

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Relatório de Situação



Rio de Janeiro

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Relatório de Situação

Rio de Janeiro

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

© 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 – 600 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Organização: Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento

Produção: Núcleo de Comunicação

Endereço

Esplanada dos Ministérios, bloco G

Edifício Sede, 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 : Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

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

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

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

ISBN 978-85-334-1888-2

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

NLM WA 900

Catálogo na fonte – Editora MS – OS.: 0400/2011

Títulos para indexação:

Em inglês: National System in Health Surveillance: situation report: Rio de Janeiro

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

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.

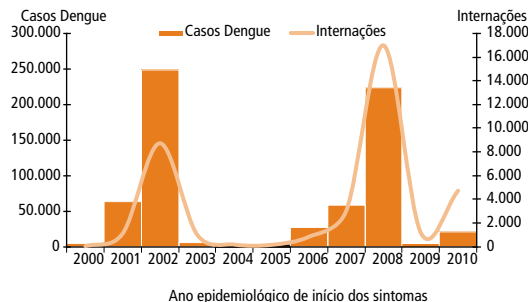
Uma boa leitura a todos.

Jarbas Barbosa da Silva Jr.

Secretário de Vigilância em Saúde/MS

Em 2010, foram notificados no estado do Rio de Janeiro 29.824 casos prováveis¹ de dengue, um aumento de 274,5% em comparação com 2009 (7.964 notificações). A incidência em 2010 foi de 186,5 casos por 100 mil habitantes, considerada média. Quanto ao monitoramento da circulação viral, foram analisadas 1.971 amostras, das quais 62 foram positivas para DENV-1, 147 para DENV-2 e sete para DENV-3. As internações seguiram a tendência de aumento observada nas notificações de casos.

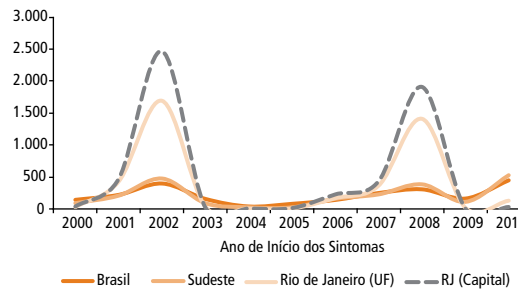
Figura 1 Número de casos prováveis e internações por dengue, Rio de Janeiro, 2000 a 2010



A incidência de dengue do estado do Rio de Janeiro e do município do Rio de Janeiro, no período de 2000 a 2010, seguiu o padrão observado na região Sudeste e no Brasil, com os ciclos de alta transmissão influenciados pela

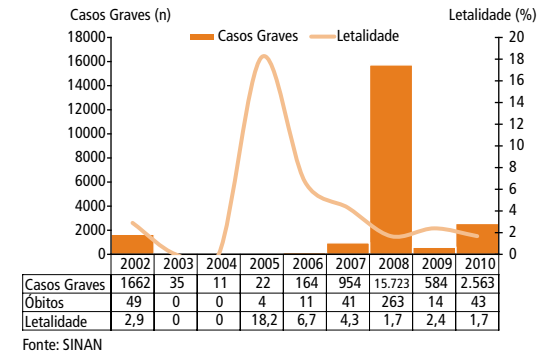
predominância de diferentes sorotipos no país: DENV-3 no período de 2001 a 2006 e DENV-2 em 2007 a 2009. O ano de 2010 foi marcado por predominância de DENV-1 no país. Entretanto, a predominância no estado foi do sorotipo DENV-2 e foi observada na capital uma incidência de 47,8 casos por 100 mil habitantes.

Figura 2 Incidência de casos prováveis de dengue, Brasil, região Sudeste, Rio de Janeiro (UF) e Rio de Janeiro (capital), 2000 a 2010



Para a análise dos casos graves e óbitos, utilizamos os dados a partir de 2002, considerando a melhor qualidade dos dados nesse período. Nesse intervalo, a maior letalidade no estado foi registrada no ano de 2002, sendo de 4,4%. No ano de 2010 foram registrados 2.563 casos graves, 43 óbitos e letalidade de 1,7%.

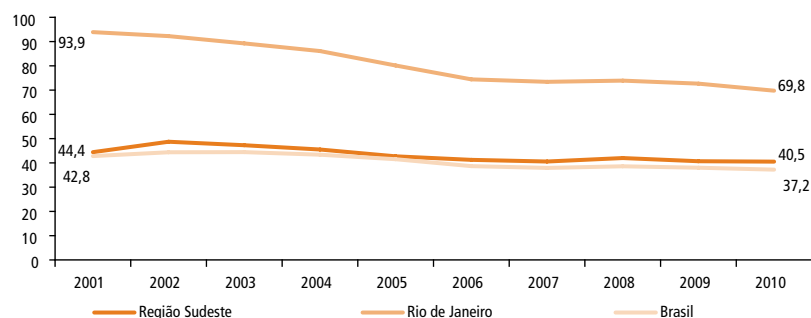
Figura 3 Número de casos, número de óbitos e taxa de letalidade por Febre Hemorrágica de Dengue, Rio de Janeiro, 2002 a 2010



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 do Rio de Janeiro notificou 11.155 casos novos de tuberculose (TB), apresentando uma taxa de incidência de 69,8/100.000 habitantes. A capital do estado, Rio de Janeiro, apresentou taxa de incidência entre os casos novos de 90,9/100.000 habitantes. Nos últimos 10 anos esse indicador vem apresentando tendência de queda, semelhante à taxa de incidência do Brasil.

Figura 1 Taxa de incidência de TB. Brasil, região Sudeste e Rio de Janeiro 2001 a 2010



Fonte: SVS/MS

Em relação à taxa de mortalidade, em 2009, o estado apresentou 5,0/100.000 habitantes e a capital, 5,8/100.000 habitantes.

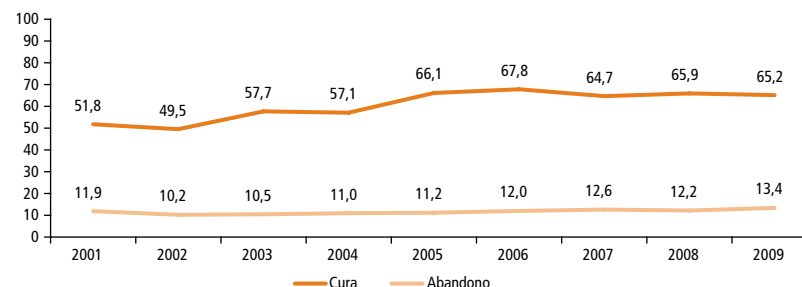
Entre os municípios do estado, 21 municípios são considerados prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

Em 2010, 26,3% dos casos novos de TB realizaram Tratamento Diretamente Observado (TDO) e para 71,0% desses foi oferecido o teste anti-HIV, sendo que 35,4% apresentaram resultados positivo ou negativo no SINAN, com percentual de coinfeção de 8,1%.

Entre os casos de retratamento, 13,2% 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 65,2% de cura e 13,4% 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, Rio de Janeiro, 2001 a 2009



Fonte: SVS/MS

Apesar da importante redução do coeficiente de prevalência de hanseníase no Rio de Janeiro, que atualmente é de 0,97 casos/10 mil habitantes, o estado demanda intensificação das ações para eliminação da doença em alguns municípios que ainda não alcançaram o nível de eliminação.

Por meio da distribuição espacial verificam-se áreas silenciosas e de baixa endemicidade em todas as regiões geográficas do estado. Dos 92 municípios, 19 (21%) não notificaram casos em 2010 e dos 03 municípios hiperendêmicos, 01 diagnosticou menos de 10 casos. A capital, Rio de Janeiro, com 7,9 casos/100 mil habitantes é considerada de média endemicidade.

Observa-se queda significativa no coeficiente geral de detecção (CGD) de 1,4 casos/100 mil habitantes ao ano, nos últimos 10 anos. O CGD em 2010 foi de 11,2 casos/100 mil habitantes e para os menores de 15 anos de 3,4 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 regular, com 62,3%. O principal indicador de avaliação da qualidade da atenção é o percentual de cura dos casos diagnosticados, com resultado também regular de 85,7% em 2010.

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

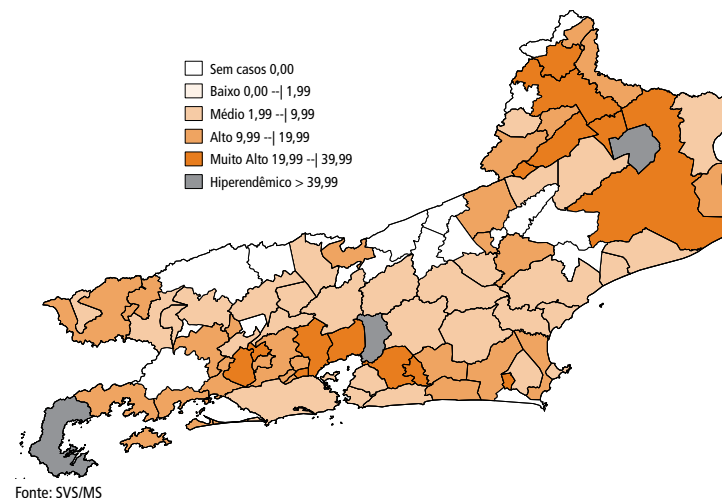
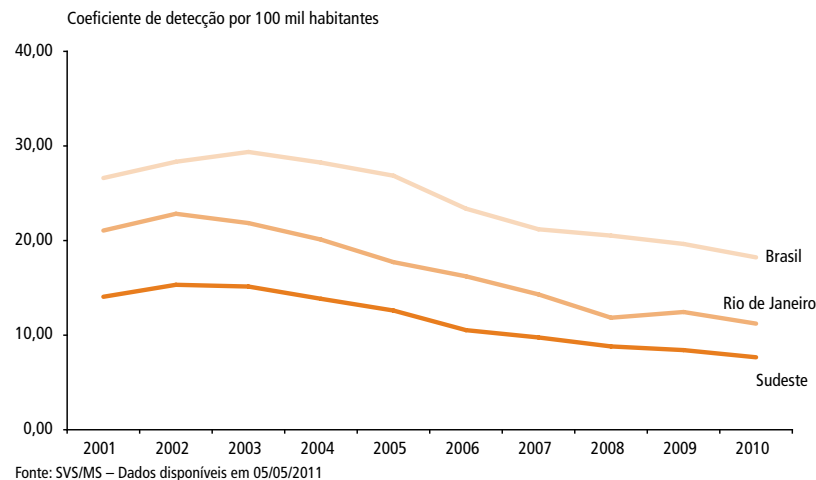


Figura 2 Série histórica do coeficiente geral de detecção de hanseníase do estado do Rio de Janeiro, região Sudeste e Brasil, 2001 a 2010



Doenças Negligenciadas (Esquistossomose, Tracoma, Oncocercose e Filariose)

Esquistossomose

A transmissão da esquistossomose no Rio de Janeiro é focal em sete dos 92 municípios existentes. Os municípios com transmissão estão situados nas bacias hidrográficas dos rios Paraíba do Sul e Pirai. Em 2010, foram registrados 86 casos de esquistossomose no estado.

