

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Relatório de Situação



Rio Grande do Norte

Brasília/DF

5ª edição

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Relatório de Situação

Rio Grande do Norte

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 – 800 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 Grande do Norte / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

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

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

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

ISBN 978-85-334-1877-6

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

NLM WA 900

Catálogo na fonte – Editora MS – OS.: 0389/2011

Títulos para indexação:

Em inglês: National System in Health Surveillance: situation report: Rio Grande do Norte

Em espanhol: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud: relatorio de la situación: Rio Grande do Norte

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.

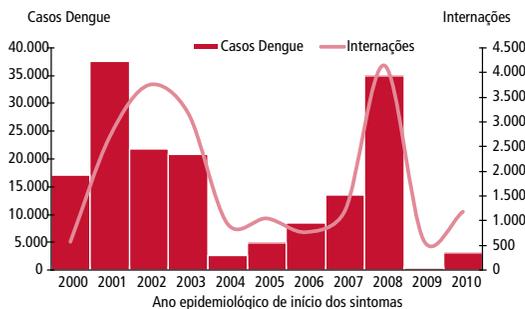
O Relatório de Situação do Sistema de Vigilância em Saúde é um instrumento que pode contribuir, substancialmente, para que os gestores estaduais e municipais possam conhecer e avaliar a situação atual das ações e dos programas executados em sua Unidade Federada. Também permite a difusão de informações 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 Grande do Norte 7.486 casos prováveis¹ de dengue, um aumento de 195,6% em comparação com 2009 (2.654 notificações). A incidência em 2010 foi de 247,7 casos por 100 mil habitantes, considerada baixa. Quanto ao monitoramento da circulação viral, foram analisadas 246 amostras das quais 14 foram positivas para DENV-1 e 14 para DENV-2. As internações seguiram a tendência de aumento observada nas notificações de casos.

Figura 1 Número de casos prováveis e internações por dengue, Rio Grande do Norte, 2000 a 2010

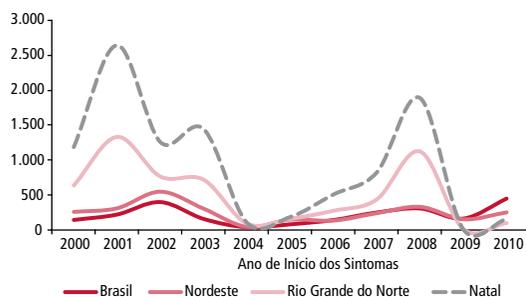


Fonte: SINAN/SIH

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

predominância de diferentes sorotipos no país: DENV-3 no período de 2001 a 2006 e DENV-2 em 2007 a 2009. O ano de 2010 foi marcado por predominância de DENV-1 e foi observada na capital uma incidência de 518,5 casos por 100 mil habitantes.

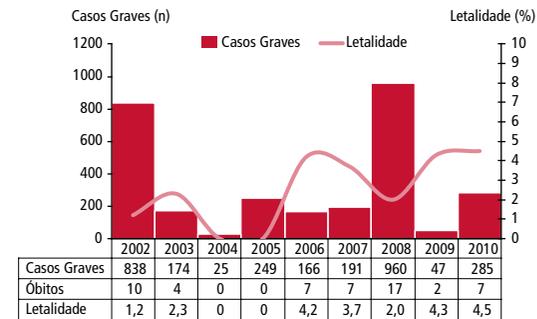
Figura 2 Incidência de casos prováveis de dengue, Brasil, região Nordeste, Rio Grande do Norte e Natal, 2000 a 2010



Fonte: SINAN

Para a análise dos casos graves e óbitos, utilizamos os dados a partir de 2002, considerando a melhor qualidade dos dados nesse período. A maior letalidade no estado foi registrada no ano de 2010 quando foram registrados 285 casos graves, sete óbitos e letalidade de 4,5%.

Figura 3 Número de casos, número de óbitos e taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue, Rio Grande do Norte, 2002 a 2010

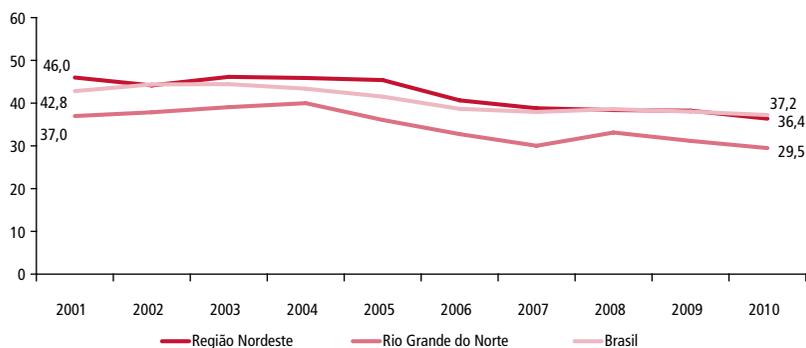


Fonte: SINAN

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

Em 2010, o estado do Rio Grande do Norte notificou 934 casos novos de tuberculose (TB), apresentando uma taxa de incidência de 29,5/100.000 habitantes. A capital do estado, Natal, apresentou taxa de incidência entre os casos novos de 49,5/100.000 habitantes. Nos últimos 10 anos, esse indicador vem apresentando tendência de queda, semelhante à taxa de incidência do Brasil.

Figura 1 Taxa de incidência de TB. Brasil, região Nordeste e Rio Grande do Norte 2001 a 2010



Fonte: SVS/MS

Em relação à taxa de mortalidade, em 2009, o estado apresentou 1,7/100.000 habitantes e a capital, 2,5/100.000 habitantes.

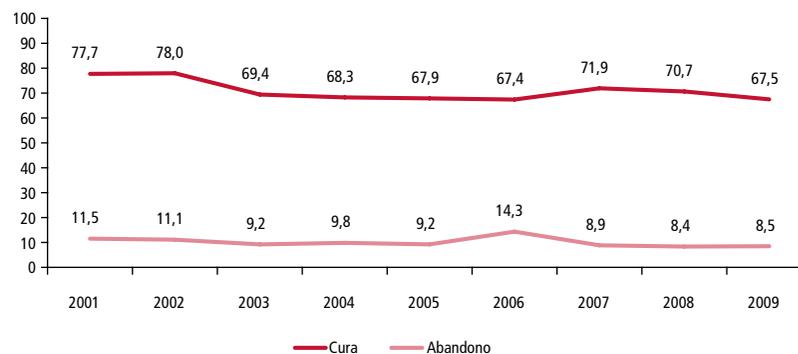
Entre os municípios do estado, dois municípios são considerados prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

Em 2010, 40,8% dos casos novos de TB realizaram Tratamento Diretamente Observado (TDO) e para 51% desses foi oferecido o teste anti-HIV, sendo que 36,8% apresentaram resultados positivo ou negativo no SINAN, com percentual de coinfeção de 8,1%.

Entre os casos de retratamento, 14,4% realizaram exame de cultura. A meta do Ministério da Saúde para 2015 é realizar exame de cultura em 80% dos casos de retratamento.

Avaliando o encerramento dos casos, em 2009 o estado obteve 67,5% de cura e 8,5% 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 Grande do Norte, 2001 a 2009



Fonte: SVS/MS

Apesar da importante redução do coeficiente de prevalência de hanseníase no Rio Grande do Norte, que atualmente é de 0,74 casos/10 mil habitantes, o estado demanda intensificação das ações para eliminação da doença em alguns municípios que ainda não alcançaram o nível de eliminação.

Por meio da distribuição espacial verifica-se áreas silenciosas em todas as regiões geográficas. Dos 167 municípios, 117 (70%) não notificaram casos em 2010, dos 04 municípios hiperendêmicos, 03 diagnosticaram menos de 07 casos. Apenas Mossoró com coeficiente de detecção 35,8 casos/100 mil habitantes e a capital Natal com 4,9 casos/100 mil habitantes apresentam maior relevância epidemiológica. O Coeficiente Geral de Detecção estável nos últimos 10 anos, em 2010 foi de 8,2 casos/100 mil habitantes e para os menores de 15 anos de 1,2 casos/100 mil habitantes, padrão de média magnitude.

As medidas de vigilância são voltadas ao aumento do percentual de exame de contatos que em 2010 foi precário, com 45,2%. O principal indicador de avaliação da qualidade da atenção é o percentual de cura dos casos diagnosticados, com resultado regular de 77,9% em 2010.

Figura 1 Coeficiente geral de detecção de hanseníase por municípios. Rio Grande do Norte – 2010

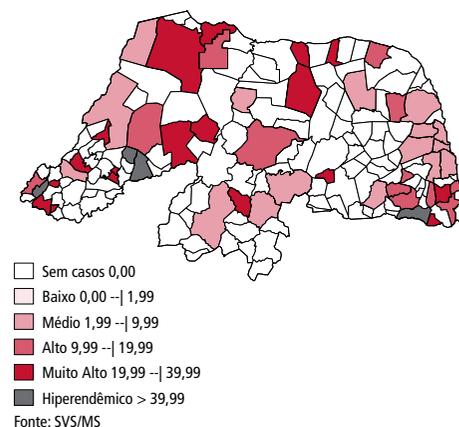
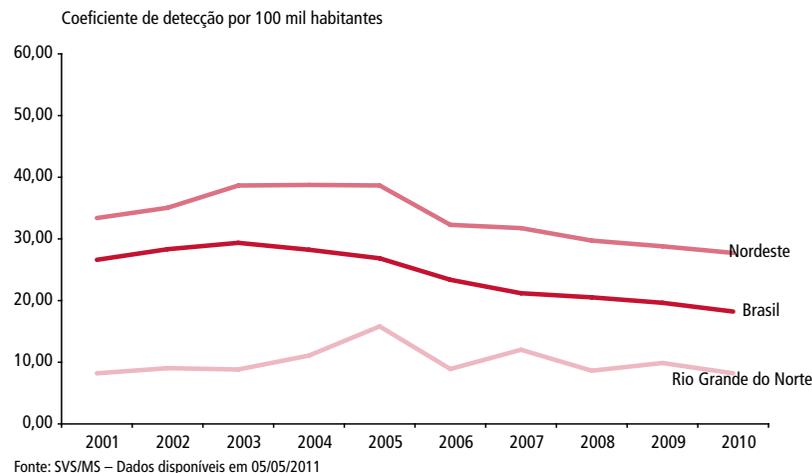


Figura 2 Série histórica do coeficiente geral de detecção de hanseníase do estado do Rio Grande do Norte, região Nordeste e Brasil, 2001 a 2010



Doenças Negligenciadas (Esquistossomose, Tracoma, Oncocercose e Filariose)

Esquistossomose

A transmissão da esquistossomose no Rio Grande do Norte ocorre em 22 dos 167 municípios do Rio Grande do Norte. A esquistossomose é endêmica nos municípios da Zona da Mata e do Litoral, sendo rara nas regiões do Agreste e Sertão. A prevalência da doença em 2010 foi de 3,8% em 10.552 pessoas examinadas.

