

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Relatório de Situação

Espírito Santo

Brasília – DF
2009

SUMÁRIO

1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO	5
1.1	Descrição do Estado	5
1.2	Estrutura da rede de atenção à saúde	7
	Atenção básica	7
	Média e alta complexidade	9
1.3	Vigilância em saúde	10
2	ANÁLISE DAS PRIORIDADES DA SVS	11
2.1	Consolidação da descentralização/gestão das ações de vigilância em saúde	11
	Financiamento	11
	Plano de investimento	12
	VIGISUS II	13
	Monitoramento das ações de vigilância em saúde	14
2.2	Coberturas Vacinais	15
3	FORTALECIMENTO DA PROMOÇÃO À SAÚDE	19
3.1	Fatores de risco	19
	Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre entre adultos	19
	Prevalência de tabagismo entre adultos	19
3.2	Doenças Crônicas Não Transmissíveis	20
	Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária 25 a 59 anos	20
	Taxa de internação por acidente vascular cerebral	21
3.3	Violências e Acidentes	22
	Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura do fêmur	22
	Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde	23
	Rede de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas (Rede VIVA)	24

4	APRIMORAMENTO DOS PROCESSOS DE ANÁLISE E MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	25
4.1	Indicadores de qualidade dos dados	25
	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)	25
	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	27
	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)	28
	Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água (SISAGUA)	29
	Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade do Solo (Sissolo)	31
5	APRIMORAMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA	32
5.1	Monitoramento e investigação de emergências em saúde pública	32
6	REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE	33
6.1	Análise das morbidades	33
	Doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses	33
	Doenças de transmissão respiratória e imunopreveníveis	36
	Hepatites Virais	40
	Aids, Gestante HIV+ e Sífilis Congênita	43
	Tuberculose e hanseníase	47
	Agravos externos	51
6.2	Análise da mortalidade	53
	Mortalidade infantil	53
	Mortalidade neonatal	54
	Mortalidade pós-neonatal	55
	Mortalidade infantil indígena	56

1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

1.1 Descrição do Estado

Figura 1 Municípios conforme densidade demográfica, estados de fronteira e capital. Espírito Santo, Brasil

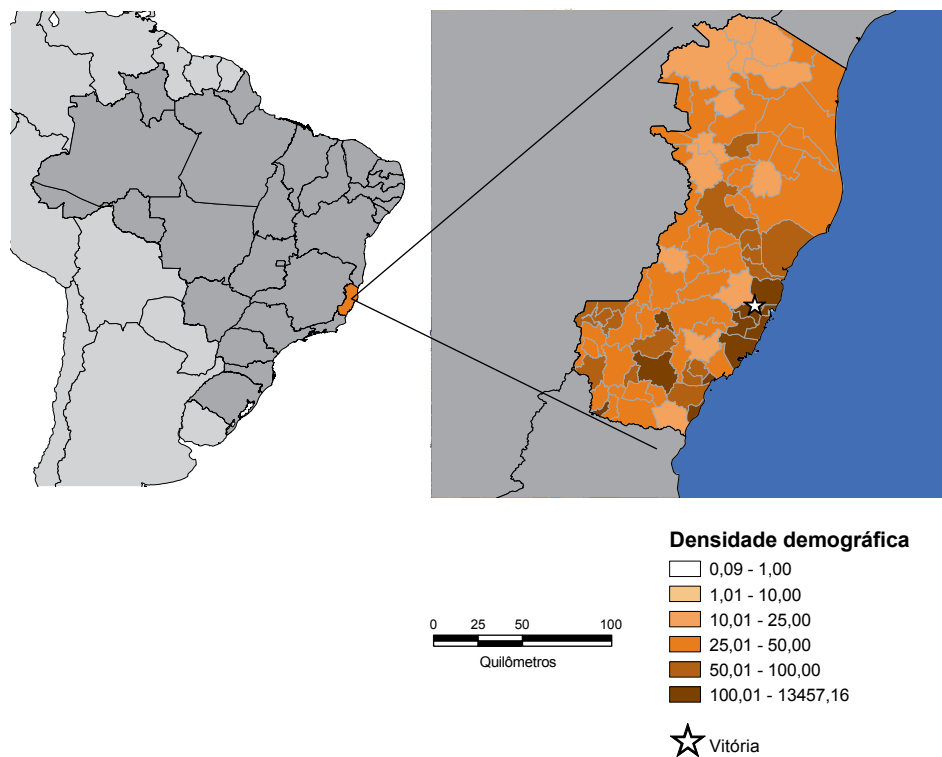
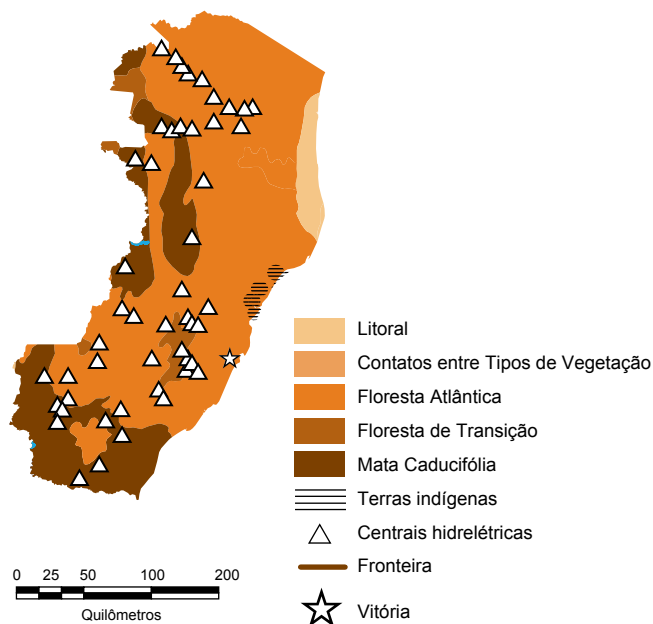


Figura 2 Cobertura de solo e terras indígenas. Espírito Santo, Brasil



Capital	Vitória
Número de municípios	78
Território	46.077,5 km ²
População residente	3.453.648 habitantes, 1.747.866 mulheres e 1.705.782 homens*
Densidade populacional	74,9 habitantes/km ² *
Fluxos migratórios	17,7% da população residente são habitantes não-naturais do estado**
População indígena	2.288 habitantes***
Assentamentos de trabalhadores rurais	293****

Fonte:

* Projeção intercensitária para 2008 realizada pelo IBGE e disponibilizada pelo DATASUS

** IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, 2007

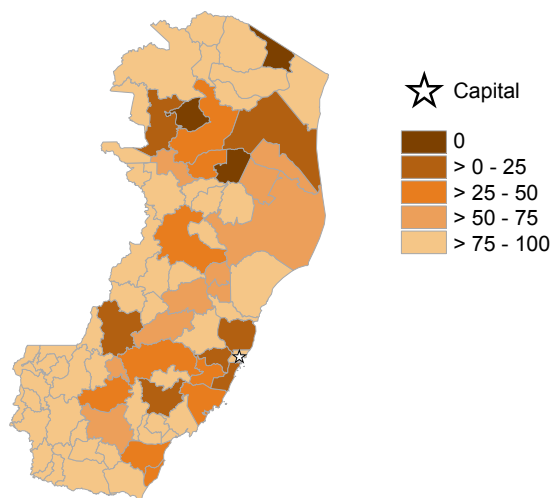
*** Siasif/Funasa, 2007

**** INCRA, 2008

1.2 Estrutura da rede de atenção à saúde

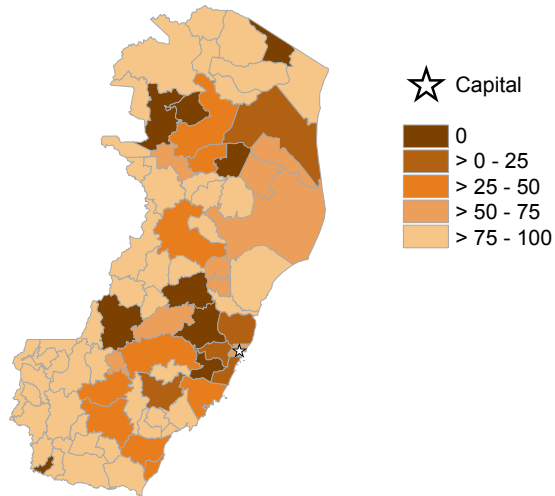
Atenção básica

Figura 3 Cobertura (%) de Equipes de Saúde da Família, segundo município. Espírito Santo, 2008



Fonte: MS/SAS/DAB

Figura 4 Cobertura (%) de Equipes de Saúde Bucal, segundo município. Espírito Santo, 2008



Fonte: MS/SAS/DAB

Cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família	48,9% implantada em 75 (96%) municípios*
Centros de saúde/Unidades básicas de saúde	918**
Salas de vacinação	567, sendo 563 (99,3%) cadastradas como estabelecimentos públicos municipais***

Fonte:

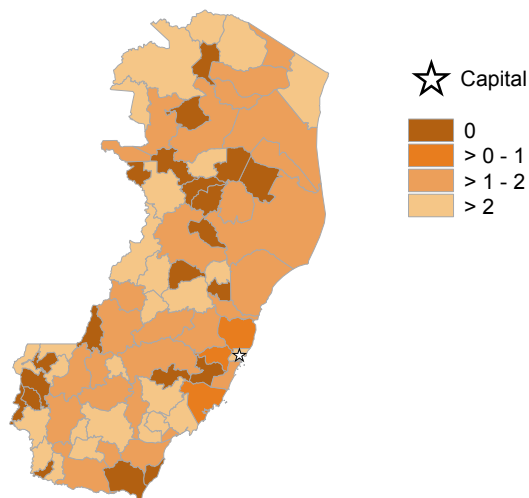
* DAB, 2008

** Somando-se centros de saúde/unidades básicas de saúde, posto de saúde, unidades mistas de atendimento 24 horas/atenção básica e unidades fluviais, quando aplicável, CNES, 2008

*** PNI, 2008

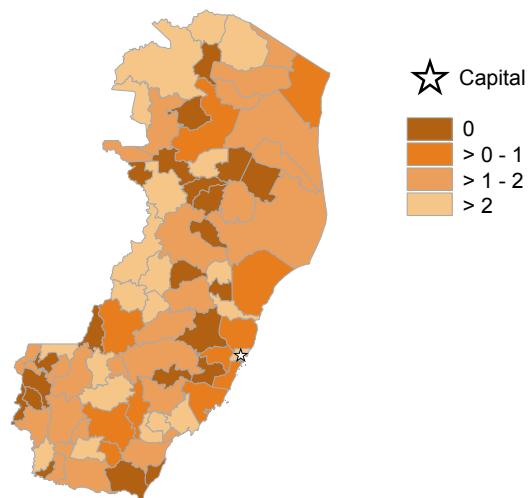
Média e alta complexidade

Figura 5 Proporção de leitos hospitalares (por mil habitantes), segundo município. Espírito Santo, 2008



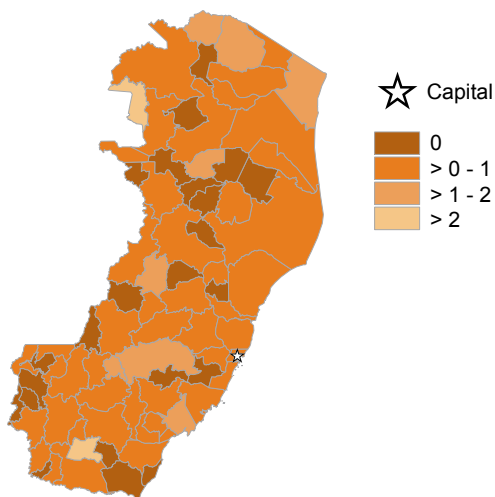
Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2008

Figura 6 Proporção de leitos pediátricos (por mil crianças), segundo município. Espírito Santo, 2008



Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2008

Figura 7 Proporção de leitos obstétricos (por mil mulheres), segundo município. Espírito Santo, 2008



Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2008

1.3 Vigilância em saúde

Tabela 1 Quantidade de estruturas de vigilância em saúde e sua localização. Espírito Santo, 2008

Estrutura	Unidades (n)	Localização
Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)	3	Vitória, Cachoeira de Itapemirim e Colatina
Centros de Controle de Zoonoses (CCZ)	9	Vitória, Aracruz, Colatina, Cariacica, Guarapari, Cachoeira do Itapemirim, Serra, Vila Velha e Linhares
Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE)	3	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – Hucam, Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS)	2	Estado e Capital

2 ANÁLISE DAS PRIORIDADES DA SVS

2.1 Consolidação da descentralização/gestão das ações de vigilância em saúde

Financiamento

Bloco de Vigilância em Saúde – Componente de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

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

Tabela 2 Recursos destinados ao Componente de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, conforme fonte de financiamento e instituição. Espírito Santo, 2008

Fonte de financiamento	Instituição	Recurso (R\$)
Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS	SES	2.288.398,20
	Municípios	10.655.091,95
Contratação adicional de agentes de saúde para o combate ao <i>Aedes aegypti</i> *	20 Municípios	2.043.167,64
Campanha de Vacinação contra Raiva Animal	SES	121.042,25
Campanha de Vacinação contra <i>Influenza</i>	78 Municípios	114.055,90
Campanha de Vacinação contra Poliomielite	78 Municípios	196.735,00
Campanha de Vacinação contra a Rubéola	78 Municípios	708.767,59
Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar	2 Hospitais**	114.000,00
Política de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos	SES	52.643,67
	6 municípios	315.862,02
Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis	SES	420.000,00
Registro de Câncer de Base Populacional	SES	36.000,00
Capacitação de pessoal em ações de controle da dengue	SES	171.396,00
Fortalecimento das ações dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública - FINLACEN	SES	1.466.919,00
Incentivos no Âmbito do PN-HIV/Aids e outras DST***	SES	929.919,48
	Municípios	1.776.186,01

SES Secretaria Estadual de Saúde

* Portaria MS 1.349/2002

** 1 Hospital Estadual (R\$ 96.000,00), 1 Hospital Federal (R\$ 18.000,00)

*** Programa Nacional de DST e Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis

Plano de investimento

- Destina-se ao reforço das estruturas das secretarias estaduais e municipais de saúde para a coordenação e a execução de ações de vigilância em saúde.
- O critério de distribuição dos quantitativos nos estados é resultado de pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite.
- No ano de 2008, foram repassados para o Espírito Santo veículos e equipamentos que totalizaram cerca de R\$ 280.620,00, referentes a: 1 cabine de segurança biológica classe II B2; 10 microscópios bacteriológicos; 3 nebulizadores costais motorizados e 2 veículos tipo utilitário. A entrega ocorreu em 2009.

VIGISUS II

O objetivo do projeto é fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde para reduzir a mortalidade e a morbidade de doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como a exposição a fatores de risco associados com a saúde.

O Projeto VIGISUS é resultado de um acordo de empréstimo entre o governo brasileiro e o Banco Mundial, sendo beneficiadas as 27 Unidades Federadas, 25 capitais e 144 municípios. Além disso, foram contemplados mais 211 municípios com recursos do Tesouro.

Tabela 3 Valores (em reais) aprovados para o Plano de Vigilância em Saúde (PLANVIGI) e transferidos para a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios elegíveis, segundo fonte de financiamento. Espírito Santo, 2008

Instituição	Fonte VIGISUS	Fonte TFVS	Total Repassado	Total Execução (Pagamentos)	% Execução
SES/ES	1.032.281,40	-	1.032.281,40	651.983,42	63,2
10 municípios	1.808.417,70	335.659,10	2.144.076,80	1.018.119,97	47,5
Total Geral	2.840.699,10	335.659,10	3.176.358,20	1.670.103,39	52,6

* TFVS = Teto Financeiro de Vigilância em Saúde

Monitoramento das ações de vigilância em saúde

Ações	Espírito Santo	Vitória	Cariacica	Serra	Viana	Vila Velha
Notificação						
Notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda - PFA						
Investigação						
Proporção de doenças exantemáticas investigadas adequadamente						
Coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de Paralisia Flácida Aguda-PFA						
Encerramento oportuno da investigação epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória						
Investigação epidemiológica oportuna para raiva humana						
Diagnóstico Laboratorial						
Diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola)						
Encerramento de casos de meningite bacteriana por critério laboratorial						
Realização de testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes						
Implantação de aconselhamento e testagem sorológica para hepatites virais B e C nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)						
Proporção de amostras clínicas para diagnóstico do vírus <i>influenza</i> em relação ao preconizado						
Realizar supervisão nos laboratórios públicos identificados pelo LACEN e que realizam diagnóstico de doenças de notificação compulsória e agravos de interesse sanitário						
Vigilância Ambiental						
Elaboração de dois relatórios anuais contendo informações sobre as ações desenvolvidas pelo VIGIAGUA em municípios com população igual ou acima de 100.000 habitantes						
Vigilância e Controle de Vetores						
Identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes</i>						
Realização da vigilância entomológica de acordo com o preconizado no PNCD nos municípios não infestados.						
Controle de Doenças						
Taxa de cura de casos novos de tuberculose bacilíferos						
Taxa de cura de casos de hanseníase						
Redução da Incidência Parasitária Anual por Malária (IPA) nos estados da Amazônia Legal						
Proporção de municípios prioritários para combate à dengue com plano de contingência de atenção aos pacientes com dengue elaborado						
Elaboração do Plano de Contingência de Atenção aos Pacientes com Dengue						
Imunizações						
Cobertura vacinal adequada - Hepatite B (< 1 ano)						
Cobertura vacinal adequada - Poliomielite (< 1 ano)						
Cobertura vacinal adequada - Tetravalente (< 1 ano)						
Cobertura vacinal adequada - Tríplice viral (1 ano)						
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada para hepatite B (< 1 ano)						
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada para poliomielite (< 1 ano)						
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada para tetravalente (< 1 ano)						
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada para tríplice viral (1 ano)						
Monitorização de Agravos Relevantes						
Investigação de óbitos maternos (capitais e municípios com mais de 100.000 habitantes)						
Investigação de óbitos maternos (municípios com 100.000 habitantes ou menos)						
Divulgação de Informações Epidemiológicas						
Elaboração de informes epidemiológicos						
Sistemas de Informação						
Realização de coleta de declaração de óbito - DO						
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas						
Supervisão da PPI-VS						
Supervisão da PPI-VS nos municípios certificados (municípios > 100.000 hab)						
Supervisão da PPI-VS nos municípios certificados (municípios < 100.000 hab)						
Percentual de metas cumpridas	48,1%	73,7%	64,7%	88,9%	71,4%	64,7%

cumprida
 não cumprida
 não avaliável
 não se aplica

Notas: Dados referentes ao ano de 2007

LACEN = Laboratório Central

VIGIAGUA = Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano

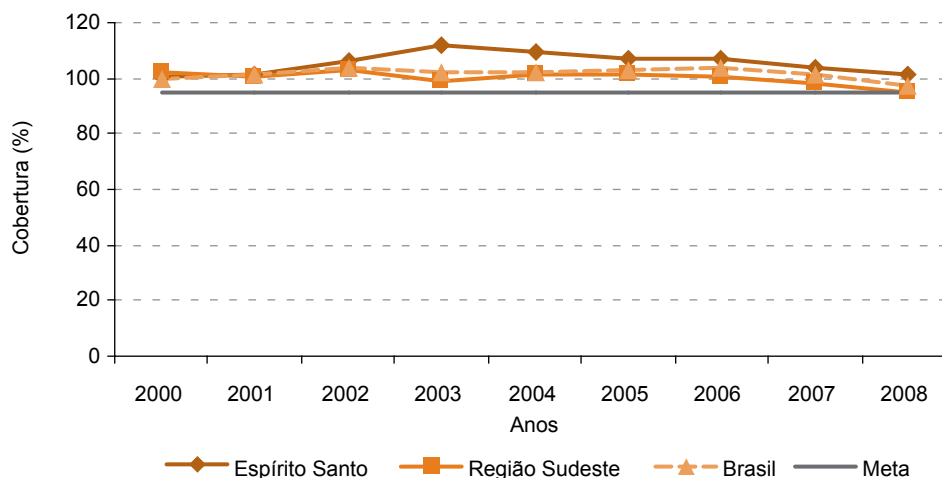
PNCD = Programa Nacional de Controle da Dengue

PPI-VS = Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde

2.2 Coberturas Vacinais

Para a vacina DTP (contra difteria, tétano, coqueluche) + *Hib* (contra meningite e outras infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b), no período de 2000 a 2008, o Espírito Santo superou a meta de 95% de cobertura vacinal (CV), mantendo-se com CV próximas a 100%, mais elevadas que as médias verificadas na Região Sudeste e no país. Em relação à homogeneidade de coberturas, cuja meta é de pelo menos 70% dos municípios com cobertura adequada, o estado apresentou bom desempenho a partir de 2003, com exceção de 2004, quando o percentual de municípios com CV igual ou superior a 95% foi 61,5%.

Figura 8 Cobertura vacinal (%) com a tetravalente* na população menor de um ano. Espírito Santo, Região Sudeste e Brasil, 2000 a 2008

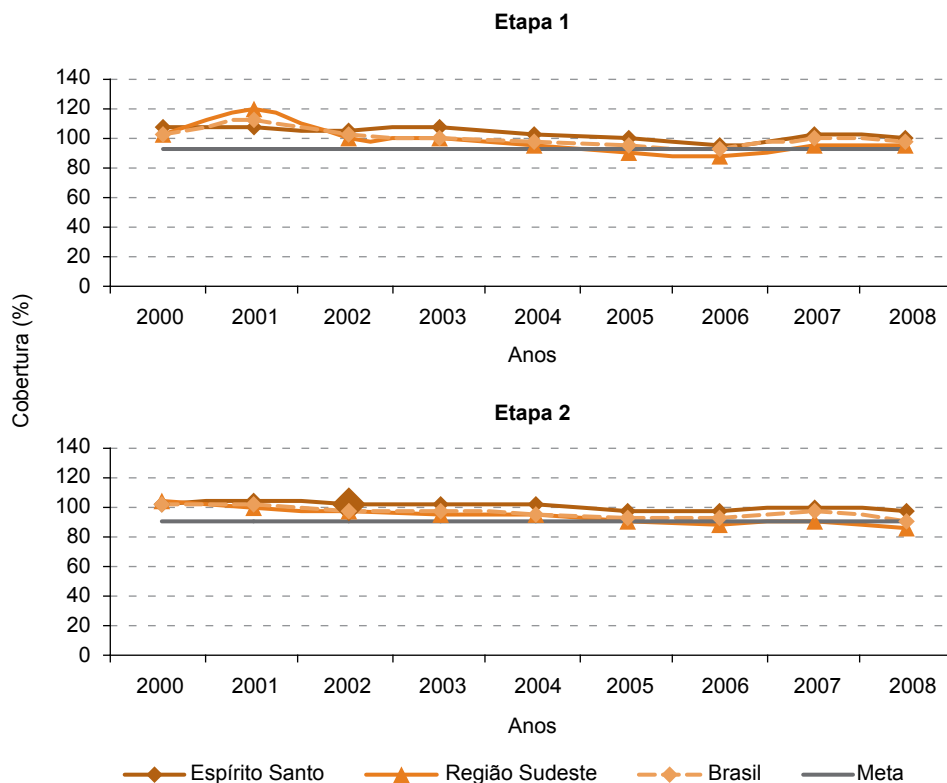


Fonte: SIAP/ SVS/MS

* CV até 2001 refere-se à DTP - tríplice bacteriana; somam doses DTP e *Hib* em 2002 e DTP+*Hib* a partir de 2003

No Espírito Santo, as CV contra poliomielite em menores de cinco anos de idade, na primeira e segunda etapas, nos dias nacionais de vacinação, no período de 2000 a 2006, foram superiores à meta de 95%. As CV médias da Região Sudeste e do país ficaram abaixo da meta, em 2005 e 2006. Na segunda etapa, o estado manteve CV superiores a 100%, de 2000 a 2007, atingindo 99% em 2008. As CV na Região Sudeste, no período de 2005 e 2008, ficaram abaixo da meta preconizada, fato observado também para o país, no ano 2008.

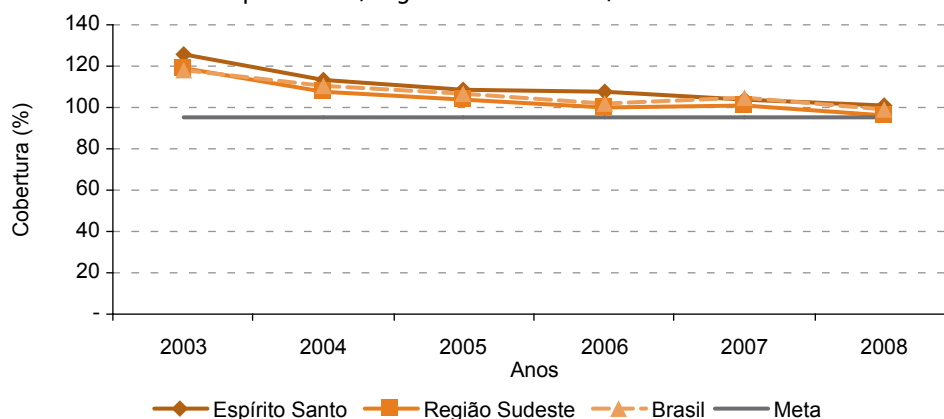
Figura 9 Cobertura vacinal (%) contra poliomielite, na primeira e segunda etapas dos dias nacionais de vacinação, na população menor de cinco anos de idade. Espírito Santo, Região Sudeste e Brasil, 2000 a 2008



Fonte: API/CGPNI/DEVEP/SVS/MS

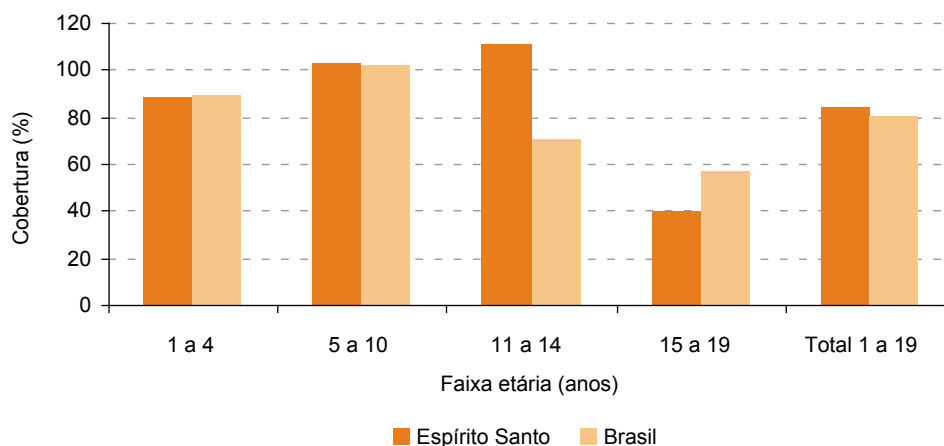
No período de 2003 a 2008, as CV com a tríplex viral (contra sarampo, rubéola e caxumba) na população um ano de idade, no estado, foram superiores à meta de 95%. Em relação à homogeneidade de coberturas, o estado demonstrou bom desempenho em todos os anos, com proporção superior a 70% dos municípios registrando coberturas vacinais iguais ou superiores a 95% da população-alvo.

Figura 10 Cobertura vacinal (%) com a tríplice viral, na população com um ano de idade. Espírito Santo, Região Sudeste e Brasil, 2003 a 2008



Fonte: SIAP/ SVS/MS

Figura 11 Cobertura vacinal (%) acumulada com a vacina contra a hepatite B, segundo grupo etário e total, na população de um a 19 anos de idade. Espírito Santo e Brasil, 1994 a 2009*



Fonte: SIAP/ SVS/MS

* Até março de 2009

No Espírito Santo, a CV acumulada contra hepatite B, para o grupo etário de 1 a 19 anos, atingiu 84,8%, acima média nacional de 80,9%. O grupo de maior risco epidemiológico, 15 a 19 anos, constituiu-se a exceção, registrando valores mais baixos que o país. Nesse grupo, o estado registrou CV acumulada de 40,1% e o país registrou 57,5%.

Tabela 4 Cobertura vacinal (%) na campanha nacional de vacinação contra rubéola*, na população de 20 a 39 anos, segundo sexo e na população total desta faixa etária. Espírito Santo, Região Sudeste e Brasil, 2008

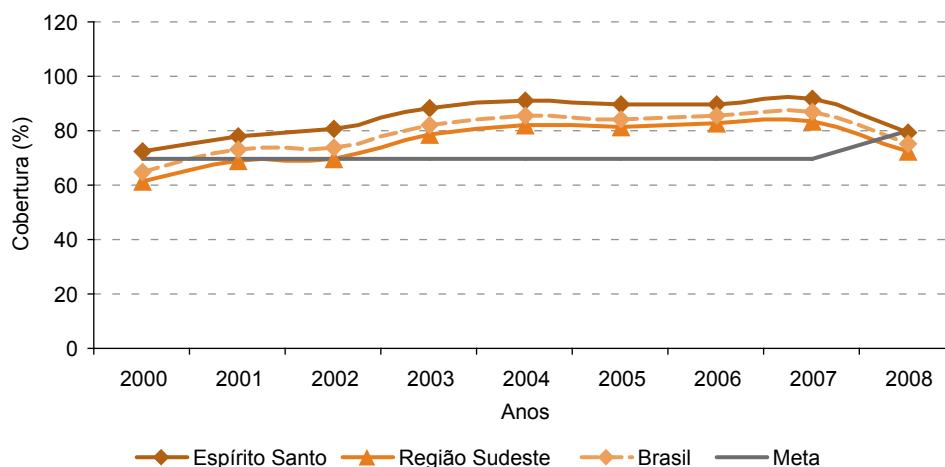
Local	Cobertura (%)		
	Homens	Mulheres	População total
Espírito Santo	96,1	99,5	97,8
Sudeste	95,0	98,4	96,7
Brasil	94,0	99,5	96,8

Fonte: SIAP/CGPNI/DEVEP/SVS/MS, em 5/5/2009

* Campanha nacional realizada no período de 9 de agosto a 31 de dezembro de 2008

As CV na campanha de vacinação contra rubéola para adultos jovens, de 12 a 39 anos, no estado foram superiores àquelas da região e do país. As CV no estado ultrapassaram a meta de 95% na população total, bem como entre homens e entre mulheres.