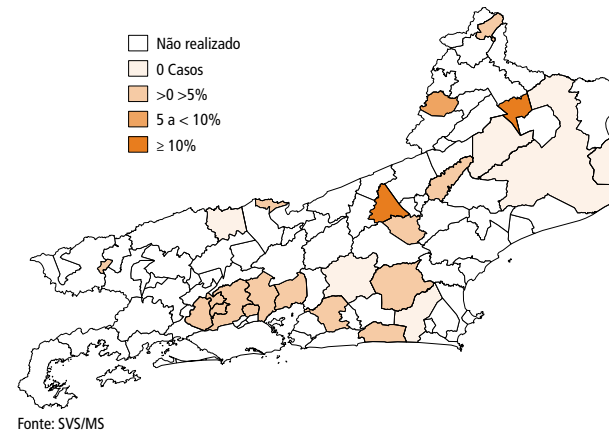
A média anual de internação no período de 2005 a 2010 foi de 15 internações com redução da taxa de internação por 100 mil hab. de 0,12 para 0,06 nesse período. O número médio de óbitos no mesmo período foi de 15 óbitos com discreto aumento da taxa de mortalidade por 100 mil hab. de 0,07 em 2005 para 0,08 em 2010. A maioria das internações e óbitos registrados no estado é decorrente de pessoas procedentes de estados endêmicos.

Tracoma

O último inquérito nacional de prevalência de tracoma em escolares, realizado no estado do Rio de Janeiro, no ano de 2006, revelou uma prevalência de tracoma de 3,2%, com variações municipais entre zero e 13,5%. Nesse inquérito, foram encontradas prevalências acima de 10% nos municípios de Duas Barras e Itaiva.

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.

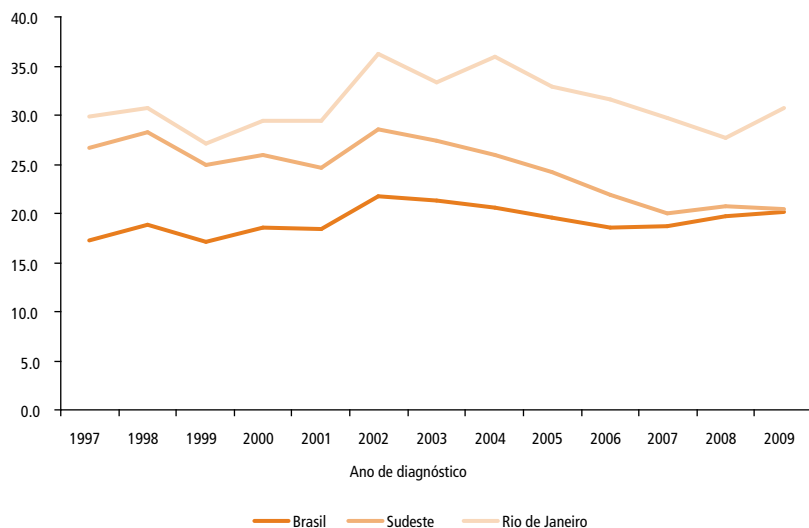
Figura 1 Prevalência de tracoma por município – Inquérito nacional de prevalência. Brasil, Rio de Janeiro, 2006



Desde 1982, ano do primeiro caso de aids notificado no Rio de Janeiro, até junho de 2010, o estado notificou 62.627 casos no SINAN. Por meio de metodologia de relacionamento de bases de dados, com os sistemas SIM, SISCEL/SICLOM, foram identificados 18.979 casos não notificados no SINAN, representando sub-registro de 23,3% elevando o número total de casos no período para 81.606.

Em 2009, a taxa de incidência do estado foi de 30,7/100.000 habitantes, a da região Sudeste, 20,4 e a do Brasil, 19,0. A maior taxa de incidência no estado, ao longo da série histórica, foi observada em 2002 (36,3/100.000 habitantes).

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

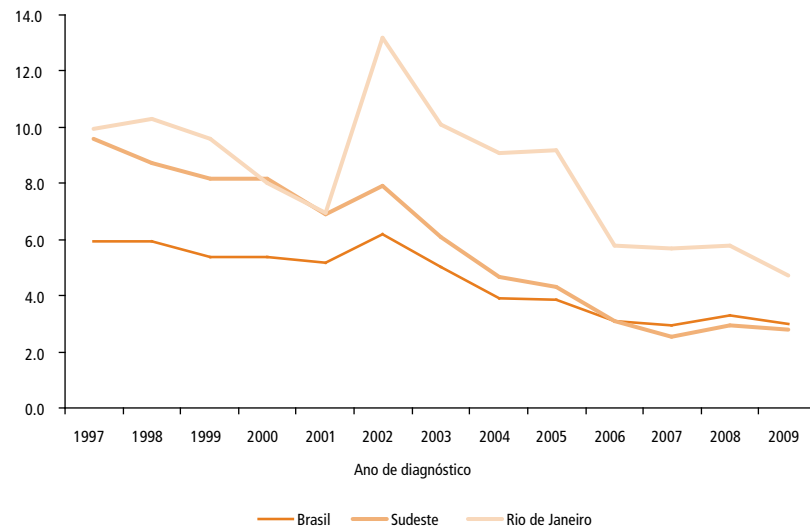


Fonte: MS/SVS/D-DST/Aids/HV
 Nota: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL
 (2) SINAN e SISCEL até 30/06/2010 e SIM de 2000 a 2009
 População: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br no menu Informações em saúde > Demográfica e socioeconômicas, acessado em 17/02/2011

A razão de sexos em 1985 era de 11,4 homens para cada mulher e atualmente é de 1,5 homem para cada mulher, seguindo a tendência nacional.

De 1997 a junho de 2010, foram identificados 1.337 casos de aids em menores de cinco anos, tendo sido observada, a partir de 2003, um tendência decrescente na incidência.

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



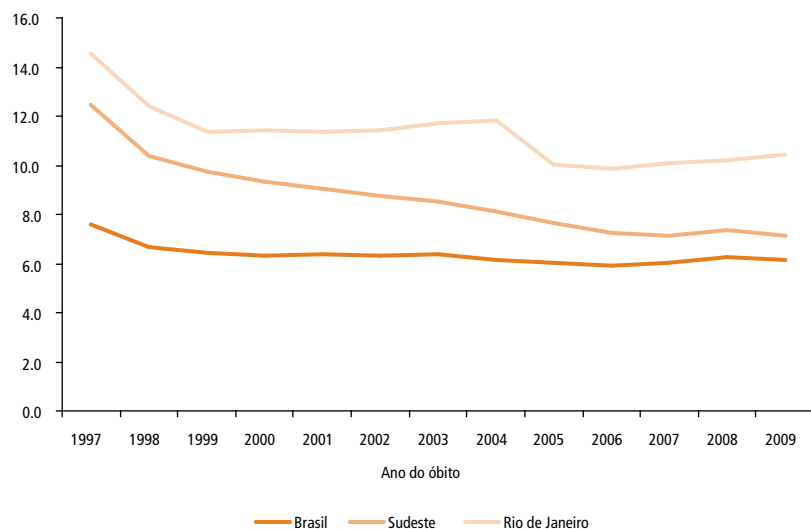
Fonte: MS/SVS/D-DST/Aids/HV
 Nota: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL
 (2) SINAN e SISCEL até 30/06/2010 e SIM de 2000 a 2009
 População: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br no menu Informações em saúde > Demográfica e socioeconômicas, acessado em 17/02/2011

Os cinco municípios do Rio de Janeiro que apresentaram o maior número de casos de aids acumulados, até junho de 2010, foram: Rio de Janeiro (45.804), Nova Iguaçu (4.862), Niterói (4.119), Duque de Caxias (3.782) e São Gonçalo (3.281). Dentre esses municípios, a maior incidência, em 2009, foi observada em Niterói (54,7/100.000 habitantes).

Em relação à gestante HIV+, foram notificados 5.096 casos no Rio de Janeiro, de 2000 a junho de 2010, e 1.268 casos de aids por transmissão vertical até junho de 2010.

Quanto à mortalidade por aids, o estado acumulou, até 2009, um total de 37.389 óbitos. O coeficiente de mortalidade por aids no Rio de Janeiro foi de 10,5/100.000 habitantes em 2009.

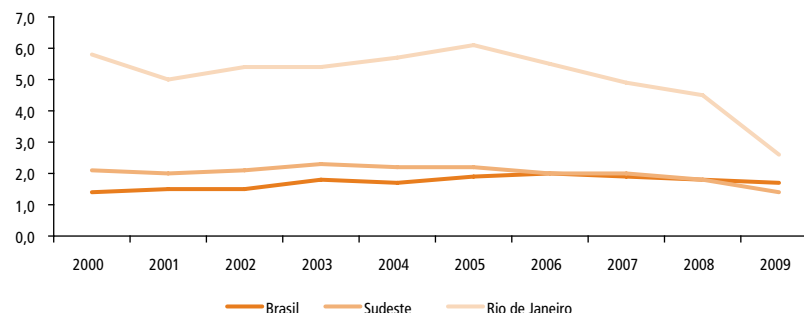
Figura 3 Coeficiente de mortalidade bruto por aids (por 100.000 hab.) segundo ano e local do óbito. Brasil, região Sudeste e Rio de Janeiro, 1997 a 2009



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

Em relação à sífilis congênita, o Rio de Janeiro notificou entre os anos de 2000 e junho de 2010 um total de 11.741 casos, apresentando em 2007 e 2008 taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de 4,9 e 4,5, respectivamente. Entre os anos de 1998 e 2009 foram registrados 501 óbitos por sífilis congênita no estado.

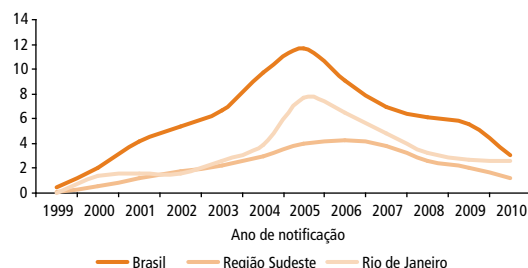
Figura 4 Taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de casos notificados e investigados de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade segundo ano de diagnóstico. Brasil, região Sudeste e Rio de Janeiro, 2000 a 2009.



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

Foram confirmados no Rio de Janeiro, entre 1999 e 2010, 5.964 casos de hepatite A, sendo 422 no último ano. A taxa de incidência em 2009 foi de 2,7 casos por 100 mil habitantes enquanto que para a região Sudeste e o Brasil essa taxa foi de 2,0 e 5,6, respectivamente.

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



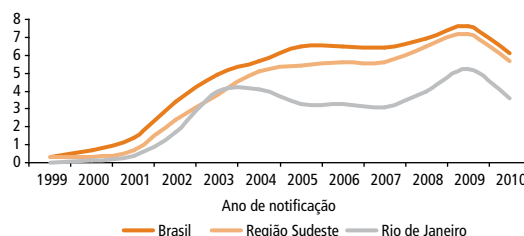
Fontes: Casos de hepatites virais: SINAN/SVS/MS; população: estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) segundo os Censos (1980, 1991 e 2000), contagem da população (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2009).

Notas: (1) Casos de hepatite A confirmados segundo critérios laboratorial (Anti-HAV IgM reagente) ou clínico epidemiológico; (2) casos notificados no SINAN até 31 de dezembro de 2010; (3) dados preliminares para 2010.

Execução: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Os casos confirmados de hepatite B no referido estado totalizaram 5.070 no período de 1999 a 2010. A taxa de detecção de casos em 2009 foi de 5,2 por 100 mil habitantes. Ainda nesse ano, a região Sudeste registrou uma taxa de 7,2 e o Brasil de 7,6 casos para cada 100 mil habitantes.

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



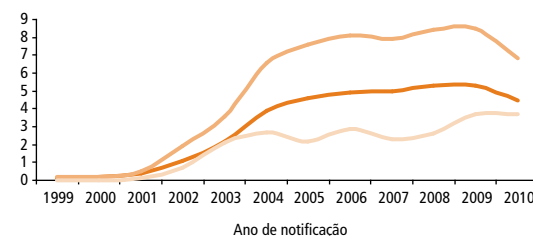
Fontes: Casos de hepatites virais: SINAN/SVS/MS; população: estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) segundo os Censos (1980, 1991 e 2000), contagem da população (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2009).

