

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Relatório de Situação



Paraíba

Brasília/DF

5ª edição

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Relatório de Situação

Paraíba

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 – 950 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 : Paraíba / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

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

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

Essa publicação faz parte de um conjunto de 27 Cartilhas, que englobam os 26 Estados da Federação e o Distrito Federal.

ISBN 978-85-334-1874-5

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

NLM WA 900

Catálogo na fonte – Editora MS – OS.: 0386/2011

Títulos para indexação:

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

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

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
- 15 Programa Nacional de Imunizações
- 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
- 28 Saúde do Trabalhador
- 30 Sistemas de Informações (SIM e SINASC, Vigilância dos óbitos e SINAN)
- 34 Financiamento
- 35 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.

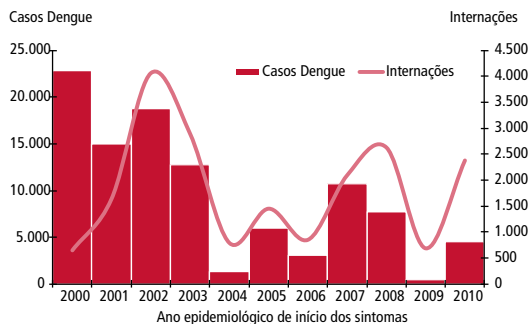
O Relatório de Situação do Sistema de Vigilância em Saúde é um instrumento que pode contribuir, substancialmente, para que os gestores estaduais e municipais possam conhecer e avaliar a situação atual das ações e dos programas executados em sua Unidade Federada. Também permite a difusão de informações 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 da Paraíba 6.667 casos prováveis¹ de dengue, um aumento de 601,1% em comparação com 2009 (951 notificações). A incidência em 2010 foi de 177,0 casos por 100 mil habitantes, considerada média. Quanto ao monitoramento da circulação viral, foram analisadas 56 amostras, das quais 19 foram positivas para DENV-1 e uma para DENV-2. As internações não seguiram a tendência de redução observada nas notificações de casos.

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

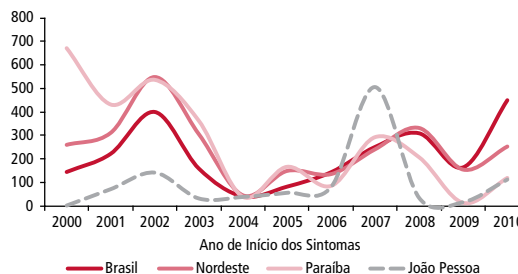


Fonte: SINAN/SIH

A incidência de dengue do estado da Paraíba e do município de João Pessoa, no período de 2000 a 2010, seguiu o padrão observado na região Nordeste 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 153,0 casos por 100 mil habitantes.

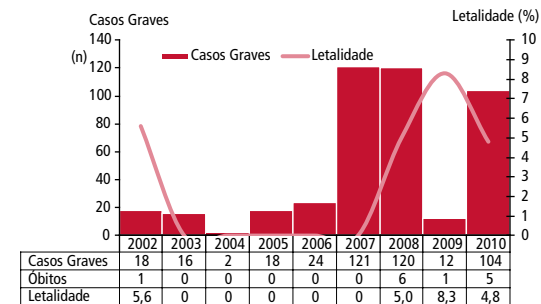
Figura 2 Incidência de casos prováveis de dengue, Brasil, região Nordeste, Paraíba e João Pessoa, 2000 a 2010



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. A maior letalidade no estado foi registrada no ano de 2009, sendo de 8,3%. No ano de 2010, foram registrados 104 casos graves, cinco óbitos e letalidade de 4,8%.

Figura 3 Número de casos, número de óbitos e taxa de letalidade por Dengue Grave, Paraíba, 2002 a 2010

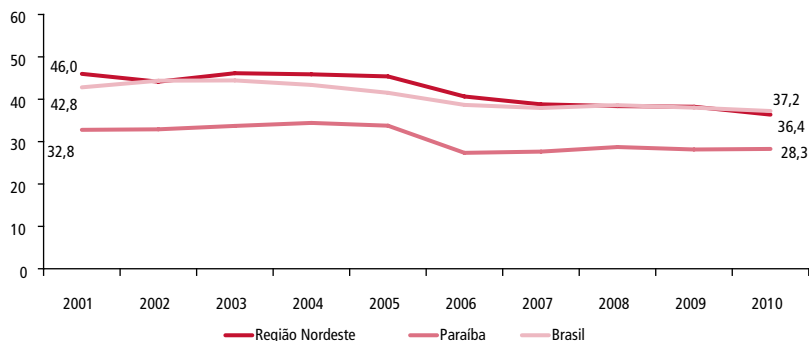


Fonte: SINAN

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 da Paraíba notificou 1.065 casos novos de tuberculose (TB), apresentando uma taxa de incidência de 28,3/100.000 habitantes. A capital do estado, João Pessoa, apresentou taxa de incidência entre os casos novos de 46,4/100.000 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 Nordeste e Paraíba 2001 a 2010



Fonte: SVS/MS

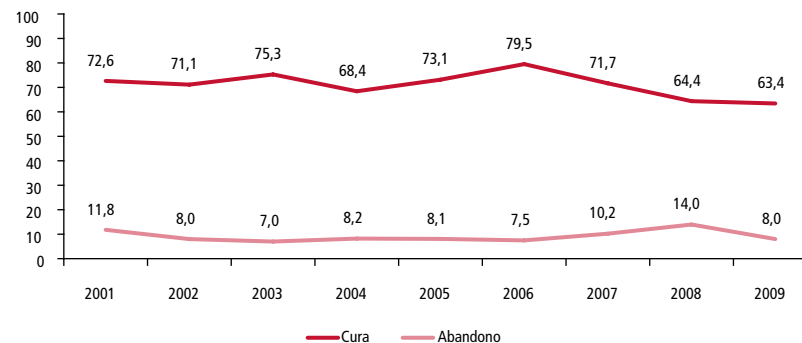
Em relação à taxa de mortalidade, em 2009, o estado apresentou 2,1/100.000 habitantes e a capital, 2,1/100.000 habitantes.

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

Em 2010, 42,2% dos casos novos de TB realizaram Tratamento Diretamente Observado (TDO) e para 66,8% desses foi oferecido o teste anti-HIV, sendo que 52,2% apresentaram resultados positivo ou negativo no SINAN, com percentual de coinfeção de 7,2%. Entre os casos de retratamento, 16,8% 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 63,4% de cura e 8% 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, Paraíba, 2001 a 2009



Fonte: SVS/MS

Apesar da importante redução do coeficiente de prevalência de hanseníase na Paraíba, que atualmente é de 1,5 casos/10 mil habitantes, o estado demanda intensificação das ações para eliminação da doença, justificadas por um padrão de média endemicidade segundo os parâmetros de prevalência.

Por meio da distribuição espacial verificam-se áreas silenciosas ou de baixa endemicidade em todas as regiões geográficas. Dos 223 municípios, 129 (59%) não notificaram casos em 2010, dos 14 municípios são classificados como hiperendêmicos, mas apenas 3 diagnosticaram mais de 10 casos. Cajazeiras com coeficiente de detecção 107,8 casos/100 mil habitantes, Campina Grande com 20,8 casos/100 mil habitantes e a capital João Pessoa com 11,3 casos/100 mil habitantes apresentam maior relevância epidemiológica.

No entanto, observa-se queda significativa no coeficiente de geral de detecção (CGD) de 2,3 casos/100 mil habitantes ao ano, nos últimos 6 anos. O CGD em 2010 foi de 17,4 casos/100 mil habitantes e para os menores de 15 anos de 4,1 casos/100 mil habitantes, padrão de elevada magnitude.

As medidas de vigilância são voltadas ao aumento do percentual de exame de contatos que em 2010 foi precário, com 37,2%. O principal indicador de avaliação da qualidade da atenção é o percentual de cura dos casos diagnosticados, com resultado também regular de 77,8% em 2010.

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

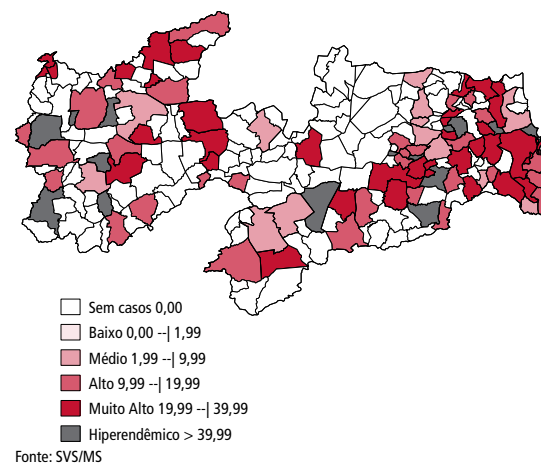
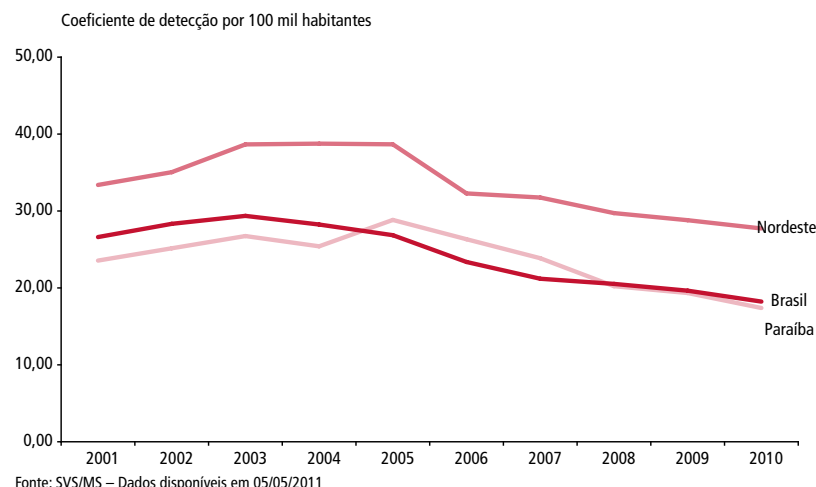


Figura 2 Série histórica do coeficiente geral de detecção de hanseníase do estado da Paraíba, região Nordeste e Brasil, 2001 a 2010



Doenças Negligenciadas (Esquistossomose, Tracoma, Oncocercose e Filariose)

Esquistossomose

A esquistossomose está presente em 71 dos 223 municípios do estado da Paraíba. A doença é endêmica nas Zonas do Litoral, Zona da Mata, Brejo e, em alguns municípios do Agreste, se apresenta de forma focal. Os municípios situados no Litoral Sul (Alhandra, Conde, Pitimbu, Caaporã e Pedras do Fogo) e Lucena no Litoral Norte são os que apresentam localidades com as prevalências mais elevadas. No período de 2005 a 2010, o número médio de exames realizados foi de 70.104, com uma prevalência média nesse período de 5,3%.

A média anual de internação no período de 2005 a 2010 foi de 20 internações, havendo redução da taxa de internação por 100 mil hab.de 0,72 em 2005 para 0,11 em 2010. O número médio de óbitos, no mesmo período chegou a 15 óbitos. Foi observada redução na taxa de mortalidade por 100 mil/hab. de 0,44 em 2005 para 0,37 em 2010.

Tracoma

O último inquérito nacional de prevalência de tracoma em escolares, realizado no estado da Paraíba, no ano de 2002, revelou uma prevalência de tracoma de 3,7%, com variações municipais entre zero e 18,7%.

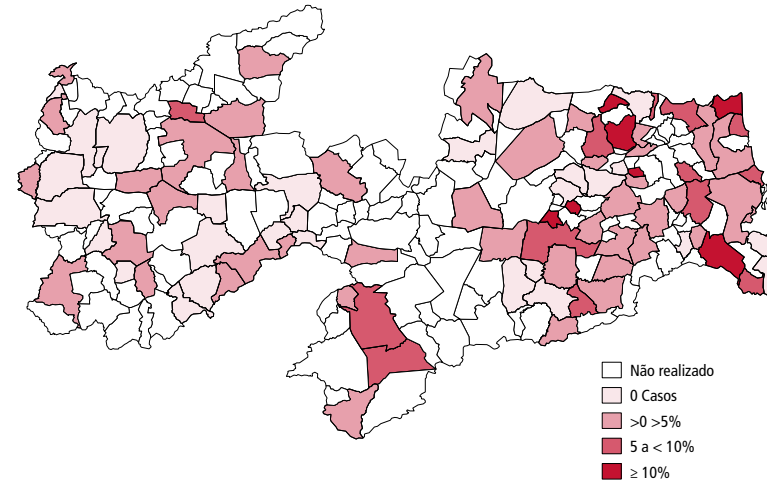
Nesse inquérito, foram encontradas prevalências acima de 10% nos municípios de Riachão, Pedras de Fogo, Bananeiras, São Sebastião da Lagoa, Puxinanã e Mataraca.

Nos anos 2008 a 2010 foram registrados casos de tracoma com prevalência acima de 10% no município de Areia Branca.

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.

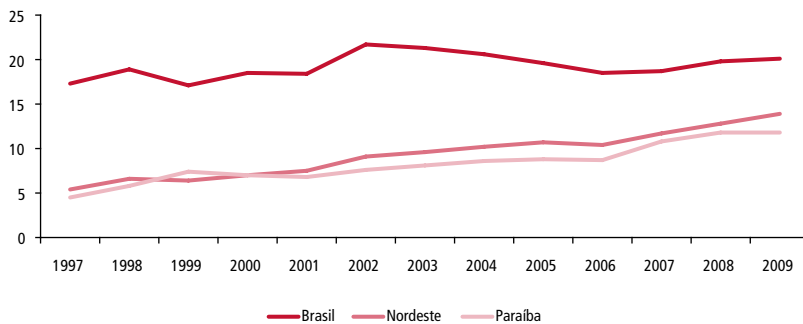
Figura 1 Prevalência de tracoma por município- Inquérito nacional de prevalência. Brasil – Paraíba 2002



Desde 1985, ano do primeiro caso de aids notificado na Paraíba, até junho de 2010, o estado notificou 3.661 casos no SINAN. Por meio de metodologia de relacionamento de bases de dados, com os sistemas SIM, SISCEL/SICLOM, foram identificados 1.112 casos não notificados no SINAN, representando sub-registro de 23,3%, elevando o número total de casos no período para 4.773.

Em 2009, a taxa de incidência do estado foi de 11,8/100.000 habitantes, a da região Nordeste, 13,9 e a do Brasil, 20,1.

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

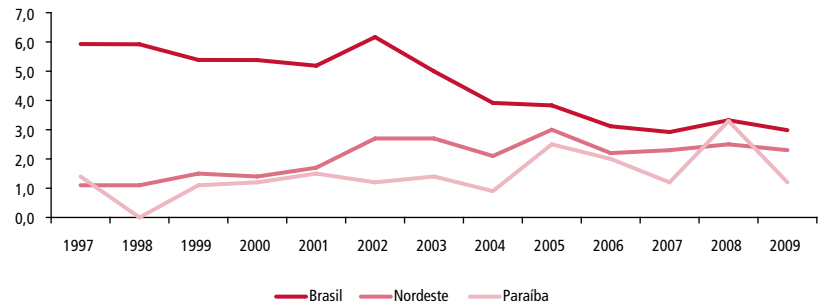


Fonte: MS/SVS/D-DST/Aids/HV
 Nota: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL
 (2) SINAN e SISCEL até 30/06/2010 e SIM de 2000 a 2009
 População: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br no menu Informações em saúde > Demográfica e socioeconômicas, acessado em 17/02/2011

A razão de sexos em 1988 era de oito homens para cada mulher e atualmente é de 1,8 homem para cada mulher, seguindo a tendência nacional.

De 1997 a junho de 2010, foram identificados 67 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 Nordeste e Paraíba, 1997 a 2009 ⁽²⁾



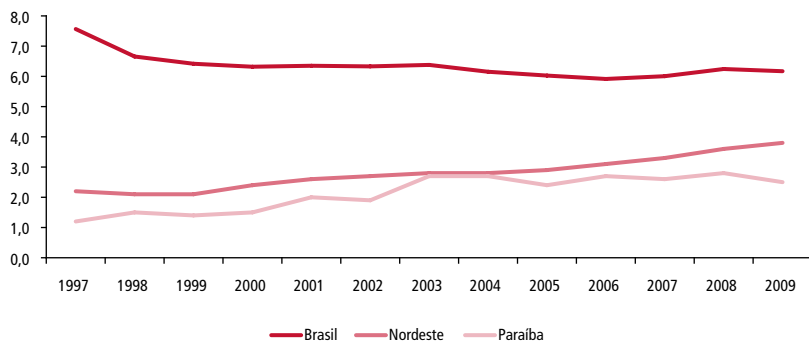
Fonte: MS/SVS/D-DST/Aids/HV
 Nota: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL
 (2) SINAN e SISCEL até 30/06/2010 e SIM de 2000 a 2009
 População: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br no menu Informações em saúde > Demográfica e socioeconômicas, acessado em 17/02/2011

Os cinco municípios da Paraíba que apresentaram o maior número de casos de aids acumulados, até junho de 2010, foram: João Pessoa (2.091), Campina Grande (692), Santa Rita (189), Bayeux (170) e Cabedelo (137). Dentre esses municípios, a maior incidência, em 2009, foi observada em João Pessoa (297,8/100.000 habitantes).

Em relação à gestante HIV+, foram notificados 389 casos na Paraíba, de 2000 a junho de 2010 e 67 casos de aids por transmissão vertical até junho de 2010.

Quanto à mortalidade por aids, o estado acumulou, até 2009, um total de 1.369 óbitos. O coeficiente de mortalidade por aids na Paraíba foi de 2,5/100.000 hab. em 2009.

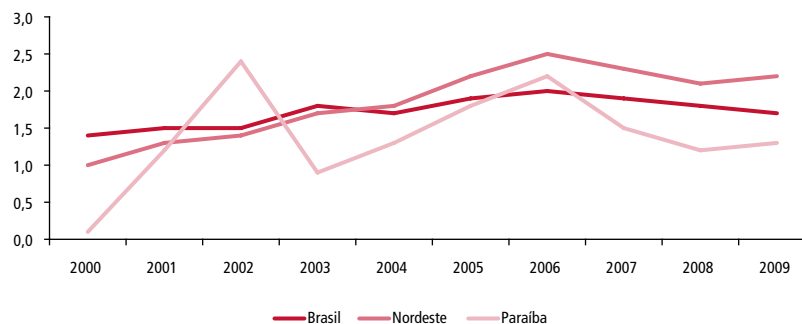
Figura 3 Coeficiente de mortalidade bruto por aids (por 100.000 hab.) segundo ano e local do óbito. Brasil, região Nordeste e Paraíba, 1997 a 2009



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>, acessado em 17/02/2011

Em relação à sífilis congênita, a Paraíba notificou entre os anos de 2000 e junho de 2010 um total de 924 casos, apresentando em 2007 e 2008 taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de 1,5 e 1,2, respectivamente. Entre os anos de 1998 e 2009 foram registrados 29 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 Nordeste e Paraíba, 2000 a 2009

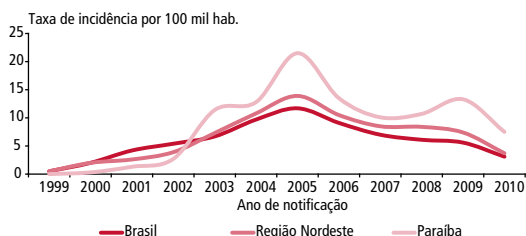


Fonte: MS/SVS/D-DST/Aids/HV
 População: MS/ SVS/ DATASUS, em <www.datasus.gov.br/informações de saúde/demográficas e socioeconômicas>, acessado em 17/02/2011

Hepatites Virais

Foram confirmados na Paraíba, entre 1999 e 2010, 3.822 casos de hepatite A, sendo 283 no último ano. A taxa de incidência em 2009 foi de 13,3 casos por 100 mil habitantes enquanto que para a região Nordeste e o Brasil essa taxa foi de 7,4 e 5,6, respectivamente.

Figura 1 Taxa de incidência de hepatite A por 100 mil habitantes, Paraíba, região Nordeste e Brasil, 1999 a 2010



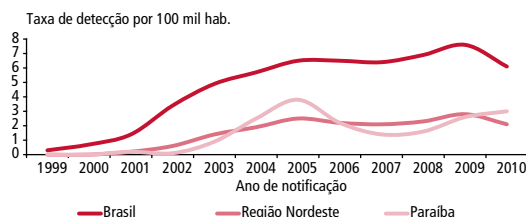
Fontes: Casos de hepatites virais: SINAN/SVS/MS; população: estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) segundo os Censos (1980, 1991 e 2000), contagem da população (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2009)

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 663 no período de 1999 a 2010. A taxa de detecção de casos em 2009 foi de 2,6 por 100 mil habitantes. Ainda nesse ano, a região Nordeste registrou uma taxa de 2,8 e o Brasil de 7,6 casos para cada 100 mil habitantes.

Figura 2 Taxa de detecção de hepatite B por 100 mil habitantes, Paraíba, região Nordeste e Brasil, 1999 a 2010



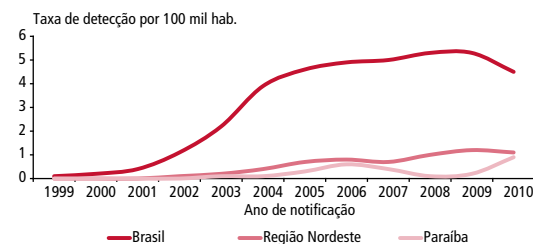
Fontes: Casos de hepatites virais: SINAN/SVS/MS; população: estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) segundo os Censos (1980, 1991 e 2000), contagem da população (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2009)

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, 101 casos foram confirmados na Paraíba na série histórica dos anos de 1999 a 2010, sendo 33 nesse último ano. A taxa de detecção no Brasil, em 2009, foi de 5,3 casos por 100 mil habitantes, para a região Nordeste foi de 1,2 e para a Paraíba, 0,2.

Figura 3 Taxa de detecção de hepatite C por 100 mil habitantes, Paraíba, região Nordeste 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

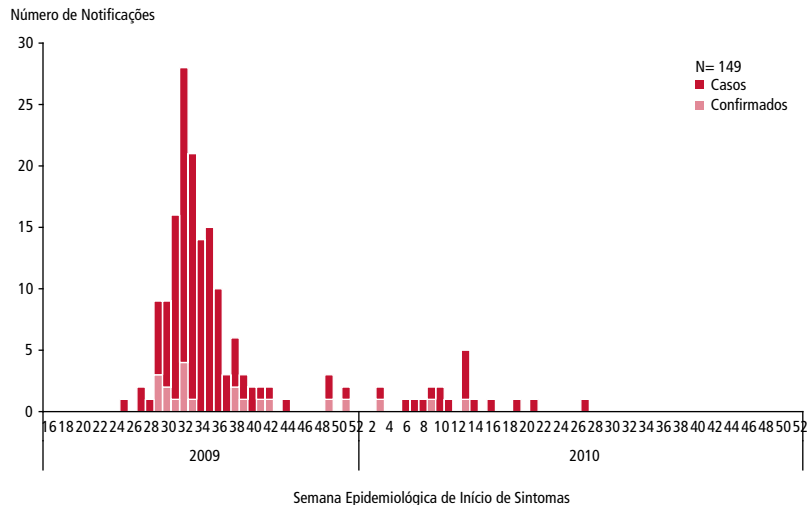
Execução: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Influenza

Considerando os dados registrados no Sistema de Informação da Vigilância de Influenza (SIVEP_GRIPE), em 2010, o estado da Paraíba possuía uma unidade sentinela de síndrome gripal para vigilância de vírus respiratórios. Foram coletadas 3 amostras (1,2% do preconizado para todo o ano), 1 amostra foi positiva para parainfluenza.

Nos dados registrados no SINAN *on line* Influenza de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), o estado da Paraíba notificou em 2009 e 2010, 149 casos, sendo 21 casos confirmados para influenza pandêmica H1N1 2009 (Figura 1).

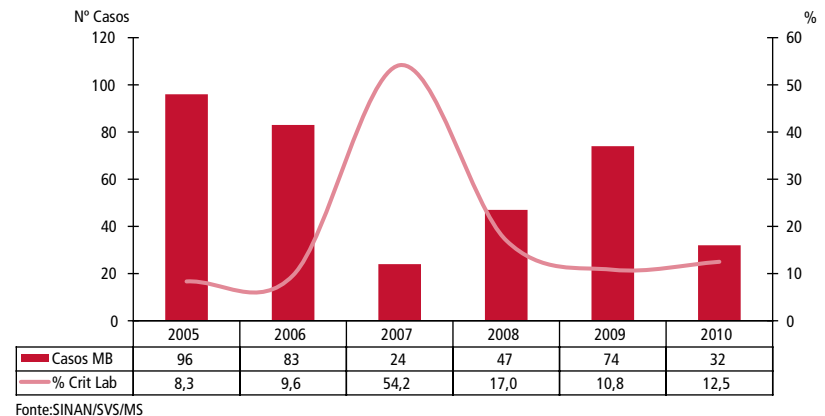
Figura 1 Casos de SRAG e casos confirmados de influenza pandêmica H1N1 2009. Paraíba, 2009 e 2010



Meningite

No estado da Paraíba foram confirmados 356 casos de meningite bacteriana entre 2005 e 2010, destes, foram confirmados por diagnóstico laboratorial específico, que permite a identificação do agente etiológico, 18,7%. Em 2007 (54%) o estado conseguiu superar o indicador, mas logo se observa a redução do percentual nos últimos anos.

Figura 2 Percentual de casos de meningite bacteriana encerrados por diagnóstico laboratorial específico. Paraíba, 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 da Paraíba apresentou bons resultados no período analisado.
- Quanto ao indicador coleta oportuna de fezes, o estado não atingiu a meta mínima esperada nos anos de 2007 e 2008 melhorando a partir de 2009.

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, Paraíba, região Nordeste e Brasil, 2003 a 2010

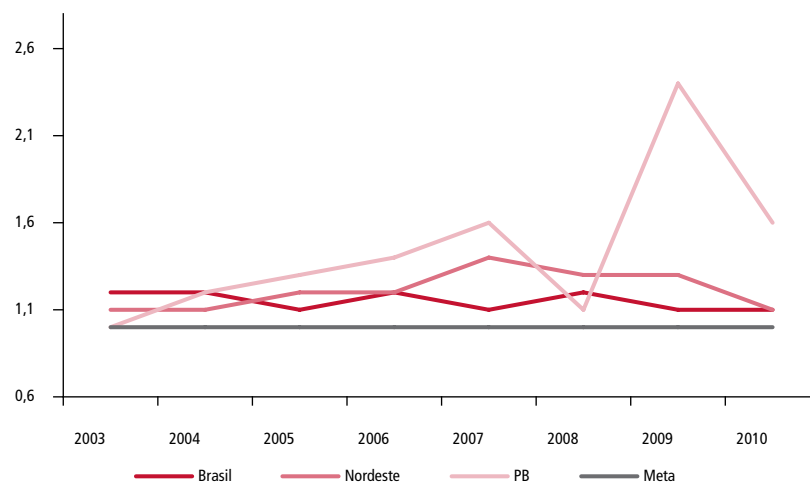
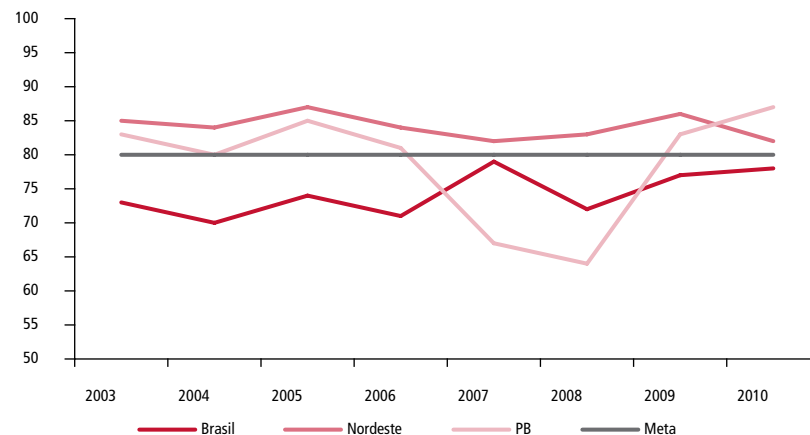


Figura 4 Proporção (%) dos casos de PFA com amostras de fezes coletadas até o 14º dia do início do déficit motor, Paraíba, região Nordeste e Brasil, 2003 a 2010



Rubéola

No período de 2009 a 2010, foram notificados 507 casos suspeitos de rubéola na Paraíba. Nenhum dos casos foi confirmado.

Tabela 1 Número de casos notificados de rubéola. Paraíba, 2009 e 2010

Local	2009	2010
Região Nordeste	2.079	1.782
Paraíba	248	259

Fonte: URI/CGDT/DEVEP/SVS/MS

Sarampo

Durante os anos de 2009 e 2010, com relação aos indicadores epidemiológicos do sarampo a meta não foi atingida para o encerramento laboratorial e oportuno em 30 ou 60 dias, o que sugere problemas para encaminhamento de amostras e a falta de agilidade para encerramento dos casos no SINAN. A homogeneidade vacinal esteve nos dois anos abaixo de 95%. Indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica abaixo da meta podem comprometer a eliminação do sarampo no país.

Em 2010 ocorreu um surto de sarampo no estado da Paraíba. No total, foram notificados 887 casos suspeitos de sarampo, no qual 57 confirmados. Destes 53 (93%) são residentes do município de João Pessoa, 2 (4%) de Santa Rita, 1 (2%) de Bayeux e 1 (2%) de Conde (municípios da região metropolitana). O local provável de infecção dos casos foi município de João Pessoa. O vírus identificado foi o do genótipo B3, cujo sequenciamento genético é similar ao circulante na África do Sul. Não foi possível estabelecer o vínculo entre todas as cadeias de transmissão.

Tabela 2 Desempenho dos indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo. Paraíba, 2009 e 2010

Indicadores	2009	2010
Encerramento laboratorial	66,7	75,2
Encerramento em 30 dias	33,3	23,4
Encerramento em 60 dias	50,0	73,0
Homogeneidade	66,8	67,7
Notificação negativa	91,8	93,0
Investigação oportuna	100,0	95,3
Investigação adequada	83,3	65,9
Coleta oportuna	100,0	94,0

Fonte: URI/CGDT/DEVEP/SVS/MS

Doenças Diarreicas Agudas (DDA)

No período de 2007 a 2010, foram notificados 388.847 casos de DDA na Paraíba. A estimativa de incidência na população nesse período variou de 23,2 a 28,4/1.000 habitantes, 2008 obteve a maior estimativa de incidência. Em relação à estimativa de incidência de DDA por faixa etária, no ano de 2009 os menores de 1 ano foram os mais atingidos, com 180,6/1.000 habitantes e em 2008 a de 1 a 4 anos com 104,6/1.000 habitantes.

Ano	Número de casos de DDA	Estimativa de Incidência/1.000 habitantes
2007	100.121	27,4
2008	106.191	28,4
2009	95.241	25,3
2010	87.294	23,2

Fonte: SIVEP/MDDA – Secretaria Estadual de Saúde do Paraíba

Doença Transmitida por Alimento (DTA)

No período de 2007 a 2010, o estado da Paraíba notificou 23 surtos de DTA, com ocorrência de 1 óbito. 47,8% dos surtos ocorreram em residências e 26,1% envolviam alimentos cárneos. O agente etiológico foi isolado em 30,4% dos surtos notificados.

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

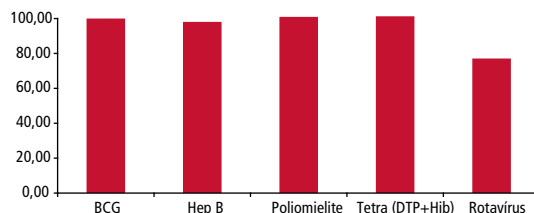
UF	2007	2008	2009	2010	Total
Paraíba	5	2	2	14	23
Brasil	661	648	638	416	2.363

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 na Paraíba estiveram acima da meta estabelecida para a maioria das vacinas. Superaram 100% para a BCG (109,62%), poliomielite (100,95%) e DTP+Hib (101,28%) e atingiram 98,07% para a hepatite B. A exceção foi para a vacina oral de rotavírus humano (77,09%), ficando abaixo da meta (90%). Do total de municípios, 146 (65,47%) atingiram CV ≥ 95% para a vacina DTP+Hib (homogeneidade), ficando abaixo da meta (70%) pactuada intergestores do SUS. Em relação às CV da vacina tríplice viral em um ano de idade, em todo o período foram >100%. Entre 2006 e 2010, oscilaram de 101,12% (2009) e 119,28% (2010). A homogeneidade variou entre 66,82% (2010) e 85,20% (2007).

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



Fonte: SIAPI/CGPNI Denominador SINASC 2009 preliminar

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. Mantiveram-se acima da meta de 95% em todo período. Flutuaram entre 96,26% em 2006 (2ª etapa) e 108,51% em 2010 (2ª etapa).

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

	PB	2006	2007	2008	2009	2010
1ª etapa		98,20	106,51	99,28	98,71	103,95
2ª etapa		96,26	106,41	97,89	100,76	108,51

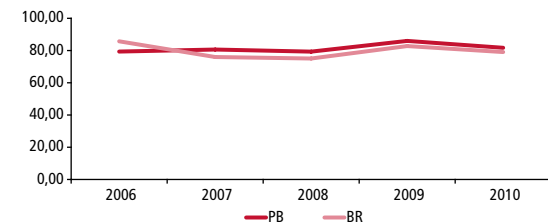
Coberturas vacinais da vacina hepatite B na população de 1 a 29 anos de idade

As CV da vacina hepatite B acumuladas no período de 1994 a 2011 (até abril) atingiram 60% da população de 1 a 29 anos de idade. No grupo etário de 1 a 19 anos ficaram em 80,72%, decrescendo para 27,90% no grupo de 20 a 24 anos e 17,80% no grupo de 25 a 29 anos.

Coberturas vacinais da vacina influenza (gripe)

A vacinação com influenza em idosos demonstrou boa adesão da população-alvo, superando a meta em todo o período exceto em 2008. Houve variação de 79,33% em 2008 a 85,98% em 2009 ficando acima da média nacional, exceto no ano 2006. Em 2011, dados sobre a vacinação dos grupos prioritários apontam CV de 87,17%. O estado superou 80% de cobertura vacinal para o conjunto dos grupos prioritários (87,21%). Ficou abaixo da meta no grupo de gestantes (60,74%) e nos indígenas (78,68%).

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



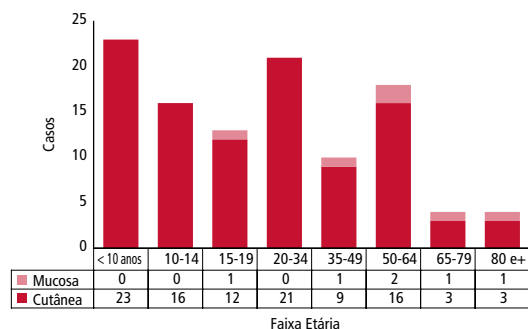
Eventos Adversos Pós-Vacinação

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, 54 (24,22%) notificaram algum tipo de evento pós-vacinação ficando abaixo da média nacional que foi 26,11%.

Leishmaniose

No ano de 2009, o estado da Paraíba registrou 109 casos de leishmaniose tegumentar americana, com um coeficiente de detecção de 2,9 casos por 100.000 habitantes. O sexo masculino representou 48,6% dos casos e 78,9% eram maiores de 10 anos. O percentual de cura clínica foi de 73,4% e 80,7% foram confirmados por critério laboratorial. Os municípios de Alagoa Nova, Areia, Alagoa Grande e Pilões corresponderam a 75,3% do total de casos registrados no estado.

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

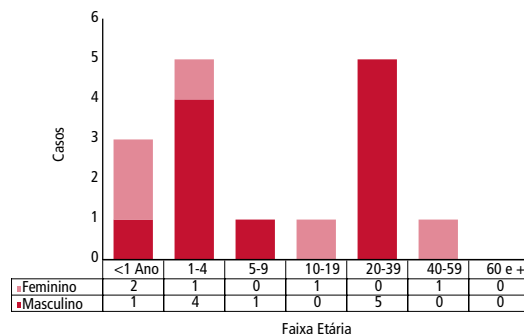


Fonte: SINAN/SVS/MS.

Com relação à leishmaniose visceral foram registrados 16 casos no estado da Paraíba em 2009, distribuídos em 10 municípios, sendo que João Pessoa corresponde a 31,2% do total de casos. O coeficiente de incidência foi de 0,4 casos por 100.000 habitantes, sendo confirmados laboratorialmente 75% dos casos. A letali-

dade foi de 12,5%, com um percentual de cura clínica de 56,3%.

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

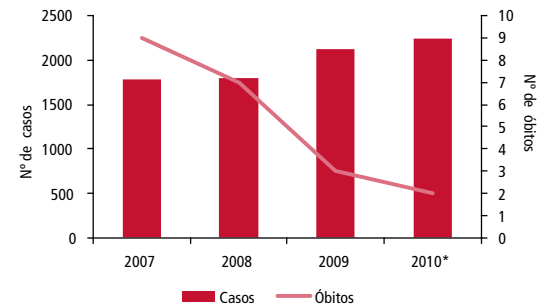


Fonte: SINAN/SVS/MS.

Acidentes por animais peçonhentos

No estado da Paraíba, período de 2007 a 2010*, houve um aumento de 26,5% nas notificações de acidentes causados por animais peçonhentos no SINAN (Figura 3). Em 2010* foram registrados 2.248 casos, o que corresponde a 5,8% dos casos registrados na região Nordeste e 1,8% no país. O número de óbitos registrados foi de 2, acarretando uma taxa de letalidade de 0,1%. O escorpionismo foi o acidente predominante, com incidência de 39,3 casos/100.000 hab., seguido pelo ofidismo (14,8 casos/100.000 hab.), acidente por abelha (1,4 caso/100.000 hab.), araneísmo (1,2 caso/100.000 hab.) e acidente por lagarta (0,2 caso/100.000 hab.).

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



* Dados sujeitos a alterações

Fonte: SINAN/SVS/MS – Dados atualizados até 22.06.2011

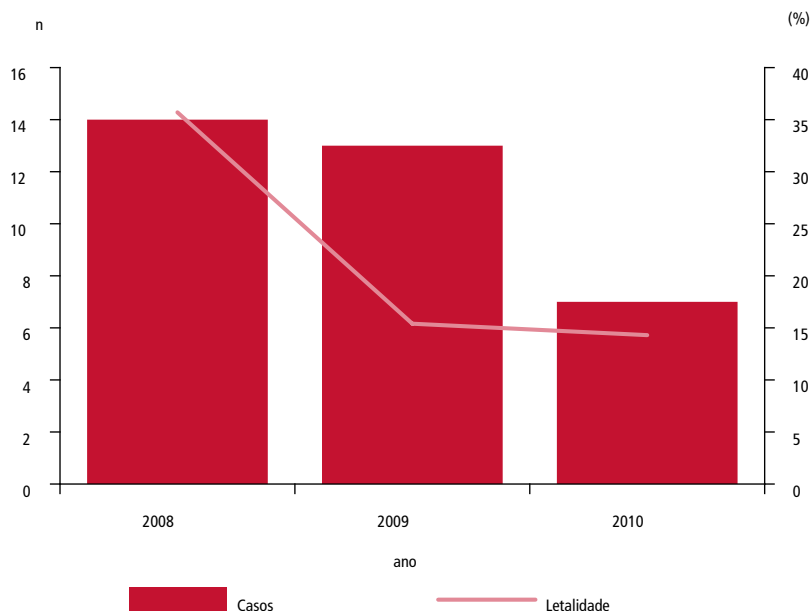
Dentre os 2.248 casos ocorridos em 2010*, 47,0% ocorreram em João Pessoa, o município com maior registro, seguido por Campina Grande (12,3%), Guarabira (3,1%), Bayeux (2,4%) e Santa Rita (2,4%).

Leptospirose

No ano de 2010, foram notificados 49 casos sendo 07 casos confirmados da doença com 01 óbito e letalidade de 14,3%, maior que a média nacional (10,0%) (Figura 4). O coeficiente de incidência da doença foi de 0,2/100.000 hab, menor que o da região (1,3/100.00 hab.) e do país (1,9/100.000 hab.). No período, 20 municípios notificaram casos da doença (8,9%), sendo os municípios com casos confirmados, João Pessoa (3/7) e Bayeux, Santa Rita, Catolê da Rocha e Campina Grande, todos com um caso, respectivamente (1/7).

Aparentemente de baixa endemicidade, 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 anuais e letalidade da leptospirose. Paraíba, 2008 a 2010*



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

Unidade de Vigilância em Zoonoses

Com base no levantamento atual do Ministério da Saúde, o estado da Paraíba possui apenas um Centro de Controle de Zoonoses, localizado na capital João Pessoa, que atende 19,20% da população do estado (o estado possui 223 municípios) e têm suas ações voltadas para o controle

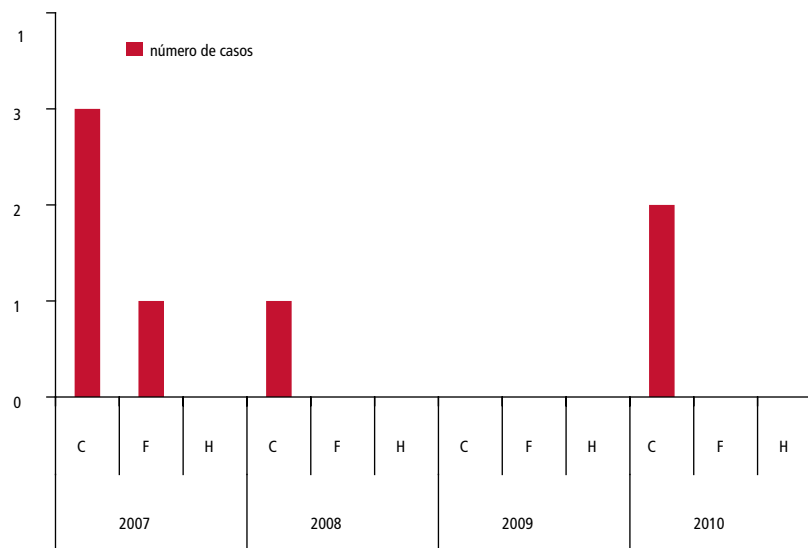
de algumas zoonoses e para o controle de população animal, principalmente cães e gatos.

Raiva

No período de 2007 a 2010 não houve registros de casos humanos. Foram notificados 07 casos de raiva no ciclo urbano (cães e gatos domésticos), sendo o 7º estado com mais registro de casos nesse ciclo no Brasil.

Dentre os locais prováveis de infecção das epizootias de raiva canina e felina nesse período destacam-se os municípios de João Pessoa, Caturité, Solânea, Esperança, Juarez Tavola, Salgado de São Felix, Sousa.

Figura 5 Municípios com raiva humana, canina e felina na Paraíba, 2007 a 2010



Legenda: H-humano, C-canino, F-felino
Fonte: SVS/MS

Em relação aos demais ciclos de transmissão, foram notificados 16 casos de raiva no ciclo rural (animais de produção) e 05 no silvestre terrestre (canídeos selvagens).

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 Nordeste, o estado da Paraíba foi responsável por 1% (8) das notificações referente ao Brasil e 5% (8) referente à região Nordeste.

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 (notifica@sau-

de.gov.br) e FormSUS (http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=432). O meio mais utilizado pelo estado da Paraíba para notificação de eventos ao CIEVS/Nacional foi o e-notifica (100%).

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

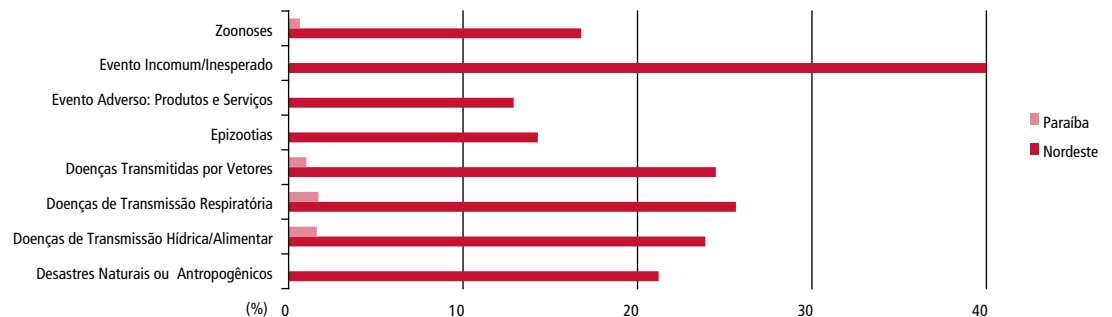


Tabela 1 Distribuição dos eventos notificados pelo estado da Paraíba ao CIEVS/Nacional por grupo e meio de notificação. Brasil, 2006 a 2010

Grupo de eventos	e-notifica		Disque notifica		FormSUS		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Desastres Naturais ou Antropogênicos	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Doenças de Transmissão Hídrica/Alimentar	4	(50.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(50.0)
Doenças de Transmissão Respiratória	2	(25.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(25.0)
Doenças Transmitidas por Vetores	1	(12.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(12.5)
Epizootias	1	(12.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(12.5)
Evento Adverso: Produtos e Serviços	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Evento Incomum/Inesperado	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Zoonoses	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Total	8	(100.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	8	(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

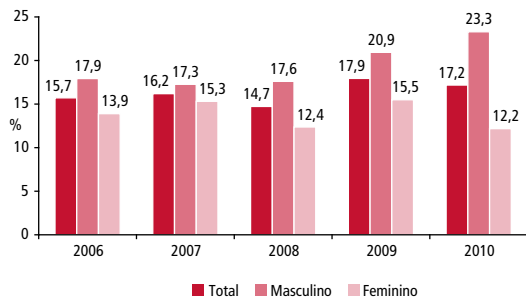
Fonte: DEVEP/SVS/MS

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 João Pessoa, a frequência de adultos ativos no lazer foi superior à do Brasil em 2010 (17,2%).

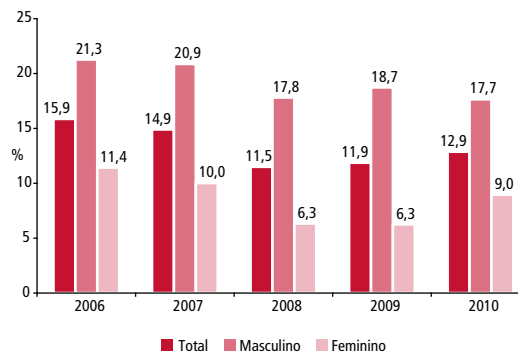
Figura 1 Percentual de adultos que praticam atividade física no lazer, segundo sexo. João Pessoa-PB, VIGITEL 2006 a 2010



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 João Pessoa, a frequência do hábito de fumar foi inferior à do Brasil (12,9%).

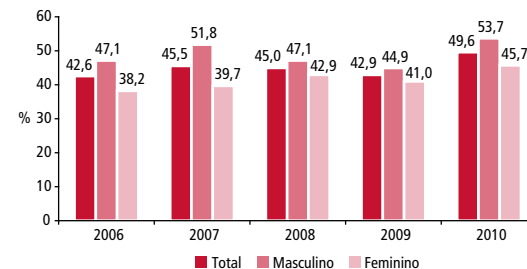
Figura 2 Percentual de adultos fumantes, segundo sexo. João Pessoa-PB, VIGITEL 2006 a 2010



Prevalência de excesso de peso em adultos

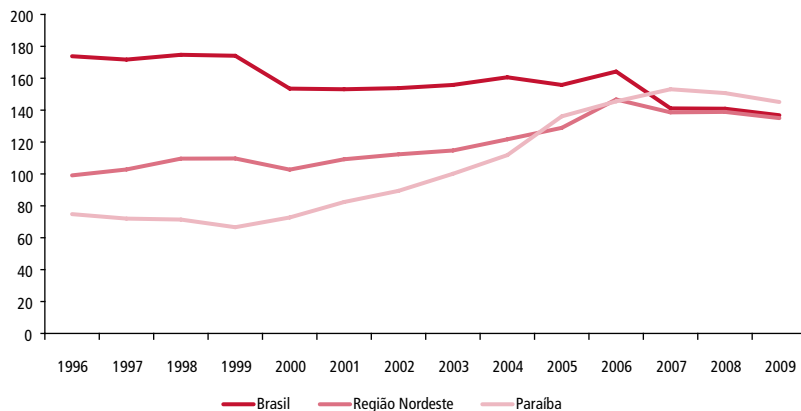
O excesso de peso aumenta o risco de doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, doenças cérebro-vasculares, hipertensão arterial, cânceres e diabetes. Foi considerado com excesso de peso o indivíduo com Índice de Massa Corporal (IMC) $\geq 30\text{kg/m}^2$. No Brasil, a prevalência de adultos com excesso de peso foi 48,1% em 2010. Em João Pessoa, a frequência de excesso de peso foi superior à do Brasil (49,6%).

Figura 3 Percentual de adultos com excesso de peso (IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$), segundo sexo. João Pessoa-PB, 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. Na Paraíba assim como na região Nordeste, houve tendência de aumento nas taxas de mortalidade de doenças cardiovasculares.

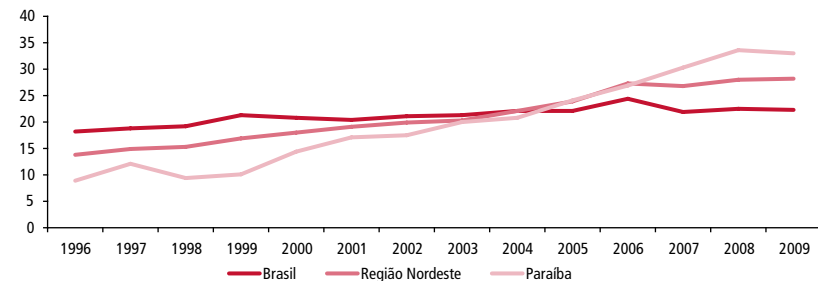
Figura 1 Taxa de mortalidade padronizada por doenças cardiovasculares na Paraíba, na região Nordeste e no Brasil, 1996 a 2009*



* 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. Na Paraíba a tendência de aumento da taxa no período analisado foi superior à pela região Nordeste e bastante superior à apresentada pelo Brasil.

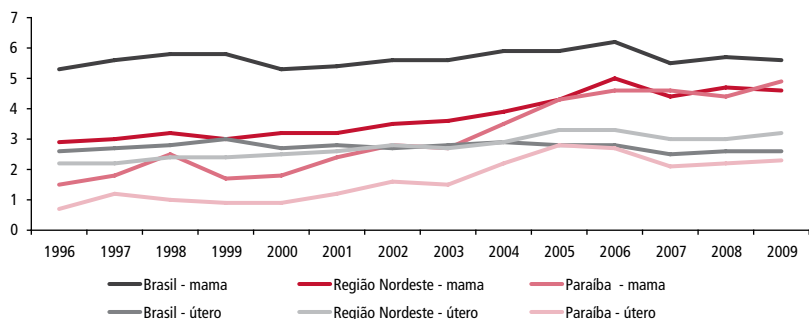
Figura 2 Taxa de mortalidade padronizada por diabetes na Paraíba, na região Nordeste e no Brasil, 1996 a 2009*



* 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. Na Paraíba as taxas de mortalidade por neoplasia de mama apresentaram tendência de aumento superior à região Nordeste, aproximando-se aos valores do Brasil a partir de 2007. Com relação à mortalidade por neoplasia de colo de útero, a Paraíba apresentou tendência de aumento no período de 1996 a 2009, sendo esses valores próximos ao Brasil a partir de 2005 e inferiores à região Nordeste.

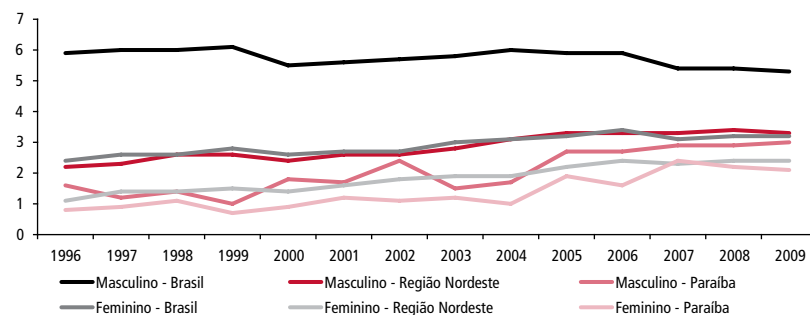
Figura 3 Taxa de mortalidade padronizada por neoplasias de mama e colo de útero em mulheres, na Paraíba, na região Nordeste e no Brasil, 1996 a 2009*



*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. Na Paraíba, houve tendência de aumento no sexo masculino, sendo inferior aos valores da região Nordeste e do Brasil. No sexo feminino foi verificada tendência de aumento apresentando valores similares à região Nordeste e inferiores ao Brasil.

Figura 4 Taxa de mortalidade padronizada por neoplasia de traqueia, brônquios e pulmão, segundo sexo, na Paraíba, na região Nordeste e no Brasil, 1996 a 2009*

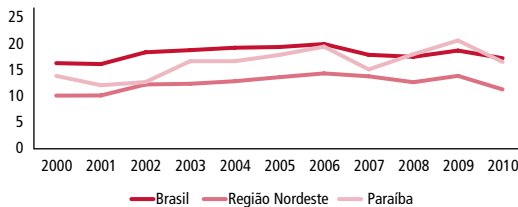


*Dados de 2009 preliminares. Taxa padronizada (população censo 2000) por 100 mil habitantes
Fonte: MS/SVS/SIM

Fratura de fêmur

A taxa de internação por fratura de fêmur em idosos (≥ 60 anos) no Brasil e na região Nordeste apresentou tendência de estabilidade no período de 2000 a 2010. No estado da Paraíba a taxa foi sempre maior que a da região Nordeste. Em relação ao Brasil, os valores observados na Paraíba foram superiores somente em 2008 e 2009.

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

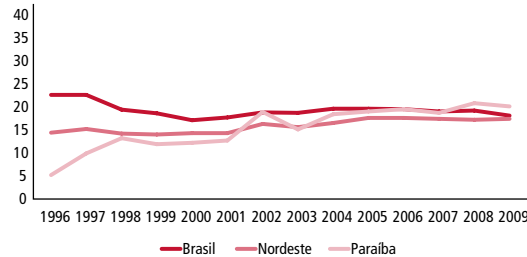


Fonte: SIM/SVS/MS
* Dados de 2010 preliminares. Taxa (população censo 2000) por 10 mil habitantes

Acidentes de Transporte Terrestre

A taxa de mortalidade padronizada por acidente de transporte terrestre (ATT), na Paraíba, na região Nordeste e no Brasil apresentou tendência de estabilidade. As taxas encontradas para o estado Paraíba, a partir de 2004, são próximas as da região Nordeste e as do 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 na Paraíba, na região Nordeste e no Brasil, 1996 a 2009*

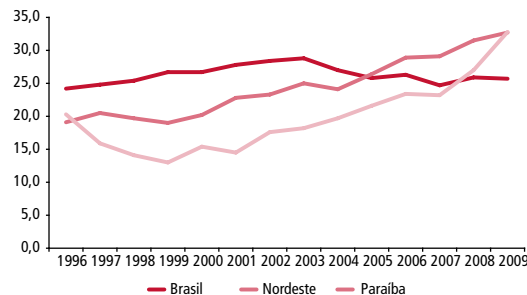


Fonte: SIM/SVS/MS
* Dados de 2009 preliminares. Taxa padronizada (população censo 2000) por 100 mil habitantes

Agressões

A taxa de mortalidade padronizada por agressões no Brasil apresentou tendência de estabilidade no período de 1996 a 2009. O estado da Paraíba, no mesmo período, apresentou tendência de aumento, ultrapassando a taxa nacional e se equiparando a taxa da região Nordeste.

Figura 3 Taxa de mortalidade padronizada por agressões na Paraíba, na região Nordeste 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

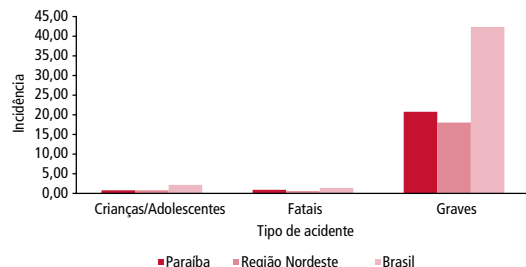
A notificação dos acidentes de trabalho graves que englobam os acidentes fatais, os com amputações e os com crianças e adolescentes tornou-se compulsória no SINAN em 2004 com a publicação da Portaria MS 777/04, sendo mantida pela Portaria MS 104/11.

Segundo os dados notificados no SINAN para o ano de 2010, o estado da Paraíba possui uma incidência (número de casos divididos pela população economicamente ativa X 100.000) de acidentes com crianças e adolescentes de 0,78, menor que a região Nordeste que registrou 0,79 e que o Brasil que atingiu 2,17/100.000.

O estado registrou 14 casos fatais em trabalhadores durante o ano de 2010 com uma incidência de 0,91, maior que a região Nordeste que atingiu 0,58 e menor que o Brasil que obteve 1,41.

A incidência de acidentes graves foi maior em comparação com a região com 20,77 casos por 100.000 pessoas em idade de trabalho, enquanto que na região Nordeste foi de 18,02 e menor em comparação com o Brasil que apresentou uma incidência de acidentes graves de 42,36.

Figura 4 Incidência de acidentes de trabalho em crianças e adolescentes, fatais e graves, Paraíba, região Nordeste 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 sentinelas 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 João Pessoa-PB, também predominaram as quedas (34,6%), seguidos dos acidentes de transporte terrestre

(30,1%), choque contra objeto/pessoa (8,4%), corpo estranho (6,6%), ferimento por objetos perfurocortantes (6,1%), queimadura (4,5%), entorse/torção (3,9%), queda de objeto sobre pessoa (3,1%); os outros acidentes foram responsáveis por 2,8% do total de atendimentos por acidentes.

Figura 5 Atendimentos por acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência no município de João Pessoa-PB e Brasil*



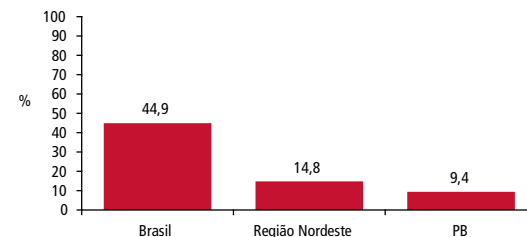
Fonte: VIVA Inquérito 2009/SVS/MS.
* Pesquisa realizada em 23 capitais e DF (São Paulo, Cuiabá e Manaus não realizaram a pesquisa)

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 Nordeste verificou-se notificação em 14,8% dos municípios, enquanto que Paraíba, com 223 municípios, 9,4% estão notificando.

Os principais tipos de violência notificados (n=1107) na Paraíba foram os atendimentos decorrentes de violência física (67,6%), seguidos dos eventos decorrentes de violência psicológica/moral (29,9%) e lesão autoprovocada (12%).

Figura 6 Proporção de municípios notificantes de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo Brasil, região Nordeste e Paraíba, 2010

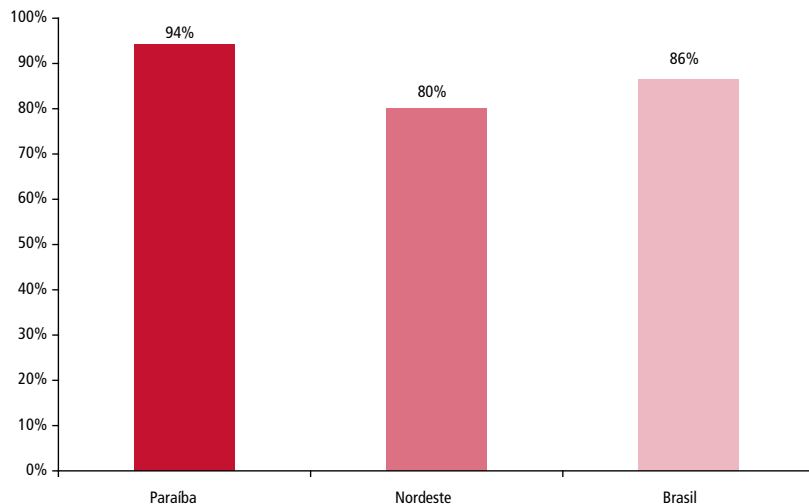


Fonte: VIVA SINAN/SVS/MS

Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA)

A Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA) objetiva garantir para população o direito ao acesso à água com qualidade, conforme estabelecido na Norma de Potabilidade da Água. A Figura 1 apresenta o percentual de municípios que realizam ações do VIGIAGUA na Paraíba, na região Nordeste e no Brasil.

Figura 1 Percentual de municípios com ações do VIGIAGUA, Paraíba, região Nordeste e Brasil, 2010



Fonte: SISAGUA 2010

O tratamento da água é uma exigência da legislação, por ser reconhecido como uma das ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos transmitidos pela água. Na Paraíba, 6% dos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) não possuem tratamento, segundo informações do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA), enquanto que na região Nordeste o percentual é de 37,71%.

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 na Paraíba está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 Avaliação da qualidade da água para consumo humano, segundo os indicadores turbidez, coliformes totais e *Escherichia coli*, Paraíba-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	1.973	2329	33,55	8,72	0,52
SAC*	1.923	1775	82,63	51,69	6,65
SAI**	3.300	3038	91,70	62,33	3,16

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. Entretanto, segundo o SISAGUA, na Paraíba não foram realizadas análises em 2010, o que impossibilita a avaliação da ocorrência dessas substâncias químicas nos mananciais de abastecimento.

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, a Paraíba não apresentou informações sobre o monitoramento de cianobactérias nos mananciais de abastecimento de água.

A presença de cianobactérias nos mananciais de abastecimento indica poluição e eutrofização dos mananciais de abastecimento. Alguns gêneros de cianobactérias podem produzir e liberar substâncias tóxicas que

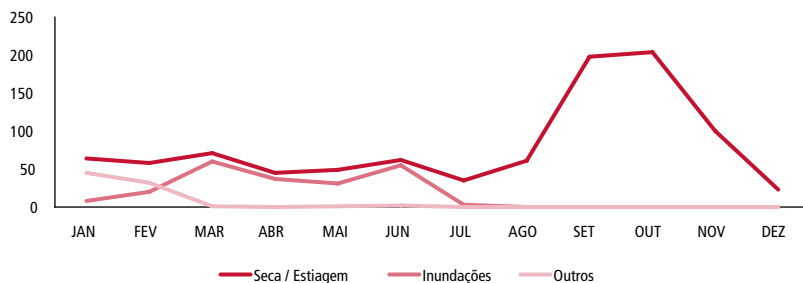
afetam a saúde humana. Em 2010, a Paraíba não apresentou informações sobre o monitoramento de cianobactérias.

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 1.265 decretos de situação de emergência (SE) e/ou estado de calamidade pública (ECP) devido à ocorrência de desastres. Desses decretos, 16,62% foram pelas inundações e 76,68% por seca/estiagem, distribuídos ao longo do ano, conforme Figura 2 a seguir.

Figura 2 Decretos de SE e ECP reconhecidos pela SEDEC, 2003 a 2010, por tipo e mês de ocorrência



Fonte: Dados – SEDEC/MI/ Formatação: Vigidesastres

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 da Paraíba foram identificadas 53 áreas no ano de 2010 no SIS-SOLO, representando 4% das áreas cadastradas na região Nordeste. Destacaram-se as áreas classificadas como Áreas de Disposição de Resíduos Urbanos (ADRU) seguidas das Unidades de Postos de Abastecimento e Serviços (UPAS). O estado possui um total de 84 áreas cadastradas, com cerca de 41 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.

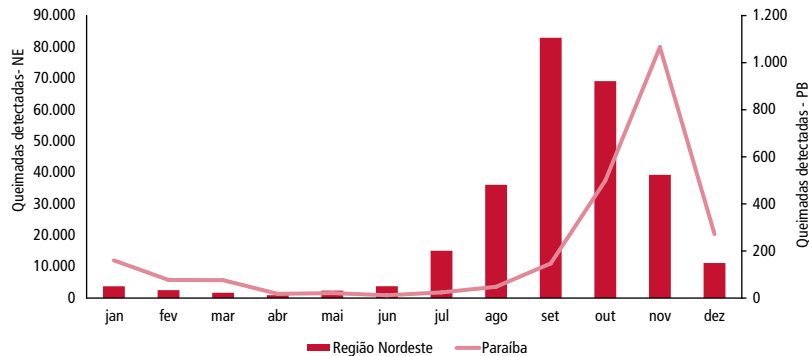
Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos

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 da Paraíba o Instrumento de Identificação de Municípios de Risco (IIMR) não foi aplicado.

As queimadas favorecem intensa produção de poluentes atmosféricos, entre os quais o material particulado com diâmetro 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 3 Número de focos de queimada detectados, Paraíba e região Nordeste, 2010



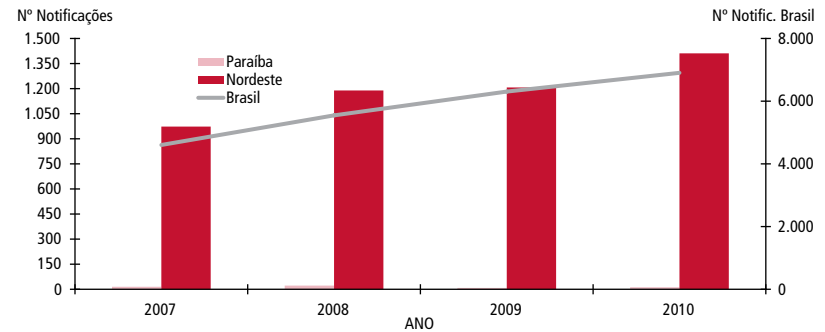
Fonte: INPE/CPTEC-2011

Observa-se que o pico de queimadas ocorre entre os meses de julho a novembro. Nesse período as ações de vigilância em saúde para as populações mais vulneráveis à poluição atmosférica devem ser intensificadas.

Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos

O consumo de agrotóxico no estado da Paraíba em 2009 ultrapassou o valor de 632 toneladas de princípios ativos (74% herbicidas) em 653.363 hectares de área plantada. O estado da Paraíba notificou no SINAN 12 casos de intoxicação por agrotóxico no ano de 2010, correspondendo a 1% dos casos notificados da região Nordeste.

Figura 4 Notificações de intoxicação por agrotóxicos no SINAN, 2007 a 2010, Paraíba, região Nordeste, Brasil



Fonte: SINAN (dados extraídos em 17/06/2011)

Avaliação de Impacto à Saúde de empreendimento

A SVS, em atendimento à demanda apresentada pelo Ministério da Integração Nacional e IBAMA, vem participando da pactuação das ações de saúde do Plano Básico Ambiental do Programa de Integração do Rio São Francisco.

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.

Essa 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.

As notificações no estado da Paraíba reforçam a ênfase dos perfis nacional e regional concentrados no registro dos acidentes. Foram registrados no estado 297 (46%) acidentes de trabalho grave e 201 (31%) acidentes com material biológico.

O registro de LER/DORT no estado, com 132 casos notificados, que representam 20% dos registros do estado, segue o perfil da região Nordeste, que apresenta uma ênfase relativa desse agravo.

Os demais agravos (intoxicações exógenas, transtornos mentais, dermatoses ocupacionais, PAIR e pneumoconioses) apresentam registros de casos isolados que representam apenas 3% dos casos. Não houve registro de câncer relacionado ao trabalho* no estado em 2010.

Tabela 1 Frequência de notificações de agravos relacionados ao trabalho na Paraíba, na região Nordeste e no Brasil em 2010

UF Agravado	Paraíba	Nordeste	Brasil
Acidentes graves	297	4.500	41.424
Acidentes com material biológico	201	4.123	31.220
LER/DORT	132	1.562	5.452
Intoxicações Exógenas	6	459	3.036
Transtornos mentais	6	125	352
Dermatoses ocupacionais	3	53	501
PAIR	1	18	304
Pneumoconioses	1	23	186
Câncer	0	2	27
Total	647	10.865	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 da Paraíba em 2010 os quatro de maior frequência foram os acidentes com animais peçonhentos, esquistossomose, hepatites virais e tuberculose (Figura 1).

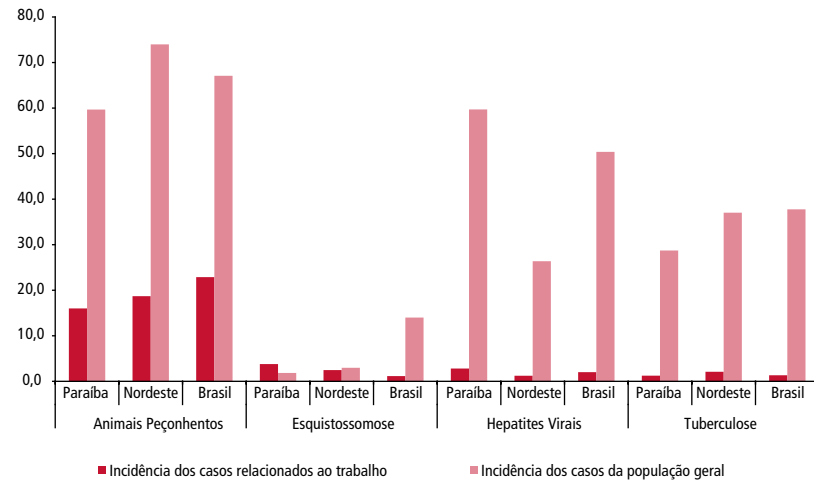
Os acidentes por animais peçonhentos totalizaram 2.240 casos no estado, dos quais, 245 (inc. 16,0/100.000 hab.) são relacionados ao trabalho e 1.995 (inc. 59,7) na população geral. A incidência de casos no estado foi menor que da região que correspondeu à 18,7 entre pessoas em idade economicamente ativa e de 74,0 na população geral; e que do Brasil com 22,9 entre os com idade economicamente ativa e na população geral 67,1.

Em relação à esquistossomose, o estado notificou em 2010 um total de 69 casos, dos quais, 3 foram relacionados ao trabalho. A taxa de incidência (por 100 mil habitantes) foi de 3,8 casos relacionados ao trabalho e de 1,8 casos na população geral. A incidência dos casos relacionados ao trabalho no estado foi superior, comparada à região Nordeste (2,8 /100 mil hab.) e que do Brasil (1,1 /100 mil hab.).

Em 2010, houve 2.241 casos de hepatites virais, com incidência de 2,8 casos por 100 mil hab. relacionados ao trabalho e 59,7 não relacionados, o valor relacionado ao trabalho foi superior ao obtido pela região Nordeste (1,2) e ao coeficiente nacional (2,0).

No estado de Paraíba, a incidência dos casos de tuberculose relacionados ao trabalho foi de 1,2 e os casos não relacionados de 28,7/100 mil habitantes, enquanto que as taxas da região Nordeste foram 2,1 e 37,0 e do Brasil (1,3 e 37,8), respectivamente.

Figura 1 Taxa de incidência (por 100 mil hab.), segundo doença ou evento*, Paraíba, região Nordeste, 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 dele 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 encontrado na Amazônia Legal (1,18) é ligeiramente superior ao do Nordeste (1,15), correspondendo as coberturas de 84,5% e 87,1%, respectivamente. As maiores correções foram obtidas entre os municípios de pequeno porte populacional. As informações do SINASC têm melhor nível de adequação que as do SIM, com 91% de cobertura na região Norte e 93,2% no Nordeste. O Brasil tem cobertura de 93% no SIM e 95,6% no SINASC.

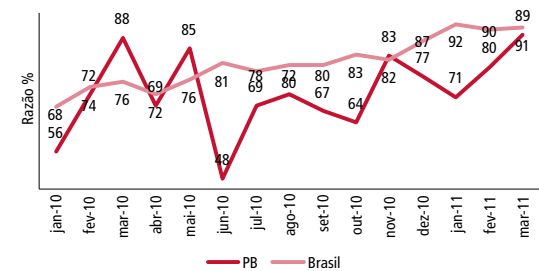
Em, 2008 o estado da Paraíba apresentou cobertura de 89,7% no SIM, cujo fator de correção foi de 1,11. E o Coeficiente Geral de Mor-

talidade foi corrigido de 6,1 para 6,8. O CGM corrigido da região foi de 6,0 e do Brasil 6,2. Enquanto, o SINASC apresentou cobertura de 94,1%, fator de correção 1,06. A taxa de natalidade foi corrigida de 16,7 para 17,8. A taxa corrigida da região foi de 18,3, a nacional 16,4.

Regularidade do SIM

O estado da Paraíba 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 72,5%). O estado permaneceu por quase todo o período abaixo da média nacional. O pior desempenho foi o 2º trimestre de 2010 e o melhor o 1º trimestre de 2011.

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, Paraíba, jan-2010 a mar-2011



Fonte: SIM/SVS/MS e IBGE

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).

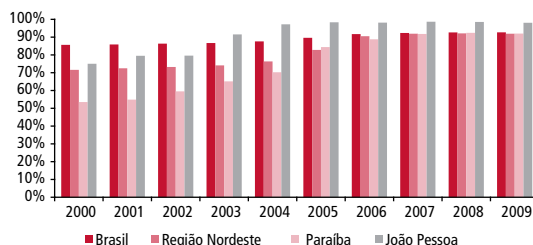
Considerações gerais

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 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 para os últimos meses. 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 na Paraíba (PB) aumentou de 53,5% em 2000 para 92,0% em 2009. Nesse último ano, João Pessoa apresentou percentual de 98,1%, a região Nordeste de 91,9% e o Brasil de 92,7%.

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



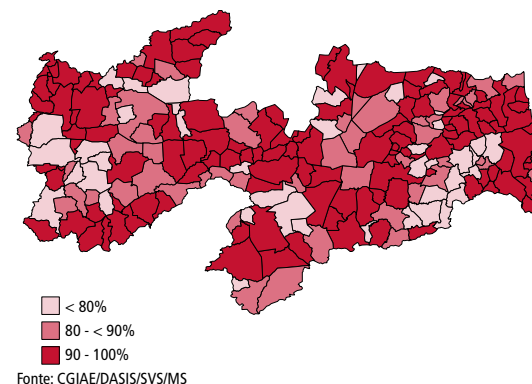
Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

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

- menor que 80%: 40 municípios (17,9%);
- de 80% a 89%: 46 municípios (20,6%);
- 90% e mais: 137 municípios (61,4%)

A qualidade da informação sobre a causa básica de morte na declaração de óbito em PB melhorou na última década, mantendo nível adequado ($\geq 90\%$ de óbitos com causa definida) a partir do ano 2007. Esse nível foi observado em 137 dos 223 municípios do estado, em 2009. Destaca-se que a capital manteve o percentual adequado a partir do ano 2003.

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



Óbitos investigados em 2010

Em PB foram notificados 651 óbitos fetais dos quais 122 corresponderam à capital. Observou-se que em todo o estado foram investigados 32,3% desses óbitos, porém apenas um na capital. O percentual investigado da região Nordeste foi 23,5% e do país, 28,7%.

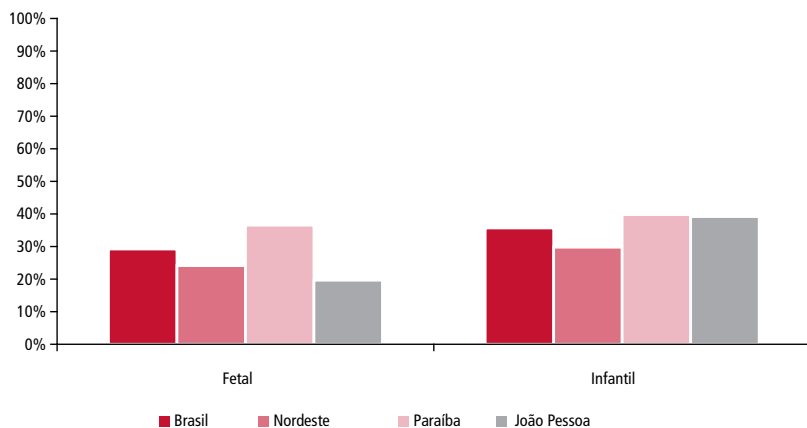
Foram notificados 867 óbitos infantis em todo o estado, sendo que, desses óbitos, 143 aconteceram em João Pessoa. Quanto à investigação, ela foi realizada em 32,9% dos óbitos em PB, mas na capital nenhum óbito foi investigado. O percentual investigado na região Nordeste foi 28,9%, e no país 35%.

Com relação aos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), foram informadas 1.246 mortes no estado e 268 em João Pessoa. As investiga-

ções ocorreram em 66,0% dos óbitos MIF acontecidos em todo o estado e em 61,9% na capital. Na região Nordeste o percentual investigado foi 56,5% e no país 64,7%.

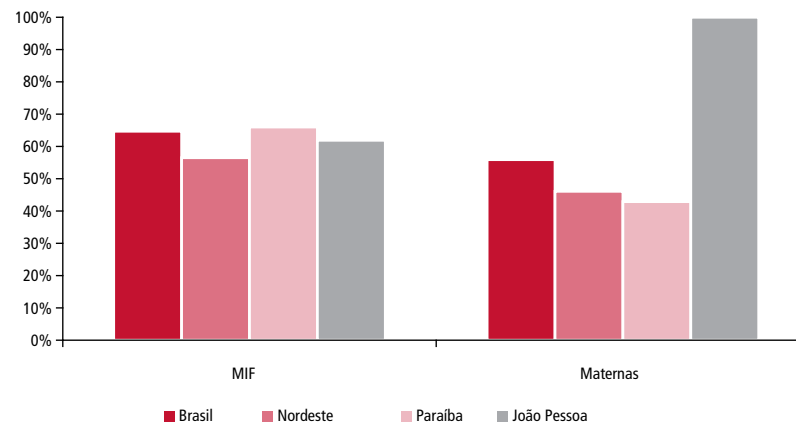
Em referência às mortes maternas, foram notificadas 28 em PB, das quais 4 ocorreram na capital. Em todo o estado foram investigados 12 óbitos maternos (42,9%) sendo que na capital foi investigado o 100%. Na região Nordeste o percentual de mortes maternas investigadas foi 51,1% e no Brasil, 56,5%.

Figura 4 Percentual de óbitos fetais e infantis investigados em 2010



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

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



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

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.

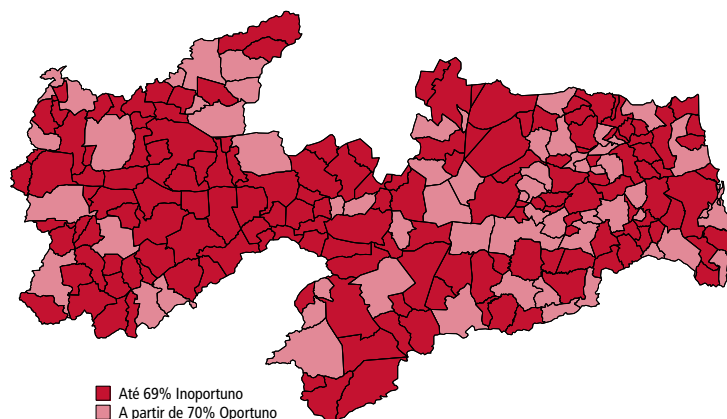
Sistema de informações de agravos de notificação (SINAN)

Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo

O estado de Paraíba pactuou para o ano de 2010 uma meta de 70% de casos com encerramento oportuno, e até o momento está com 72%, portanto essa meta foi alcançada.

Os agravos doença de Chagas, leptospirose, leishmaniose tegumentar americana, rubéola e sarampo não atingiram a meta estabelecida para o ano de 2010.

Figura 6 Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por município, Paraíba, 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 71% de envio regular dos dados do SINAN ao Ministério da Saúde, e em 2010 alcançou 55%.

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

Agravos	Casos		
	Notificados Total	Encerrados Oportunamente	
		Nº	%
Botulismo	0	0	0,00
Cólera	0	0	0,00
Coqueluche	4	3	75,00
Dengue	39	34	87,00
Difteria	0	0	0,00
Doença de Chagas	7	2	28,00
Febre Amarela	0	0	0,00
Febre do Nilo	0	0	0,00
Febre Maculosa	0	0	0,00
Febre Tifoide	0	0	0,00
Hantavirose	0	0	0,00
Hepatite Viral	911	684	75,00
Leishmaniose Visceral	29	22	75,00
Leptospirose	21	9	42,00
LTA	78	50	64,00
Malária	12	9	75,00
Meningite	87	61	70,00
Paralisia Flácida Aguda	9	8	88,00
Peste	0	0	0,00
Raiva	1	0	0,00
Rubéola	52	29	55,00
Sarampo	5	2	40,00
SRC	0	0	0,00
Tétano Acidental	3	2	66,00
Tétano Neonatal	0	0	0,00
Total	1.258	915	72,00

* 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. Paraíba, 2010

Descrição	Instituição	Valor
Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde – PFVPS	SES	5.897.724,84
	Municípios	13.341.767,83
Total 1		19.239.492,67
Piso Variável de Viglância e Promoção da Saúde – PVVPS		
▶ Núcleos Hospitalares de Epidemiologia	4 Hospitais (*)	132.000,00
▶ Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza Pandêmica H1N1 2009	223 Municípios	1.019.772,33
▶ Política Nacional de Promoção da Saúde	16 Municípios	560.000,00
▶ Registro de Câncer de Base Populacional	SES	42.000,00
▶ Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis	SES	420.000,00
▶ Incentivos no âmbito do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids	SES	721.738,43
	6 Municípios	1.190.362,74
Total 2		4.085.873,50

SES – Secretaria Estadual de Saúde
 (*) 2 Hospitais Estaduais; 2 Hospitais Federais

Para o desenvolvimento técnico e científico dos profissionais que atuam nos serviços do Sistema Único de Saúde, o estado da Paraíba tem investido em sua formação oportunizando a participação em cursos de pós-graduação em outros estados (cursos oferecidos por meio da Rede de Formação de Recursos Humanos em Vigilância em Saúde) como a seguir se detalha no quadro abaixo.

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

Região/UF	Médicos	Odontólogos	Enfermeiros	Nutricionistas	Veterinários	Farmacêuticos	Técnicos Enfermagem	Auxiliares Enfermagem
Nordeste	1,06	0,59	0,67	2,09	0,17	0,28	2,77	6,18
PB	1,2	0,8	1,07	0,74	0,16	0,5	1,84	2,11

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

Vale ressaltar ainda a participação, no período de 2009 a 2010, das secretarias de saúde na submissão de 23 trabalhos na Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (EXPOEPI) e a submissão por profissionais dos serviços ou das academias de nove artigos na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, editada pela SVS/MS.

Curso	Local	Quantitativo
Especialização em Vigilância de Doenças Transmissíveis	Natal/RN	12
Especialização em Avaliação em Saúde	Recife/PE	2
Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde	Recife/PE	1
Total		15

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



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