Figura 12 Cobertura vacinal (%) na campanha de vacinação contra *influenza*, na população de 60 anos e mais. Espírito Santo, Região Sudeste e Brasil, 2000 a 2008



Fonte: SIAP/SVS/MS

No período de 2001 a 2008, as CV contra influenza, entre idosos, no Espírito Santo superaram a meta estabelecida (70%) e superaram 80%, a partir de 2003. Em função da mudança de meta para 80% da população-alvo, em 2008, e da correção da população estimada pelo IBGE, a partir de 2006, os dados não são perfeitamente comparáveis. Em 2008, a CV alcançada no estado foi de 79,5%, próxima à nova meta de 80%. O número de doses aplicadas no estado foi crescente em todo o período, elevando-se de 181.210, em 2000, para 260.813, em 2008.

3 FORTALECIMENTO DA PROMOÇÃO À SAÚDE

3.1 Fatores de risco

Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre entre adultos

No Brasil, a frequência de adultos que praticam atividade física suficiente no tempo livre (considera-se a 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 15,0%, em 2008. Em Vitória, a frequência de adultos ativos no tempo livre foi 19,7%, mais frequente entre os homens.

Tabela 5 Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre e respectivo intervalo de confiança de 95%, segundo sexo. Vitória e total das capitais brasileiras, VIGITEL 2006, 2007 e 2008

LOCAL	2006	2007	2008
Vitória	17,6 (16,0-19,3)	20,5 (18,1-22,8)	19,7 (16,7-22,7)
Masculino	20,0 (17,1-22,8)	23,8 (20,0-27,5)	26,0 (20,3-31,6)
Feminino	15,6 (13,6-17,6)	17,7 (14,8-20,7)	14,4 (12,0-16,9)
Total capitais brasileiras	14,9 (14,6-15,2)	15,5 (14,8-16,3)	15,0 (14,3-15,7)
Masculino	18,3 (17,8-18,8)	19,3 (17,9-20,6)	18,5 (17,3-19,7)
Feminino	11,9 (11,6-12,3)	12,3 (11,6-13,0)	12,0 (11,3-12,7)

Fonte: VIGITEL

Prevalência de tabagismo entre adultos

O tabagismo aumenta o risco de morbimortalidade por doenças coronarianas, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer. Considera-se fumante todo indivíduo que fuma, independentemente da frequência e intensidade do hábito de fumar. No Brasil, a prevalência, em 2008, foi 16,1%. Em Vitória, a frequência do hábito de fumar foi 13,0%, sem diferença entre os sexos.

Tabela 6 Prevalência de tabagismo e respectivo intervalo de confiança de 95%, segundo sexo. Vitória e total das capitais brasileiras, VIGITEL 2006, 2007 e 2008

LOCAL	2006	2007	2008
Vitória	15,9 (14,3-17,5)	14,8 (12,2-17,4)	13,0 (9,9-16,1)
Masculino	18,7 (16,0-21,5)	20,9 (16,3-25,4)	13,9 (10,8-17,0)
Feminino	13,6 (11,7-15,5)	9,7 (7,1-12,3)	12,2 (7,2-17,3)
Total capitais brasileiras	16,2 (15,9-16,5)	16,4 (15,5-17,3)	16,1 (15,0-17,3)
Masculino	20,3 (19,7-20,8)	20,9 (19,4-22,3)	20,5 (18,3-22,7)
Feminino	12,8 (12,4-13,1)	12,6 (11,6-13,6)	12,4 (11,5-13,3)

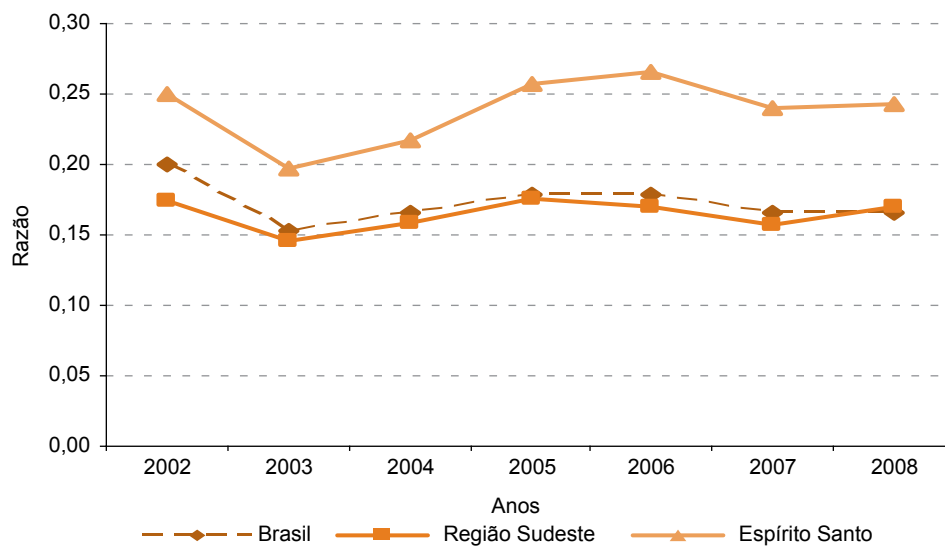
Fonte: VIGITEL

3.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária 25 a 59 anos

A razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos avalia a cobertura de exames preventivos do câncer de colo uterino nessa população. Espera-se que esta razão seja de no mínimo 0,30 exame/mulher a cada ano. O Espírito Santo, bem como a Região Sudeste e o Brasil, não atingiram essa meta, no período de 2002 a 2008.

Figura 13 Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos. Espírito Santo, na Região Sudeste e Brasil, 2002 a 2008

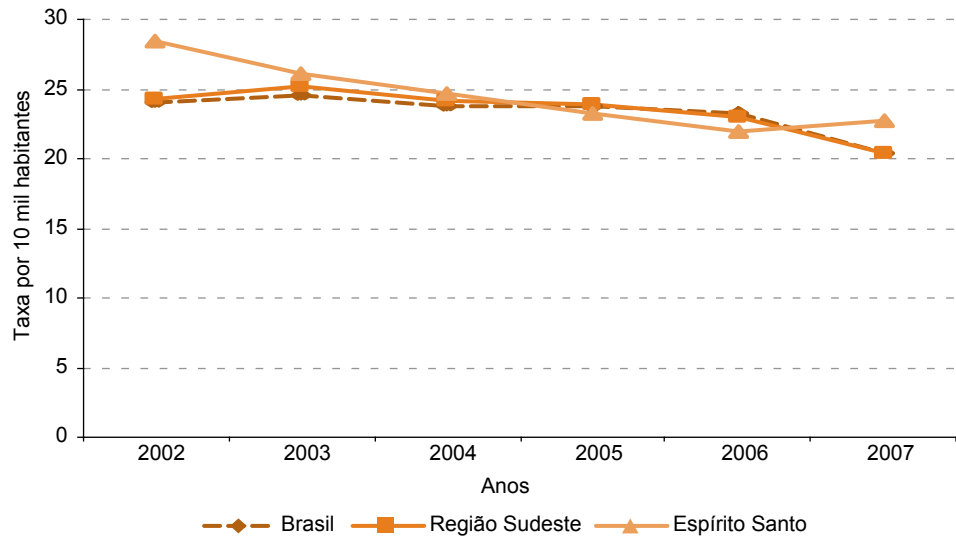


Fonte: INCA/MS

Taxa de internação por acidente vascular cerebral

A taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC) é uma forma indireta de avaliação da disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle da doença hipertensiva e também é útil para subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde do adulto. No período de 2002 a 2006, a taxa foi decrescente no Espírito Santo. O Brasil apresentou tendência de estabilidade entre os anos de 2002 a 2006, com declínio em 2007.

Figura 14 Taxa de internação por acidente vascular cerebral (por 10 mil habitantes), na população de 40 anos e mais. Espírito Santo, Região Sudeste e Brasil, 2002 a 2007



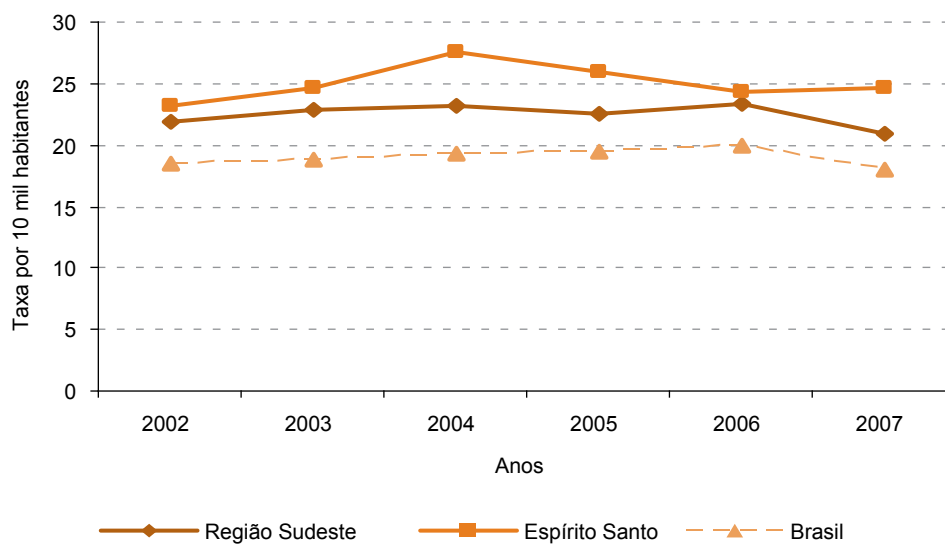
Fonte: SIH/MS

3.3 Violências e Acidentes

Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura do fêmur

A fratura de fêmur é causa comum e importante de perda funcional, apresentando um crescimento de sua incidência com o avançar da idade, principalmente devido ao aumento do número de quedas e da prevalência de osteoporose entre idosos. Elas estão associadas a um maior número de mortes e incapacidades. A avaliação e o monitoramento desse indicador são importantes, considerando as consequências psicossociais e econômicas para população e sistemas de saúde. Nos anos de 2004 a 2006, observa-se um declínio da taxa no Espírito Santo, que se mantém em 2007. No período de 2002 a 2007, as taxas no Brasil apresentam estabilidade.

Figura 15 Taxa de internação (por 10 mil habitantes) por fratura do fêmur na população de 60 anos e mais. Espírito Santo, Região Sudeste e Brasil, 2002 a 2007



Fonte: SIH/MS

Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde

A Portaria GM/MS nº 936/2004 dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde e a implantação de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NPVPS). Os Núcleos participantes dessa Rede coordenam, articulam, executam e potencializam, no nível local, as ações de enfrentamento de violências e de promoção da saúde e cultura de paz.

Tabela 7 Municípios prioritários no Pacto pela Vida para implantação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (NPVPS). Espírito Santo, 2008

Municípios prioritários para implantação de NPVPS	
Com NPVPS implantados	Sem NPVPS implantados
Cariacica Serra Vila Velha Vitória	-
Meta pactuada: 100% (4 municípios)	
Resultado alcançado em relação ao número de municípios prioritários: 100% (4 municípios)	

* NPVPS financiados pelo Ministério da Saúde (Editais, Convênios e Portarias) de acordo com a Portaria GM/MS nº 936/2004

Fonte: SISPACTO/MS

Destaca-se que, além dos municípios prioritários, o estado do Espírito Santo já tem NPVPS implantados pelos municípios de Colatina e Castelo.

Rede de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (Rede VIVA)

A fim de dimensionar e monitorar os acidentes e violências, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, implantou a Rede VIVA, a partir de 2006. Por meio da Rede VIVA, pretende-se conhecer as características, distribuição, magnitude das violências e acidentes, buscando subsidiar o planejamento e a implementação de ações de prevenção e promoção da saúde e cultura de paz. Essas ações devem estar articuladas com a “Rede de Atenção e de Proteção às Vítimas de Violências”.

Tabela 8 Municípios prioritários no Pacto pela Vida para implantação de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Espírito Santo, 2008

Municípios prioritários para implantação de notificação de violências	
Com notificação implantada	Sem notificação implantada
Serra Vitória	Cariacica Vila Velha
Meta pactuada: 70% (3 municípios)	
Resultado alcançado em relação ao número de municípios prioritários: 50% (2 municípios)	

Fonte: SISPACTO, VIVA 2006/2007 e Sinan NET/SVS/MS, 2009

Destaca-se que, além dos municípios prioritários, o estado do Espírito Santo já tem a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências implantadas pelos municípios de Atílio Vivacqua e Presidente Kennedy, que iniciaram a notificação desses agravos, a partir de 2009, no sistema Sinan Net.

4 APRIMORAMENTO DOS PROCESSOS DE ANÁLISE E MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

4.1 Indicadores de qualidade dos dados

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

Tabela 9 Proporção (%) de casos de doenças de notificação compulsória encerrados oportunamente^(a), segundo agravo selecionado e ano de notificação. Espírito Santo, 2003 a 2008

Agravo	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ^(b)
Doença de Chagas Aguda	70,0	65,5	60,9	58,2	80,9	75,3
Cólera	84,1	99,2	99,6	97,2	100,0	100,0
Coqueluche	73,0	61,3	75,3	90,5	84,3	78,7
Febre Hemorrágica de Dengue ^(c)	nna	nna	nna	nna	71,4	71,1
Difteria	nna	nna	nna	nna	nna	nna
Febre Amarela	66,7	37,5	50,0	66,7	37,5	47,8
Febre Maculosa ^(c)	nna	nna	nna	nna	64,5	53,3
Febre Tifóide	60,0	80,0	70,0	44,4	70,0	85,7
Hantavirose	100,0	37,5	66,7	80,0	63,2	57,1
Hepatites virais	77,9	77,4	83,1	82,1	88,6	82,5
Leptospirose	48,5	49,1	77,4	62,7	59,0	79,1
Leishmaniose Tegumentar	62,8	70,3	72,2	70,8	52,3	77,0
Leishmaniose Visceral	66,7	100,0	100,0	100,0	80,0	100,0
Malária	81,7	91,0	95,9	95,0	(d)	(d)
Meningite	93,0	93,1	94,4	93,1	86,7	79,7
Paralisia Flácida Aguda	100,0	90,0	92,3	100,0	100,0	100,0
Peste	nna	nna	nna	nna	100,0	nna
Raiva	50,0	nna	nna	-	nna	66,7
Rubéola	65,1	72,2	81,5	78,7	86,8	91,3
Sarampo	57,7	88,7	81,6	84,8	89,2	94,7
Síndrome da Rubéola Congênita	nna	100,0	nna	-	100,0	57,1
Tétano Acidental	57,1	88,9	100,0	63,6	90,0	100,0
Tétano neonatal	nna	nna	nna	nna	nna	nna
Total	76,0	75,8	87,1	79,6	80,8	80,7

Fonte: Sinan/SVS/MS

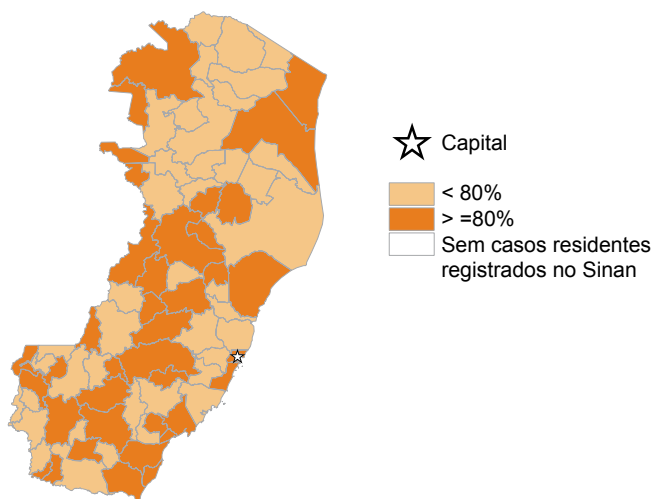
Nota: Os resultados foram obtidos com dados da base do ano seguinte ao avaliado

- (a) Método de cálculo do indicador: (nº de notificações com investigação encerrada dentro do prazo considerado oportuno para cada agravo / nº de notificações na unidade federada de residência e ano de notificação) x 100
- (b) Dados de 2008 sujeitos à revisão
- (c) Agravo incluído no cálculo do indicador a partir de 2007
- (d) Não analisado por falta do campo Data de encerramento na ficha.
- nna Nenhuma notificação no ano
- Houve notificação no ano, porém nenhuma encerrada oportunamente

A proporção de casos de doenças de notificação compulsória encerrados oportunamente, no período de 2003 a 2008, foi igual ou superior a 76%, alcançando 80%, desde 2005. Dados de 2008, ainda sujeitos à revisão, indicam que a meta estadual (80%) foi alcançada, com doze agravos com resultados nesse patamar e somente quatro agravos com proporções abaixo do valor mínimo aceitável (60%).

Os dados de 2006, registrados no Sinan Windows, deixaram de ser atualizados no MS após abril de 2008. Portanto, as atualizações tardias realizadas nas bases municipais após essa data não foram consideradas no cálculo da proporção de encerramento oportuno de 2007, que inclui notificações de hepatites, leishmaniose tegumentar americana (LTA) e síndrome da rubéola congênita (SRC) notificados no segundo semestre de 2006.

Figura 16 Proporção de notificações encerradas oportunamente, segundo município de residência. Espírito Santo, 2008



Fonte: Sinan/SVS/MS (atualizada em 27/04/2009)
Dados sujeitos à revisão

Dentre os municípios com casos residentes, a metade alcançou resultados superiores a 78,2%, sendo que 37 atingiram ou superaram a meta estadual de 80%, no ano de 2008. Cabe ressaltar que 25,6% dos municípios com casos residentes apresentaram resultados abaixo de 60%.

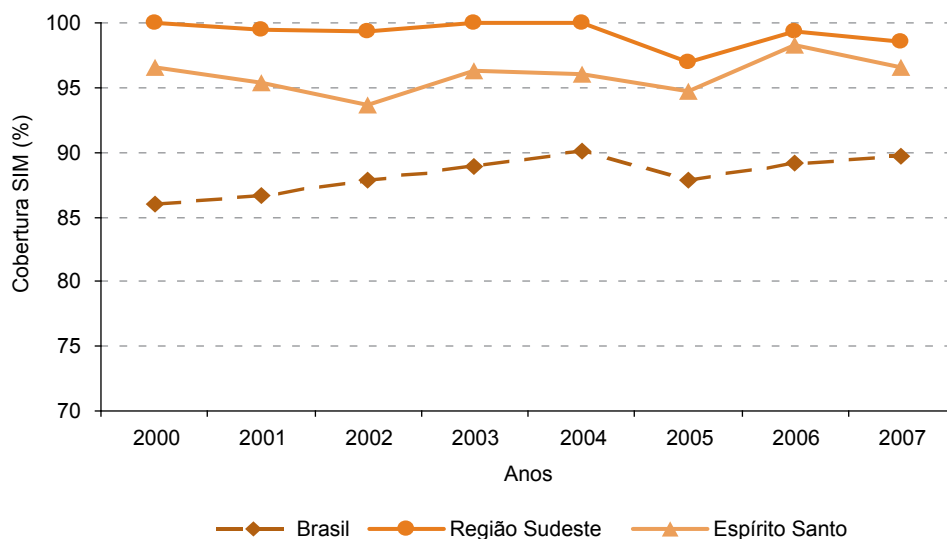
O erro na rotina do fluxo de retorno do Sinan NET, que impossibilitou o encerramento de casos notificados fora do município de residência, pode ter contribuído para a redução dos resultados desse indicador, a partir de

2007, principalmente para os agravos e municípios com pequeno número anual de notificações.

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

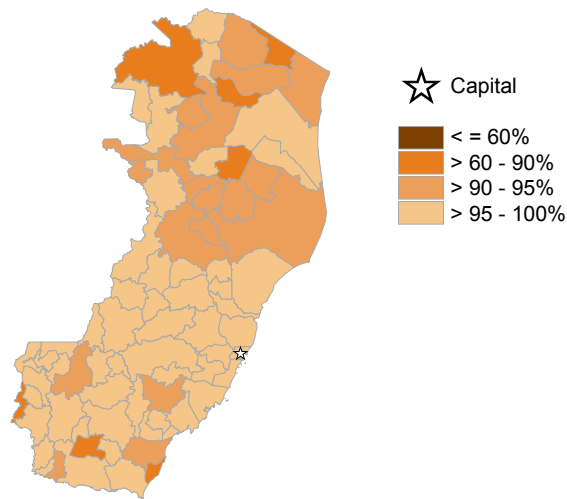
No período de 2000 a 2007, a cobertura do SIM, no Espírito Santo, manteve-se em torno de 96,6%. Em 2007, a cobertura do estado foi inferior àquela da Região Sudeste (98,6%), porém superior àquela do Brasil (89,7%).

Figura 17 Cobertura dos óbitos do SIM (%).
Brasil, Região Sudeste e Espírito Santo, 2000 a 2007



Fonte: IBGE e SIM/SVS/MS

Figura 18 Proporção (%) de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas, segundo município. Espírito Santo, 2007



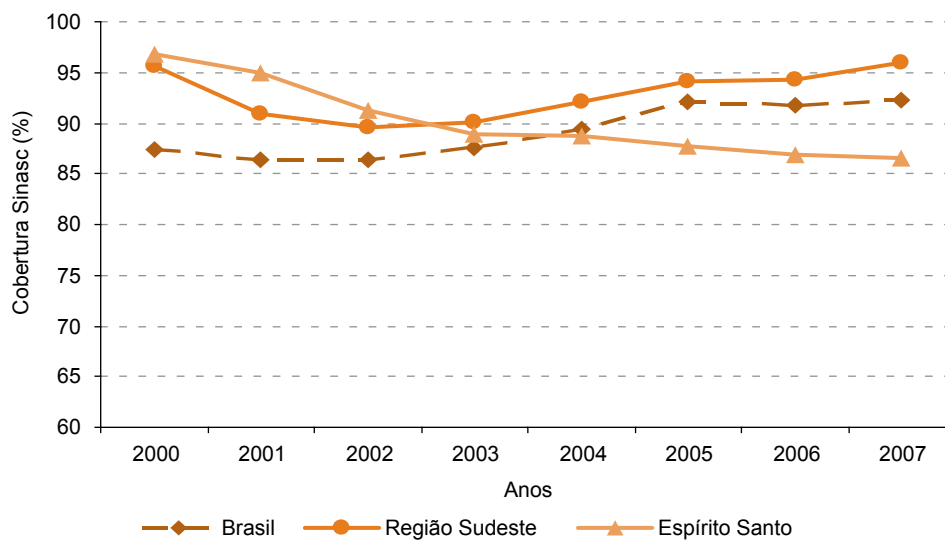
Fonte: SIM/SVS/MS

Em 2007, a proporção de óbitos por causas definidas, dentre o total de óbitos notificados ao SIM, no Espírito Santo, foi 97,0%, superior àquelas da Região Sudeste (92,0%) e do Brasil (92,3%).

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

A cobertura do Sinasc no Espírito Santo, no período de 2000 a 2007, declinou de 96,8% para 86,5%, redução de 10,7%. Em 2007, essa cobertura foi inferior àquelas da Região Sudeste (96,0%) e do país (92,3%).

Figura 19 Cobertura de nascidos vivos do Sinasc (%).
Brasil, Região Sudeste e Espírito Santo, 2000 a 2007

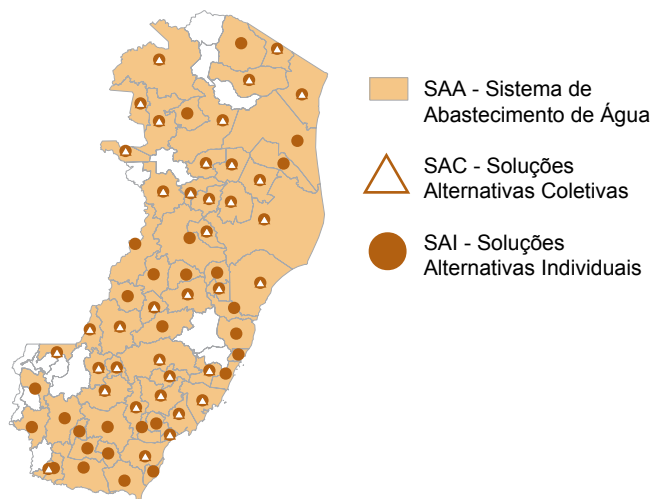


Fonte: IBGE e Sinasc/SVS/MS

Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água (SISAGUA)

Dos 78 municípios do estado, 69 (88,5%) alimentaram o SISAGUA, em 2008, com informações de cadastros das diferentes formas de abastecimento de água no município. O cadastramento constitui o primeiro passo para o desencadeamento das ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano, que incluem, dentre outros, o monitoramento da qualidade da água e as inspeções sanitárias.

Figura 20 Cobertura do SISAGUA* e municípios com informações sobre as formas de abastecimento de água. Espírito Santo, 2008



* Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água
Fonte: CGVAM/DSAST/SVS/MS

Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade do Solo (Sissolo)

No Espírito Santo, no período de 2004 a 2008, foram identificadas 17 áreas de solo contaminado, com uma estimativa de 21.650 habitantes potencialmente expostos a contaminantes químicos.

Tabela 10 Municípios com populações potencialmente expostas a contaminantes químicos e estimação da população exposta, segundo origem dos contaminantes. Espírito Santo, 2008

Área de Disposição de Resíduos Urbanos						Estimação da população exposta
Área de Mineração					ADRU	
Depósito de Agrotóxicos			AM			
Área Industrial		DA				
Área Desativada						
Município	AD			AI		
Cachoeiro de Itapemirim				3		4.000
Cariacica			1		1	500
Guarapari	2					1.000
Linhares	1	1				100
São Mateus					2	5.000
Serra		1			1	5.050
Vila Velha	1		1			6.000
Total	4	2	2	3	4	21.650

Fonte: Sissolo

5 APRIMORAMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

5.1 Monitoramento e investigação de emergências em saúde pública

Em 2008, o Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS) recebeu notificação e monitorou cinco eventos ocorridos no Espírito Santo, caracterizados como emergências em saúde pública de importância nacional.

Tabela 11 Emergências em saúde pública notificadas ao CIEVS, Espírito Santo, 2008

Evento	Situação	Município	Número de pessoas envolvidas	Oportunidade de notificação	Oportunidade de encerramento
SFIHA*	Descartado	Vitória	1	5 dias	171 dias
Malária	Confirmado	Vitória	1	1 dia	4 dias
Sarampo	Descartado e confirmado para rubéola	Anchieta	1	4 dias	11 dias
Evento de etiologia indeterminada	Em investigação	Vitória	1	< 24 horas	2
Evento de etiologia indeterminada	Hipóteses diagnósticas inconclusivas de Meningite auto-imune pós-infecção viral, encefalite de Hashimoto e arboviroses	Vitória	1	28 dias	66 dias

* Síndrome Febril Íctero-Hemorrágica Aguda

6 REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE

6.1 Análise das morbidades

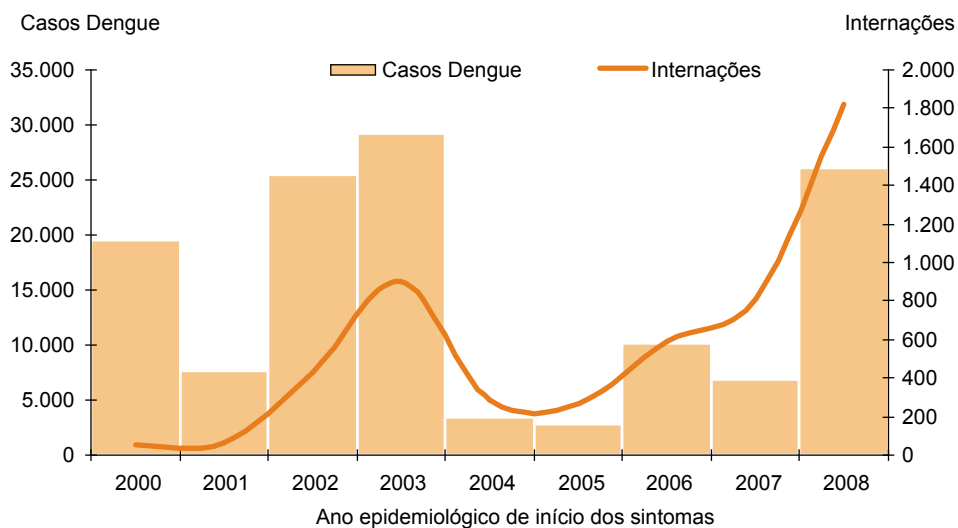
Doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses

Dengue

Em 2008, foram confirmados 26.034 casos de dengue no Espírito Santo, um aumento de 279,7% em comparação com 2007 (6.857 notificações). Consideram-se confirmados todos os casos 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.

A taxa de incidência de dengue no Espírito Santo, em 2008, foi de 753,8 casos por 100 mil habitantes, considerada alta. Houve registro de 70 casos de febre hemorrágica, com seis óbitos, e de 102 casos de dengue com complicação, sem óbito. Quanto ao monitoramento da circulação viral, foram analisadas 2.913 amostras, das quais sete foram positivas para DENV-1, 50 para DENV-2, e 39 para DENV-3. As internações seguiram a tendência de aumento observada nas notificações de casos.

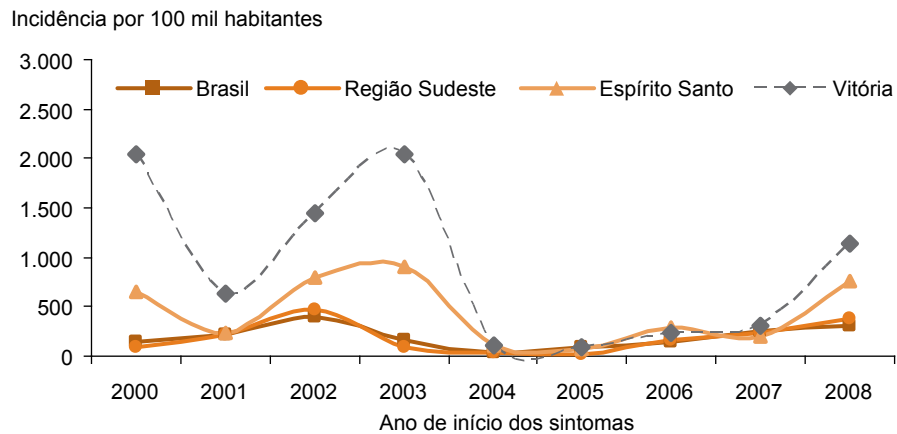
Figura 21 Número de casos confirmados e de internações por dengue. Espírito Santo, 2000 a 2008



Fonte: Sinan/SIH

A taxa de incidência de dengue no município de Vitória, no período de 2000 a 2008, foi maior que a observada no Brasil, na Região Sudeste e no Espírito Santo, em todo período, exceto em 2004 e 2006. A maior incidência foi observada no ano 2000, 2.046,5 casos confirmados por 100 mil habitantes.

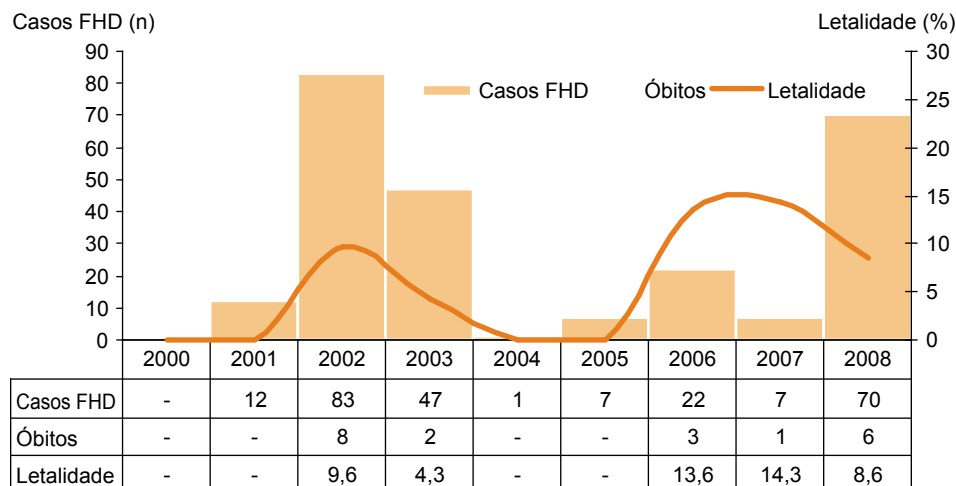
Figura 22 Taxa de incidência de casos confirmados de dengue (por 100 mil habitantes). Brasil, Região Sudeste, Espírito Santo e Vitória, 2000 a 2008



Fonte: Sinan

No Espírito Santo, as maiores taxas de letalidade por febre hemorrágica da dengue, no período de 2000 a 2008, foram registradas em 2006 (13,6%) e 2007 (14,3%).

Figura 23 Número de casos e taxa de letalidade (%) por febre hemorrágica da dengue. Espírito Santo, 2000 a 2008



Fonte: Sinan

Dos 78 municípios do Espírito Santo, 20 (25,6%) são prioritários para o Programa Nacional de Controle da Dengue: Aracruz, Boa Esperança, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Colatina, Guarapari, Ibirapu, Itapemirim, Linhares, Marataizes, Montanha, Nova Venécia, Pínhneiros, Piúma, São Mateus, Serra, Viana, Vila Velha, Vitória.

Leptospirose

No período de 2004 a 2008, foram registrados 978 casos de leptospirose no Espírito Santo, o que representou 14,9% dos casos registrados na Região Sudeste. Ocorreram 47 óbitos, resultando em uma taxa de letalidade de 4,8%.

No ano de 2008, foram confirmados 135 casos e 8 óbitos, resultando em uma taxa de letalidade de 5,9%. O coeficiente de incidência anual foi 3,9 casos por 100 mil habitantes, maior que o do país (1,7 por 100 mil habitantes).

A leptospirose ocorreu em 46,1% dos municípios do estado, com destaque para: Cariacica (n=22), Cachoeiro do Itapemirim (n=13), Baixo Guandu (n=9), Nova Venécia (n=9), Castelo (n=8), Vila Velha (n=7) e Vitória (n=7).

É importante fortalecer a integração entre as áreas de assistência, diagnóstico laboratorial, vigilância epidemiológica e controle, para um melhor direcionamento das ações de prevenção e controle da doença. Sugere-se a reali-

zação de análises rotineiras dos bancos de dados pelo estado e municípios, para um melhor acompanhamento da situação epidemiológica da doença e da qualidade de suas informações.

Doenças de transmissão respiratória e imunopreveníveis

Influenza

Em 2008, o estado do Espírito Santo trabalhou com uma unidade sentinela (US) na vigilância epidemiológica da influenza. Dessa forma, o desempenho do estado reflete os indicadores dessa US.

Considerando os dados registrados no Sistema de Informação Sivep -GRIPE, observou-se um bom desempenho do estado quanto a sua participação na rede, informando, sistematicamente, dados de atendimento por síndrome gripal em 98,1% das semanas epidemiológicas de 2008. O desempenho do estado em relação à coleta de amostras foi considerado excelente, com 84,2% de amostras colhidas em relação ao preconizado para todo o ano.

Rubéola

No período de 2003 a 2008, foram notificados 2.856 casos suspeitos de rubéola no Espírito Santo. Destes, 98 (3%) foram confirmados. Dos casos confirmados, 81 (83%) foram encerrados pelo critério laboratorial.

Tabela 12 Número de casos confirmados de Rubéola.
Brasil, Região Sudeste, Espírito Santo e Vitória, 2003 a 2008

Local	Anos					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Brasil	736	476	365	1648	8.087	2.158
Sudeste	411	293	174	1488	3218	819
Espírito Santo	10	4	2	3	75	4
Vitória	-	1	-	-	26	-

Fonte: Sinan/SVS/MS

* Dados sujeitos a revisão

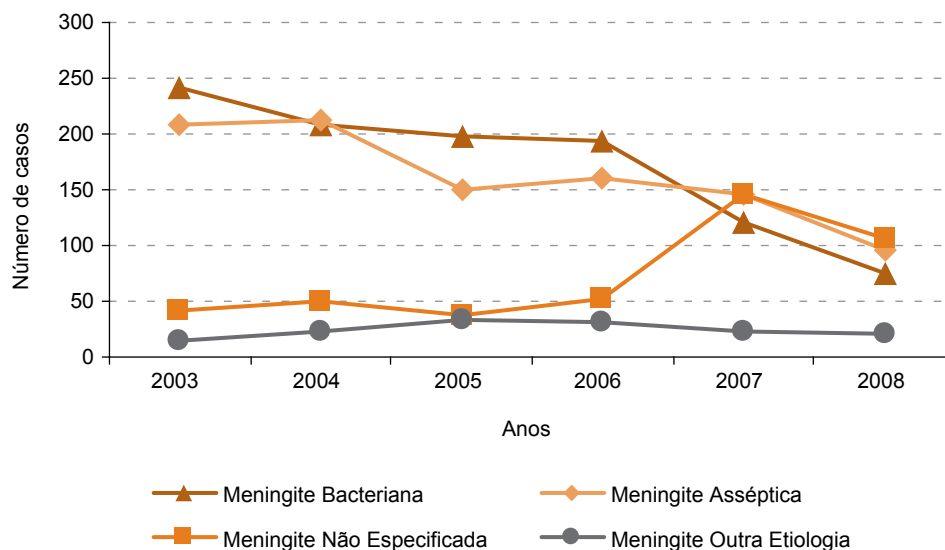
Apesar das coberturas vacinais adequadas, em 2008, foram confirmados quatro casos de rubéola e um caso de síndrome da rubéola congênita (SRC), no município de São Mateus. É necessário intensificar e fortalecer as ações de vigilância epidemiológica, bem como a realização do monito-

ramento rápido de cobertura vacinal, com vistas à eliminação da rubéola e da SRC, até 2010.

Meningite

Entre 2003 e 2008, foram notificados 3.273 casos de meningite no Espírito Santo, 2.587 deles (80%) confirmados, sendo 1.036 (40%) casos de meningite bacteriana, 973 (38%) meningite asséptica, 435 (17%) meningite não especificada e 143 (6%) meningite de outra etiologia. A incidência média de meningite, no período de 2003 a 2008, foi de 12,4 casos por 100 mil habitantes, com redução de 15,5 casos por 100 mil habitantes, em 2003, para 8,8 casos por 100 mil habitantes, em 2008. A letalidade, nesse período, foi de 11,6%.

Figura 24 Número de casos confirmados de meningite, segundo etiologia. Espírito Santo, 2003 a 2008



Fonte: Sinan/SVS/MS

A meta de encerramento dos casos de meningite bacteriana com técnicas laboratoriais que permitem a identificação do agente etiológico é alcançada, no Espírito Santo, desde 2005, primeiro ano da pactuação do Sistema de Vigilância das Meningites.

Paralisia Flácida Aguda – PFA

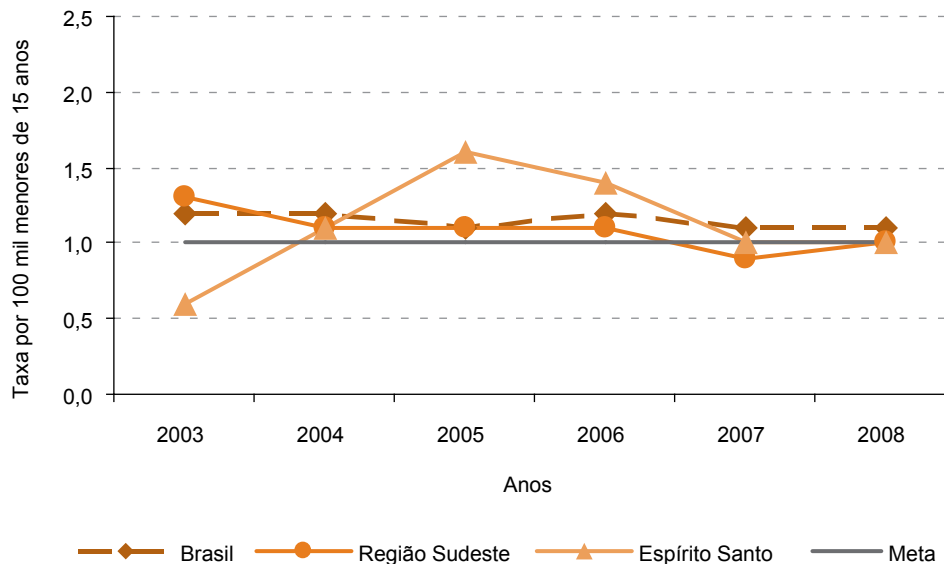
Os indicadores que avaliam o desempenho operacional da qualidade da vigilância da PFA/poliomielite são: 1) taxa de notificação; 2) investigação em até 48 horas após a notificação do caso; 3) coleta de uma amostra de fezes até o 14º dia do início do déficit motor; e 4) notificação negativa/positiva semanal de casos de PFA. A meta mínima esperada é de 80% para esses indicadores, exceto a taxa de notificação, cuja meta é um caso por 100 mil habitantes menores de quinze anos residente.

No período de 2003 a 2008, o estado apresentou resultados satisfatórios quanto à taxa de notificação de PFA, exceto em 2003. Quanto ao indicador coleta oportuna de fezes, apresentou bons resultados de 2003 a 2005, passando a não atingir a meta a partir de 2006.

Recomenda-se empenho da vigilância para atingir a meta pactuada para esses indicadores, principalmente, a coleta oportuna e adequada das amostras fezes, possibilitando a adoção oportuna de estratégias e medidas de controle.

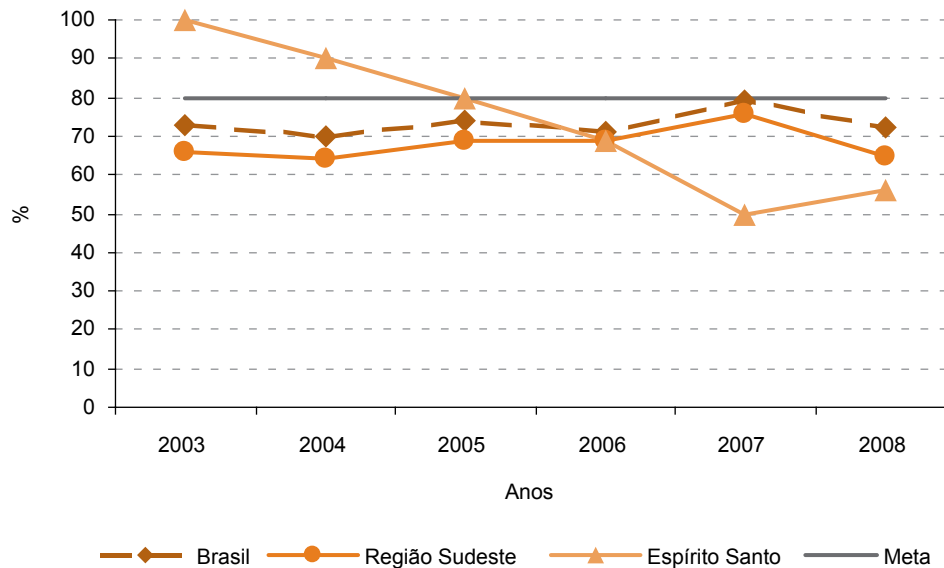
Ressalta-se que o Brasil mantém estreitos laços econômicos, turísticos e sociais com países que ainda têm circulação de poliovírus selvagem. Uma vigilância frágil põe em risco todo o esforço para manter a erradicação da poliomielite.

Figura 25 Taxa de notificação de PFA* por 100 mil habitantes menores de 15 anos. Espírito Santo, 2003 a 2008



* Paralisia Flácida Aguda
Meta Mínima: 1 caso por 100 mil habitantes < 15 anos

Figura 26 Proporção (%) de casos de PFA* com amostra de fezes coletadas até o 14º dia do início da deficiência motora. Brasil, Região Sudeste e Espírito Santo, 2003 a 2008



* Paralisia Flácida Aguda
Meta Mínima: 80%

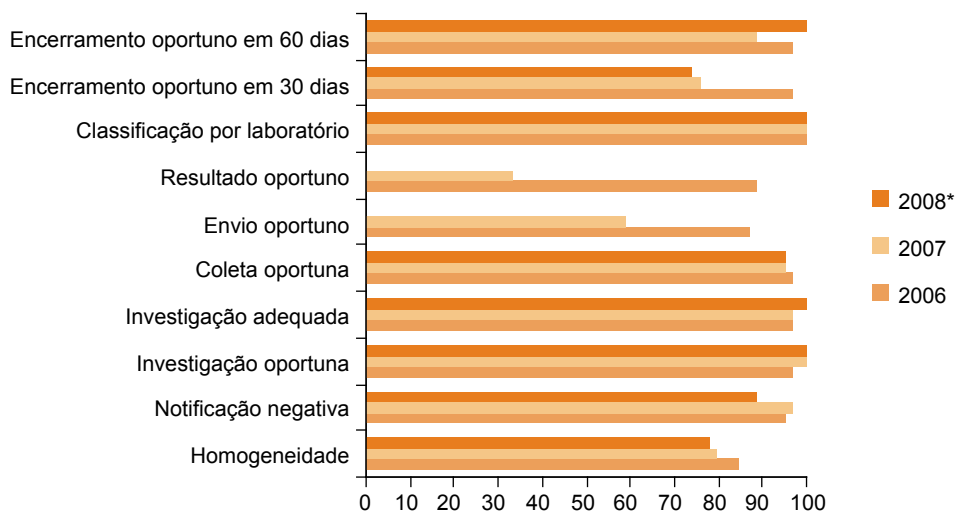
Fonte: COVER/CGDT/DEVEP/SVS/MS

Sarampo

De 2001 a 2008, no estado do Espírito Santo, a meta estabelecida para os indicadores epidemiológicos do sarampo foi atingida, exceto para o envio oportuno de amostra ao laboratório, que sugere problemas de infraestrutura para o encaminhamento das mesmas ao LACEN, e encerramento oportuno dos casos, que indica falta de agilidade para encerramento dos mesmos no Sinan. O percentual de municípios com cobertura vacinal adequada alcançou a meta em quatro anos desse período.

Nesse período, foram notificados 396 casos suspeitos de sarampo, porém nenhum foi confirmado. A campanha de vacinação contra rubéola, em 2008, utilizando a vacina dupla viral (sarampo e rubéola), para homens e mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos, superou a meta cobertura, consolidando a eliminação da transmissão do vírus do sarampo no estado.

Figura 27 Desempenho dos indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo. Espírito Santo, 2006 a 2008*



Fonte: COVER/CGDT/DEVEP/SVS/MS

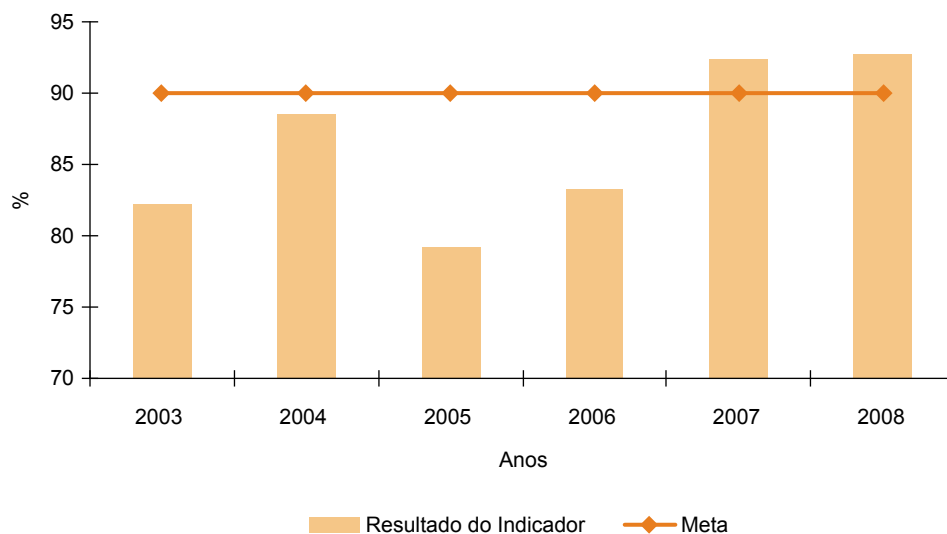
* Dados sujeitos a revisão

Hepatites Virais

O indicador do Pacto pela Vida é o percentual de casos das hepatites B e C confirmados por sorologia, critério indispensável para a confirmação desses agravos. A identificação do agente etiológico, por meio do exame sorológico específico, possibilita a implantação de medidas de prevenção e

controle adequadas. O Espírito Santo apresentou, até 2006, um percentual abaixo da meta proposta (90%). Nos anos de 2007 e 2008, a meta foi alcançada.

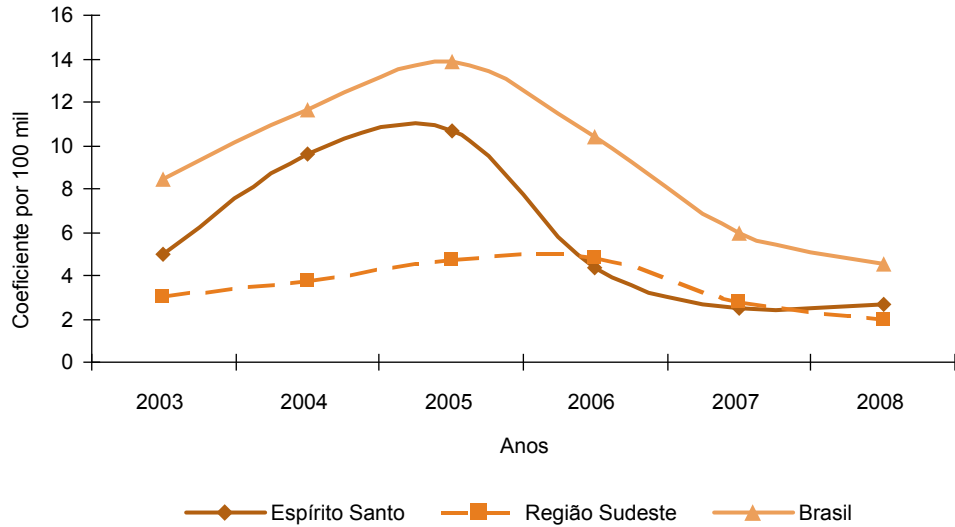
Figura 28 Percentual de casos de Hepatite B e C confirmados por sorologia. Espírito Santo, 2003 a 2008



Fonte: Sinan/DEVEP/SVS/MS
Dados sujeitos a revisão

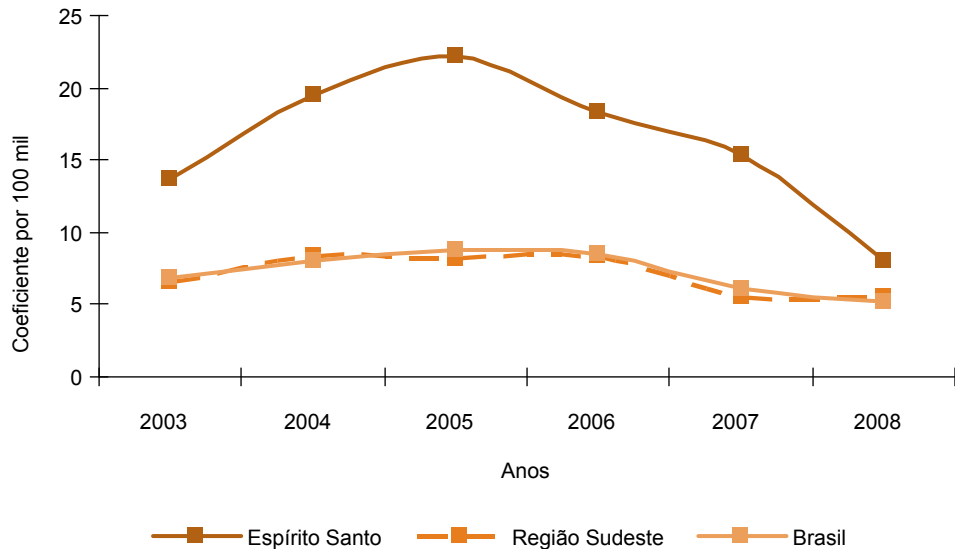
Nos últimos seis anos mostrou, o estado do Espírito Santo detectou um maior número de casos das hepatites A e B, no ano de 2005, e de hepatite C, no ano de 2004. Ressalta-se a necessidade de continuidade das ações que promovam o diagnóstico, assim como a notificação de casos.

Figura 29 Coeficiente de incidência (por 100 mil habitantes) de casos de hepatite A notificados. Espírito Santo, Região Sudeste e Brasil, 2003 a 2008



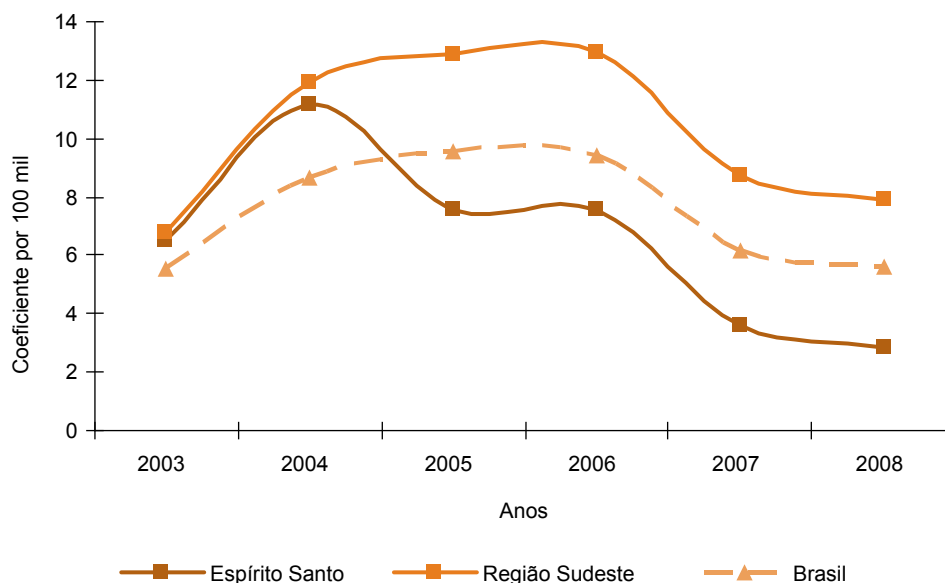
Fonte: Sinan/DEVEP/SVS/MS
Dados sujeitos a revisão

Figura 30 Coeficiente de detecção (por 100 mil habitantes) de casos de Hepatite B notificados. Espírito Santo, Região Sudeste e Brasil, 2003 a 2008



Fonte: Sinan/DEVEP/SVS/MS
Dados sujeitos a revisão

Figura 31 Coeficiente de detecção (por 100 mil habitantes) de casos de hepatite C notificados. Espírito Santo, Região Sudeste e Brasil, 2003 a 2008



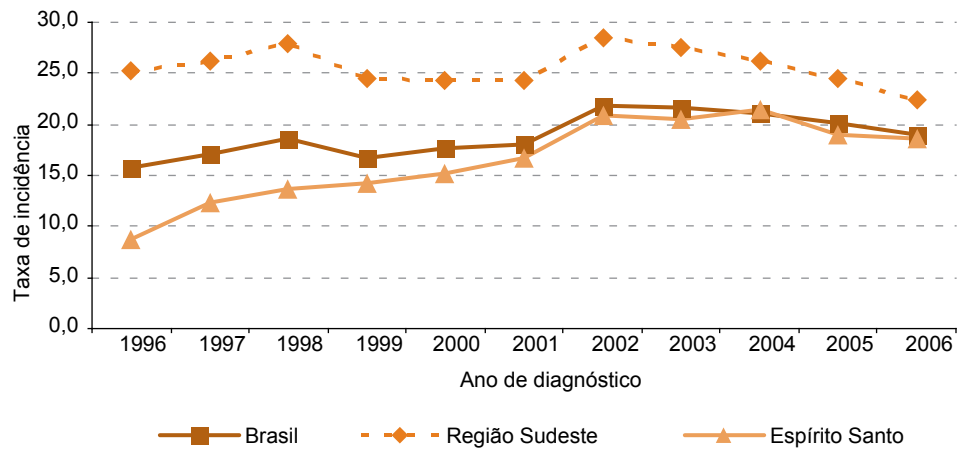
Fonte: Sinan/DEVEP/SVS/MS
Dados sujeitos a revisão

Aids, Gestante HIV+ e Sífilis Congênita

Desde 1985, ano do primeiro caso de aids notificado no Espírito Santo, até junho de 2008, foram notificados 5.906 casos no Sinan. Por meio de metodologia de relacionamento de bases de dados, com os sistemas SIM, SIS-CEL/SICLON, foram identificados 1.502 casos não notificados no Sinan, representando sub-registro de 20,3%, e elevando o número total de casos no período para 7.408.

Em 2006, a taxa de incidência de aids do estado foi 18,5 casos por 100 mil habitantes, a da Região Sudeste, 22,5 e a do Brasil, 19,0. A maior taxa de incidência no estado, ao longo da série histórica, foi observada em 2004 (21,5 por 100 mil habitantes).

Figura 32 Taxa de incidência (por 100 mil habitantes) de casos aids*.
Brasil, Região Sudeste e Espírito Santo, 1996 a 2006



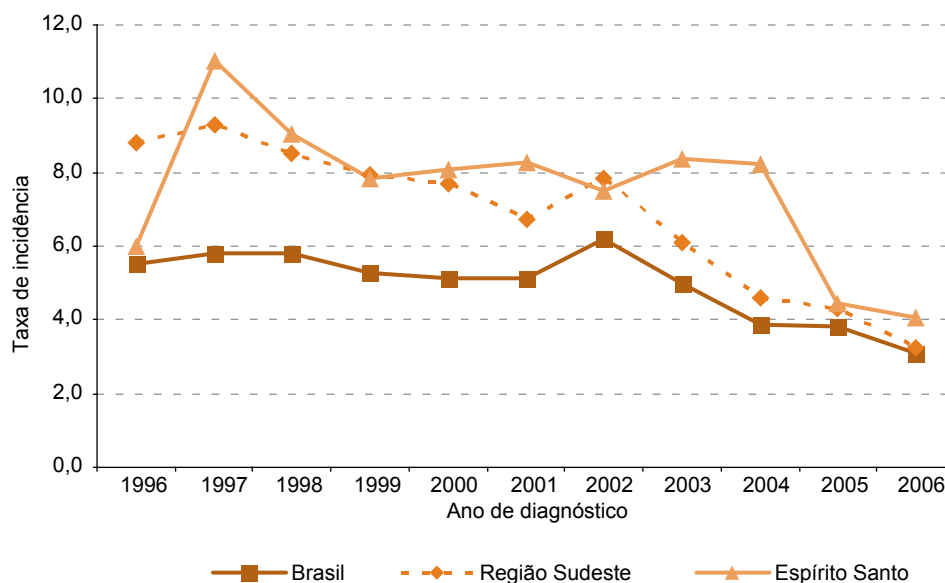
Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS

* Notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL. Sinan e SISCEL até 30/06/2008 e SIM de 2000 a 2007. Dados preliminares para os últimos 5 anos. Para o período de 1980 a 1995, consultar Boletins Epidemiológicos anteriores ou acessar www.aids.gov.br no menu Área técnica > Epidemiologia > Boletim epidemiológico.

A razão de sexos, em 1991, era 8,4 homens para cada mulher e, atualmente, é 1,3 homem para cada mulher, seguindo a tendência nacional.

De 1996 a junho de 2008, foram identificados 251 casos de aids em menores de cinco anos, no Espírito Santo.

Figura 33 Taxa de incidência (por 100 mil habitantes) de casos de aids em menores de cinco anos de idade*. Brasil, Região Sudeste e Espírito Santo, 1996 a 2006



Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS

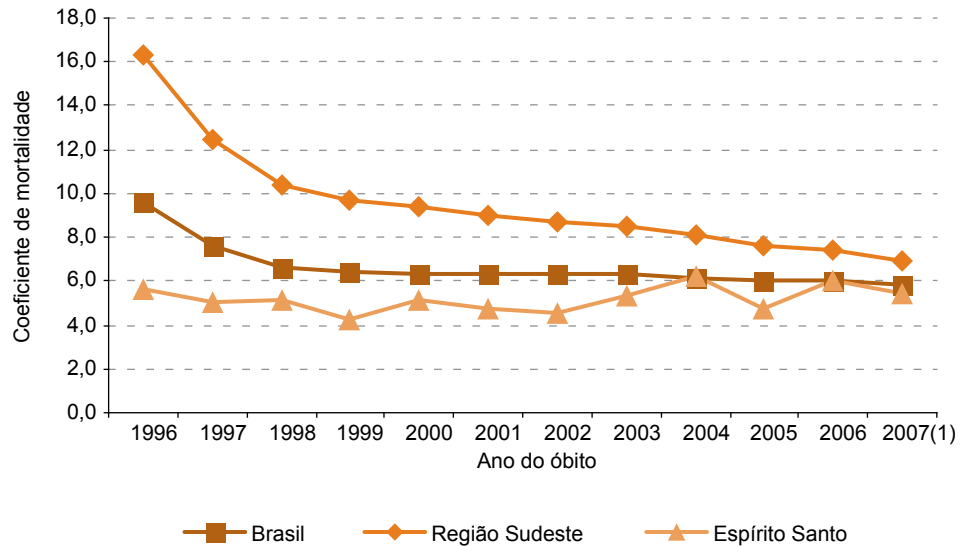
* Notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLON, SICLON utilizado para validação dos dados do SISCEL. Sinan e SISCEL até 30/06/2008 e SIM de 2000 a 2007. Dados preliminares para os últimos 5 anos. Para o período de 1980 a 1995, consultar Boletins Epidemiológicos anteriores ou acessar www.aids.gov.br no menu Área técnica > Epidemiologia > Boletim epidemiológico.

Os cinco municípios do Espírito Santo que apresentaram o maior número de casos de aids acumulados até junho de 2008 são: Vitória (n=1.573), Vila Velha (n=1.200), Serra (n=1.010), Cariacica (n=987) e Cachoeiro do Itape-mirim (n=444). Dentre esses municípios, a maior incidência, em 2006, foi observada em Vitória (35,3 por 100 mil habitantes).

No Espírito Santo, de 2000 a junho de 2008, foram notificados 861 casos de gestante HIV⁺, e 305 casos de aids por transmissão vertical até junho de 2008.

Quanto à mortalidade por aids, o estado acumulou, até 2007, um total de 2.470 óbitos. O coeficiente de mortalidade por aids no Espírito Santo foi 5,4 óbitos por 100 mil habitantes em 2007.

Figura 34 Coeficiente de mortalidade bruto por aids (por 100 mil habitantes). Brasil, Região Sudeste e Espírito Santo, 1996 a 2007*



Fonte: MS/ SVS/ DASIS/ Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

* Dados preliminares

No período de 1998 a junho de 2008, foram notificados 2.101 casos de sífilis congênita no Espírito Santo, apresentando, em 2005 e 2006, taxas de incidência de 4,6 e 3,3 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. No período de 1996 a 2007, foram registrados 31 óbitos por sífilis congênita no estado, apresentando, no ano de 2007, coeficiente de mortalidade de 3,9 por 100 mil nascidos vivos.

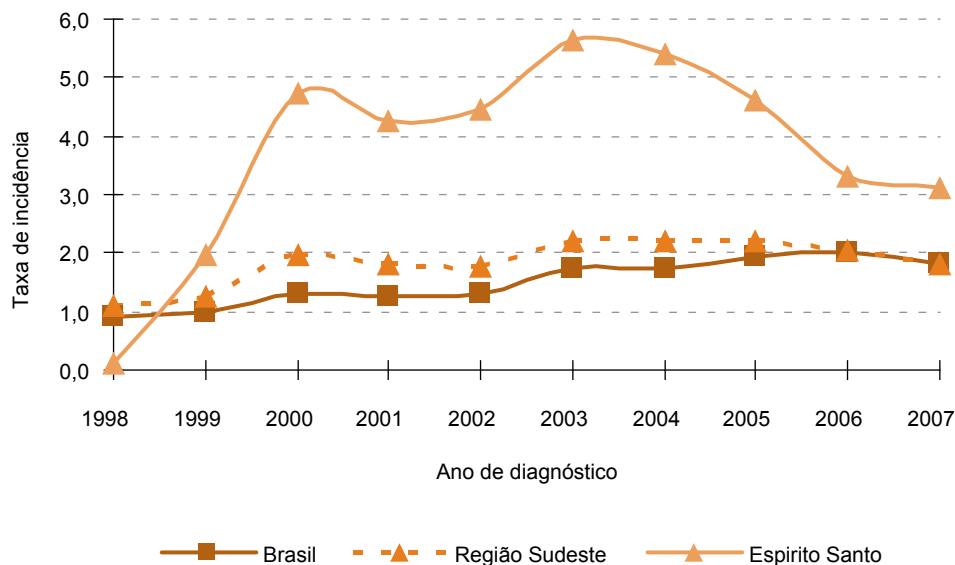
Tabela 13 Número absoluto de casos notificados de sífilis congênita em menores de um ano de idade*. Brasil, Região Sudeste e Espírito Santo, 1998 a 2008

Local de residência	Ano de diagnóstico											Total
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Brasil	2.840	3.198	4.131	3.958	3.943	5.218	5.203	5.833	5.901	5.301	1.004	46.530
Sudeste	1.457	1.703	2.598	2.218	2.131	2.600	2.589	2.583	2.291	2.003	347	22.520
Espírito Santo	7	121	277	244	246	302	288	241	170	160	45	2.101

Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS

* Casos Notificados no Sinan até 30/06/2008. Dados preliminares

Figura 35 Taxa de incidência (por mil nascidos vivos) de casos notificados e investigados de sífilis congênita em menores de um ano de idade*. Brasil, Região Sudeste e Espírito Santo, 1998 a 2007



Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS, Sinasc/MS/SVS/DASIS

* Casos Notificados no Sinan até 30/06/2008, dados preliminares

A partir de 2003, observa-se tendência decrescente da taxa de incidência de casos notificados de sífilis congênita em menores de um ano, no Espírito Santo. As taxas de incidência tanto para a Região Sudeste, quanto para o Brasil, encontram-se menores que as do estado, a partir de 1999.

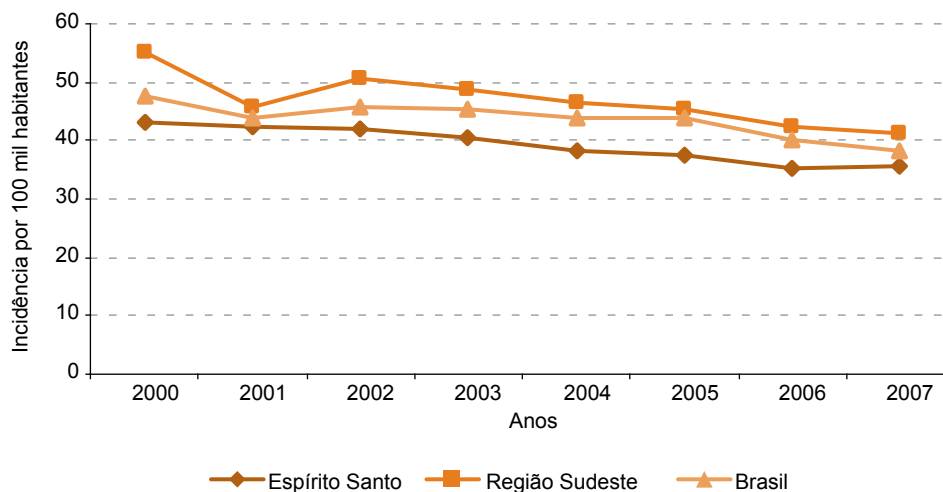
Tuberculose e hanseníase

Tuberculose

O Espírito Santo possui 8 municípios prioritários, com uma cobertura de 25% das Unidades de Saúde com o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) implantado. Dessas, 42% vêm utilizando a estratégia de Tratamento Supervisionado (TS/DOTS). A descentralização do tratamento na atenção básica é uma das metas para o controle da tuberculose, tendo em vista a proximidade maior do paciente com o serviço de saúde.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, em 2007, 1254 casos novos de tuberculose foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). As incidências foram de 36 casos por 100 mil habitantes, para tuberculose em todas as formas, e de 20 por 100 mil, para casos bacilíferos.

Figura 36 Taxa de incidência (por 100 mil habitantes) de tuberculose em todas as formas. Espírito Santo, Região Sudeste e Brasil, 2000 a 2007



Fonte: Sinan/SVS/MS

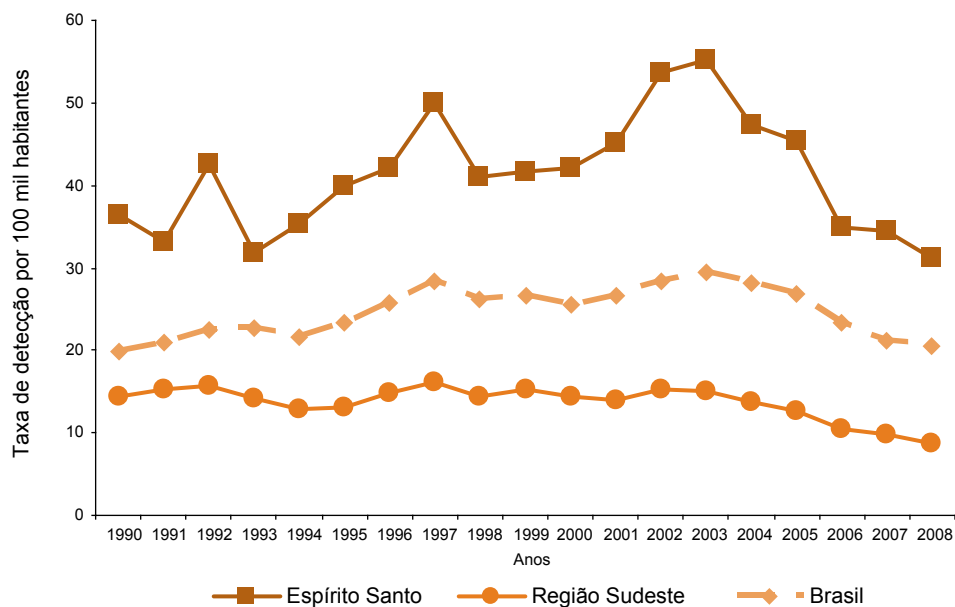
Entre 1993 e 2007, a taxa incidência de tuberculose no estado apresentou variação negativa de 17,2%. No mesmo período, as taxas do estado foram inferiores àquelas da Região Sudeste e do Brasil.

A *coorte* de tratamento, considerando os casos diagnosticados em 2007, em todo o estado, mostrou uma taxa de cura de 75%, inferior à meta de 85%. Entre os pacientes tratados, houve 5% de abandono, 5% de óbitos, 7% de transferências e 5% de encerramentos no Sinan.

Hanseníase

No período de 1990 a 2008, as taxas de detecção de hanseníase no Espírito Santo apresentam tendência decrescente, mantendo-se superiores àquelas do Brasil e da Região Sudeste.

Figura 37 Taxa de detecção de hanseníase (por 100 mil habitantes). Espírito Santo, Região Sudeste e Brasil, 1990 a 2008*

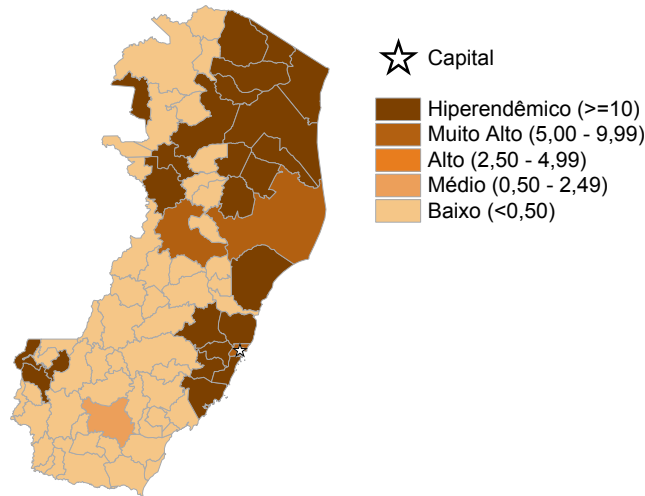


Fonte: Sinan/SVS/MS

* Dados preliminares

A redução de casos em menores de 15 anos é prioridade do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), tendo em vista que a detecção de casos em crianças tem relação com doença recente e focos de transmissão ativos. Em 2008, houve notificação de casos de hanseníase, nessa faixa etária, em 27 (34,6%) municípios do estado.

Figura 38 Taxas de detecção de hanseníase em menores de 15 anos, segundo município de residência, Espírito Santo, 2008*



Fonte: Sinan/SVS/MS
* Dados preliminares

Entre 2001 e 2008, a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das *coortes* apresentou média de 90,0%, considerada “boa”. O resultado desse indicador é fortemente influenciado pela atualização, no Sinan, dos dados de acompanhamento do paciente.

No mesmo período, o percentual médio de avaliação de incapacidades físicas no diagnóstico foi 92,6%, considerado “bom”. O percentual de grau 2 de incapacidade física, importante indicador de detecção precoce, apresentou classificação de “baixa” a “média”. O percentual de avaliação de incapacidades físicas na cura foi considerado “regular”, com média de 83,7%. A proporção média de contatos examinados foi 75,5%, considerada “boa”.

Tabela 14 Indicadores epidemiológicos e operacionais da Hanseníase. Espírito Santo, 2001 a 2008*

Ano	% de cura nas <i>coortes</i>	% de avaliação de incapacidades físicas no diagnóstico	% de grau 2 de incapacidade física	% de avaliação de incapacidades físicas na cura	% de contatos examinados
2001	94,4	89,6	6,5	86,0	75,6
2002	92,3	92,5	4,8	87,4	76,0
2003	89,6	92,5	6,2	86,9	78,6
2004	84,6	96,4	5,6	89,7	78,2
2005	85,2	94,7	4,1	87,7	81,3
2006	94,4	95,4	4,0	86,8	73,6
2007	92,2	89,7	5,4	69,5	75,3
2008	86,9	89,8	4,9	75,7	65,7

Fonte: Sinan/SVS/MS

* Dados preliminares

Nota: Interpretação dos indicadores

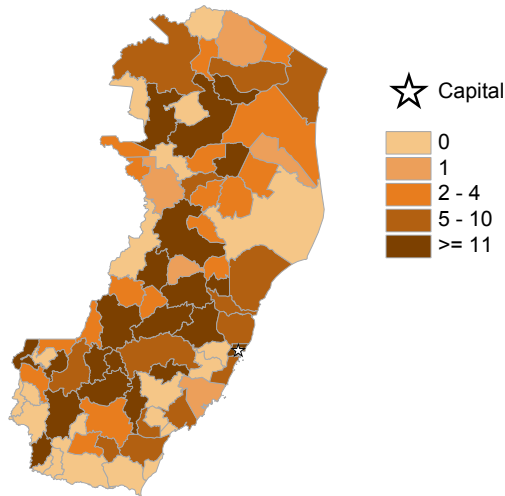
% de cura nas <i>coortes</i>	% de avaliação de incapacidades físicas	% de grau 2 de incapacidade física	% de contatos examinados
Bom: ≥ 90,0% Regular: 75,0 a 89,9% Precário: < 75,0%	Bom: ≥ 90,0% Regular: 75,0 a 89,9% Precário: < 75,0%	Alto: ≥ 10,0% Médio: 5,0 a 9,9% Baixo: < 5,0%	Bom: ≥ 75,0% Regular: 50,0 a 74,9% Precário: < 50,0%

Agravos externos

Intoxicações por agrotóxico

No período de 2000 a 2008, foram notificados 775 casos de intoxicação por agrotóxicos no Espírito Santo.

Figura 39 Número de casos notificados acumulados de intoxicação por agrotóxicos, segundo município. Espírito Santo, 2000 a 2008

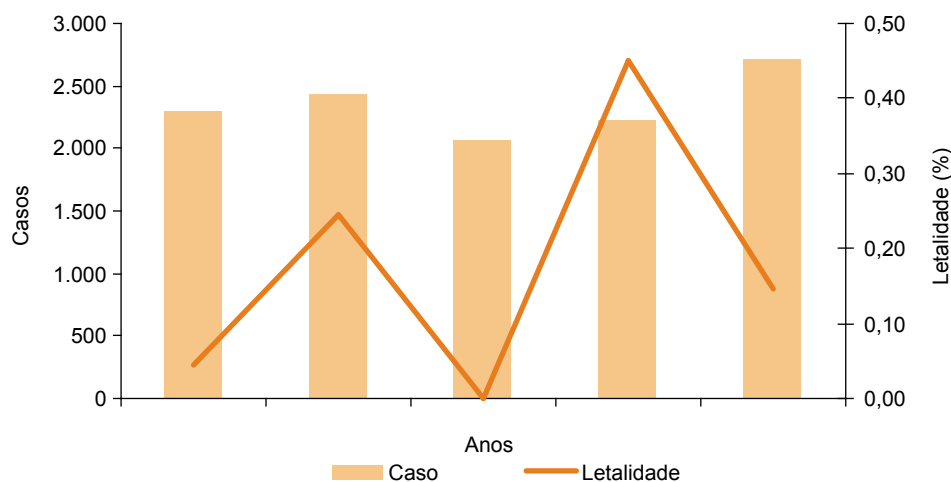


Fonte: Sinan/SVS/MS

Acidentes por animais peçonhentos

No período de 2004 a 2008, foram registrados 12.185 casos de acidentes por animais peçonhentos no estado, o que corresponde a 7,7% dos casos registrados na Região Sudeste e 2,5% no país. A letalidade média do estado neste período foi de 0,2%. Dentre o total de casos 26% ocorreram nos municípios de: Barra de São Francisco (n=1.267), Domingos Martins (n=521), Santa Maria de Jetibá (n=503), Colatina (n=489) e Nova Venécia (n=428).

Figura 40 Número de casos e taxa de letalidade (%) por acidentes por animais peçonhentos. Espírito Santo, 2004 a 2008



Fonte: Sinan/SVS/MS

Dentre os acidentes por animais peçonhentos notificados no estado, 47,6% foram causados por serpentes. A segunda maior causa de acidentes no estado é o escorpionismo, com 37,5% dos casos.

6.2 Análise da mortalidade

Mortalidade infantil

Para atingir a Meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, proposta pela OMS, o Brasil deverá apresentar uma taxa de mortalidade infantil inferior a 15,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2015. Isso equivale a uma redução de dois terços, em relação à taxa de 1990.

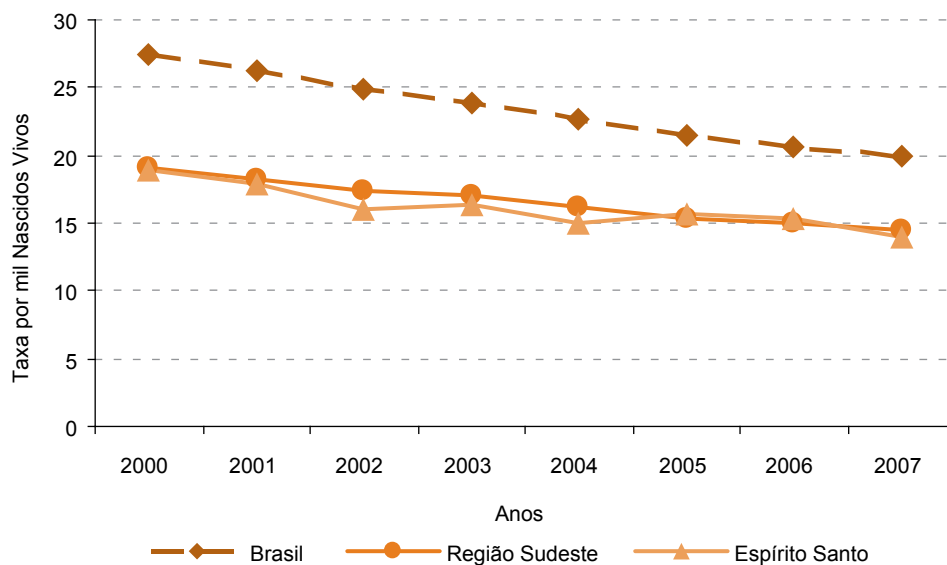
No período de 2000 a 2007, houve redução de 26,9% na taxa de mortalidade infantil no Brasil, de 27,4 para 20,0 óbitos por mil nascidos vivos. Também foi observada queda na Região Sudeste (23,9%) e no Espírito Santo (26,2%).

A taxa de mortalidade infantil do Espírito Santo é calculada através do método direto, pois a cobertura e a regularidade do SIM, e a cobertura do Sinasc, atendem aos critérios da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA).

Em 2007, a taxa de mortalidade infantil, no Espírito Santo foi 13,9 óbitos por mil nascidos vivos. No mesmo ano, as taxas de mortalidade infantil no

Brasil e na Região Sudeste foram, respectivamente, 20,0 e 14,6 óbitos por mil nascidos vivos.

Figura 41 Taxa de Mortalidade Infantil. Brasil, Região Sudeste e Espírito Santo, 2000 a 2007

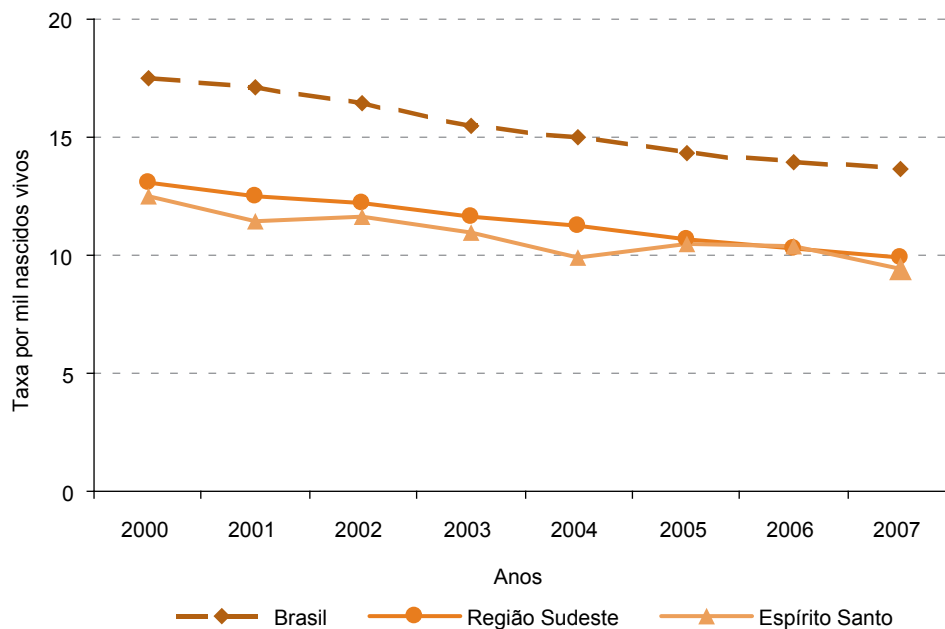


Fonte: SIM e Sinasc/SVS/MS e IBGE

Mortalidade neonatal

A mortalidade neonatal refere-se aos óbitos ocorridos em crianças de 0 a 27 dias de idade. Em 2007, a mortalidade neonatal correspondeu a aproximadamente dois terços da mortalidade infantil no país, na Região Sudeste e no estado. Essa proporção elevada deve-se à ocorrência de causas de óbito de difícil prevenção e tratamento, como afecções originadas no período perinatal, malformações congênitas e anomalias cromossômicas.

Figura 42 Taxa de mortalidade neonatal.
Brasil, Região Sudeste e Espírito Santo, 2000 a 2007

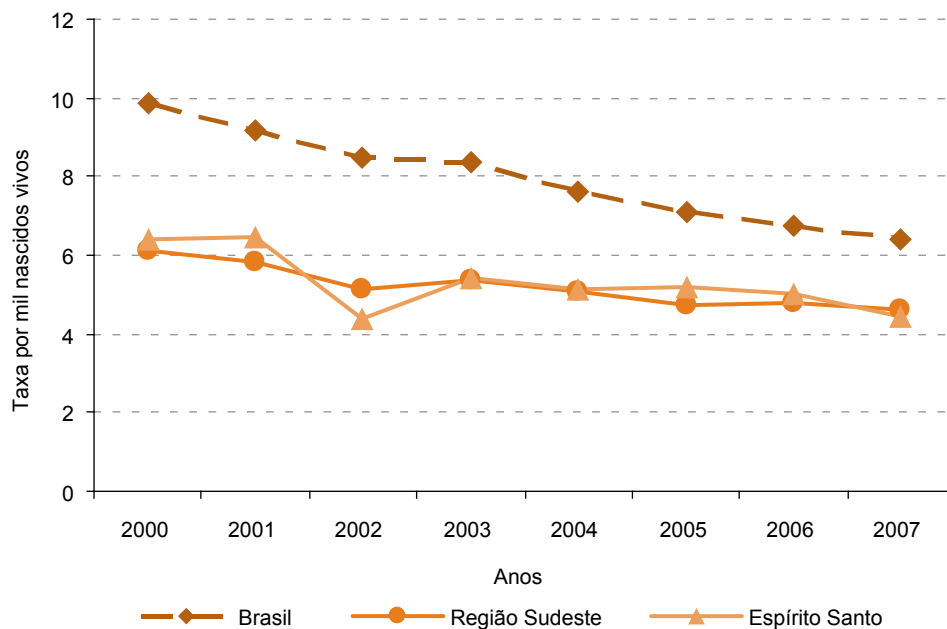


Fonte: SIM e Sinasc/SVS/MS e IBGE

Mortalidade pós-neonatal

A mortalidade pós-neonatal refere-se aos óbitos ocorridos em crianças de 28 a 365 dias de idade. Em 2007, a mortalidade pós-neonatal representou aproximadamente um terço da mortalidade infantil no país, na Região e no estado.

Figura 43 Taxa de mortalidade pós-neonatal.
Brasil, Região Sudeste e Espírito Santo, 2000 a 2007

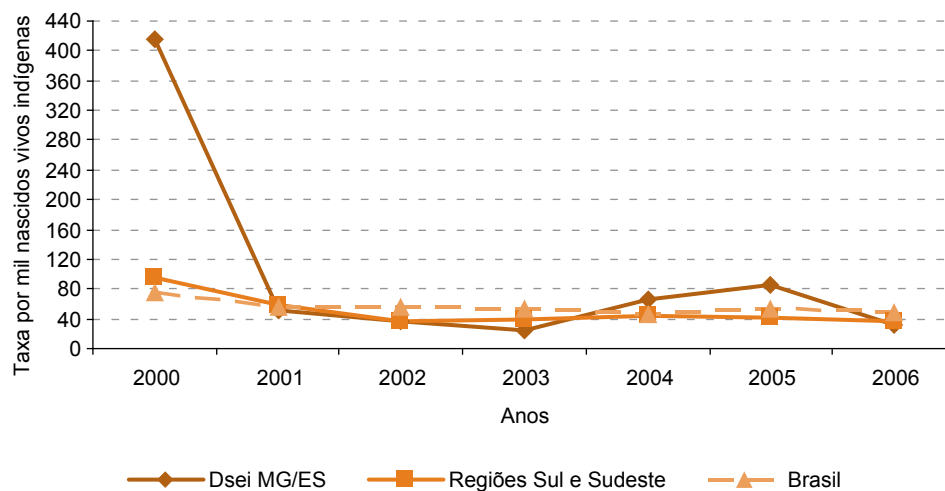


Fonte: SIM e Sinasc/SVS/MS e IBGE

Mortalidade infantil indígena

No período de 2000 a 2006, a taxa de mortalidade infantil indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de Minas Gerais e do Espírito Santo declinou de 416,7 para 32,1 óbitos por mil nascidos vivos, com forte tendência de queda. Houve redução de 92,3%, maior que a redução nas Regiões Sul e Sudeste (60,8%) e no país (34,9%).

Figura 44 Taxa de mortalidade infantil indígena. Brasil, Região Sul e Sudeste. Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de Minas Gerais e Espírito Santo, 2000 a 2006



Fonte: Siasi/Funasa/MS