Notas: (1) Foram considerados casos confirmados aqueles que apresentaram pelo menos um dos seguintes marcadores sorológicos reagentes: HBsAg ou anti-HBc IgM ou HBeAg; (2) casos notificados no SINAN até 31 de dezembro de 2010; (3) dados preliminares para 2010.

Execução: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Em relação à hepatite C, 3.601 casos foram confirmados no Rio de Janeiro na série histórica dos anos de 1999 a 2010, sendo 586 nesse último ano. A taxa de detecção no Brasil, em 2009, foi de 5,3 casos por 100 mil habitantes, para a região Sudeste foi de 8,5 e para o Rio de Janeiro, 3,7.

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



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

Notas: (1) Foram considerados casos confirmados aqueles que apresentaram os testes anti-HCV e HCV-RNA reagentes; (2) casos notificados no SINAN até 31 de dezembro de 2010; (3) dados preliminares para 2010.

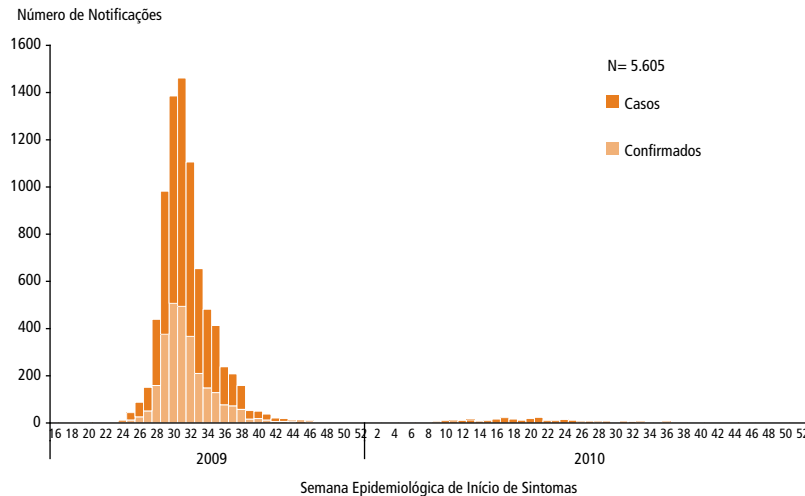
Execução: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Influenza

Considerando os dados registrados no Sistema de Informação da Vigilância de Influenza (SIVEP_GRIPE), em 2010, o estado do Rio de Janeiro possuía duas unidades sentinelas de síndrome gripal para vigilância de vírus respiratórios. Foram coletadas 67 amostras (12,9% do preconizado para todo o ano), 17 amostras foram positivas (25,3%): 9 influenza A, 4 influenza B, 2 adenovírus e 2 parainfluenza.

Nos dados registrados no SINAN *on line* Influenza de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), o estado do Rio de Janeiro notificou em 2009 e 2010, 5.605 casos, sendo 2.783 casos confirmados para influenza pandêmica H1N1 em 2009 (Figura 1).

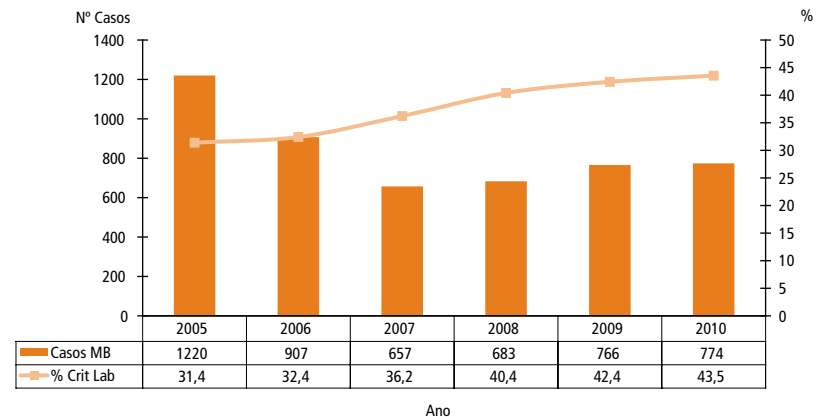
Figura 1 Casos de SRAG e casos confirmados de influenza pandêmica H1N1 2009. Rio de Janeiro, 2009 e 2010



Meningite

No estado do Rio de Janeiro foram confirmados 5.007 casos de meningite bacteriana entre 2005 e 2010, destes, foram confirmados por diagnóstico laboratorial específico, 37,7%. Observa-se que nos últimos anos o estado vem aumentando gradativamente o indicador alcançando 43,5% em 2010.

Figura 2 Percentual de casos de meningite bacteriana encerrados por diagnóstico laboratorial específico. Rio de Janeiro, 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 do Rio de Janeiro apresentou bons resultados de 2003 a 2005, não atingindo a meta mínima esperada nos anos seguintes.
- Quanto ao indicador coleta oportuna de fezes, que vinha apresentando resultados razoáveis, de 2006 a 2010 não atingiu a meta mínima esperada.

Recomenda-se empenho da vigilância na manutenção do cumprimento desses indicadores e na qualidade das amostras coletadas, 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, Rio de Janeiro, região Sudeste e Brasil, 2003 a 2010

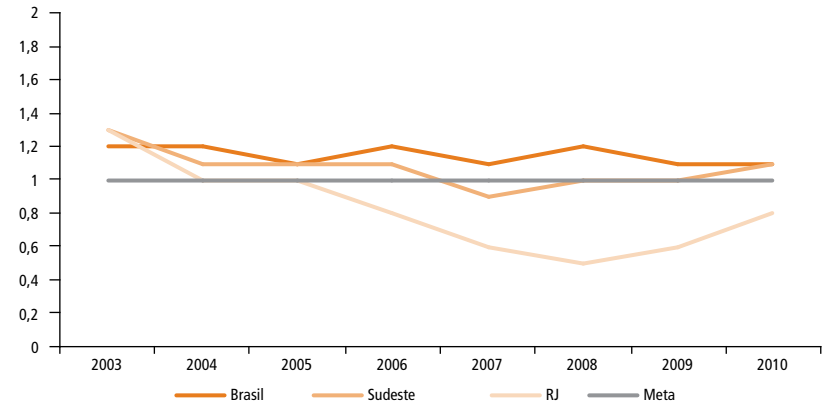
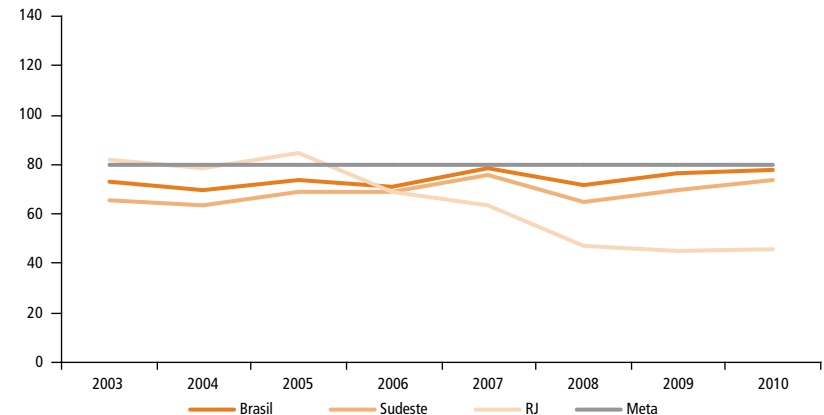


Figura 4 Proporção (%) dos casos de PFA com amostras de fezes coletadas até o 14º dia do início do déficit motor, Rio de Janeiro, região Sudeste e Brasil, 2003 a 2010



Rubéola

No período de 2009 a 2010, foram notificados 887 casos suspeitos de rubéola no estado do Rio de Janeiro. Nenhum dos casos foi confirmado.

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

Local	2009	2010
Região Sudeste	3.564	3.876
Rio de Janeiro	437	450

Fonte: URI/CGDT/DEVEP/SVS/MS

Sarampo

Em 2009 e 2010, no estado Rio de Janeiro, a meta estabelecida para os indicadores epidemiológicos do sarampo foi atingida, exceto para o percentual de investigação adequada dos casos e encerramento oportuno em até 30 dias, que pode indicar falta de agilidade para encerramento dos casos no SINAN e/ou a falta de oportunidade do diagnóstico. A homogeneidade vacinal esteve nos dois anos abaixo de 95%. As ações de vigilância devem ser intensificadas, para não comprometer os esforços de erradicação.

Nesse período, foram notificados 901 casos suspeitos de sarampo, sem confirmação.

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

Indicadores	2009	2010
Encerramento laboratorial	100,0	88,9
Encerramento em 30 dias	57,1	77,8
Encerramento em 60 dias	85,7	100,0
Homogeneidade	66,3	67,3
Notificação negativa	94,5	94,6
Investigação oportuna	85,7	100,0
Investigação adequada	71,4	66,7
Coleta oportuna	100,0	87,5

Fonte: URI/CGDT/DEVEP/SVS/MS

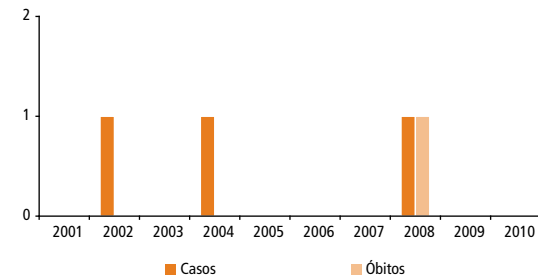
Tétano Neonatal

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

No período de 2001 a 2010, o estado do Rio de Janeiro notificou 9 casos suspeitos de Tétano

Neonatal (TNN) e desses 3 (33%) foram confirmados. Nesse mesmo período foi registrado 1 óbito, em 2008, representando uma letalidade de 33%.

Figura 5 Número de Casos e Óbitos de Tétano Neonatal, Rio de Janeiro, 2001 a 2010



Fonte: SVS/MS

Botulismo

No período de 2007 a 2010, o estado do Rio de Janeiro confirmou um caso de botulismo de forma alimentar com evolução para cura. O critério de confirmação foi clínico-epidemiológico. O alimento incriminado (sopa em lata) foi industrializado. Não foi administrado soro antitoxina.

Doenças Diarreicas Agudas (DDA)

No período de 2007 a 2010, foram notificados 635.379 casos de DDA no Rio de Janeiro. A estimativa de incidência na população nesse período variou de 9,1 a 11,2/1.000 habitantes. O ano de 2009 obteve as maiores estimativas de incidência, tanto na população em geral, quanto na faixa etária de menores de 1 ano e de 1 a 4 anos, com 64,1/1.000 habitantes e 55,6/1.000 habitantes, respectivamente.

Ano	Número de casos de DDA	Estimativa de Incidência/1.000 habitantes
2007	160.132	10,2
2008	144.379	9,1
2009	180.055	11,2
2010	150.813	9,4

Fonte: SIVEP/MDDA – Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

Doença Transmitida por Alimento (DTA)

No período de 2007 a 2010, o estado do Rio de Janeiro notificou 272 surtos de DTA. Excluindo os surtos sem informação, 36,1% ocorreram em restaurantes/padarias e 28,6% em residências; 38,3% dos surtos foram causados pelo consumo de alimentos cárneos e frutos do mar e 15% por água. *Staphylococcus* spp. e *Escherichia coli* foram detectados, respectivamente, em 41,5% e 15,1% dos surtos em que foi realizada a pesquisa de agentes etiológicos.

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

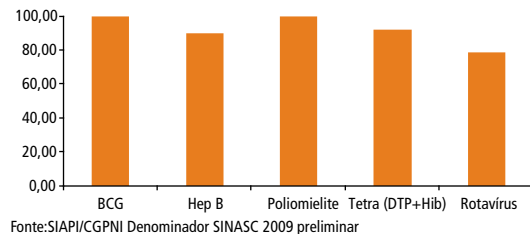
UF	2007	2008	2009	2010	Total
Rio de Janeiro	70	47	81	74	272
Brasil	661	648	638	416	2.363

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 no Rio de Janeiro em 2010 flutuaram em relação à meta estabelecida para cada vacina. Superaram 100% para a BCG (108,29%) e para a poliomielite (106,87%). Ficaram abaixo de 95% para DTP+Hib (92,16%) e hepatite B (90,28%) e <90% para a vacina oral de rotavírus humano (78,90%). Do total de municípios, 69,57% (64) atingiram CV $\geq 95\%$ (homogeneidade) para a vacina DTP+Hib, ficando abaixo da meta (70%) pactuada intergestores do SUS. Em relação às CV da vacina triplíce viral em um ano de idade, entre 2006 e 2010, mantiveram-se acima de 95% em todo período exceto em 2010 (94,98%), com variações entre 94,98% (2010) e 99,99% (2006). A homogeneidade variou entre 63,04% (2008) e 83,70% (2006) com flutuações no período.

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



Campanhas de vacinação contra poliomielite em < 5 anos de idade

O desempenho nas campanhas de vacinação com a vacina poliomielite é demonstrado nos índices alcançados no período de 2006 a 2010. As CV ficaram acima da meta de 95% em todo período, nas duas etapas de campanha, exceto em 2008. Flutuaram entre 93,50% em 2008 (2ª etapa) e 103,43% (2ª etapa) em 2010.

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

RJ	2006	2007	2008	2009	2010
1ª etapa	96,02	101,71	99,08	98,32	101,85
2ª etapa	95,41	98,05	93,50	96,21	103,43

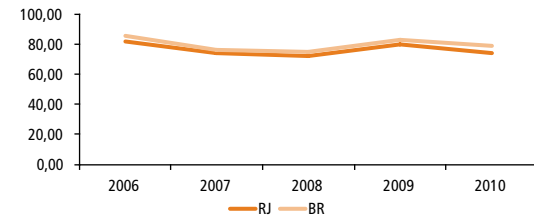
Coberturas vacinais da vacina hepatite B na população de 1 a 29 anos de idade

As CV da vacina hepatite B acumuladas no período de 1994 a 2011 (até abril) atingiram 60,10% da população de 1 a 29 anos de idade. No grupo etário de 1 a 19 anos ficou em 77,27% decrescendo para 41,60% no grupo de 20 a 24 anos e 19,70% no grupo de 25 a 29 anos.

Coberturas vacinais da vacina influenza (gripe)

As coberturas vacinais em idosos com a vacina influenza no período de 2006 a 2010 oscilaram entre 72,31% em 2008 e 81,98% em 2006. Superaram a meta somente nos anos em 2006 e 2007 quando essa era ainda 70%. Em 2011, dados sobre vacinação dos grupos prioritários apontam CV de 81,70%. Ficaram abaixo da meta em gestantes (58,38%) e idosos (78,71%).

Figura 2 Coberturas vacinais com a vacina influenza sazonal, Rio de Janeiro e Brasil, 2006 a 2010



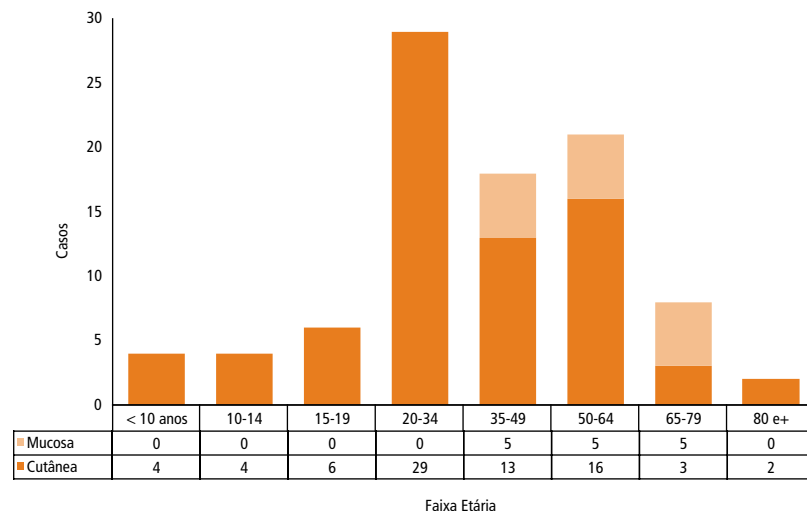
Eventos Adversos Pós-Vacinação

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, 28 (30,43%) notificaram algum tipo de evento pós-vacinação ficando acima da média nacional que foi 26,11%.

Leishmaniose

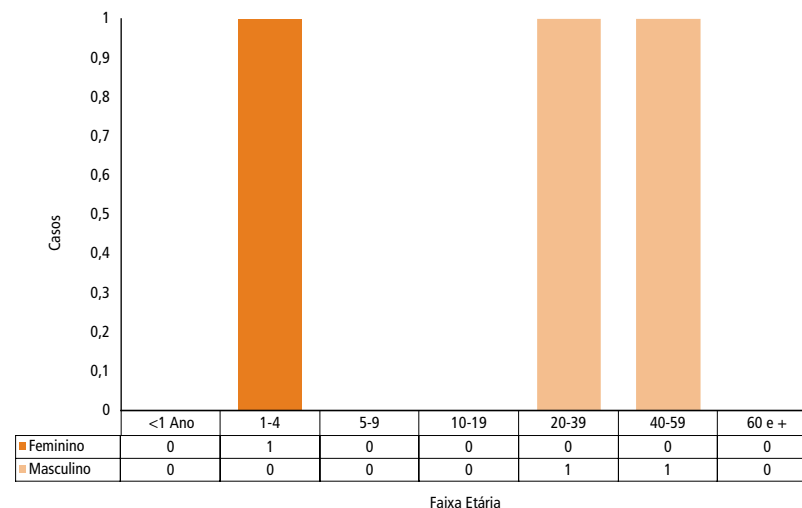
Em 2009, o estado do Rio de Janeiro notificou 92 casos de leishmaniose tegumentar americana, com coeficiente de detecção de 0,6 casos por 100.000 habitantes. O sexo masculino representou 67,7% dos casos e 95,7% ocorreram em maiores de 10 anos. O percentual de cura clínica foi de 54,8% e 87,1% foram confirmados por critério laboratorial. Do total de casos registrados 31,2% são residentes no município do Rio de Janeiro.

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



No que refere a leishmaniose visceral, o estado do Rio de Janeiro registrou em 2009 três casos autóctones, sendo dois casos do município do Rio de Janeiro e um com a informação sobre o município de infecção ignorada. Destaca-se que os dois casos confirmados no município do Rio de Janeiro foram confirmados por critério laboratorial, sendo que um evolui para óbito e o outro abandonou o tratamento.

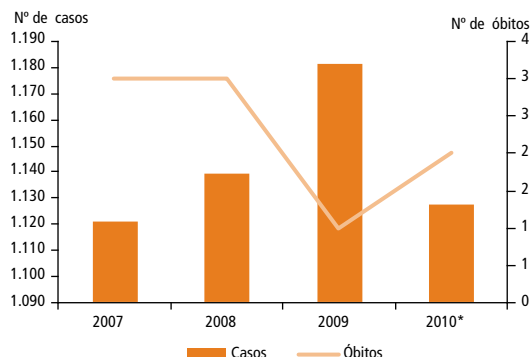
Figura 2 Casos de Leishmaniose Visceral por faixa etária segundo sexo – Rio de Janeiro 2009



Acidentes por animais peçonhentos

No estado do Rio de Janeiro, período de 2007 a 2010*, houve um aumento de 0,5% nas notificações de acidentes causados por animais peçonhentos no SINAN (Figura 3). Em 2010* foram registrados 1.127 casos, o que corresponde a 3,2% dos casos registrados na região Sudeste e 1,0% no país. O número de óbitos registrados foi de 2, acarretando uma taxa de letalidade de 0,3%. O ofidismo foi o acidente predominante, com incidência de 3,6 casos/100.000 hab., seguido pelo escorpionismo e araneísmo (1,4 caso/100.000 hab.), acidente por abelha (0,2 casos/100.000 hab.) e acidente por lagarta (0,1 casos/100.000 hab.).

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



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

Dentre os 1.127 casos ocorridos em 2010*, 10,5% ocorreram no Rio de Janeiro, o município com maior registro, seguido por Petrópolis (9,0%), Parati (6,1%), Campos dos Goytacazes (5,0%) e Nova Friburgo (4,9%).

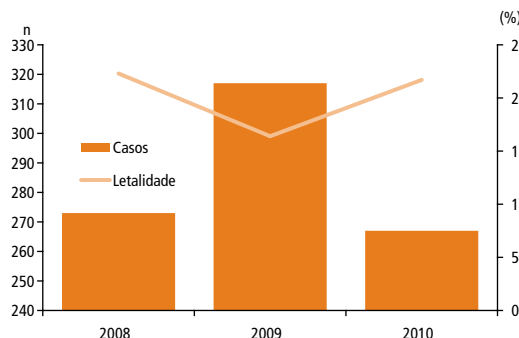
Leptospirose

No ano de 2010, foram notificados 1.025 casos sendo 276 confirmados da doença (26,4%) com 59 óbitos e uma letalidade de 21,6%, maior que a média nacional (10,0%) (Figura 4). O coeficiente de incidência da doença foi de 1,7/100.000 hab., enquanto que na região foi de 1,8/100.000 hab. e no país, 1,9/100.000 hab. Nesse período, 55 municípios notificaram casos da doença (59,1%), sendo os de maior frequência de casos confirmados, Rio de Janeiro, um dos municípios prioritários da doença no

país (65/276), São Gonçalo (32/276), Duque de Caxias (23/276) e Niterói (21/276).

A vigilância da doença deve ser intensificada, principalmente nos meses de índices pluviométricos elevados e enchentes decorrentes de verão, sendo importante incentivar os serviços para ações de vigilância integrada voltadas à suspeita clínica, diagnóstico diferencial e tratamento oportuno de casos, notificação, investigação dos mesmos e análise periódica dos dados, para um adequado direcionamento e priorização de ações de controle da doença.

Figura 4 Casos e letalidade anual da leptospirose. Rio de Janeiro, 2008 a 2010*



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

Febre maculosa

Foram registrados 7 casos no ano de 2010 nos municípios de Campos dos Goytacazes, Itaboraí, Japeri, Maricá e Parati. Sendo que 3 evoluíram para óbitos. Letalidade de 43%.

Unidade de Vigilância em Zoonoses

Com base no levantamento atual do Ministério da Saúde, o estado do Rio de Janeiro possui sete Centros de Controle de Zoonoses (CCZ), localizados nos municípios do Rio de Janeiro, Niterói, Rezende, Volta Redonda, Paracambi, Campos dos Goytacazes e Macaé, que atendem 49,42% da população do estado (o estado possui 92 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 de raiva humana ou do ciclo urbano (cães e gatos domésticos).

Em relação aos demais ciclos de transmissão, foram notificados 166 casos de raiva no ciclo rural (animais de produção), 12 no ciclo aéreo (morcegos).

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

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

Rede de Alerta e Resposta às Emergências de Saúde Pública

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

No período de março de 2006 a dezembro de 2010, foram notificados ao CIEVS/nacional 745 (100%) eventos. A região Norte notificou 16% (117), Nordeste 22% (163), Centro-Oeste 19% (141), Sudeste 29% (220), Sul 14% (104). Dentre os estados que compõem a região Sudeste, o estado do Rio de Janeiro foi responsável por 6% (44) das notificações referente ao Brasil e 20% (44) referente à região Sudeste.

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

ca@saude.gov.br) e FormSUS (http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=432). O meio mais utilizado pelo estado do Rio de Janeiro para notificação de eventos ao CIEVS/Nacional foi o e-notifica (98%).

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

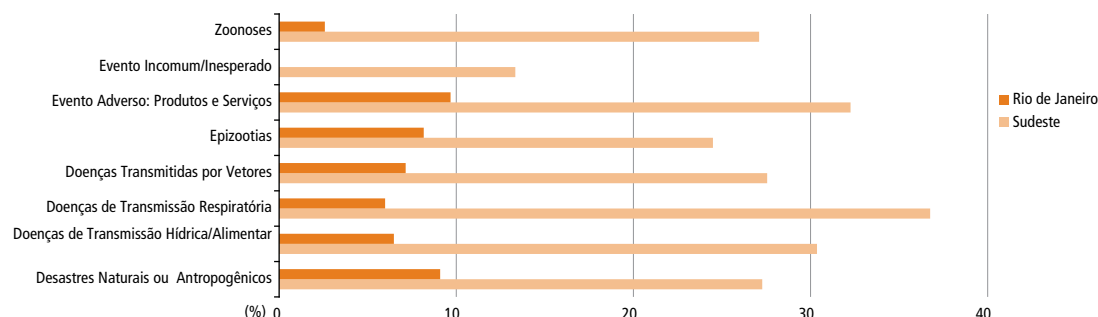


Tabela 1 Tabela 1: Distribuição dos eventos notificados pelo estado do Rio de Janeiro ao CIEVS/Nacional por grupo e meio de notificação. Brasil, 2006 a 2010

Grupo de eventos	e-notifica		Disque notifica		FormSUS		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Desastres Naturais ou Antropogênicos	3	(7.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(6.8)
Doenças de Transmissão Hídrica/Alimentar	16	(37.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	16	(36.4)
Doenças de Transmissão Respiratória	7	(16.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	7	(15.9)
Doenças Transmitidas por Vetores	7	(16.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	7	(15.9)
Epizootias	4	(9.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(9.1)
Evento Adverso: Produtos e Serviços	3	(7.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(6.8)
Evento Incomum/Inesperado	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Zoonoses	3	(7.0)	1	(100.0)	0	(0.0)	4	(9.1)
Total	43	(100.0)	1	(100.0)	0	(0.0)	44	(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

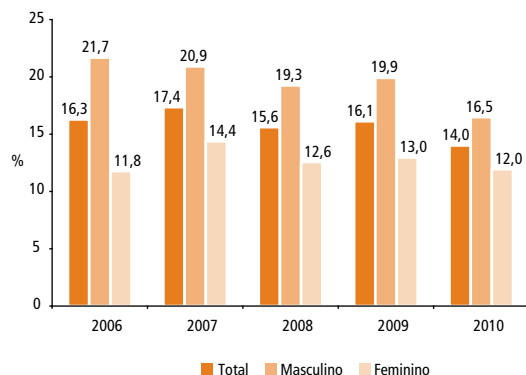
Fonte: DEVEP/SVS/MS

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. No Rio de Janeiro, a frequência de adultos ativos no lazer foi de 14,0%.

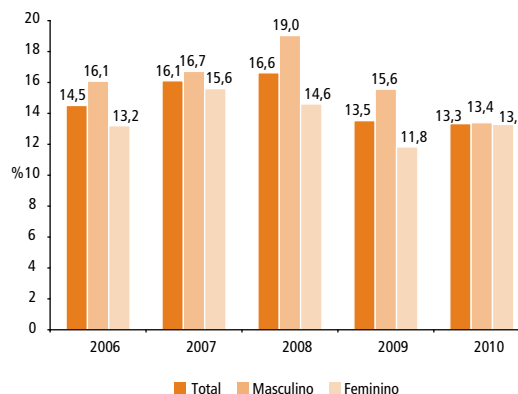
Figura 1 Percentual de adultos que praticam atividade física no lazer, segundo sexo. Rio de Janeiro – RJ, VIGITEL 2006 a 2010



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%. No Rio de Janeiro, a frequência do hábito de fumar foi de 13,3%.

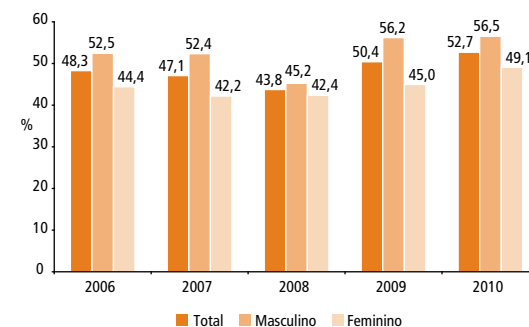
Figura 2 Percentual de adultos fumantes, segundo sexo. Rio de Janeiro – RJ, VIGITEL 2006 a 2010



Prevalência de excesso de peso em adultos

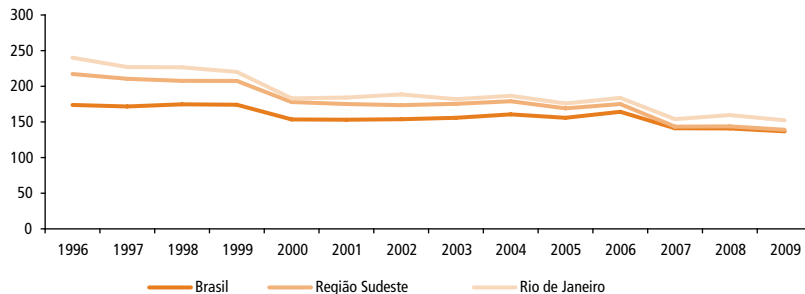
O excesso de peso aumenta o risco de doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, doenças cérebro-vasculares, hipertensão arterial, cânceres e diabetes. Foi considerado com excesso de peso o indivíduo com Índice de Massa Corporal (IMC) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. No Brasil, a prevalência de adultos com excesso de peso foi 48,1% em 2010. No Rio de Janeiro, a frequência de excesso de peso foi de 52,7%.

Figura 3 Percentual de adultos com excesso de peso (IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$), segundo sexo. Rio de Janeiro – RJ, 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. O Rio de Janeiro, assim como a região Sudeste, apresentaram tendência de declínio similar ao Brasil.

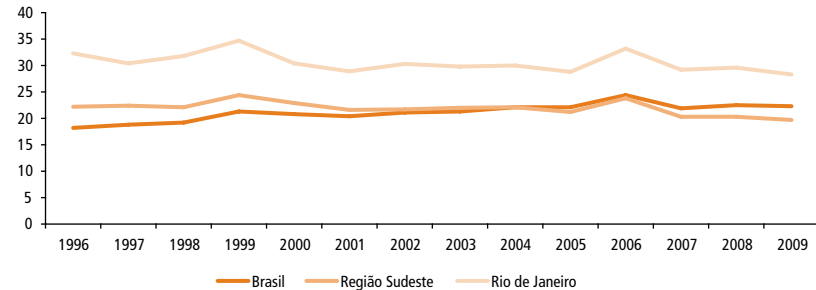
Figura 1 Taxa de mortalidade padronizada por doenças cardiovasculares no Rio de Janeiro, na região Sudeste e no Brasil, 1996 a 2009*



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

A taxa de mortalidade por diabetes no Brasil apresentou tendência de aumento no período de 1996 a 2009. O Rio de Janeiro, no período analisado, apresentou taxas superiores às da região Sudeste e do Brasil.

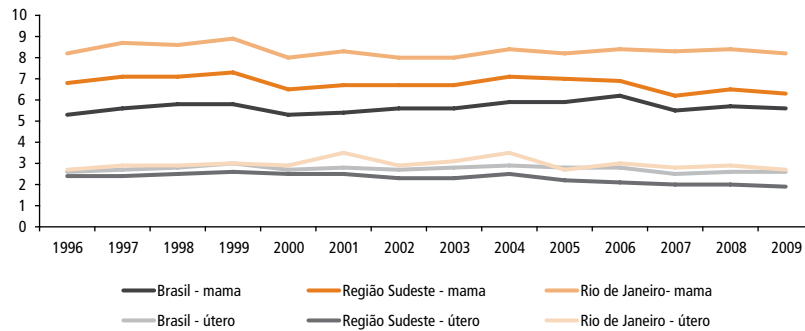
Figura 2 Taxa de mortalidade padronizada por diabetes no Rio de Janeiro, na região Sudeste e no Brasil, 1996 a 2009*



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

As taxas de mortalidade por neoplasias de mama e de útero no Brasil apresentaram tendência de estabilidade no período de 1996 a 2009. No Rio de Janeiro, as taxas apresentaram estabilidade, sendo os valores do período analisado superiores à região Sudeste e ao Brasil. Com relação à mortalidade por neoplasia de colo de útero, o Rio de Janeiro apresentou tendência similar à região Sudeste e ao Brasil.

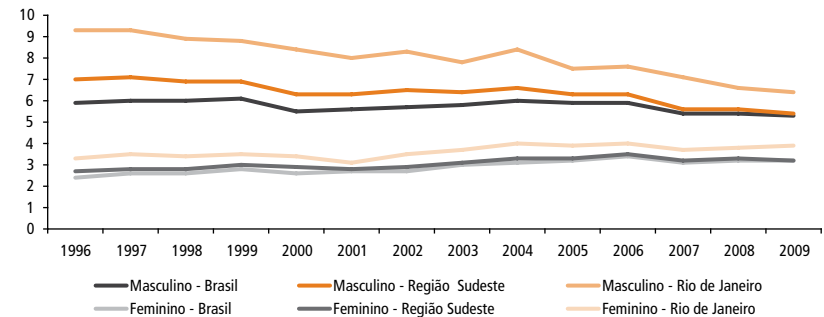
Figura 3 Taxa de mortalidade padronizada por neoplasias de mama e colo de útero em mulheres, no Rio de Janeiro, na região Sudeste e no Brasil, 1996 a 2009*



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

As taxas de mortalidade por neoplasias de traqueia, brônquios e pulmão no Brasil apresentaram tendência à estabilidade, sendo sempre inferiores no sexo feminino no período analisado. O Rio de Janeiro apresentou tendência de declínio no sexo masculino, sendo superior aos valores da região Sudeste e do Brasil no período analisado. No sexo feminino foram verificados valores semelhantes aos da região Sudeste e do Brasil.

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

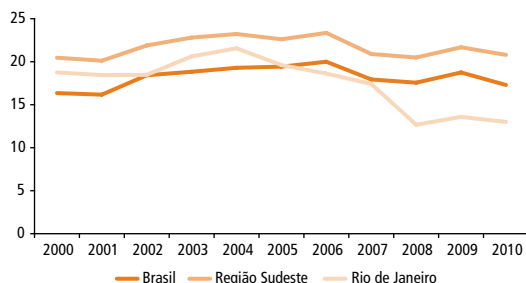


* Dados de 2009 preliminares. Taxa padronizada (população censo 2000) por 100 mil habitantes
Fonte: MS/SVS/SIM

Fratura de fêmur

A taxa de internação por fratura de fêmur em idosos (≥ 60 anos) no Brasil apresentou tendência de estabilidade no período de 2000 a 2010, assim como na região Sudeste. Rio de Janeiro, no período de 2004 a 2010, apresentou tendência de declínio, sendo esse valor inferior ao observado na região Sudeste, e a partir do ano de 2006 observou-se que a taxa de internação por fratura de fêmur em idosos no Rio de Janeiro foi menor que a taxa no Brasil.

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



Fonte: SIH/SVS/MS

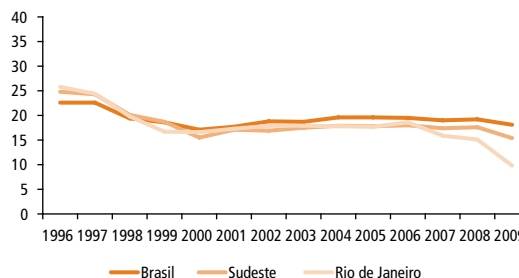
* Dados de 2010 preliminares. Taxa (população censo 2000) por 10 mil habitantes

Acidentes de Transporte Terrestre

A taxa de mortalidade padronizada por acidente de transporte terrestre (ATT) no Rio de Janeiro apresentou tendência de declínio. Durante o período de 1996 a 2009 a taxa de mortalidade padronizada por ATT no Rio de Janeiro foi próxima às observadas tanto na região

Sudeste quanto no 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 no Rio de Janeiro, na região Sudeste e no Brasil, 1996 a 2009*



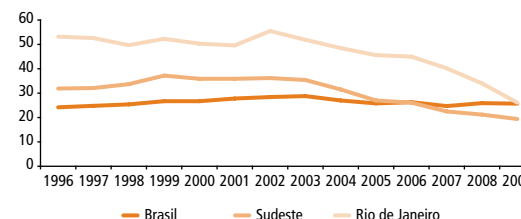
Fonte: SIM/SVS/MS

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

Agressões

A taxa de mortalidade padronizada por agressões no Brasil apresentou tendência de estabilidade no período de 1996 a 2009. Rio de Janeiro, no período de 1996 a 2002, apresentou tendência de estabilidade, mantendo a taxa sempre superior a da região Sudeste e do Brasil. A partir de 2002, a taxa de mortalidade padronizada por agressões no Rio de Janeiro apresentou tendência de declínio, aproximando-se, em 2009, da taxa nacional.

Figura 3 Taxa de mortalidade padronizada por agressões no Rio de Janeiro, na região Sudeste e no Brasil, 1996 a 2009*



Fonte: SIM/SVS/MS

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

Acidentes de Trabalho

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

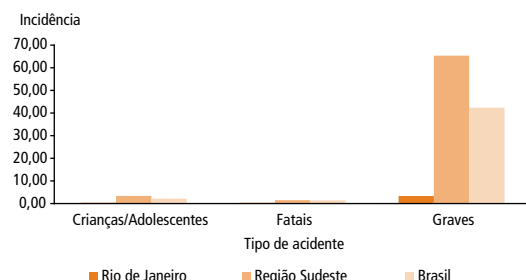
Segundo os dados notificados no SINAN para o ano de 2010, o estado do Rio de Janeiro possui uma incidência (número de casos divididos pela população economicamente ativa X 100.000) de acidentes com crianças e adolescentes de 0,38, menor que a região Sudeste que obteve 3,39 e que o Brasil que atingiu 2,17/100.000.

O estado registrou 28 casos fatais em trabalhadores durante o ano de 2010 com uma incidência de 0,35, menor que a região Sudeste que atingiu 1,51 e que o Brasil que obteve 1,41.

A incidência de acidentes graves foi a menor da região com 3,33 casos por 100.000 pessoas em idade de trabalho, enquanto que na região Sudeste foi de 65,35 e no Brasil de 42,36.

Os índices apresentados demonstram um fraco desempenho da rede sentinela do estado no registro dos três tipos de acidentes.

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



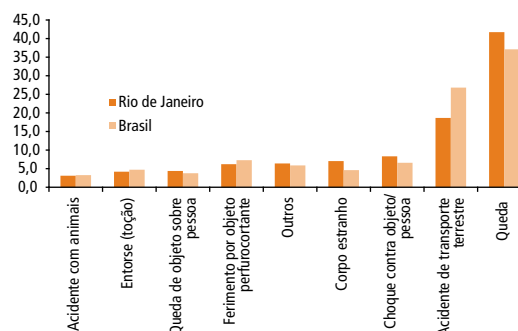
Fonte: UT-SINAN/SVS/MS. Database 15/06/2011

Acidentes em geral

A fim de monitorar esses atendimentos, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que possui dois componentes: Vigilância Contínua/SINAN (notificação compulsória de violências) e Sentinela (inquéritos de violências e acidentes em serviços sentinela de urgência e emergência). Os dados a seguir são da Vigilância Sentinela (VIVA Sentinela), que ocorreu em 2009 por meio de inquérito por amostragem em 23 capitais e Distrito Federal.

No Brasil, as quedas foram as principais causas de atendimentos de emergência por acidentes (37,1%), seguidas dos acidentes de transportes (26,8%). Situação semelhante a encontrada no Rio de Janeiro – RJ, em que predominaram as quedas (41,7%), seguidos dos acidentes de transporte terrestre (18,7%), choques contra objeto/pessoa (8,3%), corpos estranhos (7,0%), ferimentos por objeto perfurocortante (6,2%), quedas de objeto sobre pessoa (4,4%), entorses/torções (4,2%), acidentes com animais (3,1%); os outros acidentes foram responsáveis por 6,4% do total de atendimentos por acidentes.

Figura 5 Atendimentos por acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência no município de Rio de Janeiro-RJ e Brasil*, 2009



Fonte: VIVA Inquérito 2009/SVS/MS

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

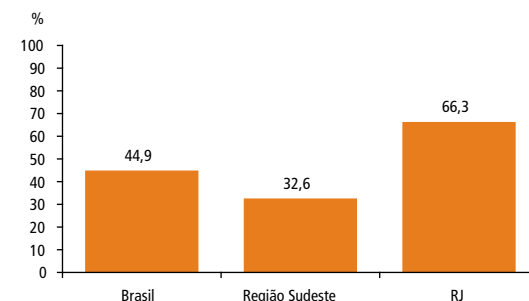
Violências doméstica, sexual e outras violências

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 Sudeste verificou-se notificação em 32,6% dos municípios, enquanto que na cidade do Rio de Janeiro, com 92 municípios, 66,3% estão notificando.

Os principais tipos de violência notificados (n=5.297) no município do Rio de Janeiro foram: os atendimentos decorrentes de violência física (49,3%), seguidos dos eventos decorrentes de negligência (15,6%) e violência sexual (11,9%).

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

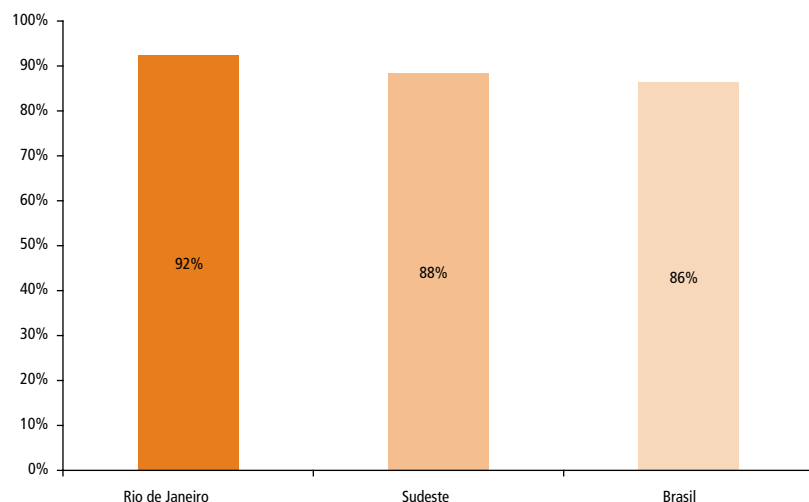


Fonte: VIVA SINAN/SVS/MS

Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA)

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

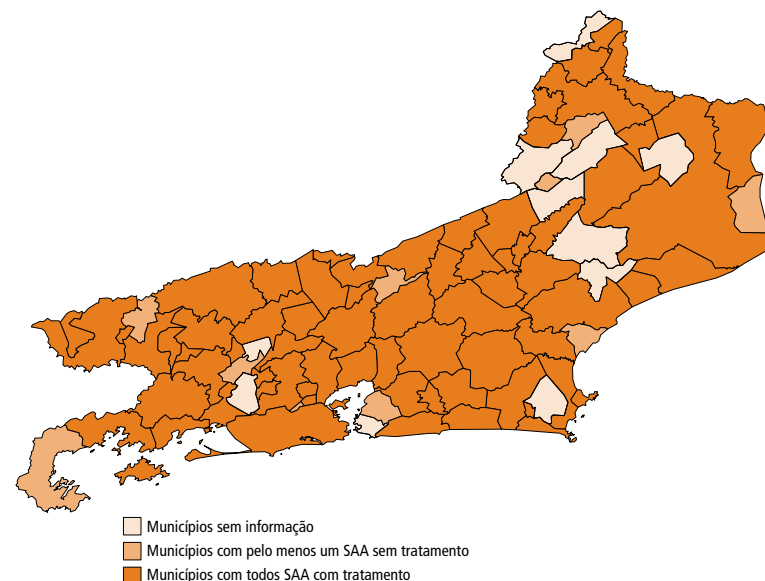
Figura 1 Percentual de municípios com ações do VIGIAGUA, Rio de Janeiro, região Sudeste e Brasil, 2010



Fonte: SISAGUA 2010

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 no Rio de Janeiro está apresentada na Tabela 1.

Figura 2 Municípios que possuem pelo menos um SAA sem tratamento, Rio de Janeiro-2010



Fonte: SISAGUA 2010

A realização do tratamento da água é uma exigência da legislação, por ser reconhecida como uma das ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos transmitidos pela água. No Rio de Janeiro, 20% dos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) não possuem tratamento (Figura 2), segundo informações do Sistema de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA), enquanto que na região Sudeste o percentual é de 10,97% dos SAA.

Tabela 1 Avaliação da qualidade da água para consumo humano, segundo os indicadores turbidez e coliformes totais e *Escherichia coli*, Rio de Janeiro-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	8.769	6081	24,20	6,88	8,7
SAC*	2.815	912	52,33	32,36	5,15
SAI**	1.701	681	51,73	34,86	21,44

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. No Rio de Janeiro, 11% dos municípios (10) realizaram análises de agrotóxicos, em 2010. É importante ressaltar que dentre as análises realizadas, foram constatadas ocorrências de alguns agrotóxicos em níveis superiores aos limites estabelecidos pela Norma de Potabilidade de Água.

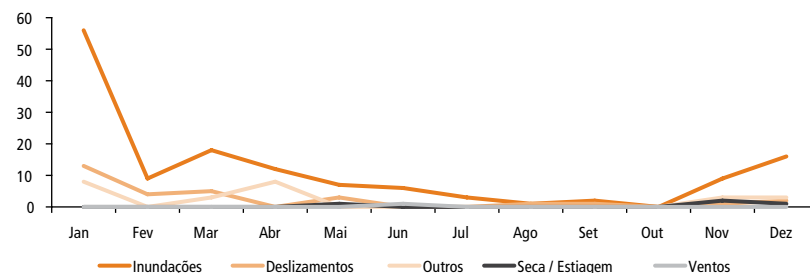
A presença de cianobactérias nos corpos d'água indica poluição e eutrofização destes. Alguns gêneros de cianobactérias podem produzir e liberar substâncias tóxicas que afetam a saúde humana. Segundo o SISAGUA, em 2010, 49% dos municípios do Rio de Janeiro (45) realizaram análises de cianobactérias, sendo que sete municípios apresentaram amostras com resultados acima do limite especificado na legislação (20 mil células/100 ml).

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 199 decretos de situação de emergência (SE) e/ou estado de calamidade pública (ECP) devido à ocorrência de desastres. Desses decretos, 69,85% foram pelas inundações e 2,01% por seca/estiagem, distribuídos ao longo do ano, conforme Figura 3.

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



Fonte: Dados – SEDEC/MI. Formatação: Vigidestres

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 do Rio de Janeiro foram identificadas 65 áreas no ano de 2010 no SISSOLO, representando 15% das áreas cadastradas na região Sudeste. Destacaram-se as áreas classificadas como Unidades de Postos de Abastecimento e Serviços (UPAS) seguidas das Áreas Agrícolas (AA). O estado possui um total de 348 áreas cadastradas com cerca de 1 milhão de 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.

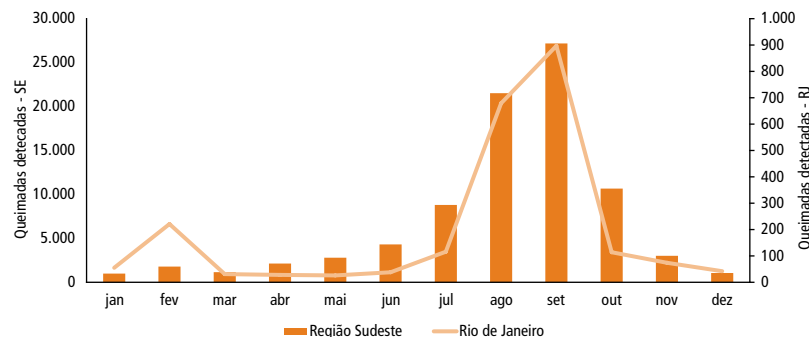
Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos

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 do Rio de Janeiro o Instrumento de Identificação de Municípios de Risco (IIMR) foi aplicado em 54 (58%) municípios.

As queimadas favorecem intensa produção de poluentes atmosféricos, entre os quais o material particulado com diâmetros igual ou menor a 2,5 µm (PM 2,5) e é considerado um dos indicadores de monitoramento e apresenta-se como fator de risco para doenças respiratórias, aumentando a procura por atendimentos médicos.

Figura 4 Número de focos de queimada detectados, Rio de Janeiro e região Sudeste, 2010

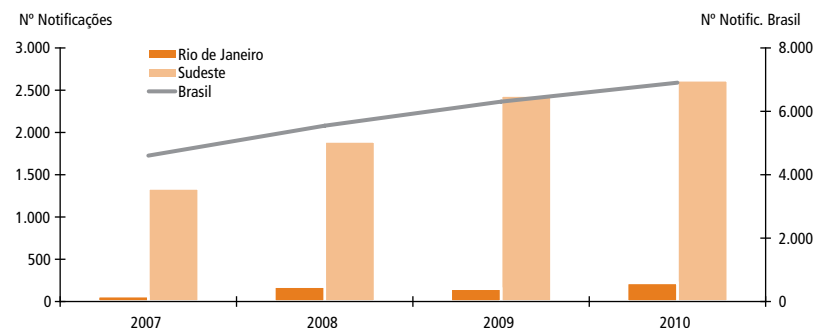


Fonte: INPE/CPTec-2011.

Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos

O consumo de agrotóxico no estado do Rio de Janeiro em 2009 ultrapassou o valor de 24.835 toneladas de princípios ativos (46% inseticidas) em 219.074 hectares de área plantada. O estado do Rio de Janeiro notificou no SINAN 221 casos de intoxicação por agrotóxico no ano de 2010, correspondendo a 8% dos casos notificados da região Sudeste.

Figura 5 Notificações de intoxicação por agrotóxicos no SINAN, 2007 a 2010, Rio de Janeiro, região Sudeste, Brasil



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

Agravos que têm o trabalho como causa essencial

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

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

O estado do Rio de Janeiro apresenta 6% (n=3.099) das notificações da região Sudeste dos agravos relacionados ao trabalho. Diferente da média nacional e do Sudeste, que apresentam maior frequência de registros de acidente de trabalho grave, no Rio de Janeiro os acidentes com material biológicos são mais de 79% (n=2451) do total e acidente de trabalho grave apenas 9% (n=279). Transtornos mentais com (n=158) tem maior frequência que LER/DORT (n=84). Destaque também para o registro de PAIR (n=53) acima do número de casos de intoxicações exógenas (n=44). Os 27 casos de dermatoses ocupacionais estão em consonância com a média nacional porém abaixo do perfil regional. O câncer ocupacional não tem nenhum registro e as pneumoconioses apenas registros esporádicos.

Tabela 1 Frequência de notificações de agravos relacionados ao trabalho* no Rio de Janeiro, na região Sudeste e no Brasil em 2010

UF Agravado	Rio de Janeiro	Sudeste	Brasil
Acidentes com material biológico	2.451	18.622	31.220
Acidentes graves	279	28.200	41.424
Transtornos mentais	158	172	352
LER/DORT	84	3.387	5.452
PAIR	53	239	304
Intoxicações exógenas	44	1.049	3.036
Dermatoses ocupacionais	27	294	501
Pneumoconioses	3	140	186
Câncer	0	15	27
Total	3.099	52.118	82.502

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

Outros agravos relacionados ao trabalho

Dos demais agravos de notificação compulsória no SINAN e que a relação com o trabalho foi identificada, no estado do Rio de Janeiro em 2010 os quatro de maior frequência foram os acidentes por animais peçonhentos, a tuberculose, hepatites virais e violência (Figura 1).

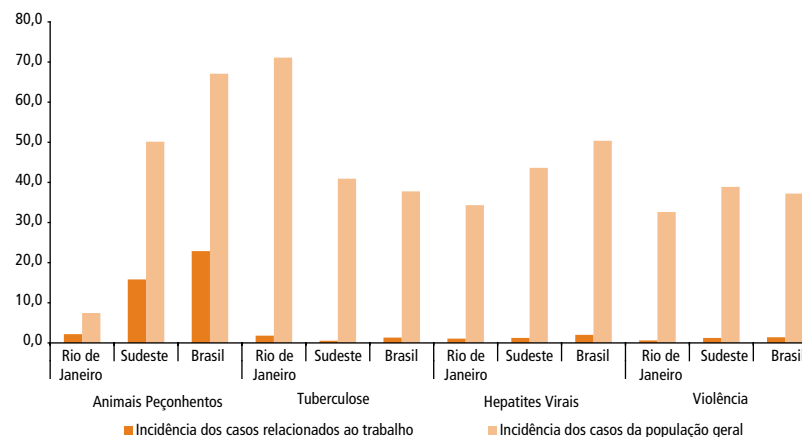
Os acidentes por animais peçonhentos totalizaram de 1.131 casos no estado, dos quais, 174 (inc. 2,2/100.000 hab.) são relacionados ao trabalho. Nota-se que a incidência de casos no estado foi menor que da região que correspondeu à 15,8 entre pessoas em idade economicamente ativa e de 50,1 na população geral; e que do Brasil com 22,9 entre os com idade economicamente ativa e menor na população geral 67,1.

Foram registrados 11.370 casos de tuberculose, com incidência de 1,8 casos por 100 mil hab. relacionados ao trabalho e 71,1 não relacionados, o valor relacionado ao trabalho foi superior ao obtido pela região Sudeste (0,5) e superior ao coeficiente nacional (1,3).

A incidência dos casos de hepatites virais relacionados ao trabalho foi de 1,1, e os casos não relacionados de 34,3/100 mil habitantes, enquanto que as taxas da região Sudeste foram 1,2 e 43,6 e do Brasil (2,0 e 50,4), respectivamente, em 2010.

Em relação à violência, foram notificados um total de 4.953 casos, dos quais, 49 foram relacionados ao trabalho. A taxa de incidência (por 1000 mil habitantes) foi de 0,6 casos relacionados ao trabalho e de 32,6 casos na população geral. A incidência dos casos relacionados ao trabalho no estado foi inferior, comparada a região Sudeste (1,2 /100 mil hab.) e ao Brasil (1,4 /100 mil hab.).

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



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

Sistemas de Informações SIM e SINASC

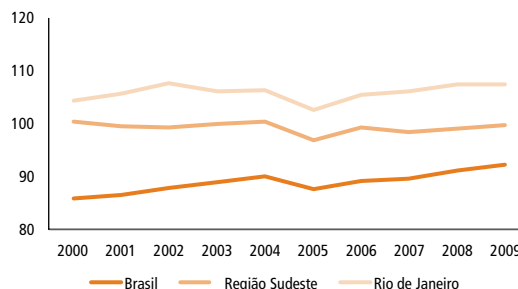
As três esferas de gestão da informação têm responsabilidades definidas na produção de dados confiáveis para a análise da situação de saúde. As coberturas do SIM e SINASC são critérios para a utilização de suas bases no cálculo direto de indicadores. Do mesmo modo, a sua alimentação regular é um atributo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

Coberturas do SIM e SINASC

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

A razão entre os óbitos informados ao SIM e os estimados pelo IBGE do estado variou acima de 100% por todo o período observado, exibindo valores acima das médias do Brasil e da região Sudeste. Em 10 anos, a cobertura nacional obteve incremento de 7,5%, enquanto demonstraram certa estabilidade a região (-0,7%) e o estado (2,9%). O volume de óbitos captados é considerado adequado. Em 2009, estava em 107,4%.

Figura 1 Razão entre os óbitos informados ao SIM e os estimados pelo IBGE. Brasil, região Sudeste, Rio de Janeiro, 2000 a 2009



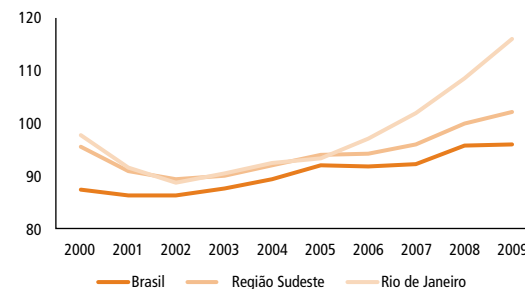
Fonte: SIM/SVS/MS e IBGE

O coeficiente geral de mortalidade-CGM, parâmetro também utilizado no monitoramento da captação de óbitos, indica valores acima do esperado (5,3 óbitos por mil hab.) para o estado (7,7) e a capital (8,5), em 2009.

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

A razão entre os nascidos vivos informados ao SINASC em relação aos estimados pelo IBGE apresentou curva ascendente, com valores acima das médias do Brasil e da região a partir de 2006. O incremento de 18,7% na cobertura estadual foi maior que o regional (7,0%) e nacional (9,9%). O volume de nascidos vivos captados é considerado adequado. Em 2009, a cobertura do estado do Rio de Janeiro estava em 116%.

Figura 2 Razão entre os nascidos vivos informados ao SINASC e os estimados pelo IBGE. Brasil, região Sudeste, Rio de Janeiro, 2000 a 2009



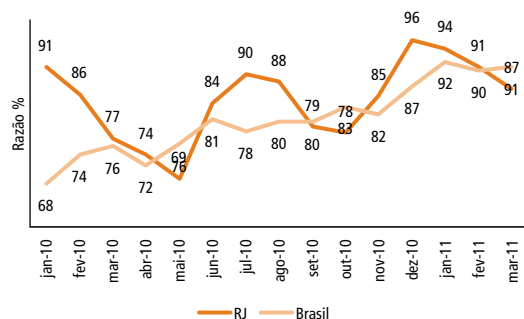
Fonte: SINASC/SVS/MS e IBGE

A taxa bruta de natalidade-TBN, parâmetro que pode ser utilizado para identificar os municípios com maior deficiência na captação de nascidos vivos, indica 2,2% da população residindo em municípios com taxas menores que 11,0 nascidos vivos por mil hab., em 2009. A taxa da capital foi de 13,7 e do estado 13,5, enquanto a região Sudeste registrou 13,8 e o Brasil 15,0 nascidos vivos por mil hab.

Regularidade do SIM

O estado do Rio de Janeiro apresentou progressivo aumento no envio de óbitos transferidos ao SIM dentro do prazo, atingindo a meta (80%) em 10 meses, dos 15 observados (em média 84,6%). O estado permaneceu quase todo o período com valores acima da média nacional. O pior desempenho foi o 2º trimestre de 2010 e o melhor o 1º trimestre de 2011.

Figura 3 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, Rio de Janeiro, jan-2010 a mar-2011



Fonte: SIM/SVS/MS e IBGE

Considerações gerais

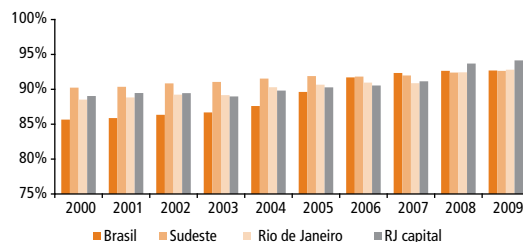
O estado do Rio de Janeiro tem os dados do SIM e SINASC considerados válidos no cálculo direto de indicadores, segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). A regularidade no envio do dado do SIM está satisfatória no momento. Ações são implemen-

tadas para o 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 no Rio de Janeiro (RJ) aumentou progressivamente de 88,5% em 2000 para 92,8% em 2009. Nesse último ano, a capital apresentou percentual de 94,1%, a região Sudeste 92,6% e o Brasil 92,7%.

Figura 4 Percentual de óbitos por causa definida, 2000 a 2009



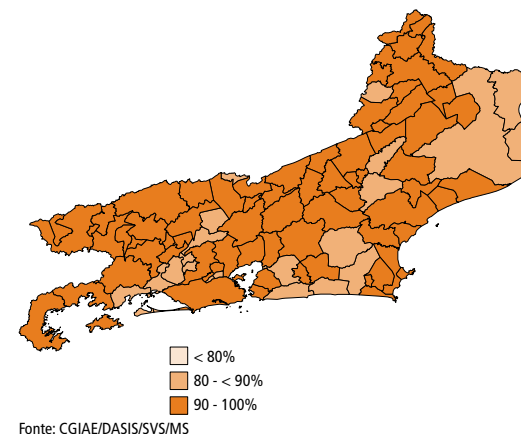
Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

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

- Menor que 80%: nenhum município (0%)
- de 80% a 89%: 21 municípios (22,8%);
- 90% e mais: 71 municípios (77,2%).

A qualidade da informação sobre a causa básica de morte na declaração de óbito no RJ melhorou na última década, mantendo nível adequado ($\geq 90\%$ de óbitos com causa definida) a partir do ano 2004. Esse nível foi observado em 71 dos 92 municípios do estado, em 2009. Destaca-se que a capital manteve percentual adequado a partir do ano 2005.

Figura 5 Percentual de óbitos por causa definida, por municípios. Rio de Janeiro, 2009



Óbitos investigados em 2010

No RJ foram notificados 2.477 óbitos fetais dos quais 795 corresponderam à capital. Observou-se que em todo o estado foram investigados 36,7% desses óbitos, e na capital, 42,3%, valores superiores aos da região Sudeste (35,1%) e do Brasil (28,7%).

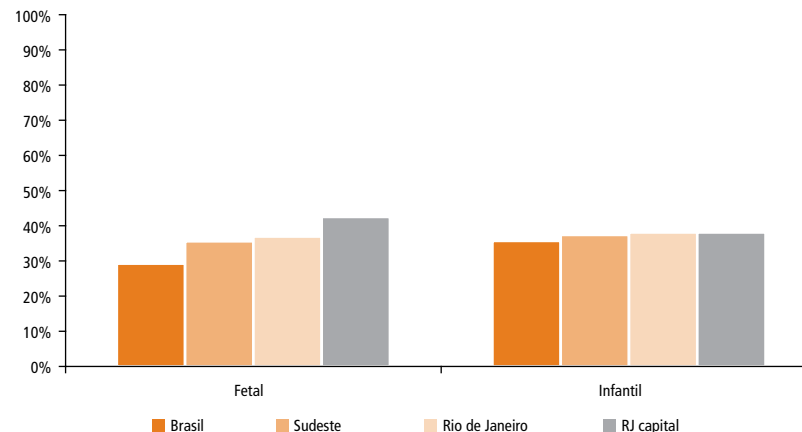
Foram notificados 2.930 óbitos infantis em todo o estado, sendo que desses óbitos, 1.081 aconteceram na capital. Quanto à investigação, ela foi realizada em 38,1% dos óbitos no RJ, e em igual proporção na capital, valores superiores aos informados na região Sudeste (36,4%) e no país (35%).

Com relação aos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), foram informadas 6.785 mortes no estado e 2562 na capital. As investigações ocorreram em 69,4% dos óbitos MIF acontecidos em todo o estado e em 66,4% na capital. O percentual investigado na região Sudeste foi 70,1% e no Brasil, 64,7%.

Em referência às mortes maternas, foram notificadas 153 mortes no RJ, das quais 57 ocorreram na capital. Em todo o estado foram investigados 104 óbitos maternos (68,0%), correspondendo 42 (73,7%) à capital, valores superiores aos informados na região Sudeste (63,4%) e no Brasil (56,5%).

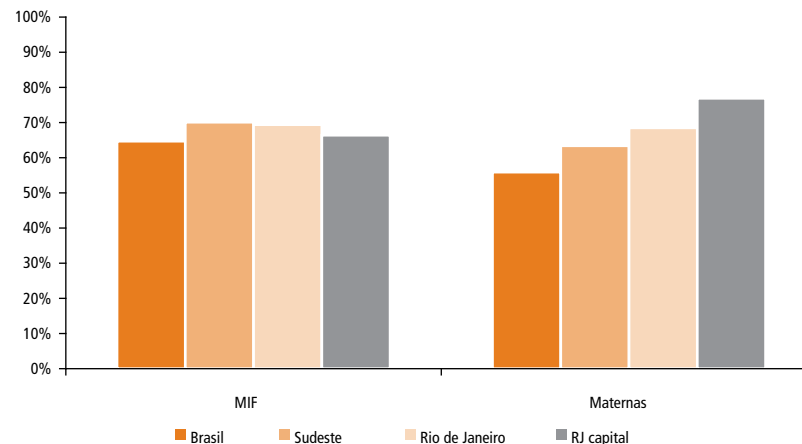
Ressalta-se que a investigação de óbito infantil, fetal e materno, coordenada pela área de vigilância em saúde, é um processo recente, em constante aprimoramento, necessitando, assim, de investimento e esforços contínuos para que se alcance o mais alto percentual de investigação em todos os municípios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

Figura 6 Percentual de óbitos fetais e infantis investigados em 2010



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

Figura 7 Percentual de mortes maternas e de MIF investigadas em 2010



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

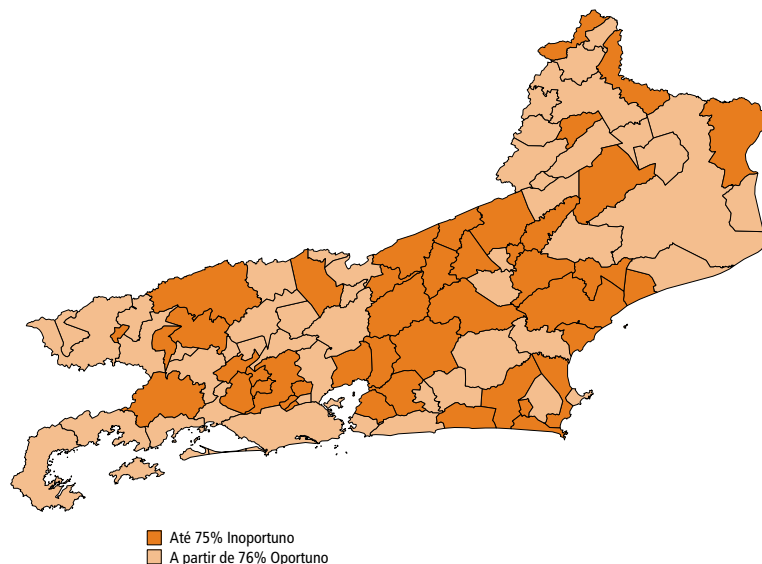
Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo

O estado de Rio de Janeiro pactuou para o ano de 2010 uma meta de 76% de casos com encerramento oportuno, e até o momento está com 76%, portanto essa meta foi alcançada.

Os agravos coqueluche, difteria, doença de Chagas, febre maculosa, hantavirose, leptospirose, leishmaniose tegumentar americana, malária e paralisia flácida aguda não atingiram a meta estabelecida para o ano de 2010.

Figura 8 Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por município, Rio de Janeiro, 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 69% de envio regular dos dados do SINAN ao Ministério da Saúde, e em 2010 alcançou 96%.

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

Agravos	Casos		
	Notificados Total	Encerrados Oportunamente	
		Nº	%
Botulismo	1	1	100,00
Cólera	2	2	100,00
Coqueluche	22	15	68,00
Dengue	1.924	1.580	82,00
Difteria	2	1	50,00
Doença de Chagas	4	1	25,00
Febre Amarela	1	1	100,00
Febre do Nilo	0	0	0,00
Febre Maculosa	16	6	37,00
Febre Tifoide	5	4	80,00
Hantavirose	3	1	33,00
Hepatite Viral	2.554	1.945	76,00
Leishmaniose Visceral	3	1	33,00
Leptospirose	702	428	60,00
LTA	78	49	62,00
Malária	97	66	68,00
Meningite	949	765	80,00
Paralisia Flácida Aguda	20	6	30,00
Peste	0	0	0,00
Raiva	1	0	0,00
Rubéola	305	253	82,00
Sarampo	3	3	100,00
SRC	1	1	100,00
Tétano Acidental	6	6	100,00
Tétano Neonatal	0	0	0,00
Total	6.699	5.135	76,00

* 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. Rio de Janeiro, 2010

Descrição	Instituição	Valor
Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde – PFVPS	SES	17.625.256,93
	Municípios	69.129.313,97
Total 1		86.754.570,90
Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde – PVVPS		
▶ Núcleos Hospitalares de Epidemiologia	16 Hospitais (*)	528.000,00
▶ Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza Pandêmica H1N1 2009	92 Municípios	4.114.524,12
▶ Política Nacional de Promoção da Saúde	SES	75.000,00
	36 Municípios	1.260.000,00
▶ Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito	Rio de Janeiro	221.875,00
▶ Incentivos no âmbito do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids	SES	3.121.111,94
	44 Municípios	9.144.636,80
Total 2		18.465.147,86

SES – Secretaria Estadual de Saúde

(*) 9 Hospitais Estaduais; 4 Hospitais Federais; 3 Hospitais Municipais

Para o desenvolvimento técnico e científico dos profissionais que atuam nos serviços do Sistema Único de Saúde, o estado do Rio de Janeiro tem investido em sua formação oportunizando a participação em cursos de pós-graduação (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. Rio de Janeiro

Região/UF	Médicos	Odontólogos	Enfermeiros	Nutricionistas	Veterinários	Farmacêuticos	Técnicos Enfermagem	Auxiliares Enfermagem
Sudeste	2,43	1,65	1,00	0,42	0,40	0,64	1,39	1,27
RJ	3,4	1,68	1,2	1,6	0,42	0,53	3,76	4,42

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 60 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 21 artigos na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, editada pela SVS/MS.

Curso	Local	Quantitativo
Curso de Especialização em Vigilância de Agravos e Doenças Não-Transmissíveis	Rio de Janeiro/RJ	12

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