A média anual de internação, no período de 2005 a 2010 foi de quatro internações, sendo que houve redução na taxa de internação por 100 mil hab. de 0,23 em 2005 para 0,06 em 2010. O número médio de óbitos, nesse período foi de três óbitos, com redução na taxa de mortalidade por 100 mil hab. de 0,13 para 0,09, respectivamente.

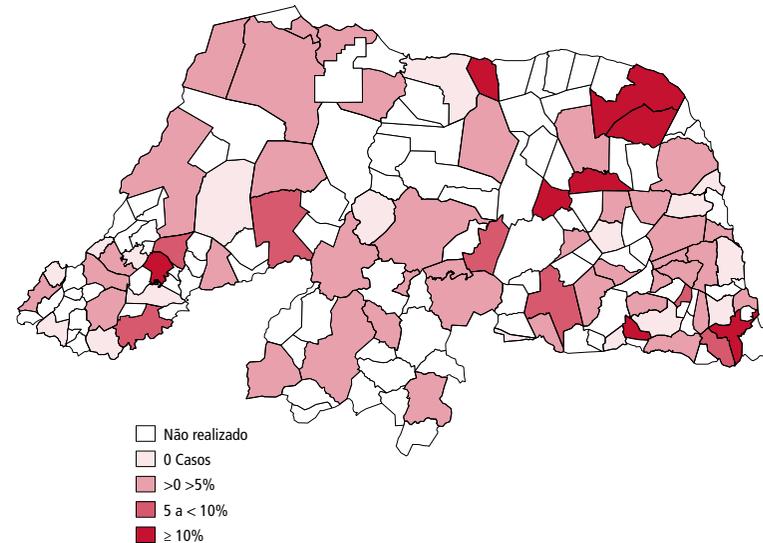
Tracoma

No último inquérito nacional de prevalência de tracoma em escolares, realizado no estado do Rio Grande do Norte, no ano de 2002, revelou uma prevalência de 3,6%, com variações nos municípios entre zero e 26,5%. Nesse inquérito, foram encontradas prevalências acima de 10% nos municípios de Bento Fernandes, Canguaretama, Caiçaras do Rio do Vento, Guamaré, Touros, Lagoa d'Anta e Pureza.

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

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 Grande do Norte, 2002

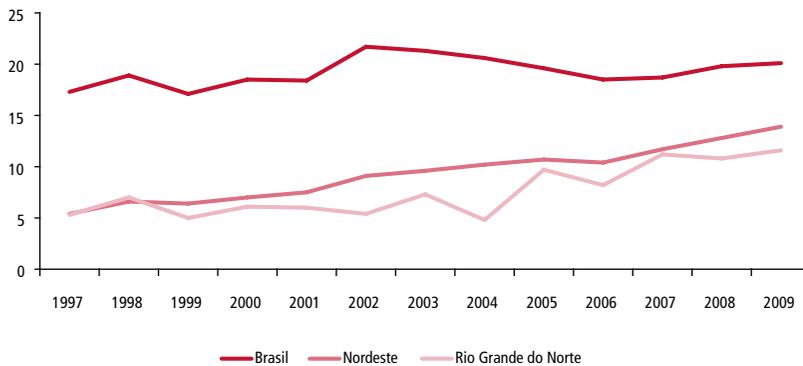


Fonte: SVS/MS

Desde 1983, ano do primeiro caso de aids notificado no Rio Grande do Norte, até junho de 2010, o estado notificou 2.796 casos no SINAN. Por meio de metodologia de relacionamento de bases de dados, com os sistemas SIM, SISCEL/SICLON, foram identificados 803 casos não notificados no SINAN, representando sub-registro de 22,3%, elevando o número total de casos no período para 3.599.

Em 2009, a taxa de incidência do estado foi de 11,6/100.000 habitantes, a da região Nordeste, 13,9 e a do Brasil, 20,1.

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



Fonte: MS/SVS/D-DST/Aids/HV

Nota: (1) SICLON utilizado para validação dos dados do SISCEL

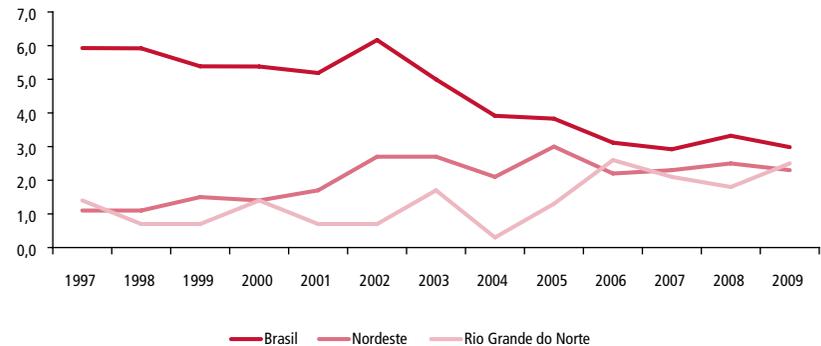
(2) SINAN e SISCEL até 30/06/2010 e SIM de 2000 a 2009

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 1989 era de 32 homens para cada mulher e atualmente é de dois homens para cada mulher.

De 1997 a junho de 2010, foram identificados 53 casos de aids em menores de cinco anos, tendo sido observada uma tendência crescente na taxa de incidência a partir de 2005.

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/SICLON⁽¹⁾, segundo ano de diagnóstico e local de residência. Brasil, região Nordeste e Rio Grande do Norte, 1997 a 2009⁽²⁾



Fonte: MS/SVS/D-DST/Aids/HV

Nota: (1) SICLON utilizado para validação dos dados do SISCEL

(2) SINAN e SISCEL até 30/06/2010 e SIM de 2000 a 2009

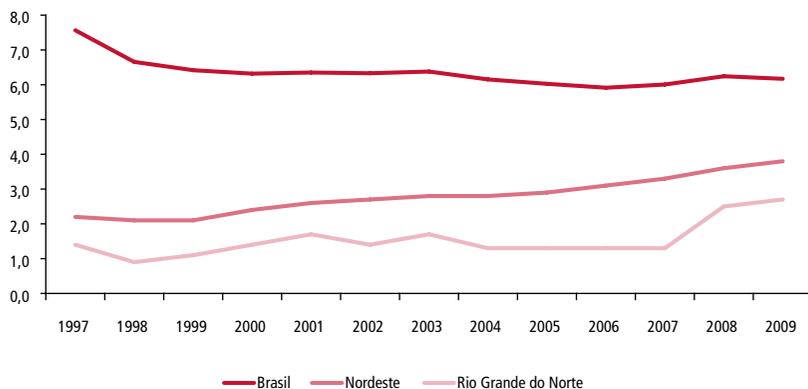
População: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br no menu Informações em saúde > Demográfica e socioeconômicas, acessado em 17/02/2011

Os cinco municípios do Rio Grande do Norte que apresentaram o maior número de casos de aids acumulados até junho de 2010 foram: Natal (2.022), Mossoró (434), Parnamirim (153), São Gonçalo do Amarante (56) e Ceará-Mirim (50). Dentre esses municípios, a maior incidência, em 2009, foi observada em Natal (28,8/100.000 habitantes).

Em relação à gestante HIV+, foram notificados 329 casos no Rio Grande do Norte, de 2000 a junho de 2010 e 48 casos de aids por transmissão vertical até junho de 2010.

Quanto à mortalidade por aids, o estado acumulou, até 2009, um total de 964 óbitos. O coeficiente de mortalidade por aids no Rio Grande do Norte foi de 2,7/100.000 habitantes em 2009.

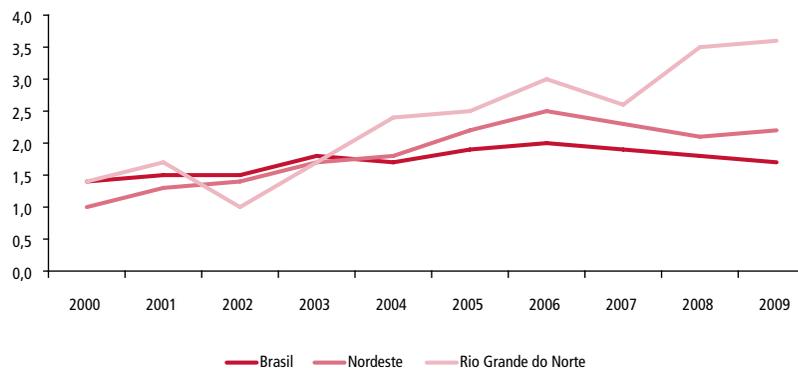
Figura 3 Coeficiente de mortalidade bruto por aids (por 100.000 hab.) segundo ano e local do óbito. Brasil, região Nordeste e Rio Grande do Norte, 1997 a 2009



Fonte: MS/ SVS/ DASI/ Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM
 População: MS/ SVS/ DATASUS, em <www.datasus.gov.br/informações de saúde/demográficas e socioeconômicas>, acessado em 17/02/2011.

Em relação à sífilis congênita, o Rio Grande do Norte notificou entre os anos de 2000 e junho de 2010 um total de 1.236 casos, apresentando em 2007 e 2008 taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de 2,6 e 3,5, respectivamente. Entre os anos de 1998 e 2009 foram registrados nove óbitos por sífilis congênita no estado.

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

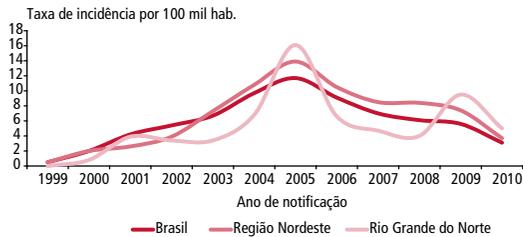


Fonte: MS/SVS/D-DST/Aids/HV
 População: MS/ SVS/ DATASUS, em <www.datasus.gov.br/informações de saúde/demográficas e socioeconômicas>, acessado em 17/02/2011

Hepatites Virais

Foram confirmados no Rio Grande do Norte, entre 1999 e 2010, 1.930 casos de hepatite A, sendo 157 no último ano. A taxa de incidência em 2009 foi de 9,5 casos por 100 mil habitantes enquanto que para a região Nordeste e o Brasil essa taxa foi de 7,4 e 5,6, respectivamente.

Figura 1 Taxa de incidência de hepatite A por 100 mil habitantes, Rio Grande do Norte, região Nordeste e Brasil, 1999 a 2010



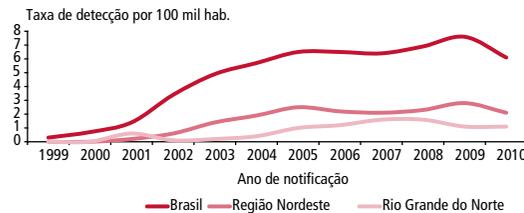
Fontes: Casos de hepatites virais: SINAN/SVS/MS; população: estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) segundo os Censos (1980, 1991 e 2000), contagem da população (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2009)

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

Execução: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Os casos confirmados de hepatite B no referido estado totalizaram 270 no período de 1999 a 2010. A taxa de detecção de casos em 2009 foi de 1,1 por 100 mil habitantes. Ainda nesse ano, a região Nordeste registrou uma taxa de 2,8 e o Brasil de 7,6 casos para cada 100 mil habitantes.

Figura 2 Taxa de detecção de hepatite B por 100 mil habitantes, Rio Grande do Norte, região Nordeste e Brasil, 1999 a 2010



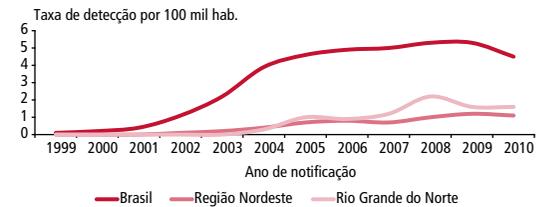
Fontes: Casos de hepatites virais: SINAN/SVS/MS; população: estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) segundo os Censos (1980, 1991 e 2000), contagem da população (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2009)

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

Execução: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Em relação à hepatite C, 273 casos foram confirmados no Rio Grande do Norte na série histórica dos anos de 1999 a 2010, sendo 51 nesse último ano. A taxa de detecção no Brasil, em 2009, foi de 5,3 casos por 100 mil habitantes, para a região Nordeste foi de 1,2 e para o Rio Grande do Norte, 1,6.

Figura 3 Taxa de detecção de hepatite C por 100 mil habitantes, Rio Grande do Norte, região Nordeste e Brasil, 1999 a 2010



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

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

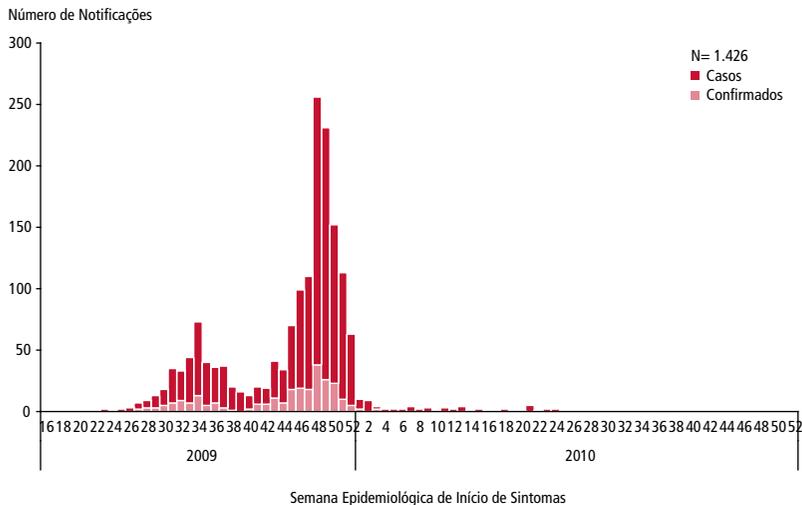
Execução: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Influenza

Considerando os dados registrados no Sistema de Informação da Vigilância de Influenza (SIVEP_GRIPE), em 2010, o estado do Rio Grande do Norte possuía uma unidade sentinela de síndrome gripal para vigilância de vírus respiratórios. Foram coletadas 109 amostras (14,0% do preconizado para todo o ano), 11 amostras foram positivas (10,9%): 10 influenza B e 1 adenovírus.

Nos dados registrados no SINAN *on line* Influenza de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), o estado do Rio Grande do Norte notificou em 2009 e 2010, 1.426 casos, sendo 258 casos confirmados para influenza pandêmica H1N1 2009 (Figura 1).

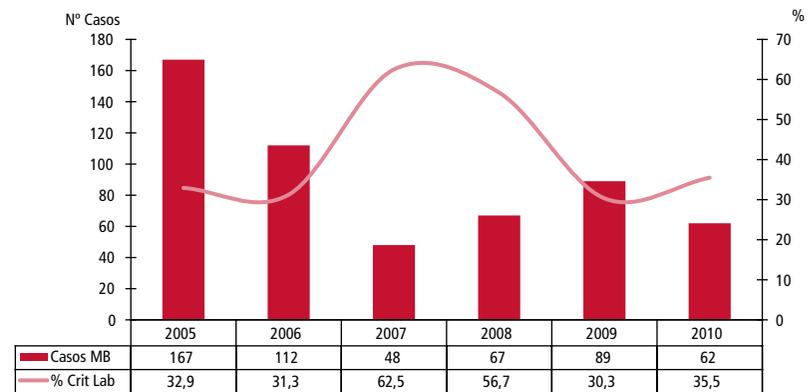
Figura 1 Casos de SRAG e casos confirmados de influenza pandêmica H1N1 2009. Rio Grande do Norte, 2009 e 2010



Meningite

No estado do Rio Grande do Norte foram confirmados 545 casos de meningite bacteriana entre 2005 e 2010, destes, foram confirmados por diagnóstico laboratorial específico, que permite a identificação do agente etiológico, 41,5%. Em 2007 e 2008 o estado conseguiu superar o indicador, mas logo se observa a redução do percentual nos últimos anos.

Figura 2 Percentual de casos de meningite bacteriana encerrados por diagnóstico laboratorial específico. Rio Grande do Norte, 2005 a 2010



Paralisia Flácida Aguda (PFA)

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

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

- A Taxa de notificação e coleta oportuna de fezes do Rio Grande do Norte apresentaram bons resultados.

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 Grande do Norte, região Nordeste e Brasil, 2003 a 2010

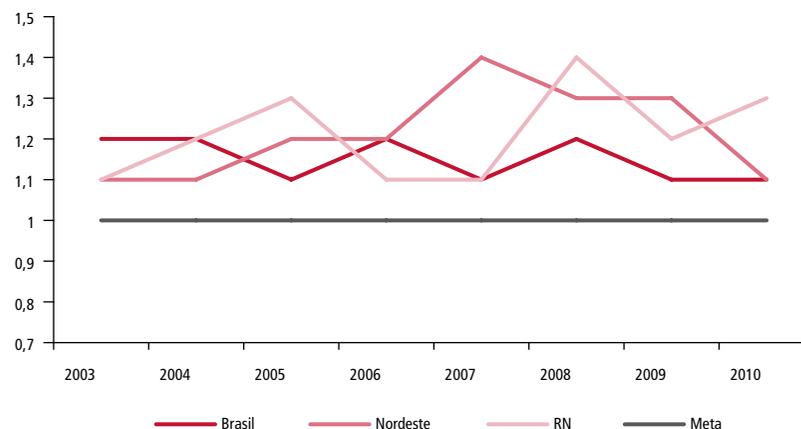
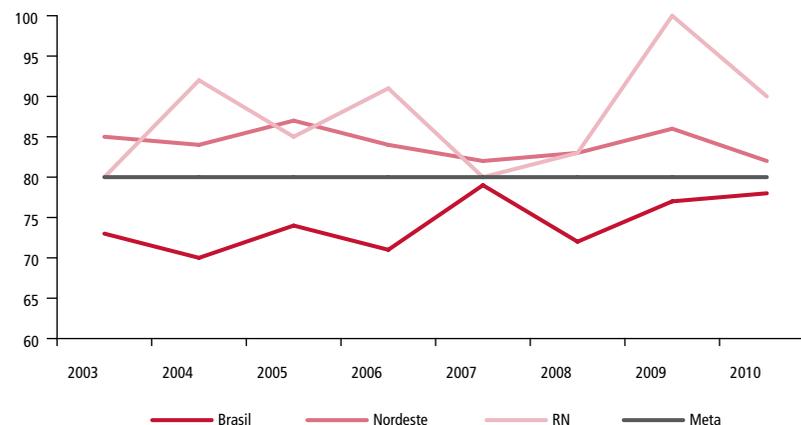


Figura 4 Proporção (%) dos casos de PFA com amostras de fezes coletadas até o 14º dia do início do déficit motor, Rio Grande do Norte, região Nordeste e Brasil, 2003 a 2010



Sarampo

No estado do Rio Grande do Norte, em 2009 e 2010, não atingiu a meta esperada para os indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo. Apenas o percentual de coleta oportuna alcançou a meta estabelecida. A homogeneidade vacinal esteve nos dois anos abaixo de 95%. O estado deve ficar alerta para não comprometer os esforços para a erradicação do sarampo. Foram notificados 158 casos de sarampo para o período de 2009 e 2010.

Tabela 1 Desempenho dos indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo. Rio Grande do Norte, 2009 e 2010

Indicadores	2009	2010
Encerramento laboratorial	33,3	55,0
Encerramento em 30 dias	0,0	53,9
Encerramento em 60 dias	0,0	70,6
Homogeneidade	67,6	71,2
Notificação negativa	15,9	29,5
Investigação oportuna	100,0	66,7
Investigação adequada	33,3	36,8
Coleta oportuna	100,0	100,0

Fonte: URI/CGDT/DEVEP/SVS/MS

Rubéola

No período de 2009 a 2010, foram notificados 143 casos suspeitos de rubéola no Rio Grande do Norte. Nenhum dos casos foi confirmado.

Tabela 2 Número de casos notificados de rubéola. Rio Grande do Norte, 2009 e 2010

Local	2009	2010
Região Nordeste	2.079	1.782
Rio Grande do Norte	70	73

Fonte: URI/CGDT/DEVEP/SVS/MS

Doenças Diarreicas Agudas (DDA)

No período de 2007 a 2010, foram notificados 373.306 casos de DDA no Rio Grande do Norte. A estimativa de incidência na população nesse período variou de 27,1 a 33,7/1.000 habitantes. O ano de 2010 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 204,5/1.000 habitantes e 128,9/1.000 habitantes, respectivamente.

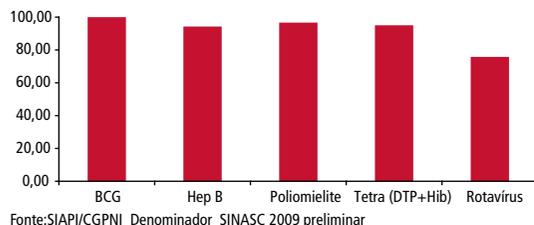
Ano	Número de casos de DDA	Estimativa de Incidência/1.000 habitantes
2007	83.664	27,1
2008	89.146	28,7
2009	93.717	29,9
2010	106.779	33,7

Fonte: SIVEP/MDDA – Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte

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

As coberturas vacinais (CV) de rotina em <1 ano de idade em 2010 no Rio Grande do Norte estiveram acima da meta estabelecida para a maioria das vacinas. Superaram o índice de 100% para a BCG (112,51%), atingiram 96,67% para a poliomielite e 95,04% para a DTP+Hib. Ficaram abaixo da meta para hepatite B (94,28%) e a vacina oral de rotavírus humano (75,77%). Do total de municípios, 106 (63,47%) atingiram CV ≥ 95% para a DTP+Hib (homogeneidade), ficando abaixo da meta (70%) pactuada intergestores do SUS. Em relação às CV da vacina tríplice viral em um ano de idade, em todo o período foram >95%. Entre 2006 e 2010, oscilaram entre 98,94% (2006) e 107,12% (2007). A homogeneidade variou entre 65,27% (2006 e 2008) e 85,03% (2007).

Figura 1 Coberturas vacinais, por tipo de vacina em menores de um ano de idade, Rio Grande do Norte, 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 oscilando com índices acima e abaixo da meta (95%) em cada etapa no mesmo ano. Flutuaram entre 93,04% em 2006 (1ª etapa) e 106,54% em 2010 (2ª etapa).

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

RN	2006	2007	2008	2009	2010
1ª etapa	93,04	98,84	97,36	94,60	100,08
2ª etapa	94,67	100,20	93,96	96,69	106,54

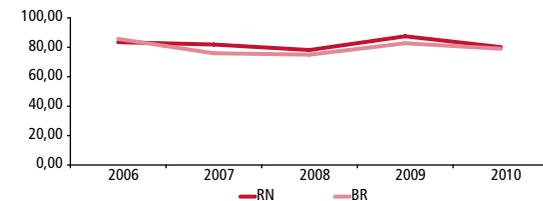
Coberturas vacinais da vacina hepatite B na população de 1 a 29 anos de idade

As CV da vacina hepatite B acumuladas no período de 1994 a 2011 (até abril) atingiram 56% da população de 1 a 29 anos de idade. No grupo etário de 1 a 19 ficaram em 75,25%, decrescendo para 29,10% no grupo de 20 a 24 anos e 15,50% no grupo de 25 a 29 anos.

Coberturas vacinais da vacina influenza (gripe)

A vacinação com influenza em idosos demonstrou boa adesão da população-alvo superando a meta em todo o período, exceto em 2008. Houve variação de 78,19% em 2008 a 83,53% em 2006 ficando acima da média nacional na maioria dos anos. Em 2011, dados sobre a vacinação dos grupos prioritários apontam CV de 87,07%. O estado superou 80% de cobertura vacinal em todos os grupos, exceto em gestantes (52,73%).

Figura 2 Coberturas vacinais com a vacina influenza sazonal, Rio Grande do Norte e Brasil, 2006 a 2010



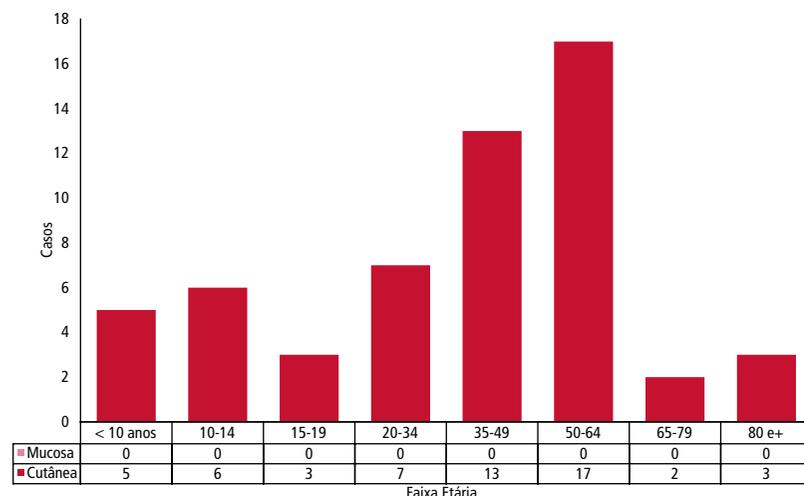
Eventos Adversos Pós-Vacinação

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, 21 (12,57%) notificaram algum tipo de evento pós-vacinação ficando abaixo da média nacional que foi 26,11%.

Leishmaniose

No ano de 2009, o estado do Rio Grande do Norte registrou 56 casos de leishmaniose tegumentar americana, com coeficiente de detecção de 1,8 casos por 100.000 habitantes. Os casos notificados estão distribuídos em quatro municípios: São Miguel (73,2%), Venha-Ver (14,3%), Luís Gomes (10,7%), e Major Sales (1,8%). O sexo masculino representou 50% dos casos e 91,1% ocorreram em maiores de 10 anos. O percentual de cura clínica foi de 73,2% e 75% tiveram a confirmação por critério laboratorial.

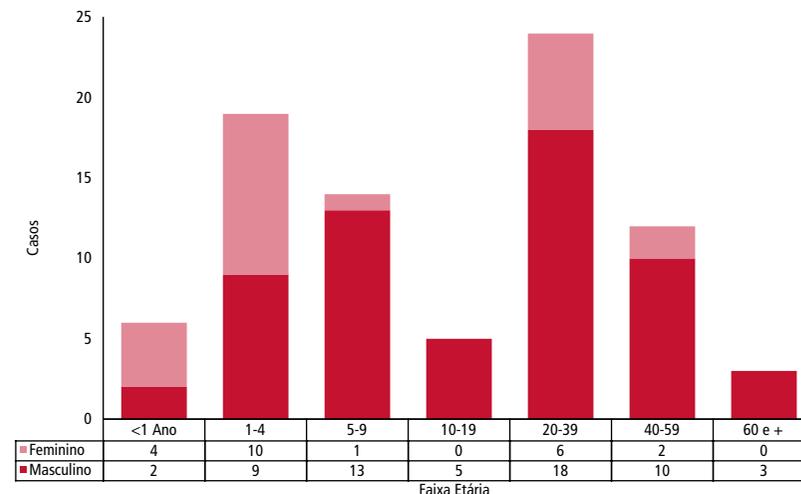
Figura 1 Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana por faixa etária segundo forma clínica – Rio Grande do Norte, 2009



Com relação à leishmaniose visceral foram registrados 83 casos no estado do Rio Grande do Norte em 2009, com coeficiente de incidência de 2,6 casos por 100.000 habitantes. A letalidade foi de 4,8% e o percentual de cura clínica foi de 86,7%. Foram confirmados laboratorialmente

95,2% dos casos. O município de Mossoró correspondeu a 47% dos casos, seguido de Natal com 14,5% e Açu com 6%.

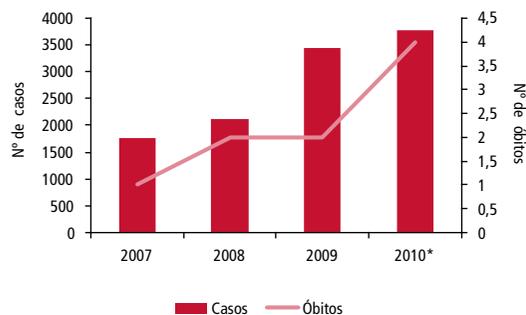
Figura 2 Casos de Leishmaniose Visceral por faixa etária segundo sexo – Rio Grande do Norte, 2009



Acidentes por animais peçonhentos

No estado do Rio Grande do Norte, período de 2007 a 2010*, houve um aumento de 114,0% nas notificações de acidentes causados por animais peçonhentos no SINAN (Figura 3). Em 2010* foram registrados 3.786 casos, o que corresponde a 9,8% dos casos registrados na região Nordeste e 3,0% no país. O número de óbitos registrados foi de 4, acarretando uma taxa de letalidade de 0,1%. O escorpionismo foi o acidente predominante, com incidência de 75,1 casos/100.000 hab., seguido pelo ofidismo (19,2 casos/100.000 hab.), acidente por abelha (5,2 casos/100.000 hab.), araneísmo (4,7 casos/100.000 hab.) e acidente por lagarta (1,0 caso/100.000 hab.).

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



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

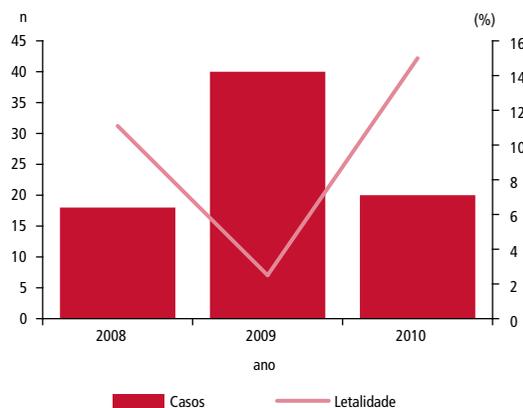
Dentre os 3.786 casos ocorridos em 2010*, 58,8% ocorreram em Natal, o município com maior registro, seguido por São Gonçalo do Amarante (5,8%), Parnamirim (5,8%), Mossoró (1,8%) e Ceará-Mirim (1,7%).

Leptospirose

No ano de 2010, foram notificados 42 casos sendo 20 casos confirmados da doença com 03 óbitos e letalidade de 15,0%, maior que a média nacional (10,0%) (Figura 2). O coeficiente de incidência da doença foi de 0,6/100.000 hab sendo menor que o da região (1,3/100.00 hab.) e do país (1,9/100.000 hab.). No período, 16 municípios notificaram casos da doença (9,5%), sendo os municípios de maior frequência de casos confirmados, Cruzeta (8/20), Natal (6/20) e Nova Cruz (2/20).

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

Figura 4 Casos e letalidade anual da Leptospirose. Rio Grande do Norte, 2008 a 2010*



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

Unidade de Vigilância em Zoonoses

Com base no levantamento atual do Ministério da Saúde, o estado do Rio Grande do Norte possui quatro Centros de Controle de Zoonoses (CCZ), localizados nos municípios de Natal, Caicó, Currais Novos e Mossoró, que atendem 36,9% da população do estado (o estado possui 167 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, foi notificado 01 caso de raiva em humano transmitido por morcego no ano de 2010 no município de Frutoso Gomes. No ciclo urbano (cães e gatos domésticos), foram notificados 06 casos em caninos e felinos, sendo o 09º estado com mais registro de casos nesse ciclo no Brasil.

Os locais prováveis de infecção das epizootias de raiva canina e felina nesse período destacam-se: Parnamirim, Ouro Branco, Santa Cruz, São Gonçalo do Amarante e Lagoa Salgada.

Em relação aos demais ciclos de transmissão, foram notificados 41 casos de raiva no ciclo rural (animais de produção), 60 no ciclo aéreo (morcegos) e 14 no silvestre terrestre (canídeos selvagens).

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

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

Rede de Alerta e Resposta às Emergências de Saúde Pública

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

No período de março de 2006 a dezembro de 2010, foram notificados ao CIEVS/nacional 745 (100%) eventos. A região Norte notificou 16% (117), Nordeste 22% (163), Centro-Oeste 19% (141), Sudeste 29% (220), Sul 14% (104). Dentre os estados que compõem a região Nordeste, o estado do Rio Grande do Norte foi responsável por 3% (21) das notificações referente ao Brasil e 13% (21) referente à região Nordeste.

Para o recebimento dessas notificações, o CIEVS/Nacional disponibiliza aos profissionais de saúde, 24 horas por dia 7 dias na semana, os meios de recepção (notificação) e processamento de dados: telefone com chamada gratuita (0800 644 66 45), e-notifica (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 Grande do Norte para notificação de eventos ao CIEVS/Nacional foi o e-notifica (76%).

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

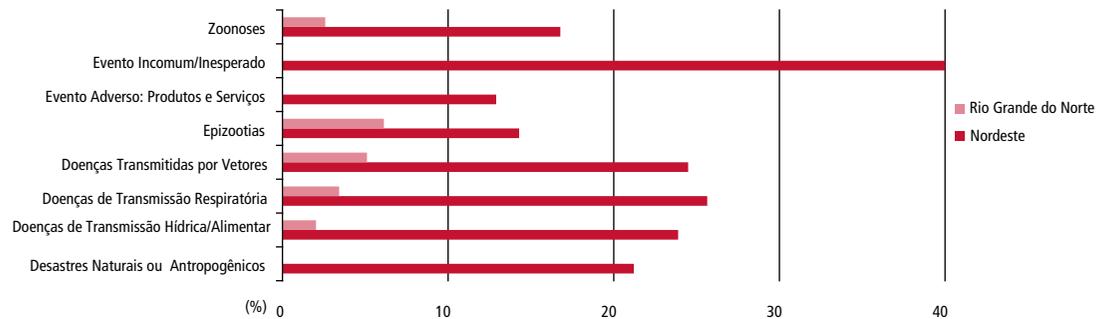


Tabela 1 Distribuição dos eventos notificados pelo estado do Rio Grande do Norte ao CIEVS/Nacional por grupo e meio de notificação. Brasil, 2006 a 2010

Grupo de eventos	e-notifica		Disque notifica		FormSUS		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Desastres Naturais ou Antropogênicos	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Doenças de Transmissão Hídrica/Alimentar	3	(18.8)	2	(40.0)	0	(0.0)	5	(23.8)
Doenças de Transmissão Respiratória	3	(18.8)	1	(20.0)	0	(0.0)	4	(19.0)
Doenças Transmitidas por Vetores	3	(18.8)	2	(40.0)	0	(0.0)	5	(23.8)
Epizootias	3	(18.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(14.3)
Evento Adverso: Produtos e Serviços	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Evento Incomum/Inesperado	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Zoonoses	4	(25.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(19.0)
Total	16	(100.0)	5	(100.0)	0	(0.0)	21	(100.0)

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

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

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

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

Fonte: CINES/DATASUS e AMS-2009/IBGE

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

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

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

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

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

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

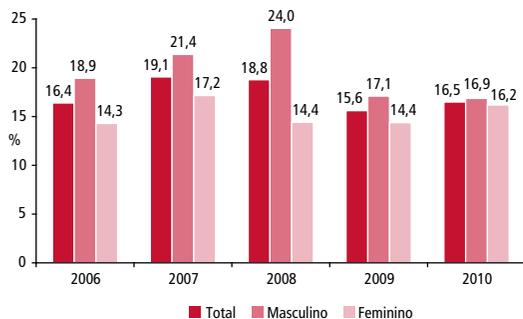
Fonte: DEVEP/SVS/MS

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

Prevalência de atividade no lazer entre adultos

No Brasil, a frequência de adultos que praticam atividade física no lazer (prática de atividades de intensidade leve ou moderada por pelo menos 30 minutos diários em 5 ou mais dias da semana ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos diários em 3 ou mais dias da semana) foi 14,9% em 2010. Em Natal, a frequência de adultos ativos no lazer foi superior à do Brasil em 2010 (16,5%).

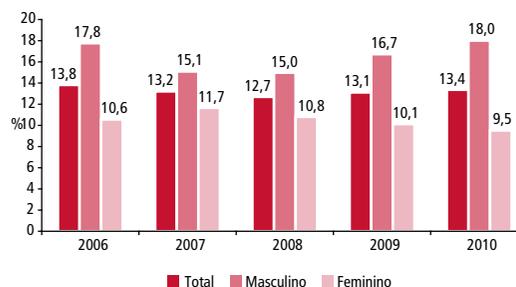
Figura 1 Percentual de adultos que praticam atividade física no lazer, segundo sexo. Natal-RN, VIGITEL 2006 a 2010



Prevalência de tabagismo em adultos

O tabagismo aumenta o risco de morbimortalidade por doenças coronarianas, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer. Considerou-se fumante todo indivíduo que fuma, independentemente da frequência e intensidade do hábito de fumar. No Brasil, a prevalência em 2010 foi 15,1%. Em Natal, a frequência do hábito de fumar foi inferior à do Brasil (13,4%).

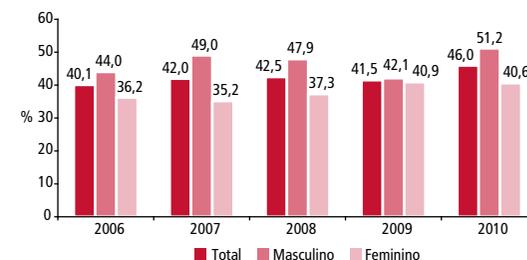
Figura 2 Percentual de adultos fumantes, segundo sexo. Natal-RN, VIGITEL 2006 a 2010



Prevalência de excesso de peso em adultos

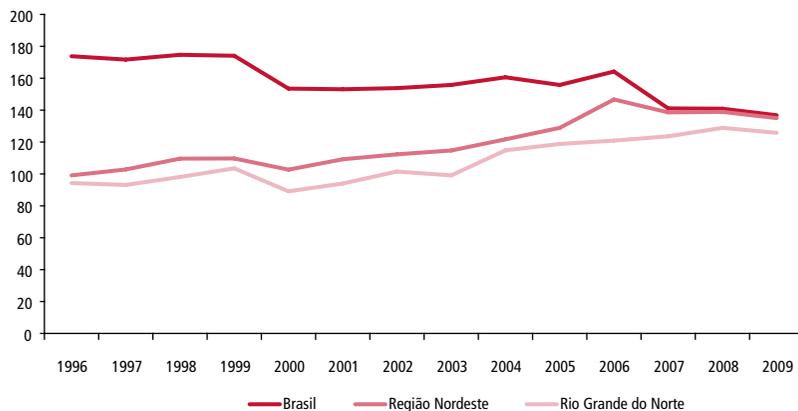
O excesso de peso aumenta o risco de doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, doenças cérebro-vasculares, hipertensão arterial, cânceres e diabetes. Foi considerado com excesso de peso o indivíduo com Índice de Massa Corporal (IMC) $\geq 30\text{kg/m}^2$. No Brasil, a prevalência de adultos com excesso de peso foi 48,1% em 2010. Em Natal, a frequência de excesso de peso foi superior à do Brasil (48,9%).

Figura 3 Percentual de adultos com excesso de peso (IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$), segundo sexo. Natal-RN, 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. No Rio Grande do Norte, assim como na região Nordeste, houve tendência de aumento nas taxas de mortalidade doenças cardiovasculares.

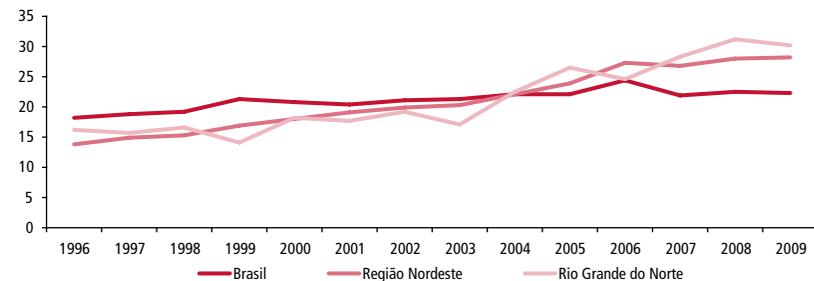
Figura 1 Taxa de mortalidade padronizada por doenças cardiovasculares em Rio Grande do Norte, na região Nordeste e no Brasil, 1996 a 2009*



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

A taxa de mortalidade por diabetes no Brasil apresentou tendência de aumento no período de 1996 a 2009. No Rio Grande do Norte, houve tendência de aumento mais acentuada que a apresentada pela região Nordeste e pelo Brasil.

Figura 2 Taxa de mortalidade padronizada por diabetes no Rio Grande do Norte, na região Nordeste e no Brasil, 1996 a 2009*

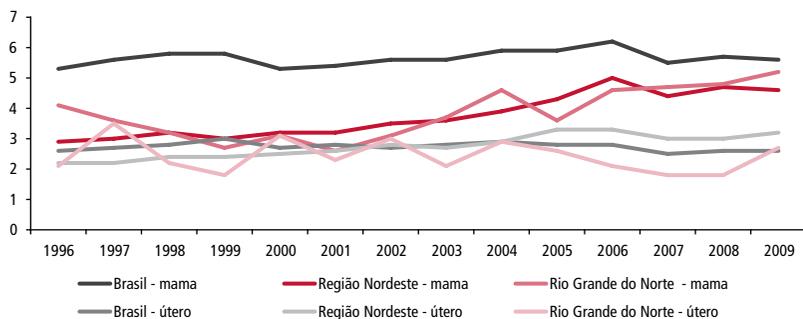


* Dados de 2009 preliminares. Taxa padronizada (população censo 2000) por 100 mil habitantes
Fonte: MS/SVS/SIM

Doenças e Agravos Não-Transmissíveis

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 Grande do Norte, assim como na região Nordeste, os valores do período analisado foram inferiores ao Brasil. Com relação à mortalidade por neoplasia de colo de útero, o Rio Grande do Norte apresentou taxas semelhantes à região Nordeste e ao Brasil.

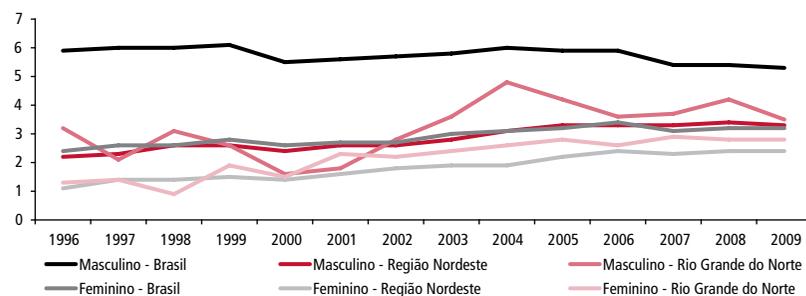
Figura 3 Taxa de mortalidade padronizada por neoplasias de mama e colo de útero em mulheres, no Rio Grande do Norte, na região Nordeste e no Brasil, 1996 a 2009*



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

As taxas de mortalidade por neoplasias de traqueia, brônquios e pulmão no Brasil apresentaram tendência à estabilidade, sendo sempre inferiores no sexo feminino no período analisado. No Rio Grande do Norte, houve tendência de aumento no sexo masculino até 2004, sendo inferior aos valores do Brasil e semelhante à região Nordeste. No sexo feminino foi verificada tendência de aumento nas taxas, sendo esses valores inferiores ao Brasil e semelhantes à região Nordeste.

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

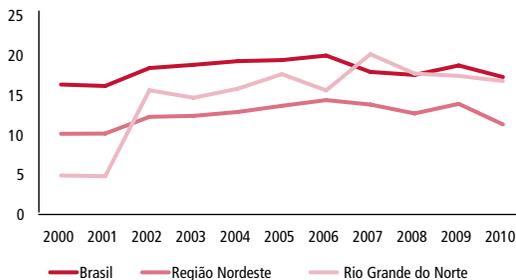


* Dados de 2009 preliminares. Taxa padronizada (população censo 2000) por 100 mil habitantes
Fonte: MS/SVS/SIM

Fratura de fêmur

A taxa de internação por fratura de fêmur em idosos (≥ 60 anos) no Brasil e na região Nordeste apresentou tendência de estabilidade no período de 2000 a 2010. Para o estado do Rio Grande do Norte, no período de 2000 a 2007 observou-se tendência de aumento da taxa de internação por fratura de fêmur; a partir de 2007 houve pequena redução. A taxa de internação por fratura de fêmur em idosos no Rio Grande do Norte a partir de 2002 foi sempre maior que a taxa da região Nordeste. Em relação ao Brasil, a taxa do Rio Grande do Norte foi maior somente em 2007, estando o restante do período abaixo da taxa nacional.

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



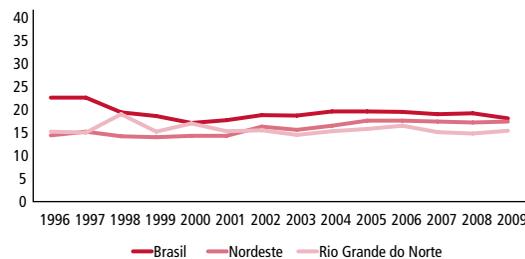
Fonte: SIH/SVS/MS
* Dados de 2010 preliminares. Taxa (população censo 2000) por 10 mil habitantes

Acidentes de Transporte Terrestre

A taxa de mortalidade padronizada por acidente de transporte terrestre (ATT), no Rio

Grande do Norte, na região Nordeste e no Brasil apresentou tendência de estabilidade. As taxas encontradas para o estado do Rio Grande do Norte são próximas as da região Nordeste e inferiores as do Brasil. Um dos principais responsáveis pelo aumento na taxa de mortalidade por ATT é decorrente das mortes com motociclistas; no Brasil a taxa de mortalidade em motociclistas no período de 1996 a 2009 aumentou em 9,2 vezes.

Figura 2 Taxa de mortalidade padronizada por acidente de transporte terrestre no Rio Grande do Norte, na região Nordeste e no Brasil, 1996 a 2009*



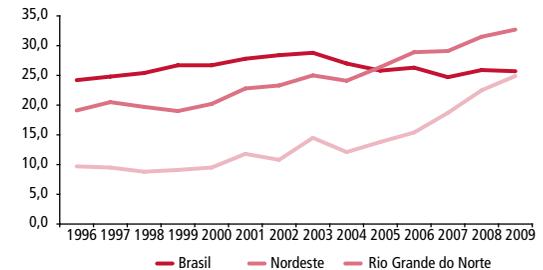
Fonte: SIM/SVS/MS
* Dados de 2009 preliminares. Taxa padronizada (população censo 2000) por 100 mil habitantes

Agressões

A taxa de mortalidade padronizada por agressões no Brasil apresentou tendência de estabilidade no período de 1996 a 2009. O estado do Rio Grande do Norte, no mesmo período, apresentou tendência de aumento, quase se equiparando à taxa nacional. Na região Nordeste observou-se também tendência de aumento, sendo suas taxas superiores às encon-

tradas para o estado do Rio Grande do Norte em todo o período; essa taxa também foi superior às taxas do Brasil a partir de 2005.

Figura 3 Taxa de mortalidade padronizada por agressões no Rio Grande do Norte, na região Nordeste e no Brasil, 1996 a 2009*



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

Acidentes de Trabalho

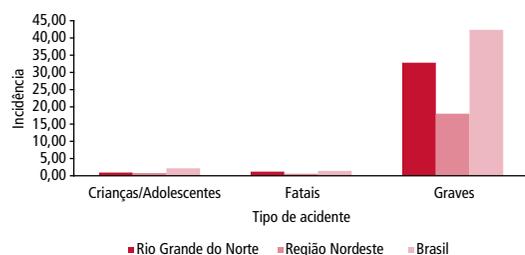
A notificação dos acidentes de trabalho graves que englobam os acidentes fatais, os com amputações e os com crianças e adolescentes tornou-se compulsória no SINAN em 2004 com a publicação da Portaria MS 777/04, sendo mantida pela Portaria MS 104 /11.

Segundo os dados notificados no SINAN para o ano de 2010, o estado do Rio Grande do Norte possui uma incidência (número de casos divididos pela população economicamente ativa X 100.000) de acidentes com crianças e adolescentes de 0,93, maior que a região Nordeste que registrou 0,79 e menor que o Brasil que atingiu 2,17/100.000.

O estado registrou 18 casos fatais em trabalhadores durante o ano de 2010 com uma incidência de 1,20, maior que a região Nordeste que atingiu 0,58 e menor que o Brasil que obteve 1,41.

A incidência de acidentes graves foi maior em comparação com a região com 32,82 casos por 100.000 pessoas em idade de trabalho, enquanto que na região Nordeste foi de 18,02 e no Brasil de 42,36.

Figura 4 Incidência de acidentes de trabalho em crianças e adolescentes, fatais e graves, Rio Grande do Norte, região Nordeste e Brasil, 2010



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

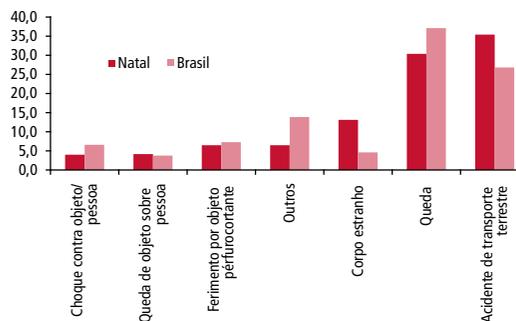
Acidentes em geral

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

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

No Brasil, as quedas foram as principais causas de atendimentos de emergência por acidentes (37,1%), seguidas dos acidentes de transporte (26,8%). Em Natal-RN predominou os acidentes de transporte terrestre (35,4%), seguidos das quedas (30,4%), corpo estranho (13,1%), ferimento por objetos perfurocortantes (6,5%), queda de objeto sobre pessoa (4,2%), choque contra objeto/pessoa (4,0); os outros acidentes foram responsáveis por 6,5% do total de atendimentos por acidentes.

Figura 5 Atendimentos por acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência no município de Natal-RN e Brasil*, 2009



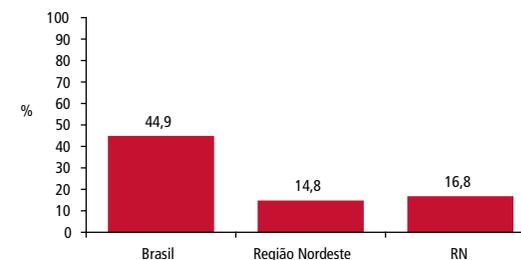
Fonte: VIVA Inquérito 2009/SVS/MS
* Pesquisa realizada em 23 capitais e DF (São Paulo, Cuiabá e Manaus não realizaram a pesquisa)

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 Nordeste verificou-se notificação em 14,8% dos municípios, enquanto que no Rio Grande do Norte, com 167 municípios, 16,8% estão notificando.

Os principais tipos de violência notificados (n=615) no Rio Grande do Norte foram os atendimentos decorrentes de violência física (65,5%), seguidos dos eventos decorrentes de violência psicológica/moral (18,8%) e violência sexual (18,8%).

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

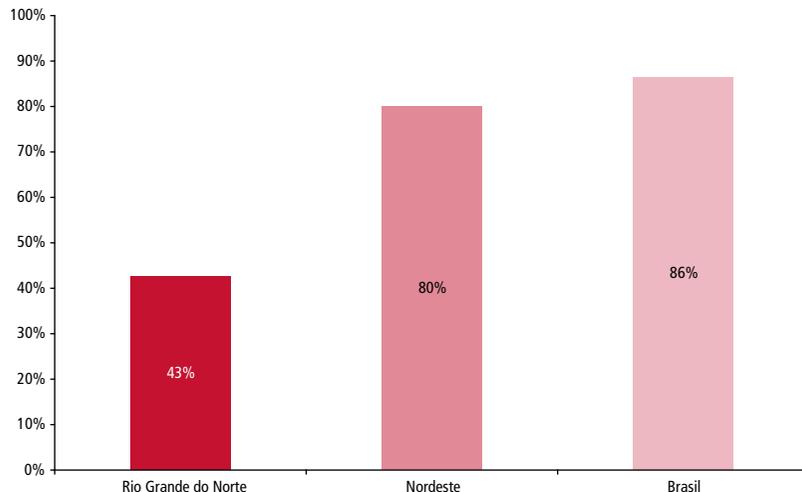


Fonte: VIVA SINAN/SVS/MS

Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA)

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

Figura 1 Percentual de municípios com ações do VIGIAGUA, Rio Grande do Norte, região Nordeste e Brasil, 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 Grande do Norte, 7% dos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) não possuem tratamento, segundo informações do Sistema de Informação de Vigilância da Quali-

dade da Água para Consumo Humano (SISAGUA), na região Nordeste o percentual é de 37,71%.

Para avaliar a qualidade da água para consumo humano são utilizados os indicadores turbidez, coliformes totais (CT) e *Escherichia coli*, dentre outros, que podem indicar a contaminação por micro-organismos patogênicos. A avaliação realizada no Rio Grande do Norte está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 Avaliação da Qualidade da Água para consumo humano, segundo os indicadores turbidez, coliformes totais e *Escherichia coli*, Rio Grande do Norte-2010

Tipo de abastecimento	Nº de Amostras realizadas		Percentual das amostras		
	CT	Turbidez	Presença CT	Presença <i>E. coli</i>	Turbidez fora do padrão
SAA	1.694	1.661	24,14	6,79	1,75
SAC*	166	160	57,83	29,52	0,62
SAI**	35	41	65,71	51,43	2,44

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. Entretanto, segundo o SISAGUA, no Rio Grande do Norte apenas o município de São Vicente realizou análises de agrotóxicos em 2010, o que impossibilita a avaliação da ocorrência dessas substâncias químicas nos mananciais de abastecimento do estado.

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 os municípios de Natal, Currais Novos, Florânia, Jucurutu e

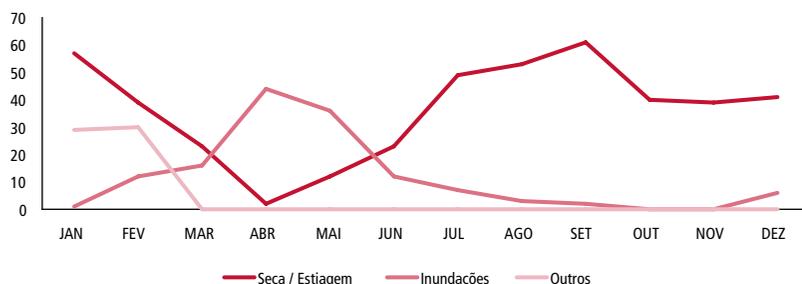
São Vicente realizaram análises de cianobactérias e em todos eles foram identificadas amostras com resultados acima do limite especificado na legislação (20mil células/100 ml).

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 637 decretos de situação de emergência (SE) e/ou estado de calamidade pública (ECP) devido à ocorrência de desastres. Desses decretos, 21,82% foram pelas inundações e 68,92% por seca/estiagem, distribuídos ao longo do ano, conforme Figura 2 a seguir.

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



Fonte: Dados – SEDEC/MI/ Formatação: Vigidesastres/

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

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

No estado do Rio Grande do Norte foram identificadas 17 áreas no ano de 2010 no SISOLO, representando 1% das áreas cadastradas na região Nordeste. Destacaram-se as Áreas Agrícolas (AA) e as Áreas Industriais (AI). O estado possui um total de 340 áreas cadastradas, com cerca de 668 mil pessoas potencialmente expostas a contaminantes químicos. A identificação dessas áreas subsidia o estabelecimento de ações de vigilância, de curto, médio e/ou longo prazo no âmbito do setor saúde.

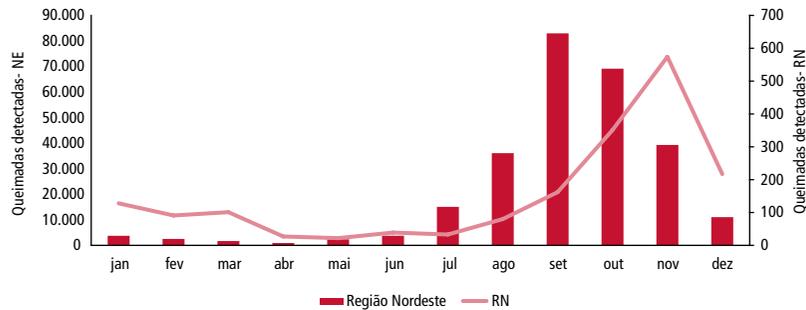
Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos

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

No estado do Rio Grande do Norte o Instrumento de Identificação de Municípios de Risco (IIMR) foi aplicado em 183 (100%) municípios.

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

Figura 3 Número de focos de queimada detectados, Rio Grande do Norte região Nordeste, 2010



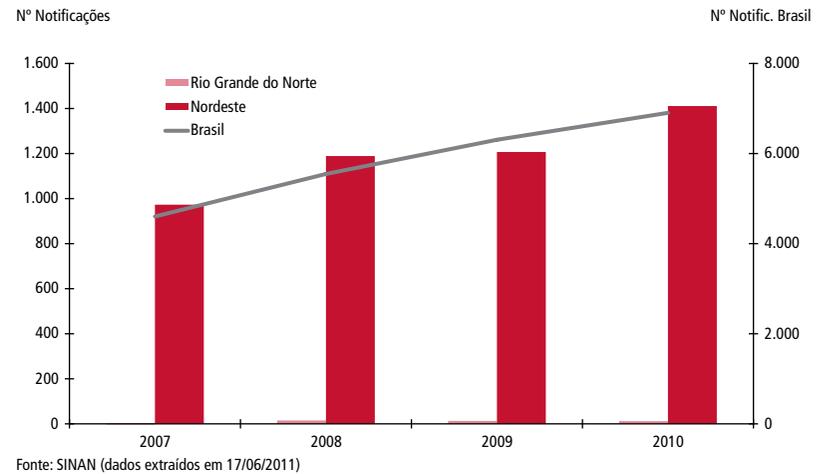
Fonte: INPE/CPTEC-2011

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

Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos

O consumo de agrotóxico no estado do Rio Grande do Norte em 2009 ultrapassou o valor de 540 toneladas de princípios ativos (38% herbicidas) em 497.939 hectares de área plantada. O estado do Rio Grande do Norte notificou no SINAN 12 casos de intoxicação por agrotóxico no ano de 2010, correspondendo a 1% dos casos notificados da região Nordeste.

Figura 4 Notificações de intoxicação por agrotóxicos no SINAN, 2007 a 2010, Rio Grande do Norte, região Nordeste, Brasil



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

Avaliação de Impacto à Saúde de empreendimento

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

Agravos que têm o trabalho como causa essencial

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

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

O registro dos acidentes no estado do Rio Grande do Norte mantém a tendência nacional e regional de grande predominância do registro dos acidentes de trabalho, com a peculiaridade de inverter o agravo de maior número de casos, em que os acidentes com material biológico, representam 50% (n=596) do total registrado no estado, enquanto acidentes de trabalho grave representaram 43% (n=511).

No estado é mantida a tendência das LER/DORT e as intoxicações exógenas representarem um grupo com frequência intermediária de agravos com 62 e 19 casos registrados respectivamente. Os casos de dermatoses ocupacionais, transtornos mentais, PAIR e pneumoconioses apresentam um registro de casos esporádicos. Não houve notificação de casos de câncer relacionado ao trabalho.

Tabela 1 Frequência de notificações de agravos relacionados ao trabalho* no Rio Grande do Norte, na região Nordeste e no Brasil em 2010

UF Agravo	Rio Grande do Norte	Nordeste	Brasil
Acidentes com material biológico	596	4.123	31.220
Acidentes graves	511	4.500	41.424
LER/DORT	62	1.562	5.452
Intoxicações Exógenas	19	459	3.036
Dermatoses ocupacionais	2	53	501
Transtornos mentais	2	125	352
PAIR	1	18	304
Pneumoconioses	1	23	186
Câncer	0	2	27
Total	1.194	10.865	82.502

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

Outros agravos relacionados ao trabalho

Dos demais agravos de notificação compulsória no SINAN e que a relação com o trabalho foi identificada, no estado do Rio Grande do Norte em 2010 os quatro de maior frequência foram os acidentes com animais peçonhentos, a tuberculose, a LTA (Leishmaniose Tegumentar Americana), e a violência (Figura 1).

Os acidentes por animais peçonhentos totalizaram 3.789 casos no estado, dos quais, 191 (inc. 12,7/100.000 hab.) são relacionados ao trabalho e 3.598 (inc. 121,4) na população geral. Nota-se que a incidência de casos no estado foi menor que da região que correspondeu à 18,7 entre pessoas em idade economicamente ativa e maior que na população geral, 74,0; e

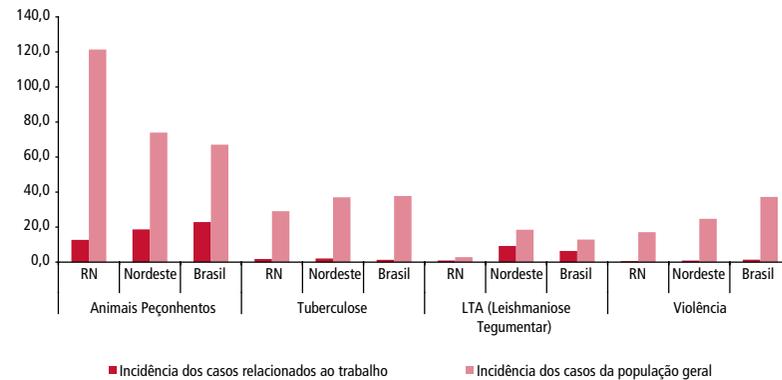
menor que do Brasil com 22,9 entre os com idade economicamente ativa e na população geral 67,1.

No estado do Rio Grande do Norte, a incidência dos casos de tuberculose relacionados ao trabalho foi de 1,8 e dos casos não relacionados de 29,1/100 mil habitantes, enquanto que as taxas da região Nordeste foram 2,1 e 37,0 e do Brasil (1,3 e 37,8), respectivamente.

Em relação a LTA (Leishmaniose Tegumentar Americana), o estado notificou em 2010 um total de 89 casos, dos quais, 14 foram relacionados ao trabalho. A taxa de incidência (por 100 mil habitantes) foi de 0,9 casos relacionados ao trabalho e de 2,9 casos na população geral. A incidência dos casos relacionados ao trabalho no estado foi inferior, comparada a região Nordeste (9,2 /100 mil hab.) e ao Brasil (6,4/100 mil hab.).

Em 2010, foram registrados 534 casos de violência, com incidência de 0,6 casos por 100 mil hab. relacionados ao trabalho e 17,1 não relacionados, o valor relacionado ao trabalho foi inferior ao obtido pela região Nordeste (0,9) e ao coeficiente nacional (1,4).

Figura 1 Taxa de incidência (por 100 mil hab.), segundo doença ou evento*, Rio Grande do Norte, região Nordeste, Brasil, 2010



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

Sistemas de Informações SIM e SINASC

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

Coberturas do SIM e SINASC¹

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

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

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

O fator de correção para os óbitos encontrado na Amazônia Legal (1,18) é ligeiramente superior ao do Nordeste (1,15), correspondendo as coberturas de 84,5% e 87,1%, respectivamente. As maiores correções foram obtidas entre os municípios de pequeno porte populacional. As informações do SINASC têm melhor nível de adequação que as do SIM, com 91% de cobertura na região Norte e 93,2% no Nordeste. O Brasil tem cobertura de 93% no SIM e 95,6% no SINASC.

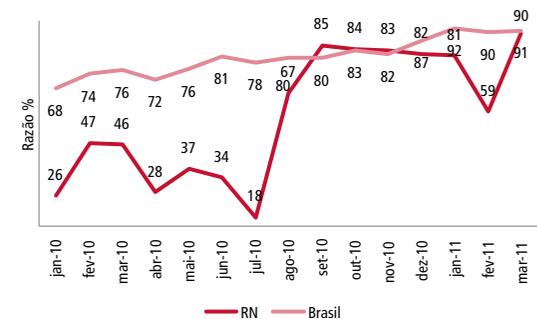
Em, 2008 o estado do Rio Grande do Norte apresentou cobertura de 84,7% no SIM, cujo fator de correção foi de 1,18. E o Coeficiente

Geral de Mortalidade foi corrigido de 5,0 para 5,9. O CGM corrigido da região foi de 6,0 e do Brasil 6,2. Enquanto, o SINASC apresentou cobertura de 92,8%, fator de correção 1,08. A taxa de natalidade foi corrigida de 16,1 para 17,4. A taxa corrigida da região foi de 18,3, a nacional 16,4.

Regularidade do SIM

O estado do Rio Grande do Norte apresentou aumento no envio de óbitos transferidos ao SIM dentro do prazo, atingindo a meta (80%) em 6 meses, dos 15 observados (em média 57,9%). O estado permaneceu a maior parte do período abaixo da média nacional. O 1º trimestre e o 4º trimestre de 2010 foram o pior e o melhor desempenho observado no período, respectivamente.

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



Fonte: SIM/SVS/MS e IBGE

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

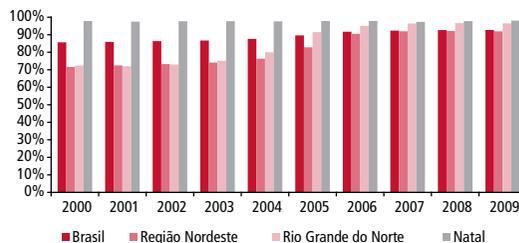
Considerações gerais

Os resultados para nascidos vivos mostram uma homogeneidade bem maior por UF, com todos os estados e DF com coberturas próximas ou superiores a 90%, incluindo os das regiões Norte e Nordeste. Embora, persista a desigualdade na informação da mortalidade: 30% dos municípios brasileiros ainda têm coberturas de óbitos inferiores a 80%, sendo a maioria localizada nas regiões N e NE. Nota-se, porém, avanços importantes na informação dos sistemas vitais: são raros os municípios terem coberturas menores do que 50% para ambos os sistemas. A regularidade no envio do dado do SIM, no geral, está satisfatória nos últimos meses. Ações são implementadas para o aumento da captação de registros, como: os processos de institucionalização da busca direcionada de óbitos e nascimentos; de padronização do registro de sepultamentos e de monitoramento e avaliação da regularidade do envio das informações ao SIM; transferência de registros via SISNET e a rotina de auditoria eletrônica de volume de registros entre os níveis de gerência dos sistemas.

Óbitos com causa básica definida

O percentual de óbitos não fetais com causa básica definida no Rio Grande do Norte (RN) aumentou de 72,4% em 2000 para 96,5% em 2009. Nesse último ano, Natal apresentou percentual de 98,1%, a região Nordeste de 91,9% e o Brasil de 92,7%.

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



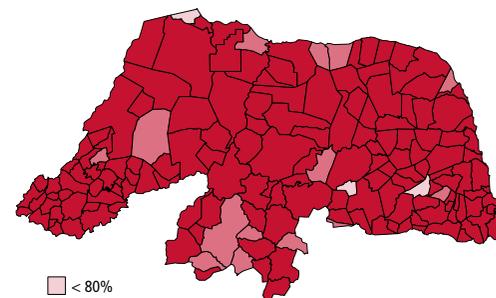
Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

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

- menor que 80%: 2 municípios (1,2%);
- de 80% a 89%: 14 municípios (8,4%);
- 90% e mais: 151 municípios (90,4%)

A qualidade da informação sobre a causa básica de morte na declaração de óbito no RN melhorou na última década, mantendo nível adequado ($\geq 90\%$ de óbitos com causa definida) a partir do ano 2005. Esse nível foi observado em 151 dos 167 municípios do estado, em 2009. Destaca-se que a capital manteve o percentual adequado durante todo o período.

Figura 3 Percentual de óbitos por causa definida, por municípios. Rio Grande do Norte, 2009



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

Óbitos investigados em 2010

No RN foram notificados 538 óbitos fetais dos quais 105 corresponderam à capital. Observou-se que em todo o estado foram investigados 20,3% desses óbitos, porém nenhum óbito na capital. O percentual investigado da região Nordeste foi 23,5% e do país, 28,7%.

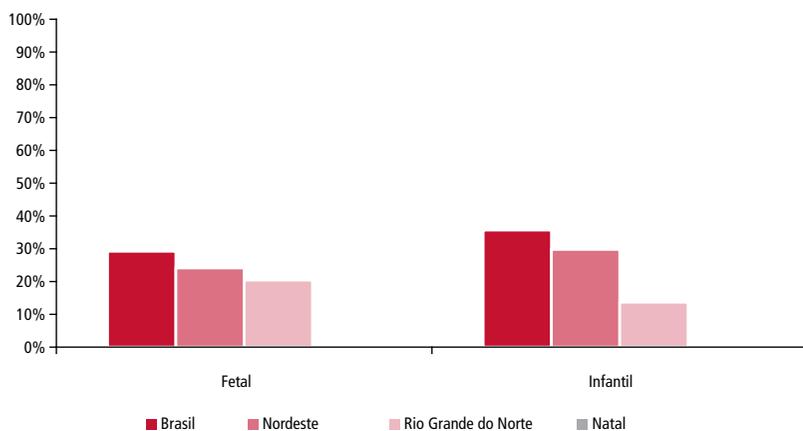
Foram notificados 628 óbitos infantis em todo o estado, sendo que, desses óbitos, 142 aconteceram em Natal. Quanto à investigação, ela foi realizada em 13,7% dos óbitos no RN, mas na capital nenhum óbito foi investigado. O percentual investigado na região Nordeste foi 28,9%, e no país 35%.

Com relação aos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), foram informadas 838 mortes no estado e 251 em Natal. As investigações ocorreram em 81,4% dos óbitos MIF acontecidos

em todo o estado e em 96,0% na capital, valores superiores aos da região Nordeste foi 56,5% e do país 64,7%.

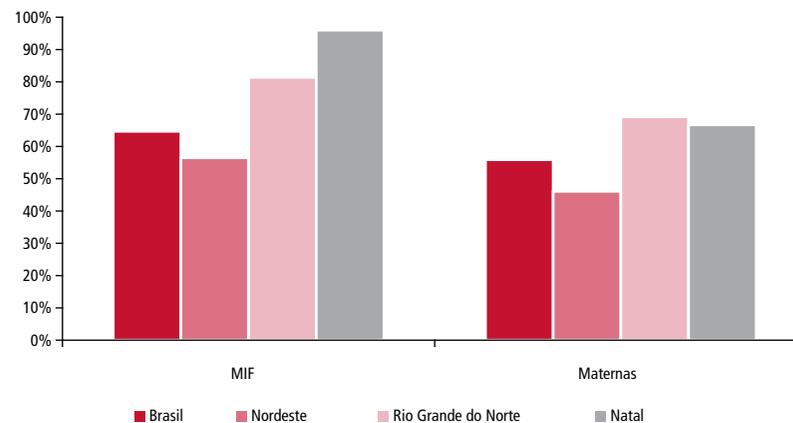
Em referência às mortes maternas, foram notificadas 13 mortes no RN, das quais 3 ocorreram na capital. Em todo o estado foram investigados 9 óbitos maternos (69,2%), correspondendo 2 (66,7%) à capital, valores superiores aos informados na região Nordeste (46,5%) e no Brasil (56,5%).

Figura 4 Percentual de óbitos fetais e infantis investigados em 2010



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

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



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

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

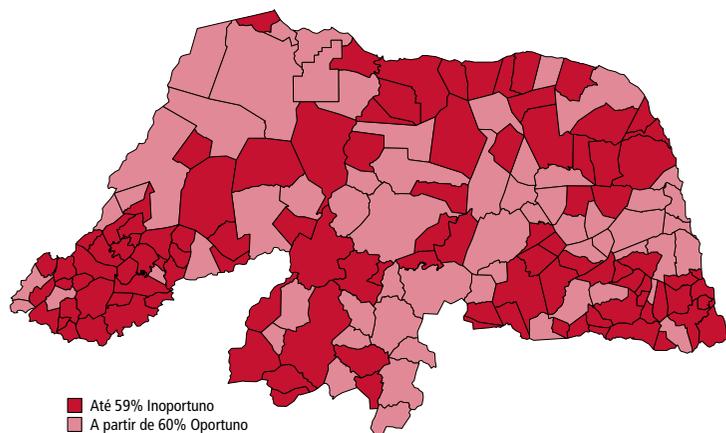
Sistema de informações de agravos de notificação (SINAN)

Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo

O estado de Rio Grande do Norte pactuou para o ano de 2010 uma meta de 60% de casos com encerramento oportuno, e até o momento está com 69%, portanto essa meta foi alcançada.

Os agravos coqueluche, doença de Chagas, leptospirose e rubéola não atingiram a meta estabelecida para o ano de 2010.

Figura 6 Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por município, Rio Grande do Norte, 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 79% de envio regular dos dados do SINAN ao Ministério da Saúde, e em 2010 alcançou 77%.

Tabela 1 Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo, Rio Grande do Norte, 2010*

Agravos	Casos		
	Notificados	Encerrados Oportunamente	
		Total	Nº
Botulismo	0	0	0,00
Cólera	0	0	0,00
Coqueluche	7	4	57,00
Dengue	104	84	80,00
Difteria	0	0	0,00
Doença de Chagas	16	5	31,00
Febre Amarela	1	0	0,00
Febre do Nilo	0	0	0,00
Febre Maculosa	0	0	0,00
Febre Tifoide	0	0	0,00
Hantavirose	1	0	0,00
Hepatite Viral	450	298	66,00
Leishmaniose Visceral	63	46	73,00
Leptospirose	24	12	50,00
LTA	81	76	93,00
Malária	12	11	91,00
Meningite	86	59	68,00
Paralisia Flácida Aguda	6	5	83,00
Peste	0	0	0,00
Raiva	3	3	100,00
Rubéola	32	12	37,00
Sarampo	0	0	0,00
SRC	0	0	0,00
Tétano Acidental	13	8	61,00
Tétano Neonatal	0	0	0,00
Total	899	623	69,00

* 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 Grande do Norte, 2010

Descrição	Instituição	Valor
Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde – PFVPS	SES	3.265.771,29
	Municípios	12.819.725,49
Total 1		16.085.496,78
Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde – PVVPS		
▶ Núcleos Hospitalares de Epidemiologia	3 Hospitais (*)	114.000,00
▶ Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza Pandêmica H1N1 2009	SES	85.597,96
	167 Municípios	770.230,41
▶ Política Nacional de Promoção da Saúde	83 Municípios	2.940.000,00
▶ Registro de Câncer de Base Populacional	SES	42.000,00
▶ Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis	SES	420.000,00
▶ Desenvolvimento de ações contingenciais de vigilância e controle da leishmaniose visceral	Mossoró	200.000,00
▶ Incentivos no âmbito do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids	SES	779.236,68
	Mossoró e Natal	653.949,33
Total 2		6.005.014,38

SES – Secretaria Estadual de Saúde

(*) 2 Hospitais Estaduais; 1 Hospital Federal

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

Tabela 1 Número de profissionais de saúde por 1000 habitantes em 2008. Rio Grande do Norte

Região/UF	Médicos	Odontólogos	Enfermeiros	Nutricionistas	Veterinários	Farmacêuticos	Técnicos Enfermagem	Auxiliares Enfermagem
Nordeste	1,06	0,59	0,67	2,09	0,17	0,28	2,77	6,18
RN	1,25	0,81	0,74	0,74	0,12	0,58	1,44	3,08

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

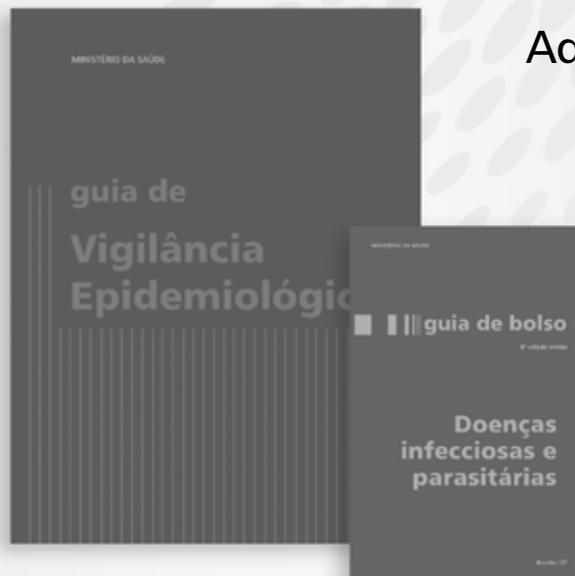
Vale ressaltar ainda a participação, no período de 2009 a 2010, das secretarias de saúde na submissão de 26 trabalhos na Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (EXPOEPI) e a submissão por profissionais dos serviços ou das academias de quatro artigos na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, editada pela SVS/MS.

Curso	Local	Quantitativo
Especialização em Vigilância de Doenças Transmissíveis	Natal/RN	16
Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde	Recife/PE	2
Total		18

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

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

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



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

www.saude.gov.br/svs

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



Ouvidoria do SUS
136

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

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



Apoio:



Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA