias e à rede de serviços de saúde dos estados e municípios, às bibliotecas de instituições acadêmicas e aos eventos das áreas de atuação da SVS.



Aqui você encontra as publicações da **Secretaria de Vigilância em Saúde** do Ministério da Saúde

www.saude.gov.br/svs

A coleção das publicações da Secretaria de Vigilância em Saúde está atualizada e disponibilizada em formato PDF

Relatório de Situação dos Estados brasileiros

Este ano, além da versão impressa e da digital, em formato PDF, a Secretaria está disponibilizando a versão para aplicativos móveis, como *tablets* e *smartphones*.

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38467



Ouvidoria do SUS
136

Secretaria de Vigilância em Saúde
www.saude.gov.br/svs

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Apoio:



Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA