

SEVS
Secretaria Executiva
de Vigilância em Saúde



Secretaria
de Saúde
PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Vigilância em Saúde de Pernambuco

aprendendo com as práticas
e produzindo conhecimento

Coletânea de trabalhos apresentados
pela Secretaria Executiva de Vigilância em
Saúde da SES-PE no 10º Congresso Brasileiro
de Saúde Coletiva. Porto Alegre/RS, 14 a 18
de novembro de 2012

Vigilância em Saúde de Pernambuco:

aprendendo com as práticas e produzindo conhecimento

Coletânea de trabalhos apresentados pela
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
da SES-PE no 10º Congresso Brasileiro de Saúde
Coletiva. Porto Alegre/RS, 14 a 18 de novembro

Pernambuco
2013

© 2013. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta 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 desta obra é da área técnica.

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição – 2013 – 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519,

Bongi - Recife-PE

CEP: 50751-530

Telefone: (81) 3184-0104

E-mail: sevs@saude.pe.gov.br

Home page: www.saude.pe.gov.br

Coordenação

Ana Coelho de Albuquerque

Sílvia Natalia Serafim Cabral

Revisão

Carmem Dhalia

Goretti Godoy

Revisão final

Eronildo Felisberto

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra

Diagramação e Capa

Rafael Azevedo de Oliveira

Ficha Catalográfica

Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.

Resumos aprovados no 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva / Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.- 1. ed. - Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2013. 66p. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

1. Vigilância Epidemiológica. 2. Saúde Pública. I. Título. II. Série.

Governador de Pernambuco

Eduardo Henrique Accioly Campos

Vice- governador

João Soares Lyra Neto

Secretário Estadual de Saúde

Antônio Carlos dos Santos Figueira

Chefe de Gabinete

Joanna Freire

Secretária Executiva de Coordenação Geral

Ana Paula Menezes Soter

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde

Eronildo Felisberto

Secretária Executiva de Atenção à Saúde

Tereza de Jesus Campos Neta

Secretária Executiva de Regulação em Saúde

Adelaide Caldas Cabral

Secretária Executiva de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde

Cinthia Kalyne de Almeida Alves

Secretário Executivo de Administração e Finanças

Jorge Antonio Dias Correia de Araújo

Superintendência de Comunicação

Thiago Nunes

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde

Eronildo Felisberto

Assessoria do Gabinete SEVS

Ana Cláudia Simões Cardoso

Ana Coelho de Albuquerque

Assessoria de Planejamento SEVS

Alessandro Cerqueira

Coordenador do Programa SANAR

José Alexandre Menezes da Silva

Diretora Geral de Informações e Ações Estratégicas da Vigilância Epidemiológica

Patrícia Ismael de Carvalho

Gerência de Informações Estratégicas

Romildo Siqueira de Assunção

Coordenação do Sinan

Andréa Barbosa

Coordenação do Cievs

Patrícia Lima

Coordenação de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar

Maria do Carmo Rocha

Gerência de Monitoramento e Vigilância de Eventos Vitais

Cândida Correia

Coordenação do Sinasc

Idalacy Barreto

Coordenação do SIM

Bárbara Figueiroa

Gerência da Rede SVO

Bárbara Araújo

Diretora Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra

Gerência de Monitoramento e Avaliação em Saúde

Juliana Martins B.S. Costa

Coordenação de Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde

Monik Duarte

Coordenação de Análise e Disseminação da Informação em Saúde

Tereza Farias

Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção à Saúde

Marcella Abath

Coordenação de Mobilização Comunitária e Promoção de Modos de Vida Saudáveis

Els Amorim

Coordenação de Vigilância de Acidentes e Violência

Sandra Luzia Souza

Gerência de Atenção à Saúde do Trabalhador

Denise Timóteo

Diretora Geral de Controle de Doenças e Agravos

Roselene Hans Santos

Assessoria da Diretora Geral de Controle de Doenças e Agravos

Sílvia Cabral

Gerência de Prevenção e Controle da Aids e outras DST

François Figueiroa

Coordenação de Prevenção de DST

Djair Sena

Coordenação de Prevenção e Controle da Aids

Khaled Almahnoud

Coordenação de Prevenção das Hepatites

Adriana Cavalcante

Coordenação de Vigilância Ambiental de Riscos Ambientais

Danielle Ferreira

Gerência de Doenças Transmitidas por Micobactérias

Ana Lucia Souza

Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose

Nadianara Araújo

Coordenação do Programa de Controle da Hanseníase

Raissa Alencar

Gerência de Prevenção e Controle das Zoonoses, Endemias e Riscos Ambientais

Bárbara Morgana

Coordenação de Prevenção da Leishmaniose, Raiva e Peste

Francisco Duarte

Coordenação de Prevenção da Esquistossomose

Gabriella Murakami

Coordenação de Vigilância de Chagas, Tracoma e Malária

Gênova Azevedo

Coordenação de Prevenção da Dengue e Febre Amarela

Claudenice Pontes

Gerência de Prevenção e Controle dos Agravos Agudos

Nara Melo

Coordenação de Doenças Imunopreveníveis

Ana Antunes Fonseca

Coordenação de Doença de Veiculação Hídrica e Alimentar

Camila Vasconcelos

Diretor Geral do Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN

Ovídio Araripe

Diretor da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária - APEVISA

Jaime Brito

Apoio Administrativo

Camila Moura

José Everaldo Bezerra Júnior

Marta Ximenes

Ricardo Alex de Lima

Sóstenes Marcelino da Silva Junior

Wanessa Cristina de Souza

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| Apresentação | 9 |
| Perfil Epidemiológico dos Acidentes por Animais Peçonhentos em Pernambuco | 11 |
| Perfil Epidemiológico da Leptospirose em Pernambuco | 12 |
| Análise do Conhecimento Técnico dos Profissionais Responsáveis pelo Controle do <i>Aedes Aegypti</i> (Diptera: Culicidae), a partir de Capacitação nos Municípios de nove Gerências Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco | 13 |
| Aspectos Epidemiológicos da Leishmaniose Visceral em Pernambuco no Período de 2001 a 2011 | 14 |
| Filariose Linfática em Pernambuco e a Perspectiva de Eliminação, Estudo das Ações de Controle, no Período de 2008 a 2011 | 15 |
| Estudo Epidemiológico Descritivo dos Óbitos por Esquistossomose em Pernambuco, nos anos 2005 a 2010 | 16 |
| Avaliação da Integração da Estratégia de Saúde da Família com o Programa de Controle da Esquistossomose em Municípios Endêmicos de Pernambuco 2011 | 17 |
| Análise das Ações de Controle do Vetor da Doença de Chagas no Estado de Pernambuco no Período de 2006 a 2011 | 18 |
| Consultório na Praça como Estratégia para Intensificar a Detecção de Hanseníase em Pernambuco nos anos de 2010 a 2012 | 19 |
| Como Acontecem as Ações de Prevenção e Controle da Hanseníase no Sistema Prisional de Pernambuco | 20 |
| Diagnóstico Situacional da Organização dos Serviços em seis Municípios Prioritários do Estado de Pernambuco | 21 |
| Resultado Preliminar das Ações de Apoio Técnico e Assessoramento em Unidades de Saúde como Estratégia para Enfrentamento da Tuberculose e Hanseníase pelo Programa Sanar em Municípios Prioritários de Pernambuco, 2011-2012 | 22 |
| Perfil Epidemiológico da Tuberculose Multirresistente no Estado de Pernambuco, 2007 – 2011 | 23 |
| Atuação do Programa de Vigilância de Populações Expostas a Solo Contaminado no Pólo Gesseiro de Pernambuco, 2012 | 24 |
| Programa de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado - (Vigisolo), a Experiência de Pernambuco, 2006-2011 | 25 |
| Implantação do Programa de Vigilância de Populações Expostas a Solo Contaminado no Território Estratégico do Complexo Industrial de Suape, Pernambuco, 2012 | 26 |
| Experiência do Vigidesastres Frente a Situação de Estiagem em Pernambuco, 2012 | 27 |
| Qualidade da Água de Consumo Humano em Quatro Municípios do Complexo Portuário e Industrial Governador Eraldo Gueiros – Suape. Pernambuco, 2009-2011 | 28 |
| Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano em Pernambuco, Experiência da PAVS 2010-2011 | 29 |



| | |
|--|----|
| Qualidade da Água Consumida pela População do Sertão e Vale do São Francisco Pernambucano, 2011 | 30 |
| Monitoramento Ambiental do <i>Vibrio Cholerae</i> : Experiência do Estado de PernambucoVigilância Sentinela da Síndrome Diarreica Aguda em Unidades Hospitalares de Pernambuco | 31 |
| Vigilância Sentinela da Síndrome Diarreica Aguda em Unidades Hospitalares de Pernambuco | 32 |
| Investigação de Surto de Doença Diarreica Aguda em Município da Mata Sul de Pernambuco: Estratégia para Fortalecimento de Ações Intersetoriais | 33 |
| Morbimortalidade por Doença Diarreica Aguda em Pernambuco | 34 |
| Vigilância da Coqueluche em Pernambuco – O Desafio da Integração | 35 |
| Surto de Meningite Viral em Pernambuco – Conhecendo a Realidade para a Intervenção | 36 |
| Análise dos Eventos Notificados ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco | 37 |
| Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher no Estado de Pernambuco | 38 |
| Monitoramento da Condição da Mãe e do Nascido Vivo na Gestação e Parto a Partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) | 39 |
| Características da Natalidade em Pernambuco segundo Tipo de Parto, no Período de 2001 a 2010 | 40 |
| Caracterização dos Óbitos Atestados pela Rede Estadual de Serviço de Verificação de Óbito, Pernambuco, 2001 a 2010 | 41 |
| Caracterização dos Óbitos com Causa Tuberculose Notificados pela Rede Estadual de Serviço Verificação de Óbito, Pernambuco, 2011 | 42 |
| Mortalidade por Causas Evitáveis na Infância em Pernambuco e Macrorregiões, 2000 a 2010 | 43 |
| Mortalidade por Doença Meningocócica no Estado de Pernambuco em 2011 | 44 |
| Redução dos Óbitos por Causa Mal Definida no Estado de Pernambuco | 45 |
| Perfil dos Óbitos por Dengue no Estado de Pernambuco no Período de 2007 a 2011 | 46 |
| Mortes e Internações por Causas Externas entre os Idosos no Estado de Pernambuco, 2001 a 2010 | 47 |
| Subnotificação de Casos e Óbitos por Dengue: uma Captura a partir do Relacionamento entre Sistemas de Informação | 48 |
| Vigilância dos Óbitos de Mulheres em Idade Fértil: Ferramenta para a Captação de Óbitos Maternos em Pernambuco | 49 |
| Oportunidade de Inclusão das Notificações no Sinan no Estado de Pernambuco, 2007 a 2011 | 50 |
| Intoxicação por Crack/Cocaína: A Vigilância no Estado de Pernambuco de 2007 a 2011 | 51 |
| Obesidade: Um Retrato da Capital e do Estado Pernambucano, de 2006 a 2010 | 52 |



| | |
|---|----|
| Doenças do Aparelho Circulatório na Velhice: Caracterização da Morbimortalidade no Estado de Pernambuco | 53 |
| Eventos de Massa: Experiência do Estado de Pernambuco | 54 |
| Acidentes de Moto: Perfil e Tendência dos Óbitos no Estado de Pernambuco no Período de 2000 a 2010 | 55 |
| Casos de Acidentes de Terrestre Notificados em Pernambuco, no ano de 2011 | 56 |
| Leptospirose: A Vigilância da Subnotificação a partir do Relacionamento Probabilístico entre Bancos de Dados de Sistemas de Informação em Saúde | 57 |
| Relacionamento Probabilístico entre Bases de Dados de Óbitos e Notificação de Meningites: Uma Aplicação na Vigilância Epidemiológica para Redução da Subnotificação | 58 |
| Monitoramento do Programa Academia da Cidade – Projeto Piloto com Municípios Pernambucanos | 59 |
| Avaliação de Sítios de Excelência como Estratégia de Apoio à Institucionalização do Monitoramento e Avaliação em Coordenações de DST/Aids no Brasil | 60 |
| Indicadores de Gestão da Vigilância em Saúde: o Monitoramento e o Desempenho em Pernambuco, 2011 | 61 |
| Monitoramento do Desempenho da Gestão Descentralizada da Vigilância em Saúde: Subsídios para Gestão Estadual | 62 |



APRESENTAÇÃO

O aprimoramento dos padrões científicos de evidências tem permitido nos últimos anos um avanço da saúde pública, na medida em que oferece uma base sólida de informações, tanto no que diz respeito ao conhecimento das características epidemiológicas e clínicas das doenças e agravos, como da eficiência e efetividade de políticas/programas de saúde, gerando subsídios para fundamentar a adequada implantação de intervenções e serviços.

O conhecimento científico, portanto, pode gerar evidências que fundamentam a tomada de decisões no nível da gestão da saúde e, a gestão desse conhecimento, precisa ser cada vez mais estimulada. Nesta perspectiva, a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SEVS/SES-PE) tem incentivado o aperfeiçoamento e a atualização profissional, bem como a formação continuada de seus técnicos e gestores com vistas à qualificação de suas ações. Este movimento é indispensável em um estado que avança no seu desenvolvimento econômico, mas que também deseja melhorar a qualidade da oferta de serviços de um sistema de saúde que se propõe a ser universal, equânime e integral.

Exemplo disto foi a expressiva participação da SEVS/SES-PE no 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em Porto Alegre/RS, entre os dias 14 e 18 de novembro de 2012, com o tema "Saúde é desenvolvimento: ciência para a cidadania". Foram aprovados no Congresso 52 trabalhos produzidos no âmbito desta Secretaria Executiva, sendo eles apresentados em formato de painéis, pôsteres e comunicações coordenadas. Além disto, a SEVS/SES-PE fez-se presente, por intermédio de seus técnicos e gestores, em diversas mesas redondas, exposições e debates.

Com o objetivo, portanto, de divulgar essa participação apresentamos esta publicação, que contém os resumos de todos os trabalhos apresentados no Congresso. Com isso, esperamos estimular a motivação para a produção de conhecimento com base na prática cotidiana do serviço.

Eronildo Felisberto
Secretário Executivo de Vigilância em Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS EM PERNAMBUCO

Autor(es): Costa, R.M.F.

Introdução: Os animais peçonhentos são aqueles que, por meio de um mecanismo de caça e defesa, são capazes de injetar nas suas presas substâncias tóxicas produzidas diretamente por glândulas especializadas. Estão presentes tanto em meios rurais, quanto urbanos e são responsáveis por inúmeros acidentes, em variadas regiões brasileiras, com índices anuais crescentes. Cobras, aranhas, escorpiões, lacraias, taturanas, vespas, formigas, abelhas, marimbondos e algumas espécies de peixes são exemplos desse grupo. **Objetivo:** Expor o perfil dos acidentes por animais peçonhentos, contribuindo para alertar a população e aos profissionais de saúde quanto à importância do atendimento oportuno aos pacientes para a diminuição da incidência e gravidade desses acidentes. **Metodologia:** Foi realizado o levantamento epidemiológico, entre os anos de 2007 e 2011, referentes aos casos de atendimento dos acidentes por animais peçonhentos no estado de Pernambuco, notificados ao SINAN, em relação às seguintes variáveis: tipo de animal agressor, faixa etária, sexo, gravidade e municípios com maior incidência. **Resultados:** No período de 2007 a 2011, foram notificados em Pernambuco, 36.185 acidentes, sendo 28.312 por escorpiões (78,2%), 4.207 por serpentes (11,6%), 2.475 por abelhas (6,8%), 373 por aranhas (1,0%) e 120 por lagartas (0,3%). Observa-se que a faixa etária mais atingida situa-se entre 20 e 49 anos (45,9%) e no tocante ao sexo, o mais acometido é o masculino para espécies como serpentes (71,5%), lagartas (64,3%) e abelhas (66,6%) e o sexo feminino para aranha (55,7%) e escorpião (57,3%). A grande maioria dos acidentes por animais peçonhentos, independente da espécie, são leves (76,1%), podendo chegar a moderados (8,1%) e graves (1,6%), principalmente em crianças menores de 07 anos. No tocante à distribuição geográfica, observa-se que os municípios com maior incidência de acidentes peçonhentos no período foram respectivamente, Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Paulista. **Conclusão:** Em Pernambuco os acidentes por animais peçonhentos são causados em sua maioria por escorpiões, são de caráter leve, sendo o sexo feminino o mais atingido, atribuindo-se esses fatores à maior permanência das mulheres no intradomicílio e à maioria desses ocorrerem em adultos. Fica demonstrado a necessidade de medidas contínuas de controle e esclarecimentos para a população, sobre os cuidados necessários para que essas agressões sejam evitadas.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA LEPTOSPIROSE EM PERNAMBUCO

Autor(es): Costa, R.M.F.

Introdução: A leptospirose é uma zoonose, de caráter sazonal, transmitida aos seres humanos pelo contato da pele ou conjuntivas com água ou lama contaminadas pela urina de animais portadores de *Leptospira*, principalmente roedores sinantrópicos (domésticos). Esse contato pode ocorrer durante ou imediatamente após as enchentes, está relacionado ao aumento dos índices pluviométricos, que em Pernambuco corresponde aos meses de abril a agosto. **Objetivo:** elaborar um perfil epidemiológico da leptospirose em Pernambuco, visando promover discussões para subsidiar o planejamento para prevenção e controle do agravo. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, cuja fonte de dados foi o SINAN, considerando-se todos os casos notificados e confirmados de Leptospirose nos anos de 2001 a 2011. **Resultados:** Em Pernambuco, no período de 2001 a 2011, a taxa média anual de incidência foi de 2,9/100.000 habitantes. Entre as Regionais de Saúde (GERES) observa-se uma predominância da doença na I GERES (Recife) com taxa média de incidência de 5,2/100.000 habitantes. O grupo etário mais atingido foi de 20 a 49 anos de idade, corroborando a tendência de uma doença mais frequente em adulto jovem. Segundo gênero, observa-se que o sexo masculino é o mais acometido. Verificou-se nos últimos 10 anos um incremento na confirmação de casos por critério laboratorial, passando de 39,5%, em 2001, para 82,4% em 2011. Quanto à evolução, dentre os casos confirmados no período de 2007 a 2011, 78,7% evoluíram para cura, 9,7% foram a óbito e 10,3% apresentam situação de evolução do caso ignorada. **Conclusão:** A leptospirose em Pernambuco concentrou-se nas regiões metropolitana e da mata, pois apresentam condições climáticas e grandes contingentes populacionais, favoráveis à sua disseminação. É uma doença que atinge adultos jovens, do sexo masculino, provavelmente devido à maior exposição desses aos fatores de risco a eles relacionados. Vale destacar que para o efetivo controle da leptospirose, o gestor de saúde deve priorizar as ações de prevenção baseadas na educação em saúde para a população, além do controle de roedores, e da constante necessidade de atualizações direcionadas aos profissionais dos serviços de saúde.

ANÁLISE DO CONHECIMENTO TÉCNICO DOS PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELO CONTROLE DO *Aedes aegypti* (DIPTERA: CULICIDAE), A PARTIR DE CAPACITAÇÃO NOS MUNICÍPIOS DE NOVE GERÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Autor(es): Anastacio, D. B.; Melo, W. T.; Pontes, C.R; Santos, G. M.; Hans, R.

Introdução: No Estado de Pernambuco, em 2012, até a Semana Epidemiológica nº24, foram notificados **48.472** casos suspeitos de dengue, distribuídos em 182 municípios e no Distrito de Fernando de Noronha, representando o **aumento de 90,54%** em relação ao mesmo período de 2011 (Fonte: SINAN online). A maioria dos municípios apresenta diversos condicionantes que permitem a manutenção de criadouros do *Aedes aegypti* como: condições ambientais favoráveis e deficiências nas ações de controle vetorial em algumas localidades, grande contingente populacional já exposto a várias infecções pelos diversos sorotipos da dengue, além da recente introdução do sorotipo DENV 4 nas regiões metropolitana, agreste e sertão, aumentando o risco para ocorrência de epidemias das formas graves da doença. **Objetivo:** Analisar o conhecimento técnico dos profissionais responsáveis pelo controle vetorial do *Aedes aegypti*, a partir de avaliações de pré-teste e pós-teste aplicadas durante capacitação de municípios e GERES. **Metodologia:** O curso continha carga horária de 40 horas semanais e assuntos inerentes às Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias Dengue (Ministério da Saúde), englobando os 184 municípios e o Distrito de Fernando de Noronha que compõem doze GERES no Estado. Os representantes foram avaliados nos momentos do início da capacitação (pré-teste) e no final (pós-teste), através de 03 perguntas sobre as ações de controle vetorial da dengue, com o intuito de averiguar o nível de conhecimento técnico antes e após treinamento. Foram adotados os seguintes critérios: Ruim (não houve acerto); Regular (houve acerto de apenas uma questão); Bom (dois acertos) e Ótimo (três acertos). **Resultados:** até o momento, foram capacitadas nove Regionais, (75,0%). Nas avaliações do pré-teste, observou-se: Não pode ser avaliado (questões em branco) = 0,76%; Ruim = 11,5%; Regular = 47,7%; Bom = 21,5% e Ótimo = 18,5%. No pós-teste, foram obtidos os seguintes resultados: Não pode ser avaliado = 0,0%; Ruim = 3,6%; Regular = 25,3%; Bom = 42,2% e Ótimo = 28,9%. **Conclusão:** A capacitação foi suficiente para promover melhora do conhecimento técnico dos participantes visto que 100% acertaram pelo menos uma das questões e 71% tiveram o critério de bom a ótimo. Evidencia-se a importância da qualificação de recursos humanos no desenvolvimento de ações de prevenção e controle vetorial da dengue, possibilitando a redução dos fatores de risco inerentes e conseqüentemente da morbimortalidade.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA LEISHMANIOSE VISCERAL EM PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2001 A 2011

Autor(es): Bezerra, F.D.F.; Aguiar, V.B.; Nascimento, L.A.; Santos, R.H.

Introdução: A leishmaniose visceral (LV) ou calazar é primariamente uma zoonose que afeta outros animais além do homem, com transmissão inicialmente silvestre ou concentrada em pequenas localidades rurais, mas vem ocorrendo em centros urbanos de médio e grande porte. Os casos em humanos estão associados à pressão do homem sobre o meio ambiente, sendo as crianças as mais afetadas pela doença. É uma doença crônica, potencialmente fatal para o homem, cuja letalidade pode alcançar 10,0% quando não instituído o tratamento adequado. **Objetivo:** analisar a situação epidemiológica da LV no estado, visando apontar as principais tendências da doença, contribuindo para um maior conhecimento no tocante às variáveis de pessoa, tempo e lugar. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo, transversal e, para a análise foi utilizada a base de dados do sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), nos anos de 2001 a 2011. **Resultados:** no período, houve 1.231 casos confirmados, com uma média de 9,1% de evolução para óbito. Na distribuição dos casos por faixa etária, destaca-se o grupo de 1 a 4 anos (28,9%), seguidos do grupo entre 5 a 9 anos (16,5%) e 20 a 29 anos (10,8%); observa-se que a LV é mais frequente em crianças entre zero a nove anos (54,0%). O sexo masculino foi o mais acometido com 64,8% dos casos. A LV está distribuída no território pernambucano, concentrando-se nos municípios do sertão (51,1%) e do agreste (37,9%), além da Região Metropolitana do Recife e Litoral (10,9%). Analisando os casos de LV humana por Regional de Saúde destacam-se as regionais VII e VIII, situadas no agreste e sertão, destacando-se os municípios de Caruaru e Petrolina com o maior número de casos. **Conclusão:** A LV é endêmica no Estado, amplamente distribuída no território pernambucano, concentrando-se nos municípios do sertão e do agreste. A letalidade e incidência são elevadas, para melhoria desses indicadores há necessidade de capacitar médicos e enfermeiros da atenção básica, visando à prevenção, diagnóstico e tratamentos precoces. Os dados apontam também a necessidade de mais estudos sobre os fatores de risco associados à incidência da doença no homem, o papel dos hospedeiros de *Leishmania chagasi* no ciclo de transmissão e o comportamento do vetor nas diferentes regiões geográficas do Estado de forma a subsidiar as ações pertinentes ao Programa de Controle da LV no Estado.

FILARIOSE LINFÁTICA EM PERNAMBUCO E A PERSPECTIVA DE ELIMINAÇÃO, ESTUDO DAS AÇÕES DE CONTROLE, NO PERÍODO DE 2008 A 2011

Autor(es): Mendes, D.T.B.C.; Barreto, A.V.M.S.; Rodrigues, F.A.; Silva, B.M.; Silva, J.A.M.

Introdução: A filariose linfática é uma doença debilitante, causada pela *Wuchereria bancrofti*. No Brasil, ela é considerada uma doença negligenciada, sendo prevalente em populações de baixo nível sócio-econômico, carentes em saneamento e água tratada. Ainda hoje é um importante problema de saúde pública em algumas regiões do mundo. O Estado de Pernambuco ainda apresenta transmissão da doença em 4 municípios, situados na Região Metropolitana do Recife. Dessa forma em maio de 2011, o Programa SANAR foi criado e definiu como prioridade de saúde, sete doenças negligenciadas, entre elas a filariose, cuja meta é reduzir a níveis de eliminação da transmissão, prevalência < 1% nos municípios, até 2014. **Objetivos:** Analisar a situação da filariose no único foco ainda considerado ativo no Brasil, entre os anos de 2008 a 2011, e verificar a situação quanto a perspectiva de eliminação. **Metodologia:** Foram levantados dados referentes ao número de pessoas tratadas por meio das ações de tratamento coletivo e ao percentual de positividade em cada município, entre 2008 e 2011. Utilizou-se para isto o Relatório de Atividade das Ações de Filariose da coordenação estadual do Programa de Controle da Filariose e realizou-se a análise da infecção do vetor (*Culex*) através da técnica de biologia molecular de áreas endêmicas para o tratamento coletivo (2011). **Resultados.** Referente à população examinada o percentual de positividade, no ano de 2008 do município de Jaboatão dos Guararapes apresentou positividade de 0,19%, reduzindo para 0,003% em 2011. O município de Olinda em 2008 apresentava uma positividade de 1,52%, reduzindo para 0,04 em 2011. A mesma situação foi observada em Recife, com 0,08% em 2008 e 0,006% em 2011. Em Paulista, reduziu de 0,02% (2008) para zero em 2011. Com exceção deste último município os outros três realizam a estratégia de tratamento coletivo; Recife desde 2003, Olinda desde 2005 e 2006 em Jaboatão, com aproximadamente, 469.116, 148.657 e 29.629 pessoas tratadas no período analisado, nos municípios, respectivamente. Quanto ao diagnóstico da infecção vetorial, foram coletados 16.000 exemplares nos municípios de tratamento coletivo, em 2011, com 0,2% de positividade. **Conclusão:** Após a análise foi observada uma redução significativa dos casos de filariose nos 4 municípios, demonstrando a diminuição da transmissão da doença no estado. É objetivo da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan Americana de Saúde a eliminação da filariose no mundo até 2020. Entretanto, as estratégias do SANAR para a doença é intensificar a vigilância de casos, apoiar a realização dos tratamentos coletivos e realizar vigilância dos vetores por biologia molecular, a qual tem sido colocada em prática nos municípios prioritários, visando a eliminação da filariose em 2014.

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DESCRITIVO DOS ÓBITOS POR ESQUISTOSSOMOSE EM PERNAMBUCO, NOS ANOS 2005 A 2010

Autor(es): Oliveira, E.C.A.; Fernando, V.C.N.; Rodrigues, F.A.; Silva, J.A.M.

INTRODUÇÃO: O *Schistosoma mansoni* acomete de 2,5 a 6,0 milhões de pessoas no Brasil, tendo a Região Nordeste as maiores prevalências de esquistossomose. O Estado de Pernambuco é responsável por aproximadamente 1/3 dos óbitos registrados por esquistossomose em todo o país, sendo esse um dos critérios que definiu essa doença enquanto um dos sete agravos prioritários para o Estado no enfrentamento das doenças negligenciadas através do Programa SANAR. **OBJETIVO:** descrever os óbitos ocorridos no período de 2005 a 2010 em Pernambuco, cuja causa básica foi a esquistossomose mansônica (CID10-B65.9). **METODOLOGIA:** é um estudo descritivo, transversal, onde se analisou, através do software TABWin versão 3.2 as variáveis faixa etária, raça/cor, sexo, escolaridade e município de residência dos óbitos registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) nos anos de 2005 a 2010. **RESULTADOS:** No período estudado foram registrados 1.198 óbitos por esquistossomose, com média de 199 óbitos/ano, variando de (147 a 358) e taxa média de mortalidade anual de 2,7/100 mil habitantes no período. Do total de óbitos, 704 (58,8%) ocorreram em pessoas com ≥ 60 anos de idade. A maior frequência desses óbitos foi no sexo feminino, 630 (52,6%), raça/cor parda, 576 (48,1%) e quanto ao grau de escolaridade, 369 (30,8%) apresentou menos de 03 anos de estudo formal. Na distribuição por residência, observa-se que a Região Metropolitana do Recife (RMR) apresentou os maiores percentuais, tendo como municípios de maior frequência: Recife 242 (20,2%), Jaboatão 93 (7,8%) e Olinda 54 (4,5%). **CONCLUSÕES:** Os resultados demonstram que na RMR foi registrado o maior número de óbitos por esquistossomose no período, possivelmente em função da migração de pessoas acometidas para morar nos grandes centros urbanos, mas também fortalece os achados da literatura de urbanização da doença. A maior frequência dos óbitos na população com mais de 60 anos de idade e de baixa escolaridade são fatores indicativos das doenças negligenciadas. A elevada taxa de mortalidade no estado remete à necessidade de intervenções e políticas voltadas para a o fortalecimento da detecção precoce de pessoas infectadas na rede básica de saúde, assim como na formação de uma rede de referência efetiva e que vise o tratamento integral de pacientes já com as formas graves da doença.

AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM O PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE EM MUNICÍPIOS ENDÊMICOS DE PERNAMBUCO 2011

Autor(es): Rigueira, A.B.; Barreto, A.V.M.S.; Silva, P.K.F.; Barbosa, J.L.; Rodrigues, F.A.; Silva, B.M.; Silva, J.A.M.

INTRODUÇÃO: A esquistossomose foi incluída entre as sete doenças negligenciadas consideradas como prioridade para Pernambuco que figura entre os estados do Brasil com maior número de casos e de óbitos. Para o enfrentamento dessas doenças, o Projeto SANAR estabeleceu estratégias e metas para cada uma delas. Para esquistossomose, a meta, até 2014, é reduzir a prevalência dos casos para menos de 10% em 40 municípios prioritários que, no ano de 2010, foram responsáveis por 90% dos casos da doença no estado. Uma das diretrizes do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) é a realização de ações integradas com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). **OBJETIVO:** Avaliar a integração da ESF no PCE e a cobertura de tratamento dos casos de esquistossomose no estado, no período de 2007 a 2011, como indicativo dessa integração. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo com caráter avaliativo da integração entre a ESF e PCE em 101 municípios considerados endêmicos no estado. Foram consideradas como indicadores dessa integração dados primários sobre a realização de inquérito coproscópico e tratamento das pessoas positivas para *Schistosoma mansoni* (*S.m.*). Foi construída matriz de julgamento definindo como **integrados** (ESF que realiza as duas ações do PCE), **parcialmente integrados** (ESF realiza uma das duas ações do PCE) ou **não integrados** (ESF não realiza nenhuma das ações do PCE). Na análise da cobertura das pessoas positivas para *S.m.* tratadas foi utilizada classificação já definida pelo Ministério da Saúde sendo **boa** (> 80%) **regular** (> 50 < 70%) e **ruim** (< 50%). As informações foram obtidas da base estadual do Sistema de Informação do PCE no período entre 2007 e 2011. **RESULTADOS:** Em apenas 32 dos 101 municípios (32,5%) foi considerada integrada as ações da ESF com o PCE, em 61 municípios (60,4%) estão parcialmente integrados sendo que a maioria deles realiza apenas o tratamento dos casos positivos de *S.m.* A cobertura de tratamento dos casos positivos para *S.m.* foi boa em 55 municípios (54,4%) especialmente os que a ESF e PCE estão integrados. Em 13 municípios (12,9%) a cobertura foi ruim. **CONCLUSÃO:** Na maior parte dos municípios endêmicos do estado não há integração da ESF com o PCE no combate à esquistossomose, embora a maioria apresente uma boa cobertura no tratamento dos casos positivos. Dessa forma, os dados obtidos nesse estudo podem contribuir nas diretrizes do Programa SANAR que tem como estratégia prioritária aumentar a integração entre o PCE e a ESF.

ANÁLISE DAS AÇÕES DE CONTROLE DO VETOR DA DOENÇA DE CHAGAS NO ESTADO DE PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2006 A 2011

Autor(es): Barreto, A.V.M.S.; Oliveira, G.; Mendes, D.T.B.C.; Silva, J.A.M.

INTRODUÇÃO: A doença de Chagas ainda é um desafio à saúde pública mundial com mais de 14 milhões de pessoas infectadas pelo *Tripanosoma cruzi* e no Brasil, é a quarta causa de morte entre doenças infecto-parasitárias. A principal forma de transmissão é a vetorial, responsável por 80% dos casos crônicos. Em áreas endêmicas, o controle está focado na vigilância vetorial. Visando a intensificação das ações de controle vetorial, o estado de Pernambuco definiu como prioridade de saúde, em maio de 2011, o Programa SANAR, elegendo sete doenças negligenciadas, entre elas a doença de Chagas, cuja meta é reduzir à < 10% o índice de infestação domiciliar de triatomíneos em 31 municípios prioritários, até 2014. **OBJETIVO:** Analisar a situação das ações de controle vetorial da doença de Chagas no estado de Pernambuco, entre os anos de 2006 a 2011. **METODOLOGIA:** Foram levantados, pelo Sistema de Informação do Programa de Controle da Doença de Chagas (SISPCDCh), os dados referentes às ações de controle vetorial no estado: número de unidades domiciliares pesquisadas, positivas e borrifadas e número de triatomíneos examinados e positivos pelo *T. cruzi*, de 2006 a 2011. **RESULTADOS:** Foram pesquisadas 121.993 e 132.699 unidades domiciliares (UD's), nos anos de 2006 e 2007, respectivamente. Nos anos seguintes observou-se uma redução consecutiva, com 112.104, 104.998, 87.931 e 84.623 unidades nos anos de 2008 a 2011. Entretanto, foi verificada a manutenção de UD's com presença de triatomíneos, com percentuais de 10,2, 9,5 e 9% (2006, 2007 e 2008) respectivamente), e 9,2, 9,1 e 7,1% nos anos seguintes, Como agravante, foi observado aumento do percentual de triatomíneos infectados no ambiente domiciliar, com 5,3, 3,8 e 4,8% (2006, 2007 e 2008, respectivamente), passando para 6,1, 6,2 e 6,9% nos anos seguintes. **CONCLUSÃO:** Sugere-se que o aumento da frequência de triatomíneos encontrados em domicílios e da positividade desses vetores infectados com *Tripanosoma cruzi*, nos últimos seis anos, esteja relacionado à redução significativa das atividades de controle de triatomíneos no estado de Pernambuco. Com a implantação do SANAR, foi priorizada a intensificação das ações de controle vetorial nos 31 municípios prioritários com metas de reduzir a infestação vetorial, aumentar a detecção de focos e prevenir a formação de colônias domiciliares, evitando a ocorrência de casos de doença de Chagas.

CONSULTÓRIO NA PRAÇA COMO ESTRATÉGIA PARA INTENSIFICAR A DETECÇÃO DE HANSENÍASE EM PERNAMBUCO NOS ANOS DE 2010 A 2012

Autor(es): Saraiva, A.W.P.; Bezerra, A.M.; Alencar, R.S.C.S.; Souza, A.L.A.; Moraes, I.I.

Objeto da intervenção: Nova estratégia de captação de casos na população geral. **Objetivo:** Intensificar a detecção de casos novos de hanseníase para interrupção da cadeia de transmissão. **Metodologia:** Montou-se uma estrutura física e operacional com três consultórios médicos em praça com grande circulação no centro de Recife. Dermatologistas realizaram exame dermatoneurológico na população e os casos confirmados foram encaminhados às unidades de saúde de referência ou ESF, do município de residência, para notificação e tratamento. Foi enviada a relação dos casos confirmados com endereço de residência para a vigilância epidemiológica municipal, possibilitando a busca ativa dos casos que não procuraram os serviços para os quais forem referenciados. As campanhas foram divulgadas pela mídia local, contribuindo para a mobilização da comunidade e a ação contou, com apresentações artístico-culturais e panfletagem. **Resultados:** Nos três anos de realização da campanha foram examinadas 1.213 pessoas, sendo diagnosticados 101 casos (8,3%). Desse total, seis, equivalente a 6%, foi em menores de 15 anos para o qual o estado é hiperendêmico, demonstrando a presença de fontes de transmissão ativa da doença e provável endemia oculta. Com essa ação, em três dias foram captados aproximadamente 3% do total de casos diagnosticados no estado nos anos de 2010, 2011 e 1º semestre de 2012. **Análise crítica:** Observou-se, pelo SINAN/SES-PE que nem todos os casos encaminhados foram notificados, necessitando reforçar junto às coordenações municipais a importância de realizar a busca ativa. **Conclusão:** O total de casos diagnosticados aponta que a redução na detecção no estado é, provavelmente, de caráter operacional e não epidemiológico; ratifica a importância das campanhas de intensificação de diagnóstico; mostra a necessidade dos municípios promoverem-nas, pois os casos diagnosticados eram de pessoas residentes em vários municípios, em especial da Região Metropolitana do Recife. A estratégia, ainda, favoreceu a integração entre as secretarias de saúde estadual, municipal, entidades representativas e movimentos sociais na promoção de ações de controle da hanseníase.

COMO ACONTECEM AS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA HANSENÍASE NO SISTEMA PRISIONAL DE PERNAMBUCO

Autor(es): Veras, R.C.U.; Saraiva, A.W.P.; Santos, J.R.P.; Morais, I.I.

Objeto de Intervenção: Inquérito realizado com população privada de liberdade. **Objetivo:** Traçar o diagnóstico situacional da assistência prestada às pessoas atingidas pela hanseníase nas unidades prisionais (UPs) do estado. **Metodologia:** Estabeleceu-se articulação entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a Secretaria Estadual de Ressocialização (SERES) para apresentação e discussão da proposta do I Inquérito e criou-se um instrumento para coleta de dados que foi enviado aos profissionais de saúde das 18 unidades prisionais, cuja população totalizava 24.029 reeducandos. Posteriormente, fez-se coleta e processamento dos dados, seguidos da análise e interpretação. **Resultados:** Do total de unidades existentes, 15 UPs responderam ao questionário. Apesar da interdisciplinariedade existente em algumas equipes, apenas três do total de 15 médicos e quatro dos 36 enfermeiros eram capacitados em hanseníase. Foram identificados três odontólogos, um assistente social e um técnico de enfermagem, também capacitados. Identificou-se que as UPs não realizavam exame de contatos e avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico e na cura. Apesar de 46,7% afirmarem fazer diagnóstico e 53,3% realizar tratamento essas ações, essas UPs referiram encaminhar os casos suspeitos para confirmação diagnóstica na unidade de referência. **Análise Crítica:** Acredita-se que os dados seriam mais precisos se o instrumento de coleta tivesse sido aplicado pelos profissionais das secretarias e não enviados para preenchimento e posterior devolução. Isso evitaria, provavelmente, a não devolução do instrumento por 16,7% das unidades prisionais. **Conclusão:** O Inquérito aponta a necessidade de parceria entre o estado (SES E SERES) e os municípios que sediam as UPs para implementação das ações de controle da doença no sistema, visto a atual fragilidade da assistência e vigilância na identificação, diagnóstico e tratamento dos casos, bem como no exame dos contatos.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM SEIS MUNICÍPIOS DE PRIORITÁRIOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Autor(es): Souza, A.L.A.; Santos, J.R.P.; Alencar, R.S.C.S.; Lourenço, A.; Magalhães, O.C.

Introdução: A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, de grande importância para a saúde pública devido a sua magnitude e seu alto poder incapacitante. Pernambuco apresenta oscilações com tendência decrescente no coeficiente de detecção de casos novos, é classificado como de endemicidade muito alta, e permanece hiperendêmico em menor de 15 anos, demonstrando a presença de fontes de transmissão ativa da doença e provável endemia oculta. No estudo de *Cluster* (aglomerados no tempo e/ou no espaço de casos da doença), realizado pela Fiocruz/RJ nos estados do Brasil, no período de 2005 a 2007, dos dez clusters identificados, dois estão em Pernambuco. Dos 185 municípios pernambucanos, 54 estão incluídos nos clusters de nº 5 e nº 6, correspondendo a 29,2% do estado. Partindo-se dessa premissa, o PCH/SINAN-PE realizou, em 2011, visitas de assessoramento técnico a seis municípios de áreas de *Cluster*. **Objetivo:** Realizar diagnóstico situacional quanto à organização dos serviços e limpeza de banco de dados no SINAN, para conhecimento da real situação epidemiológica da doença e operacional do programa. **Metodologia:** Realizou-se um estudo descritivo do tipo transversal, a partir dos relatórios de visitas feitas nos (06) seis municípios de áreas de *Cluster* (Araripina, Lagoa Grande, Orocó, Paudalho, Petrolândia e Petrolina). **Resultados:** Foram encontrados casos diagnosticados com forma clínica não compatível com a classificação operacional e casos de recidiva, divergindo dos critérios preconizados, em 83,3%, respectivamente, dos municípios visitados. Observou-se, ainda, a não utilização do Protocolo referente às Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase (Portaria GM/MS no 3.125/10) em 67% dos municípios e a ausência de fluxo de referência e contra referência dos casos em 50% dos locais visitados. Todos eles apresentavam problemas relativos à inconsistência e/ou incompletudes e/ou duplicidades nas informações/SINAN. **Conclusão:** Reforça-se com esse estudo a importância das visitas de assessoramento técnico das ações de vigilância epidemiológica de forma sistemática e periódica, in loco. O processo deve ser interinstitucional, com discussão das dificuldades e definição de proposições em conjunto com os profissionais e gestores municipais. É, também, relevante a realização do monitoramento das ações pactuadas, na perspectiva de superar as dificuldades e fortalecer o programa.

RESULTADO PRELIMINAR DAS AÇÕES DE APOIO TÉCNICO E ASSESSORAMENTO EM UNIDADES DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE E HANSENÍASE PELO PROGRAMA SANAR EM MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DE PERNAMBUCO, 2011-2012

Autor(es): Lopes, A.S.A.; Wanderley, F.S.O.; Bezerra, D.B.; Galindo, J.M.; Oliveira, R.; Alencar, R.S.C.S.; Souza, M.F.; Mendonça, E.F.; Santos, J.R.P.; Saraiva, A.W.; Brilhante, L.; Souza, A.L.; Silva, J.A.M.

INTRODUÇÃO: Pernambuco registrou 4.146 casos novos de tuberculose com mortalidade 3,7/100 mil habitantes em 2010. Também em 2010, em menores de 15 anos de idade, foram informados 265 casos novos de hanseníase com coeficiente de detecção de 13,6/100 mil habitantes, uma condição de hiperendemicidade (OMS). Visando o enfrentamento de sete doenças negligenciadas, o Governo do Estado criou em 2011 o Programa SANAR, definindo entre as doenças prioritárias a tuberculose, cuja meta é reduzir abandono ao tratamento à $\leq 5,0\%$ e aumentar a cura de casos novos para $\geq 75,0\%$ em 50 municípios, e hanseníase com meta de curar $\geq 90,0\%$, dos casos novos e examinar $\geq 75,0\%$ dos contatos em 25 municípios, ambas até 2014.

OBJETIVO: Descrever a experiência denominada apoio técnico e assessoramento às Unidades de Saúde (US), visando adequar indicadores prioritários pela organização da vigilância e assistência.

METODOLOGIA: Estudo descritivo de dados primários obtidos pelas equipes técnicas do estado (SES) e municípios (SMS) nas visitas. Realizou-se diagnóstico da condução dessas doenças no município, treinamento em serviço e avaliação do sistema de informação (SINAN). Aplicou-se instrumento de diagnóstico, específico por profissional, sobre fluxos, registro de informações, condutas do tratamento, e outros, além de discutir processos de trabalho, capacitação em serviço e limpeza do banco de dados. O relatório dessa atividade, após consolidado, era discutido entre técnicos e gestores da SES e SMS, visando a superação dos problemas identificados.

RESULTADOS: Entre Agosto/2011 e maio/2012 visitou-se 10 municípios e 244 US. Entre as fragilidades: elevada rotatividade de médicos, centralização do diagnóstico e do acompanhamento dos casos, carência de insumos, necessidade de atualização dos profissionais e descumprimento de diretrizes nacional e estadual. Na avaliação da migração incremental, percebeu-se que dos 10 municípios avaliados para tuberculose, 08 tiveram melhoria nos indicadores de cura e abandono. Em Hanseníase, no indicador de cura houve melhora em 06 municípios no nº de contatos examinados, em 09 municípios.

CONCLUSÃO: O apoio técnico e assessoramento, demonstrou a possibilidade de diagnósticos oportunos na condução dos programas das doenças nos municípios, resolver entraves de fluxos, dirimir dúvidas dos profissionais, bem como a melhoria nos indicadores prioritários, a princípio atribuída provavelmente à melhoria da qualidade da informação.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2007 – 2011

Autor(es): Oliveira, R.C.S.; Almeida, S.C.C.; Silva, N.A.; Teixeira, L.M.; Nóbrega, L.V.B.; Lopes, E.F.; Brito, A.M.

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa, causada por uma bactéria, o *Mycobacterium tuberculosis*. Em Pernambuco o seu quadro epidemiológico é preocupante devido a alta mortalidade, ocupando o 2º lugar em coeficiente de mortalidade pela doença no país e o 3º lugar em taxa de incidência em 2010. O tratamento realizado inadequadamente pode ocasionar resistência às drogas do tratamento. A Tuberculose Multirresistente é caracterizada pela resistência do bacilo a pelo menos Rifampicina e Isoniazida. Portanto a principal preocupação mundial em relação à doença é o crescente número de casos, poucos fármacos efetivos disponíveis, podendo levar a uma doença potencialmente intratável. **Objetivo:** Levantar o número de casos novos confirmados de portadores da tuberculose multirresistente em Pernambuco no período de 2007 a 2011, caracterizando o perfil sócio demográfico e o tipo de multirresistência. **Método:** A área de estudo foi o estado de Pernambuco, situado na região Nordeste do Brasil. Realizou-se um estudo descritivo. Foram utilizadas as bases de dados do Sistema de Vigilância TBMR/ Centro de Referência Hélio Fraga. As variáveis selecionadas para o estudo foram: município de residência, sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade e tipo de resistência. **Resultados:** No período entre 2007 a 2011, o Sistema TBMR notificou 101 casos confirmados. Constatou-se que o município que obteve o maior número de casos foi Recife 35,0% (36), o sexo predominante foi o masculino 67,3% (68), as faixas etárias prevalentes foram de 25 a 34 com 27,2 % (27) e 35 a 44 com 25,2 (25). No que se refere a raça/cor foi a parda 53,4 (55), escolaridade de 4 a 7 anos de estudo 35,9 (37). A resistência predominante foi do tipo adquirida com 89,1% (90). **Conclusão:** Pode-se evidenciar que a TBMR tem características epidemiológicas semelhantes à tuberculose, obtendo a mesma população atingida, estando estritamente relacionada ao tratamento anterior de TB, devido ao alto percentual de resistência secundária, onde todos os pacientes possuíam tratamentos anteriores para tuberculose. Faz-se necessário aprimorar ações na rede de serviços de saúde para garantir um bom tratamento e acompanhamento dos pacientes com tuberculose na comunidade, evitando o aparecimento da tuberculose multirresistente.

ATUAÇÃO DO PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DE POPULAÇÕES EXPOSTAS A SOLO CONTAMINADO NO PÓLO GESSEIRO DE PERNAMBUCO, 2012

Autor(es): Silva, A.C.A.; Ferreira, D.M.; Cabral, S.N.S.; Campos, C.N.A.; Gonçalves, L.K.A.V.

INTRODUÇÃO: No pólo gesso encontra-se uma das principais atividades econômicas do sertão pernambucano, representando mais de 90% da produção de gesso do país. Todavia, essa atividade é impactante para o meio ambiente e população de trabalhadores e moradores das áreas do entorno. Nesse contexto, o Programa de Vigilância de Populações Expostas a Solo contaminado (Vigisolo) atua com o objetivo de desenvolver ações de vigilância em áreas com suspeita de contaminação, visando recomendar e instituir medidas de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco e atenção integral conforme preconizado no Sistema Único de Saúde. **OBJETIVOS:** Identificar fatores que interfiram na saúde ambiental e das populações do entorno das áreas gesseiras. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa. Foram utilizadas informações das fichas de campo do Vigisolo, utilizadas em visitas às áreas gesseiras nos três segmentos econômicos: Mineração, calcinação e manufatura nos municípios do Sertão do Araripe: Araripina, Bodocó, Trindade, Ipubi e Ouricuri, escolhidas aleatoriamente. Os dados foram consolidados em planilhas de Excel para posterior análise. **RESULTADOS:** Foram cadastradas 33 áreas, sendo 02 (6,1%) em Bodocó; 08 (24,2%) em Araripina; em Trindade e Ipubi, ambos com 10 (30,3%) e 03 (9,1%) em Ouricuri. O principal contaminante encontrado foi o querosene, utilizado no processo de manufatura do gesso. Quanto à forma de abastecimento de água, 09 áreas (19,1%) utilizam o sistema público; 24 (51,1%) fazem uso do caminhão pipa e 14 (29,8%) de poços comunitários. Quanto à existência de estudos sobre a área, em 28 (84,8%) estabelecimentos há algum tipo de estudo, desses, 09 (45%) são sobre a água e 11 (55,0%) sobre o ar. Em 05 áreas (20,2%) não há atuação do órgão ambiental. Quanto à fonte de energia utilizada na calcinação do gesso, 15 (88,2%) utilizam lenha, 02 (11,1%) coque verde de petróleo, e 01 (5,9%) o cavaco. Quanto à utilização de filtros nas chaminés das fábricas de calcinação, em apenas oito (47,1%) estes estavam presentes. **CONCLUSÃO.** A poluição ambiental decorrente da atividade gesseira, associada à precariedade do abastecimento da água são importantes problemas para a saúde pública da região, desencadeadores de agravos à saúde da população. Há necessidade de instituir uma vigilância em saúde mais atuante, dirigida a esta problemática regional, para melhor compreender os efeitos na saúde e propor medidas de prevenção.

PROGRAMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE POPULAÇÕES EXPOSTAS A SOLO CONTAMINADO - (VIGISOLO), A EXPERIÊNCIA DE PERNAMBUCO, 2006-2011

Autor(es): Cabral, S.N.S.; Silva, A.C.A.; Campos, C.N.A.; Ferreira, D.M.; Gonçalves, L.K.A.V.

Objeto da Intervenção: O Programa de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (Vigisolo) objetiva desenvolver ações de vigilância em saúde de populações vulneráveis, visando recomendar e instituir medidas de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco e atenção integral. Na pactuação da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) foi estabelecido para o Vigisolo o cadastramento em municípios com população acima de 100 mil habitantes de, no mínimo, uma área com população potencialmente exposta a solo suspeito de contaminação química nos anos de 2006 (ano de implantação) a 2009. Em 2010, foram incluídos mais sete municípios. **Objetivo:** Verificar a atuação do Vigisolo nos municípios de Pernambuco pactuados na PAVS, nos anos de 2006 a 2011. **Metodologia:** estudo descritivo, transversal, cujos dados foram obtidos no Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (SISSOLO) e consolidados em planilhas do Excel para análise. As variáveis utilizadas foram: áreas cadastradas, classificação da área, estimativa da população exposta e cumprimento de meta. **Resultados:** Foram cadastradas 139 áreas com suspeita de contaminação. A maioria dessas, 86 (61,9%), foi classificada como área industrial. Foi estimada uma população exposta de 449.492 pessoas, composta por moradores e trabalhadores. O cumprimento de meta pactuada na PAVS para os anos de 2006 a 2011 foi, respectivamente, 50,0%, 90,0%, 70,0%, 70,0%, 58,0% e 70,6%. **Análise Crítica:** Os municípios pactuados provavelmente cadastraram um maior número de áreas industriais por utilizarem produtos químicos em alguma etapa de suas atividades. Em 2010 houve redução no alcance da meta, comparado aos anos anteriores, provavelmente pela inclusão de novos municípios, além das dificuldades com recursos humanos e disponibilidade de veículo para as visitas técnicas, que podem ter interferido diretamente nos resultados. Porém, vale ressaltar que houve uma evolução em 2011, considerando o aumento do número de municípios na pactuação em relação aos anos anteriores. **Conclusões/ Recomendações:** Dificuldades no processo de implementação do Vigisolo são reais, porém o mesmo vem sendo reestruturado, sendo necessário maiores aprofundamentos no processo. Além disso, o Estado vem oferecendo capacitação e apoio técnico aos municípios para melhor realizar essas ações e atingir os objetivos propostos pelo programa.

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DE POPULAÇÕES EXPOSTAS A SOLO CONTAMINADO NO TERRITÓRIO ESTRATÉGICO DO COMPLEXO INDUSTRIAL DE SUAPE, PERNAMBUCO, 2012

Autor(es): Silva, A.C.A.; Ferreira, D.M.; Cabral, S.N.S.; Campos, C.N.A.; Gonçalves, L.K.A.V.

INTRODUÇÃO: Pernambuco vem sofrendo grandes mudanças, tanto de cunho econômico quanto nas condições de vida e saúde da população. Os processos de desenvolvimento econômico podem contribuir ou determinar a existência de condições e situações de risco que interferem nos níveis de saúde da população e no complexo industrial de Suape não tem sido diferente. Nesse contexto, o Programa de Vigilância de Populações Expostas a Solo contaminado - Vigisolo - atua com o objetivo de desenvolver ações de vigilância em áreas com suspeita de contaminação, através do seu cadastramento, visando recomendar e instituir medidas de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco e atenção integral conforme preconizado pelo SUS.

OBJETIVO: Identificar fatores que possam interferir na saúde ambiental e das populações do entorno das áreas do complexo industrial de Suape.

METODOLOGIA: Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa. As informações foram coletadas durante visitas técnicas e cadastradas no Sistema de Informação da Vigilância de Populações Expostas a Solo com Contaminantes Químicos (Sissolo), posteriormente consolidadas em planilhas de Excel para análise.

RESULTADOS: Foram cadastradas 28 áreas, sendo 22 (78,6%) no município de Ipojuca e 06 (21,4%) no município do Cabo de Santo Agostinho. O principal contaminante encontrado foi o etanol, presente em 12 (43,0%) áreas, seguido de derivados de petróleo e efluentes, ambos, presentes em 10 áreas (35,7%). Foi estimada uma população exposta de 6.200 pessoas em um raio de 1,0 km, sendo 700 (11,3%) localizadas no município de Ipojuca e 5.500 (88,7%) no Cabo de Santo Agostinho. Desses, 6.150 (99,0%) são moradores e 50 (1,0%) trabalhadores. Como fonte de abastecimento de água, 26 (92,9%) áreas fazem uso do sistema público de abastecimento de água, seguido de 06 (21,4%) com utilização de poço comunitário. Foram encontrados 26 (92,9%) locais que realizam estudos sobre a área, desses 25 (89,3%) fazem estudos sobre a água, 10 (35,7%) sobre o ar e 08 (28,6%) sobre o solo. Não foram encontrados áreas com estudos sobre a exposição humana.

CONCLUSÃO: Destaca-se a importância da criação de um consórcio envolvendo esses municípios para um fortalecimento dos sistemas de monitoramento e vigilância da situação de saúde e do meio ambiente de modo que seja possível prevenir danos à saúde resultantes de mudanças ou riscos ambientais.

EXPERIÊNCIA DO VIGIDESASTRES FRENTE À SITUAÇÃO DE ESTIAGEM EM PERNAMBUCO, 2012

Autor(es): Cabral, S.N.S.; Silva, A.C.A.; Campos, C.N.A.; Ferreira, D.M.; Gonçalves, L.K.A.V.

Objeto da Intervenção: A seca é um desastre que corresponde à falência no regime de precipitação pluviométrica por longo período, provocando danos ao ser humano. A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada aos riscos decorrentes dos desastres naturais (Vigidesastres) visa desenvolver ações para reduzir a exposição da população aos riscos de desastres e redução de doenças decorrentes. Até Junho/2012, Pernambuco apresentava 114 (61,6%) municípios afetados pela seca/estiagem, sendo 96 (51,9%) em Situação de Emergência por estiagem reconhecida pela Defesa Civil.

Objetivo: Descrever o perfil socioambiental e necessidades do setor saúde em municípios pernambucanos afetados pela seca/estiagem. **Metodologia:** Foi construída uma ficha para diagnóstico situacional a ser utilizada em municípios afetados pela estiagem, contemplando: diagnóstico geral da situação; identificação dos dados de saúde; das necessidades e dos contatos com regionais e municípios.

Resultados: Até Junho, 27 (23,7%) municípios preencheram o Diagnóstico Situacional e dentre esses, quanto ao abastecimento de água, 25 (92,6%) declararam ter como fonte de abastecimento a rede pública, 23 (85,2%) carros-pipa e 19 (70,4%) cisterna. Quanto ao monitoramento de carros-pipa, 11 municípios (47,8%) realizavam e desses, 09 (81,8%) fazem análise de Cloro Residual Livre, 05 (45,4%) de turbidez e 04 (36,4%) de coliformes totais. Quanto ao saneamento, 16 (59,3%) declararam possuir rede geral, 10 (37,0%) fossa séptica e 09 (33,3%) fossa rudimentar. Nas necessidades do setor saúde, destaca-se a identificação de pastilhas de cloro e hipoclorito de sódio 2,5% como insumos insuficientes em 18 (59,3%) e 14 (52,8%) municípios, respectivamente.

Análise Crítica: Ainda é baixo o percentual de respostas ao instrumento, porém os dados já apontam para um diagnóstico situacional preliminar nos municípios. Assim, é importante continuar a identificação das necessidades dos municípios afetados pela estiagem, pois através desse diagnóstico poderão ser melhor identificadas as necessidades para subsidiar ações de enfrentamento do problema.

Conclusões/Recomendações: Evidencia-se a importância do acompanhamento e monitoramento da situação do setor saúde nos municípios afetados. Para tal, a equipe estadual tem ofertado apoio necessário aos municípios, buscando a concretização dessa estratégia, pois, para um acompanhamento efetivo, é fundamental maior adesão dos municípios no fornecimento desses dados.

QUALIDADE DA ÁGUA DE CONSUMO HUMANO EM QUATRO MUNICÍPIOS DO COMPLEXO PORTUÁRIO E INDUSTRIAL GOVERNADOR ERALDO GUEIROS – SUAPE. PERNAMBUCO, 2009-2011

Autor(es): Ferreira, D.M.; Silva, A.C.A.; Campos, C.N.A.; Gonçalves, L.K.A.V.; Cabral, S.N.S.

Introdução: O rápido desenvolvimento que o Brasil vivencia nos últimos anos tem repercussões de cunho econômico, nas condições de vida e saúde da população. Em Pernambuco, o Complexo Industrial Portuário Governador Eraldo Gueiros – Suape compreende oito municípios: Moreno, Jaboatão dos Guararapes, Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Sirinhaém, Rio Formoso, Ribeirão e Escada, com aproximadamente 130 indústrias. Estes investimentos têm gerado modificações socioambientais, aumentando o risco de degradação ambiental, migração intensa e ocupação irregular. Nesse contexto, o Vigiágua atua visando garantir à população acesso à água com qualidade compatível com o padrão de portabilidade da legislação vigente. Essa vigilância deve ser uma atividade rotineira e preventiva a fim de garantir o conhecimento da situação da água de consumo humano visando à redução da morbimortalidade por doenças de veiculação hídrica. **Objetivo:** Verificar a qualidade da água de consumo humano utilizada pela população em quatro municípios do território estratégico de Suape, no período de 2009 a 2011. **Metodologia:** Estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa. Como fonte de dados foi utilizado o Sistema de Informações do Vigiágua - Siságua dos municípios de Jaboatão dos Guararapes, Cabo de Santo Agostinho, Moreno e Ipojuca. Foram selecionados os seguintes indicadores da Diretriz Nacional do Vigiágua: Cloro Residual Livre – CRL, Turbidez – TB e Coliformes termotolerantes – CTT. Os dados foram consolidados em planilhas de Excel com posterior análise. **Resultados:** Foram analisadas 7.559 amostras para cloro residual livre, 7.532 para turbidez e 4.455 para pesquisa de Coliformes termotolerantes nos quatro municípios. Jaboatão dos Guararapes apresentou resultados insatisfatórios (em desacordo com a Portaria GM/MS 2914/2011) em 5 (0,3%) amostras de CRL, 99 (4,6%) de TB e 169 (14,8%) de CTT, enquanto o Cabo de Santo Agostinho 77 (2,3%), 64 (2,1%) e 145 (7,3%) respectivamente. O município de Moreno apresentou 61 (4,3%) de CRL, 64 (4,2%) de TB e 207 (45,1%) de CTT, e Ipojuca apresentou ausência de amostras fora do padrão para CRL e TB, encontrando 29 (3,4%) de CTT. **Considerações:** Suape tem recebido uma série de investimentos, que impulsionaram um novo ciclo de desenvolvimento em Pernambuco. Portanto, faz-se necessária a intensificação do monitoramento da qualidade da água de consumo humano nos municípios de influência direta e indireta, visando à promoção e a proteção da saúde da população.

VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO EM PERNAMBUCO, EXPERIÊNCIA DA PAVS 2010-2011

Autor(es): Gonçalves, L.K.A.V.; Silva, A.C.A.; Campos, C.N.A.; Ferreira, D.M.; Cabral, S.N.S.

Objeto da intervenção: O Programa de Vigilância da Qualidade da Água (Vigiagua), definido como um conjunto de ações adotadas pelo setor saúde para verificar a qualidade da água consumida pela população nas suas diversas formas de abastecimento. Tem como principal objetivo garantir acesso à água com qualidade compatível com o padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente. Em 2010 e 2011, foi preconizada como meta na Pactuação da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) realizar análises de 10% e 15%, respectivamente das amostras referentes ao parâmetro Coliforme Totais no Estado. **Objetivo:** Verificar o cumprimento da meta pactuada para o Vigiagua em Pernambuco, nos anos de 2010 e 2011, referente ao indicador Coliformes Totais. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal. Os dados foram obtidos no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água – SISAGUA, e consolidados em planilhas do Excel para análise. **Resultados:** Em 2010 foram realizadas 3.935 amostras para o parâmetro Coliformes Totais, representando 7,6% do total de amostras obrigatórias, deixando o Estado abaixo da meta pactuada para esse ano. Em 2011 o número de amostras realizadas foi de 8.357, o que representou um acréscimo de 112,0% em relação ao ano anterior. O percentual de amostras realizadas em 2011 foi de 16,3%, superando a meta para o referido ano. **Análise crítica:** Em 2011, houve um incremento na aquisição de insumos para a coleta e processamento de amostras, representando um aumento significativo na realização dessas análises. Além disso, outros fatores favoreceram a superação do desempenho da meta em relação ao ano anterior, como a parceria com a Funasa, possibilitando a utilização no campo da Unidade Móvel de Controle da Qualidade da Água (UMCQA), que contribuiu para a realização de análises físico-químicas e microbiológicas nos municípios do Sertão Pernambucano; a capacitação de profissionais do Vigiagua em municípios e Geres; a descentralização laboratorial em mais duas Regionais, além do incremento de recursos humanos na equipe estadual. **Conclusões/recomendações:** Ficou evidenciada a importância da realização de parcerias intergovernamentais, da descentralização e do investimento em recursos humanos qualificados, fatores que em 2011 fortaleceram as ações de vigilância da qualidade da água para consumo humanos em Pernambuco, fundamentais para aumento do percentual de cumprimento da meta da PAVS no Estado.

QUALIDADE DA ÁGUA CONSUMIDA PELA POPULAÇÃO DO SERTÃO E VALE DO SÃO FRANCISCO PERNAMBUCANO, 2011.

Autor(es): Campos, C.N.A.; Silva, A.C.A.; Ferreira, D.M.; Gonçalves, L.K.A.V.; Cabral, S.N.S.

Introdução: Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, todas as pessoas em quaisquer estágios de desenvolvimento e condições socioeconômicas têm direito a um suprimento adequado e seguro de água potável. Em virtude de condições climáticas e geomorfológicas do Nordeste brasileiro, os recursos hídricos são escassos. Pernambuco possui 185 municípios divididos em 05 grandes regiões geoeconômicas, dos quais, 60 pertencem ao Sertão e Vale do São Francisco, inseridos no chamado Polígono das Secas. A água considerada adequada para consumo humano deve reunir uma série de características, estando livre de qualquer contaminação. Nesse sentido, a Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIAGUA desenvolve ações contínuas para garantir à população o acesso à água de qualidade compatível com o padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente (Portaria MS Nº 2.914/2011). **Objetivo:** Verificar o padrão de potabilidade da água para consumo humano utilizada no Sertão e Vale do São Francisco de Pernambuco, no ano de 2011. **Metodologia:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa. A fonte de dados utilizada foi o Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA das 06 Regionais de Saúde - GERES inseridas nas macrorregiões do Sertão e Vale do São Francisco Pernambucano no ano de 2011. Os indicadores utilizados foram baseados na Diretriz Nacional do VIGIAGUA: Turbidez – TB, Cloro Residual Livre – CRL, Coliformes Totais - CT e Coliformes termotolerante ou *Escherichia coli* – CTT. Os dados foram consolidados em planilhas de Excel para análise posterior. **Resultados:** Foram analisadas 448 amostras para TB, 497 para CRL, 471 para pesquisa de CT e 158 para pesquisa de CTT nos municípios da VI a XI GERES. Das amostras analisadas para TB, CRL, CT e CTT, 118 (26,34%), 137 (27,57%), 158 (33,55%) e 64 (40,51%), respectivamente, apresentaram resultados insatisfatórios segundo a Portaria Nº 2.914/2011. **Conclusões/considerações:** As atividades do VIGIAGUA permitem um maior conhecimento acerca da qualidade da água para consumo humano e do seu padrão de potabilidade. Por isso, faz-se necessária a intensificação do monitoramento dos indicadores utilizados. Assim, quaisquer alterações detectadas permitirão a tomada de decisões com mais oportunidade, efetividade e impacto, diminuindo os riscos que a água pode representar à saúde, garantindo, assim, a preservação da saúde e a promoção da qualidade de vida.

MONITORAMENTO AMBIENTAL DO *VIBRIO CHOLERAE*: EXPERIÊNCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Autor(es): Campos, C.N.A.; Silva, A.C.A.; Ferreira, D.M.; Gonçalves, L.K.A.V.; Cabral, S.N.S.

Introdução: O Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA é definido como um conjunto de ações continuadas, para verificar a qualidade da água consumida pela população, além de detectar os possíveis riscos que os sistemas de abastecimento de água podem representar à saúde. Além das ações previstas para o monitoramento contínuo da qualidade da água, por meio de indicadores microbiológicos e físico-químicos, a Secretaria de Saúde de Pernambuco desenvolve ações de monitoramento para o *Vibrio cholerae* no ambiente. A importância desse monitoramento decorre do fato de que a cólera continua sendo uma ameaça em Pernambuco. Em 2005 foram detectados cinco casos de cólera (quatro casos em São Bento do Uma com evidências de terem como fonte comum a água consumida pela população) e um no Recife. Além disso, foram observados achados recentes do agente etiológico em amostras do meio ambiente. **Objetivos:** Detectar precocemente o *Vibrio cholerae* no ambiente; Adotar medidas oportunas para prevenção de casos humanos; Reduzir a morbimortalidade por doenças e agravos de transmissão hídrica. **Metodologia:** A coleta das amostras esteve sob responsabilidade dos técnicos do VIGIAGUA regionais, sendo realizadas mensalmente no período de 2005 a 2011. As amostras foram coletadas pela técnica de Moore em pontos fixos, ao longo dos rios que compõem as bacias hidrográficas do Estado sendo enviadas ao laboratório de referência, LACEN/PE onde é feita a análise das mesmas, conforme definição prévia. **Resultados:** Foram realizadas de 2005 a 2011 3.496 análises, das quais 17 mechas detectaram o *Vibrio cholerae* representando um índice médio de 0,49% de isolamentos. Dessas, destaca-se a amostra coletada no município de Ipojuca em 2007 e 02 amostras procedentes do município de Correntes, ano de 2010 que foram consideradas toxigênicas. Não houve detecção de *Vibrio cholerae* no meio ambiente nos anos de 2009 e 2011. **Conclusões/considerações:** A existência comprovada do *Vibrio cholerae* no ambiente, verificada pelos resultados obtidos nos últimos anos reforça a importância do monitoramento ambiental, permitindo a detecção precoce desse microorganismo, possibilitando assim a tomada de medidas preventivas em tempo oportuno evitando a ocorrência de casos em humanos.

VIGILÂNCIA SENTINELA DA SÍNDROME DIARREICA AGUDA EM UNIDADES HOSPITALARES DE PERNAMBUCO

Autor(es): Melo, N.G.D.O.; Santos, R.H.; Dhalia, C.B.C.; Vasconcelos, C.S.

Introdução: O grande volume de doenças diarreicas no Brasil dificulta o conhecimento do seu perfil e a identificação dos patógenos responsáveis pelas mesmas. Essa magnitude inviabiliza a notificação compulsória e exige outras estratégias para o monitoramento do seu comportamento e detecção precoce do risco potencial de ocorrência de situações de emergência como surtos e epidemias. **Objetivo:** Descrever a estratégia de implantação da vigilância sentinela da síndrome diarreica aguda em unidades hospitalares de Pernambuco. **Metodologia:** Foi elaborado um perfil epidemiológico das DDA no estado das internações e óbitos, no período entre 2002 e 2011, por meio do sistema de informação hospitalar (SIH) e de mortalidade (SIM). Os dados foram analisados por faixa etária, Gerências Regionais de Saúde e municípios de residência. Com isso foram identificados municípios com maior risco, considerando a localização geográfica, fatores epidemiológicos, demográficos e ambientais. **Resultados:** Foram selecionados vinte e dois municípios que atenderam aos critérios de definição de risco. Nesses municípios foram identificadas trinta unidades de saúde elegíveis pela estrutura e magnitude das internações por DDA, no período entre 2007 e 2011. Com base na mediana semanal de internações foi pactuado com o laboratório regional de saúde um volume de exames laboratoriais a serem encaminhados por cada unidade para análise laboratorial. **Conclusão:** A utilização de critérios mais abrangentes para definição de municípios de risco confere maior sensibilidade na identificação de áreas, de serviços de saúde prioritários para a implementação da vigilância sentinela da síndrome diarreica aguda, com o monitoramento da circulação/reintrodução de patógenos relacionados com essa síndrome e aprimoramento das medidas de prevenção e controle.

INVESTIGAÇÃO DE SURTO DE DOENÇA DIARREICA AGUDA EM MUNICÍPIO DA MATA SUL DE PERNAMBUCO: ESTRATÉGIA PARA FORTALECIMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS

Autor(es): Albuquerque, A.C.; Melo, N.G.D.O.; Souza, C.C.B.; Cavalcanti, V.O.; Moura, E.J.

Introdução: Nos últimos anos, cada vez é mais frequente casos de doenças transmitidas por água e alimentos contaminados por microrganismos de etiologias variadas que podem gerar surtos. Devido à alta morbidade e magnitude, esses surtos são considerados problemas de saúde pública, sendo por isso fundamental a sua notificação para desencadear um processo de investigação capaz de gerar informações que direcionem medidas de prevenção e controle oportunas. **Objetivos:** Descrever as características clínico-epidemiológica, laboratorial e estratégia de investigação de um surto de Doença Diarreica Aguda (DDA) em município da Mata Sul de Pernambuco. **Metodologia:** Realizou-se estudo descritivo a partir da investigação intersetorial de um surto de DDA detectado pela estratégia de Monitorização da Doença Diarreica Aguda (MDDA), notificado em maio de 2012. **Resultados:** Observou-se um aumento no número de casos de DDA acima do esperado nas semanas epidemiológicas (SE) de 17 a 21. A média semanal de casos registrados foi de 45, havendo um incremento de 350,0% em relação às SE anteriores. Nesse período, foram identificados 225 casos de DDA com maior incidência (153 casos) na SE 17. A faixa etária de 10 anos e mais foi a mais atingida (45,4 %), seguida do grupo de 1 a 4 anos (27,7%). Do total de casos, 55,3% foi atendido pela Estratégia de Saúde da Família e 44,7% por uma unidade hospitalar. A análise laboratorial de amostras clínicas (fezes) foi positiva em 58,3% para *Rotavírus* (genótipo P[8]G3), em 16,6% para *Salmonella sp* e em 8,3% para *Cryptosporidium parvum* e *Isospora belli*. Observou-se dispersão dos casos pela zona urbana do município e ausência de vínculo no consumo de alimentos, gerando a hipótese de um surto de transmissão hídrica. A água consumida pelos casos tinha como fonte a Estação de Tratamento de Água (ETA) de gestão municipal e, uma fonte alternativa de água (chafariz). As análises microbiológicas da ETA revelaram, em 33,3% das amostras, a presença de *Escherichia coli*, enquanto que 80,0% das amostras do chafariz foram insatisfatórias (Coliformes totais). **Conclusão:** Esse estudo mostra a relevância da ação integrada da vigilância epidemiológica-sanitária-ambiental; atenção básica e laboratório para a investigação aprimorada e o controle de surtos. Ressalta-se a MDDA como ferramenta importante na detecção da mudança do padrão epidemiológico da DDA no nível local, e a vigilância da qualidade da água de consumo humano na identificação de situações de risco.

MORBIMORTALIDADE POR DOENÇA DIARREICA AGUDA EM PERNAMBUCO

Autor(es): Vasconcelos, C.S.; Melo, N.G.D.O.; Sousa, M.G.G.S.; Saltos, A.M.D.; Oliveira, E.M.

Introdução: No Brasil e em todo o mundo, observa-se atualmente o declínio da mortalidade infantil e da mortalidade por doenças infecciosas devido, em grande parte, à redução da morbimortalidade pelas doenças diarreicas agudas (DDA). Apesar disso, tais doenças ainda são responsáveis por grande parte das internações e por vidas perdidas, sendo a terceira causa mais comum de morte em crianças menores de cinco anos. Essa constatação reforça a necessidade de identificar as populações mais expostas ao risco de evoluírem para formas graves e óbitos, para o direcionamento e acompanhamento das medidas de prevenção e controle. **Objetivo:** Descrever o perfil de morbimortalidade das DDA no estado de Pernambuco. **Metodologia:** Foi realizado o levantamento das internações e óbitos por DDA, no período de 2002 a 2011, por meio do sistema de informação hospitalar (SIH) e de mortalidade (SIM). Os dados foram analisados por faixa etária, regionais de saúde e municípios de residência. **Resultados:** Ao se analisar uma série histórica, observa-se em Pernambuco, o número elevado de internações por DDA entre os anos de 2002 e 2005; o declínio progressivo entre 2006 e 2007; uma estabilização, entre 2008 e 2010 e uma nova redução em 2011. A taxa de internação sofreu redução em todas as faixas etárias, exceto em crianças de cinco a nove anos. A X Regional de Saúde, localizada no Sertão do estado, apresentou a maior proporção de internação em dois períodos analisados. Em relação aos óbitos, 579 pessoas em média morrem por DDA anualmente no estado. Esse número sofreu um aumento importante de 2002 a 2004, com tendência de redução nos anos seguintes. A taxa de mortalidade foi maior em menores de um ano e em maiores de 60 anos. A XI Regional de Saúde, situada também no Sertão, apresentou a maior taxa de mortalidade (8,0 óbitos/100.000hab.) e o maior percentual de municípios com valores acima da taxa do estado (63%). **Conclusões e Recomendações:** Esses dados não refletem a magnitude das doenças diarreicas agudas, pois se limitam aos casos graves, que exigem hospitalização em serviços públicos e levam a óbitos. Mas eles refletem onde as medidas de prevenção e controle foram mais efetivas e indicam áreas e populações mais expostas ao risco que precisam ser priorizadas e acompanhadas.

VIGILÂNCIA DA COQUELUCHE EM PERNAMBUCO – O DESAFIO DA INTEGRAÇÃO

Autor(es): Silva, A.R.S.; Lima, A.A.F.; Souza, N.F.; Lins, P.M.M.; Santos, R.H.; Cavalcanti, V.O.

Objeto da intervenção: Implementação da Vigilância Epidemiológica da Coqueluche no estado de Pernambuco, devido ao aumento de notificação e relato de surtos da doença, em 2011. **Objetivo:** Relatar a experiência da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE) no fortalecimento da vigilância da coqueluche em 2011 e 2012. **Metodologia:** O fortalecimento da vigilância da coqueluche em PE foi coordenado pela área técnica da vigilância epidemiológica (VE) da SES-PE e envolveu as áreas de vigilância epidemiológica, laboratório central (Lacen) e imunização dos níveis local, municipal e estadual. Iniciou em 2011, com a intensificação do fluxo de notificação imediata das unidades sentinelas para a SES e SMS, além da inclusão de quatro unidades na rede sentinela. Para ampliar a coleta de amostras, o Lacen e VE da SES-PE realizaram treinamento para as equipes de VE e laboratório das Secretarias Municipais de Saúde e unidades sentinelas, motivando para a notificação imediata, coleta de amostra clínica, adoção oportuna das ações de prevenção e encerramento dos casos. Com o objetivo de divulgar as ações de investigação epidemiológica e de prevenção da coqueluche, além das comunicações por telefone e e-mail, foram realizados dois Cursos de Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis, com ênfase na coqueluche, para os diversos níveis do Sistema. **Resultados:** Observou-se aumento de 283,8% na notificação, 113,2% na coleta de amostras e 509,9% no percentual de positividade entre 2010 e 2011. **Análise crítica:** Apesar dos avanços, ainda existem algumas fragilidades, como a digitação dos casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, dificultando o acompanhamento da situação epidemiológica em tempo oportuno através do mesmo e até mesmo da verificação de alguns indicadores operacionais. **Conclusão:** A integração entre a VE, Lacen e diversas áreas do Sistema de Vigilância Estadual tem permitido maior detecção de casos, aumento da coleta e confirmação laboratorial e mais agilidade nas ações de prevenção. No entanto, alguns desafios ainda não foram vencidos, sendo esta uma vigilância que necessita de aprimoramento.

SURTO DE MENINGITE VIRAL EM PERNAMBUCO – CONHECENDO A REALIDADE PARA A INTERVENÇÃO

Autor(es): Lima, A.A.F.; Melo, N.G.D.O.; Fortuna, E.G.; Santos, R.H.; Buarque, M.G.; Serrano, R.B.; Oliveira, E.M.

Introdução: A meningite viral (MV) tem distribuição universal, atinge todas as faixas etárias, embora as crianças sejam mais susceptíveis. Apesar da maioria dos casos apresentarem evolução benigna, desperta grande atenção pela necessidade de diagnóstico diferencial com as formas bacterianas, e principalmente pela associação das meningites ao risco elevado de transmissão e morte pelos familiares. Seu comportamento geralmente é endêmico, mas não é raro relato de surtos da doença. Em novembro de 2011, o Hospital Correia Picanço (HCP) notificou à SES aumento no atendimento de casos de MV e a partir da SE44 foi caracterizado surto da doença na I Gerência Regional de Saúde (Geres), que abrange a Região Metropolitana do Recife.

Objetivo: Mostrar a relevância da integração dos serviços frente a um surto de meningite viral e descrever as suas características epidemiológicas. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, dos casos confirmados de MV ocorridos na I Geres no período do surto, entre 30/10 e 31/12/2011. Para identificação do surto utilizou-se o diagrama de controle e foram descritas as variáveis de pessoa, tempo e lugar. A investigação foi realizada pela SES/PE, HCP e SMS. **Resultados:** Foram confirmados 223 casos de MV, enquanto o esperado para o período era o máximo de 141 casos. O surto teve início na semana epidemiológica - SE44 (de 30/10), estendendo-se até a SE52 (até 31/12/11), com pico máximo na SE47. A faixa etária de maior risco foi a dos < 1 ano (32,4 p/ 100.000), seguida de 5 a 9 anos (27,5 p/ 100.000) e 1 a 4 anos (22,6 p/ 100.000). Os sinais e sintomas mais frequentes foram: febre (89,3%), cefaleia (86,0%) e vômito (77,0%), ressaltando-se ausência de sinais de irritação meníngea em grande parte dos casos. A evolução clínica foi benigna, não havendo registro de óbito. O surto ocorreu em municípios da I Geres, principalmente no Recife, Jaboatão, Olinda e Paulista e teve como etiologia o *Echovirus 30*. **Conclusão:** O presente estudo evidenciou surto de meningite pelo *Echovirus 30*, mesma etiologia responsável pelo ocorrido em 2002 em PE, em outros estados e países. Chama atenção que, apesar do maior risco de adoecer ser em < 1 ano, o coeficiente de detecção nas crianças maiores e adolescentes foi maior que em períodos endêmicos. O evento ocorrido caracteriza uma emergência e requer ações integradas de diversas áreas do setor saúde, pois demanda a necessidade de investigação, diagnóstico diferencial com as meningites bacterianas e tratamento.

ANÁLISE DOS EVENTOS NOTIFICADOS AO CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE PERNAMBUCO

Autor(es): Lima, P.M.S.; Sivini, M.A.V.C.; Moreira, I.; Felix, L.; Assunção, R.S.

Introdução: O Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS/SES/PE) foi instituído pela Portaria Estadual Nº 493/2009 e compõe a Rede Nacional de Monitoramento e Respostas às Emergências em Saúde Pública, a Rede CIEVS/SUS. Tem a finalidade de fomentar a captação de notificações, busca de notícias, manejo e análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática da vigilância em saúde, bem como congregar mecanismos de comunicação avançados. Os eventos notificados são verificados e avaliados quanto ao seu potencial de se tornar uma Emergência de Saúde Pública. **Objetivo:** Descrever os eventos notificados ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde do estado de Pernambuco no ano de 2011. **Método:** Estudo descritivo do tipo transversal. A população do estudo foi composta por 363 notificações compulsórias imediatas recebidas no ano de 2011 no CIEVS/SES/PE. Foram coletados dados do banco de dados do CIEVS/SES/PE, no qual concentra todos os registros de notificação feitas ao centro e do Sistema de Informação de Monitoramento de Eventos da Rede CIEVS. **Resultados:** Das 363 notificações recebidas pelo CIEVS, destas 275 (75,8%) foram casos suspeitos ou confirmados de doenças/agravos, 86 (23,7%) de óbitos e 02 (0,5%) desastres naturais relacionados à chuva. Quanto aos grupos de eventos os mais notificados foram as arboviroses (71,0%), doenças imunopreveníveis (12,9%) e zoonoses (11,0%). As maiores fontes de notificação foram a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (56,5%), Rede SVO (20,45%) e Secretarias Municipais de Saúde (4,55%). Quanto aos meios de comunicação o fax (51,5%) foi o meio mais utilizado para notificação, seguido do disque-notifica (28,4%) e do e-notifica (20,1%). Segundo a oportunidade das notificações feitas ao CIEVS, 70,5% das notificações foram realizadas com até 24 horas da suspeita, sendo oportuna e 17,4% foram inoportunas, 12,1% não foram calculadas a oportunidade por preenchimento incompleto da ficha. **Conclusão:** As arboviroses tiveram destaque, pois a partir de 2011 os casos de dengue grave tornaram-se de notificação compulsória imediata, justificando o maior volume de notificação deste grupo de evento. Verifica-se que ainda há um percentual considerável de notificações imediatas inoportunas, sendo necessário intensificar e aprimorar os mecanismos de comunicação para que haja um controle das ações em menor tempo possível, diminuindo o impacto na saúde pública.

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Autor(es): Lima, P.S.; Abath, M.B.; Bezerra, L.C.A.; Souza, S.L.

Introdução: As violências e acidentes constituem agravos de saúde denominados causas externas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nos dias atuais, representam um problema de grande relevância que atinge toda a sociedade pelos danos físicos e psíquicos que impõe às suas vítimas e pelas modificações que vêm ocasionando no perfil de morbimortalidade da população. **Objetivo:** Descrever o perfil dos casos de violência contra a mulher em Pernambuco, notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Métodos:** Os dados da pesquisa descritiva, de corte transversal, foram coletados do SINAN, no módulo de violência da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, referentes ao ano de 2011. Foram incluídos todos os casos de violência contra a mulher na faixa etária de 20 a 59 anos, independente da natureza da violência. As seguintes variáveis foram analisadas: faixa etária da vítima, situação conjugal, tipo de violência, meio de agressão, parte do corpo atingida, natureza da lesão, evolução do caso, local de ocorrência, sexo do agressor, vínculo entre ele e a vítima e encaminhamentos. Para a tabulação e análise desses dados, utilizou-se, respectivamente, o Tabwin e o Excel. **Resultados:** No ano de 2011, em Pernambuco, foram notificados 2834 casos de violência contra a mulher (40,9% do total de casos notificados no estado). A maioria das vítimas tinha entre 20 e 29 anos (48%), era solteira (39%) e sofreu violência física (74%). A força corporal ou espancamento foi o meio de agressão predominante (56%) e a cabeça/face foram as partes do corpo mais atingidas (28%). Quanto à natureza da lesão, 20% das vítimas sofreram corte/perfuração/laceração e 80% do total de casos evoluíram para alta. A maioria dos casos ocorreu em residência (52%) e foi encaminhada a delegacia de atendimento a mulher (42%), seguido do setor saúde (38%). Quanto aos possíveis agressores, 69% eram do sexo masculino e 23%, cônjuges das vítimas. **Conclusões:** Os resultados apontam para necessidade de medidas de enfrentamento da violência contra a mulher, principalmente com idade entre 20 e 29 anos, com enfoque no âmbito doméstico, em especial, na relação entre companheiros. Acredita-se que os profissionais da atenção primária à saúde possam ser importantes aliados para o alcance para a redução da violência contra mulher.

MONITORAMENTO DA CONDIÇÃO DA MÃE E DO NASCIDO VIVO NA GESTAÇÃO E PARTO A PARTIR DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)

Autor(es): Carvalho, P.I.; Pereira, C.C.B.; Barreto, I.C.; Lima, A.M.S.; Dhalia, C.; Figueiroa, B.Q.

Introdução: O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc, implantado pelo Ministério da Saúde a partir de 1990, vem apresentando uma cobertura maior desse evento em relação à fonte tradicional da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. No ano 2000, o Sinasc já apresentava uma cobertura superior a 80%, em Pernambuco, e logo em seguida chega a mais de 90%. Além disso, fornece informações sobre a gestação e as condições de nascimento. **Objetivo:** Descrever as condições de nascimento em Pernambuco nos anos de 2001, 2005 e 2010. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal com os nascidos vivos do Sinasc, captados na página do Datasus na internet. Foram construídos indicadores relacionados à mãe, às condições de gestação e parto, e ao recém nascido. **Resultado:** Em Pernambuco (PE), os partos hospitalares, nos três anos, representaram mais de 98%. Entre as variáveis que indicam risco de óbito no 1º ano de vida - O baixo peso ao nascer (≤ 2.500 gramas) vem aumentando; em 2001 era 7,1%; em 2010, 7,7% e a Macrorregião Metropolitana destacou-se com 8,0% em 2005. O Apagar no 5' ≤ 7 apresentou, entre 2001 e 2010, uma redução de 37,5% no Estado mas a Macrorregião do Sertão, nos três anos, apresentou os percentuais mais altos. A redução de 13,4% na proporção de mães adolescentes entre 2001 e 2010 em PE, foi menor que a do Nordeste e do Brasil. Observou-se, no Estado, um aumento de 24,5% em relação ao parto prematuro; bem como na proporção de cesárea que registrou aumento de 7,2%; em curto intervalo. O percentual de nenhuma consulta pré-natal reduziu 84,7%, principalmente no Sertão Pernambucano que era 15,1%, em 2001 e passou para 1,2% em 2010. Em Pernambuco, as maiores Taxas Brutas de Natalidade estavam no Vale do São Francisco e Araripe, mas essa taxa reduziu, em todo o estado, 21,6% comparando 2001 e 2010, com uma redução maior que a do Nordeste (18,9%) e do Brasil (20,6%). **Conclusão:** Observou-se a importância da estratégia de monitoramento das crianças de risco de óbito no 1º ano de vida a partir dos dados do Sinasc, por meio de indicadores como peso ao nascer, duração da gestação, tipo de parto, para identificar os avanços na saúde infantil, tendências e situações de desigualdade que exigem atenção especial.

CARACTERÍSTICAS DA NATALIDADE EM PERNAMBUCO SEGUNDO TIPO DE PARTO, NO PERÍODO DE 2001 A 2010.

Autor(es): Barreto, I.C.; Pereira, C.C.B.; Carvalho, P.I.; Arruda, K.C.; Figueiroa, B.Q.

Introdução: O parto cesáreo é uma alternativa cirúrgica, com indicações médicas específicas para o desfecho de uma gestação que, por fatores maternos e/ou fetais, não pode ocorrer pela via vaginal. A contribuição dessa intervenção é valiosa quando os critérios para sua escolha são pautados nas condições em que o nascimento por via vaginal pode conferir risco à mãe e/ou à criança. Entretanto, alguns estudos apontam maior risco de morbimortalidade infantil e materna relacionado ao parto Cesáreo.

Objetivos: Caracterizar as condições de nascimento, de residentes em Pernambuco, segundo o tipo de parto. **Metodologia:** Estudo descritivo, de corte transversal, com dados secundários do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos-NV (Sinasc). Foram analisadas variáveis relacionadas à mãe (idade, escolaridade e situação conjugal), à gestação (nº de consultas de pré-natal, tipo e duração da gestação) e ao recém-nascido (peso ao nascer). Utilizando-se o software Microsoft Excel 2010 para análise dos dados. **Resultados:** Observa-se redução proporcional dos NV vivos através de parto vaginal (27,9%) e aumento do cesáreo (64,2%). Em média, 65,0% dos NV de parto vaginal são de mães com faixa etária de 20-34 anos, com 01 a 07 anos de estudo (60,0%). Quanto à situação conjugal, observa-se aumento de 73,0% daquelas que se declaram sem companheiro. Cerca de 94,0% nasceram a termo (37 a 41 semanas de gestação), e aproximadamente 99,0% são de gestação única, 65,0% teve menos de 7 consultas de pré-natal e têm peso adequado ao nascer (3.000 a 3.999g). Em relação aos NV de parto cesáreo 73,0% são de mães entre os 20 e 34 anos, 58,0% com 8 anos ou mais de estudo. Quanto à situação conjugal, houve aumento de 104,0% das que se declaram sem companheiro. Cerca de 92,0% tiveram de 37 a 41 semanas de gestação, aproximadamente 97% são de gestação única, 60,0% teve 07 consultas ou mais de pré-natal e 66,0% têm peso adequado ao nascer. **Conclusão:** Este estudo revelou aumento proporcional de parto cesáreo, e que, considerando alguns critérios biológicos e sócio-demográficos que podem conferir algum risco à criança não foi observado perfil diferenciado entre o grupo de NV de parto cesáreo e parto vaginal. Salienta-se que, apenas em relação à escolaridade materna, observou-se que dentre os NV de parto cesáreo, as mães tinham mais anos de estudos quando comparado aos NV de parto vaginal.

CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS ATESTADOS PELA REDE ESTADUAL DE SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO, PERNAMBUCO, 2001 A 2010.

Autor(es): Azevedo, B.A.S.; Ismael, P.C.; Lopes, M.P.; Assunção, R.S.

Introdução: O Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) tem como objetivos esclarecer a causa *mortis* de óbito natural, com ou sem assistência médica, sem elucidação diagnóstica; contribuir para detecção de emergências epidemiológicas; aprimorar a qualidade da informação do Sistema de Informação sobre Mortalidade, visando ao planejamento das ações de saúde. Conhecer o perfil das principais causas de morte é importante na análise do perfil de saúde de uma população. **Objetivo:** Descrever o perfil dos óbitos atestados pela Rede Estadual de Serviço de Verificação de Óbito do estado de Pernambuco, no período entre 2001 e 2010. **Método:** A área de estudo foi o estado de Pernambuco, situado na região Nordeste do Brasil. Realizou-se um estudo descritivo. Foram utilizadas as bases de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Foram selecionados os seguintes indicadores: proporções de óbitos atestados pela RESVO/PE segundo: tipo de óbito, faixa etária, local de ocorrência, município de ocorrência, principais causas-capítulo CID 10. **Resultados:** No período entre 2001 e 2010, a REDESVO/PE atestou 70854 óbitos, representando 11,6% dos óbitos ocorridos no estado de Pernambuco. Desses, 96,1% (68124) eram óbitos não fetais. A maior parte (57,9%) dos óbitos atestados pela REDESVO/PE ocorreram na população com idade \geq a 60 anos, seguida das faixas de 50 a 59 anos (15,5%) e de 40-49 anos (11,5%). Nesse mesmo período, 73,5% (5211) dos óbitos atestados pela Rede foram provenientes de hospitais, 24,6% (17437) do domicílio e 1,8% (1306) de outros locais de ocorrência do óbito. Grande parte dos corpos encaminhados ao SVO/PE provieram de hospitais do Recife (70,9%), Jaboatão dos Guararapes (7,7%) e Olinda (5,1%). As cinco principais causas de morte atestadas no ano de 2010 foram: doenças do aparelho circulatório (46,7%), doenças do aparelho respiratório (11,3%), doenças do aparelho digestivo (9,3%), doenças infecciosas e parasitárias (6,7%) e neoplasias (5,9%). **Conclusão:** A atividade de verificação e esclarecimento da causa *mortis* tem importância na análise do estado de saúde da população e no planejamento das políticas públicas de saúde a médio e longo prazos. O grande número de corpos encaminhados de hospitais reforça-se a necessidade de organização desses para o diagnóstico e esclarecimento da causa básica de óbito, visando à redução de encaminhamentos desnecessários para os Serviços de Verificação de Óbitos pela maior efetividade dos serviços de assistência hospitalar.

CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS COM CAUSA TUBERCULOSE NOTIFICADOS PELA REDE ESTADUAL DE SERVIÇO VERIFICAÇÃO DE ÓBITO, PERNAMBUCO, 2011.

Autor(es): Azevedo, B.A.S.; Oliveira, R.C.S.; Sotero, A.C.

Introdução: O Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) tem como objetivo esclarecer a causa *mortis* de óbito natural, com ou sem assistência médica, sem elucidação diagnóstica; aprimorar a qualidade da informação sobre Mortalidade, visando ao planejamento das ações de saúde. A qualidade de informação da situação de encerramento dos casos de tuberculose garante a fidedignidade dos dados, proporcionando uma análise sobre o desfecho de tratamento dos casos.

Objetivo: Descrever o perfil dos óbitos com causa básica tuberculose, notificados pela Rede Estadual de Serviço de Verificação de Óbito do estado de Pernambuco, no ano de 2011.

Método: Realizou-se um estudo descritivo. Foram utilizadas as bases de dados do Serviço de Verificação de Óbitos e a planilha de acompanhamento dos óbitos notificados com causa básica por tuberculose pelo SVO da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Os indicadores selecionados para o estudo foram às proporções de óbitos notificados pela RESVO/PE segundo: município de ocorrência, residência, situação de encerramento, local de ocorrência do óbito e faixa etária, mês de notificação, agravos associados.

Resultados: No ano de 2011, a REDESVO/PE atestou 70854 óbitos, representando 11,6% dos óbitos ocorridos no estado de Pernambuco. Desses óbitos 80 casos tiveram a tuberculose como causa básica de óbito. A grande parte das notificações realizadas pelo SVO, a ocorrência do óbito foi no município de Recife (66,2%), seguido dos municípios de Jaboatão dos Guararapes (7,5%) e Olinda (6,2%). O sexo masculino representou a maior parte dos óbitos com causa básica tuberculose atestados pelo REDESVO/PE, sendo (80%) dos casos. Quanto à faixa etária a mais atingida foi a de 50-64 anos (36,2%) seguida das faixas de 35-49 anos (25%) e de 65-79 anos (21,2%). Nesse mesmo período (57,5%) desses óbitos ocorreram nos hospitais, (37,5%) no domicílio e (2,5%) em outros estabelecimentos de saúde.

Conclusão: O SVO se mostrou uma importante fonte de notificação na avaliação da situação de saúde da população acometida pela tuberculose e no planejamento das ações do Programa de Controle da Tuberculose. Reforça-se a necessidade de organização e articulação da Vigilância Epidemiológica com a Atenção Primária para o diagnóstico e esclarecimento do tratamento, visando um diagnóstico precoce.

MORTALIDADE POR CAUSAS EVITÁVEIS NA INFÂNCIA EM PERNAMBUCO E MACRORREGIÕES, 2000 A 2010

Autor(es): Pereira, C.C.B.; Barreto, I.; Carvalho, P.I.; Barbara Figueiroa, B.; Dhalia, C.

Introdução: A mortalidade em menores de cinco anos, conhecida como mortalidade na infância expressa a frequência dos óbitos nessa faixa etária para cada mil nascidos vivos. A redução da mortalidade na infância se constitui um dos objetivos de desenvolvimento do milênio. Apesar das diferenças regionais o Brasil, vem apresentando tendência de redução da mortalidade na infância. Entretanto ainda persistem óbitos considerados parcial ou totalmente evitáveis, por ações efetivas dos serviços de saúde. **Objetivo:** Descrever a situação dos óbitos em menores de cinco anos com causa básica evitável em Pernambuco por macrorregião e o risco de morte dos nascidos vivos nos primeiros cinco anos de vida. **Metodologia:** Realizou-se um estudo transversal com dados secundários sobre os óbitos em menores de cinco anos e dos nascidos vivos residentes em Pernambuco no período de 2000 a 2010 e captados pelos Sistemas de informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc). Os dados foram tabulados pelo programa Tabnet disponibilizado pelo DATASUS analisados na forma descritiva por meio do software Microsoft Office Excel 2007. Adotou-se a classificação de evitabilidade da causa básica proposta por Malta et al. **Resultados:** Nos últimos 10 anos, Pernambuco apresentou uma redução de 58,4% do risco de morte dos nascidos vivos nos cinco primeiros anos de vida por causas evitáveis. Entre as macrorregiões, o Vale do São Francisco/Araripe e o Sertão Pernambucano foram os que apresentaram menor redução, 48,0% e 44,2%, respectivamente. Dos 2.426 óbitos em menores de cinco anos, em 2010, 69,3% são por causas evitáveis, predominando as afecções originadas no período perinatal em menores de um ano, classificadas como reduzíveis por atenção a mulher na gestação, parto e ao recém-nascido. Nas crianças de um a quatro anos destacam-se os óbitos por causas externas, pneumonias e doenças infecciosas intestinais, reduzíveis por ações de promoção à saúde vinculada a ações de atenção e por ações de diagnóstico e tratamento adequado. **Conclusão:** Observa-se que a distribuição dos óbitos evitáveis é heterogênea, indicando áreas em que precisam ser implementadas intervenções relacionadas à assistência ao recém-nascido no período neonatal, melhoria das condições de vida, prevenção dos acidentes e violências na infância, acesso aos serviços de saúde com qualidade e manejo clínico adequado para as doenças respiratórias e infecciosas.

MORTALIDADE POR DOENÇA MENINGOCÓCICA NO ESTADO DE PERNAMBUCO EM 2011

Autor(es): Lima, A.A.F.; Nascimento, M.H.; Vasconcelos, C.S.; Real, M.E.M.C.; Arruda, T.M.C.; Araujo, A.A.

Introdução: A doença meningocócica (DM) é considerada importante problema de saúde pública devido a sua alta letalidade e magnitude, e por apresentar um caráter endêmico-epidêmico. Em 2011, o número de óbitos por DM em Pernambuco apresentou um aumento de 56,3% em relação ao ano anterior. Diante disso, destaca-se a importância de conhecer o comportamento dos óbitos por DM no Estado em 2011.

Objetivo: Descrever as características dos casos de DM que evoluíram para óbito em Pernambuco em 2011. **Metodologia:** Realizou-se um estudo descritivo e transversal dos óbitos por DM ocorridos em Pernambuco no ano de 2011, descrevendo as características de pessoa, tempo e lugar. Os dados utilizados foram obtidos por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, prontuários e relatórios das equipes de vigilância epidemiológica municipais. **Resultados:** Foram confirmados 102 casos de DM, dos quais 25 evoluíram para óbito, correspondendo a um coeficiente de letalidade de 24,5%, maior valor observado no Estado nos últimos seis anos. Dos 25 óbitos, 72,0% eram homens e a mediana da idade foi 16 anos (5 meses a 58 anos). Os maiores coeficientes de letalidade foram na faixa etária de 10 a 19 anos (8,8%) e 20 a 39 anos (7,8%). A I Gerência Regional de Saúde, que abrange a Região Metropolitana do Recife (RMR), teve o maior número de óbitos, totalizando 18 (72,0%), sendo 13 (52,0%) residentes no município do Recife e dois (8,0%) no Cabo de Santo Agostinho. A *N. meningitidis* foi identificada por laboratório em 44,0% dos óbitos, e o sorogrupo C em 90,9% dentre os identificados. Dois indicadores demonstraram maior gravidade da doença: o elevado percentual de óbitos por meningococemia isolada ou associada à meningite (100,0%) e a alta proporção de casos com curto intervalo de tempo entre o início dos sintomas e sua evolução para o óbito (72% morreram no período máximo de 1 dia). **Conclusões:** A frequência elevada do sorogrupo C nos óbitos pela doença meningocócica e a maior presença na RMR são comportamentos que vêm se repetindo em anos anteriores. Porém, observou-se mudança no padrão, no que diz respeito ao aumento da idade mais atingida e à maior gravidade dos casos que evoluíram para o óbito. Observa-se que a confirmação dos mesmos pelo critério laboratorial melhorou em relação ao ano anterior, no entanto ainda está abaixo do ideal. A investigação é uma etapa importante nesse processo contribuindo para a adoção de medidas eficazes que previnam a ocorrência de novos óbitos.

REDUÇÃO DOS ÓBITOS POR CAUSA MAL DEFINIDA NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Autor(es): Figueiroa, B.Q.; Carvalho, P.I.; Pereira, C.C.B.; Barreto, I.C.

Introdução: Os Sistemas de Informações de registro contínuo no Brasil, em particular, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), necessitam de informações de qualidade, boa cobertura e regularidade. Elevadas proporções de óbitos por causa básica mal definida, tem influenciado a confiabilidade das análises dos indicadores de saúde, em especial, nas UF e municípios do Norte e Nordeste do País. **Objetivo:** Analisar a situação dos óbitos por causa básica mal definida em Pernambuco quanto a: evolução temporal no período de 2000 a 2011; identificação da proporção por ciclos de vida em 2000 e 2011; e a distribuição espacial por município de residência. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo e exploratório do SIM envolveu dados secundários sobre os óbitos não fetais por causa básica mal definida. A proporção desses óbitos correspondeu à razão entre o total de óbitos não fetais classificados no capítulo XVIII acrescidos dos óbitos infantis classificados como P96.9 – CID 10 e o total de óbitos não fetais multiplicado por 100. Os dados do SIM foram tabulados pelo software tabwin 3.4, analisados na forma descritiva por meio do software Microsoft Office Excel 2007. Para a análise espacial dos dados foi utilizado o Terraview (INPE, 2007)4.4. **Resultados:** No período analisado, Pernambuco apresentou uma redução de óbitos por causa básica mal definida de 76,4%, com proporções abaixo de 10% a partir de 2005. Entre os diferentes ciclos de vida, verificou-se maior ênfase de melhoria da definição das causas nas populações acima de 60 anos e menor de um ano. Com apenas 2,9% dos óbitos por causa mal definida, essa população apresentou a menor proporção entre os demais grupos etários. No ano de 2000 apenas 19 municípios apresentaram óbitos por causa mal definida abaixo de 10%, enquanto que em 2011, 141 (76%) municípios apresentaram este percentual. **Conclusões:** A redução nas proporções de óbitos por causa básica mal definida confere legitimidade da utilização do SIM na elaboração de indicadores de saúde do estado de Pernambuco. Sugere-se que a intensificação das ações de vigilância do óbito contribuiu para qualificar as causas de óbitos infantis. A distribuição geográfica do indicador em 2011 mostrou que essa melhoria não é homogênea no estado, indicando que ainda são necessárias ações para melhoria da qualificação das causas de óbito nas regiões do Agreste e Sertão.

PERFIL DOS ÓBITOS POR DENGUE NO ESTADO DE PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2007 A 2011

Autor(es): Pontes, C.R.; Souza, S.R.S.; Quintino, R.J.V. ; Beringuel, B.M.; Hans, R.

Introdução: A dengue é a arbovirose mais comum que atinge o homem. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que ela seja responsável por cerca de 100 milhões de casos/ano em população de risco (2,5 a 3,0 bilhões). A febre hemorrágica da dengue (FHD) e síndrome de choque da dengue (SCD) atingem pelo menos 500 mil pessoas/ano, apresentando taxa de mortalidade de até 10,0% para pacientes hospitalizados e 30,0% para pacientes não tratados. Pernambuco vem apresentando um aumento da letalidade por dengue, chegando a 8,1% em 2008 (ano epidêmico), cuja recomendação da OMS é < 1,0%. **Objetivo:** analisar o perfil epidemiológico dos óbitos por dengue no Estado no período de 2007 a 2011. **Metodologia:** é um estudo descritivo e transversal, cuja fonte de informação foi o SINAN online, a partir das variáveis, sexo, letalidade por faixa etária, classificação final e regional de Saúde de residência, e. **Resultados:** Esse estudo apontou 130 óbitos por dengue nos anos de 2007 a 2011, o sexo masculino representou 60,8% desses óbitos; as maiores letalidades foram na faixa etária da população economicamente ativa, entre os 15 e 64 anos, cuja média no período foi de 6,0%. Em relação à classificação final, predomina o óbito por dengue com complicação, 82 (63,1%), seguidos da febre hemorrágica, 36 (27,7%) e dentre esses últimos, 10 (27,8%) evoluíram para a síndrome de choque. A I Regional de Saúde (Região Metropolitana) concentrou o maior número de óbitos (66,6%) no período. **Conclusão:** Os dados apontam para a necessidade de intensificar a informação para a população em geral, com ênfase no diagnóstico precoce da dengue para evitar complicações, sobretudo em adultos do sexo masculino e na faixa etária economicamente ativa, por se encontrarem mais vulneráveis à exposição, além de buscarem os serviços de saúde de forma tardia. O predomínio da ocorrência de óbitos por dengue na região metropolitana é justificado por apresentar um maior contingente populacional e conseqüente maior número de casos. É importante ainda implementar capacitações aos profissionais das unidades de saúde visando a melhoria da capacidade de diagnóstico diferencial e condução adequada dos casos, evitando assim o agravamento do quadro até o desfecho desfavorável como o óbito.

MORTES E INTERNAÇÕES POR CAUSAS EXTERNAS ENTRE OS IDOSOS NO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2001 A 2010

Autor(es): Rocha, M.C.O.; Assunção, R.S.; Aguiar, L.R.; Carvalho, P.I.

INTRODUÇÃO: O perfil demográfico brasileiro vem apresentando mudanças significativas nas últimas décadas no que se refere à estrutura etária da população. O aumento da expectativa de vida vem provocando aumento da população idosa. Essas mudanças, associadas às modificações do quadro nosológico brasileiro evidenciam os efeitos do peso da morbimortalidade por causas externas no País. **OBJETIVO:** Descrever o comportamento da morbimortalidade por causas externas na população idosa do estado de Pernambuco, no período entre 2001 e 2010. **MÉTODO:** A área de estudo foi o estado de Pernambuco, situado no Nordeste do Brasil. Realizou-se um estudo descritivo. Analisaram-se 8103 óbitos e 37.202 internações em pessoas de 60 anos e mais realizadas pelo Sistema Público de Saúde, oriundos das bases de dados do Sistema de Informações Hospitalar e do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde. Os indicadores selecionados para o estudo foram: proporção de internação hospitalar e causas de internação, taxa e razões de mortalidade por ano, sexo e faixa etária e taxa de mortalidade por causa específica (por cem mil hab.). **RESULTADOS:** A proporção de internações hospitalares de idosos por causas externas foi de 11,5% em 2001 e 7,2% em 2010, redução de 37,4%. A principal causa de internação hospitalar foram as quedas, com proporção de internações de 8,1%, em 2001 e 14,5%, em 2010 (aumento de 79,0%). Os acidentes de transportes (1,9%, em 2001 e 3,8%, em 2010, acríve de 100,0%) e as agressões (0,2%, em 2001; 1,3%, em 2010, aumento de 550,0%) ocuparam o segundo e terceiro lugares. No período em estudo, os acidentes de transportes constituíram a principal causa de morte, com taxas de mortalidade de 24,9 e 31,6/100000 hab. As taxas de mortalidade por quedas ocuparam a terceira colocação em 2001 (18,5/100000 hab.) e a segunda em 2010 (20,9/100000 hab.); por outro lado, as taxas de mortalidade por agressões deslocaram-se da segunda posição em 2001 (19,9/100000 hab.) para a terceira em 2010 (14,2/100000 hab.). Houve uma sobremortalidade masculina (131,2 e 173,4/100000 hab., em 2003 e 2010, respectivamente) e uma elevação acentuada da mortalidade por causas externas dos idosos mais velhos (80 e mais) com taxas de 175,7 a 309,1 por mil habitantes, entre 2002 e 2010. **CONCLUSÃO:** Os resultados apontam para a necessidade de políticas públicas de prevenção de acidentes e violência, exclusivas, à população idosa, agregando práticas de saúde coletiva e do cuidado individual.

SUBNOTIFICAÇÃO DE CASOS E ÓBITOS POR DENGUE: UMA CAPTURA A PARTIR DO RELACIONAMENTO ENTRE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Autor(es): Barbosa, D.A.; Barbosa, A.M.F.

Introdução: O dengue constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo por sua magnitude e possibilidade de apresentar formas graves de manifestação. Transmitida pelo mosquito *aedes aegypti*, essa doença traz um grande desafio quanto ao controle e prevenção em países tropicais, devido às condições climáticas. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) permite aos gestores do SUS acompanhar o surgimento de casos novos, assim como o comportamento da doença. E, quando evolui para o óbito, esse deve constar no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). A integração entre esses dois sistemas de informação permite assim à vigilância, a captura de casos ou óbitos não notificados aos seus respectivos sistemas. **Objetivo:** Descrever subnotificação de casos e óbitos por dengue ocorridos em Pernambuco, no ano de 2011. **Metodologia:** Foi realizado um estudo descritivo a partir do relacionamento entre os bancos de dados do Sinan e do SIM. Para seleção da amostra foram considerados todos os casos de dengue notificados no Sinan, ocorridos em Pernambuco, no período de 2011 e os óbitos com dengue como causa básica (CID 10: A90 e A91) ou em, no mínimo, uma das linhas A, B, C, D ou II da declaração de óbito, ocorridos no ano de 2011. **Resultados:** A base de dados de dengue do Sinan, composta por 41.026 casos, após a retirada das duplicidades, apresentou uma redução de 5,1%, resultando em 38.943 casos. A base do SIM não apresentou duplicidades, sendo composta por 34 óbitos. O relacionamento entre as duas bases apontou 28 registros comuns aos dois sistemas. Dos casos do Sinan, 99,9% estão presentes apenas nesse sistema, e compreende desde casos vivos a casos que foram a óbito e não se encontravam registrados no SIM. Considerando o SIM como parâmetro, 06 casos (17,6%) estão presentes apenas nele, correspondendo à subnotificação de casos de dengue. Dentre os casos presentes apenas no Sinan, foram detectados 28 casos com evolução óbito por dengue. O SIM deveria totalizar 62 óbitos, porém desses, apenas 54,8% encontram-se notificados e 48,2% correspondem à subnotificação no SIM. **Conclusões:** A prática de relacionamento entre bancos de dados de diferentes sistemas de informação é fundamental para detecção da subnotificação de casos, assim como de óbitos. Dessa forma, oferece à vigilância epidemiológica informações que reflitam de maneira mais precisa o quadro e a magnitude dessa endemia, permitindo a elaboração de ações mais eficazes.

VIGILÂNCIA DOS ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL: FERRAMENTA PARA CAPTAÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS EM PERNAMBUCO

Autores: Brayner, M.C.; Pinheiro, H.D.M.; Carvalho, P.I.; Estima, N.M.; Souza, M.L.

Introdução - os óbitos de mulheres em idade fértil (OMIF) e maternos são eventos de investigação obrigatória que podem identificar os principais fatores de riscos associados a essa mortalidade e a definição de medidas de prevenção de novas ocorrências, redutíveis por adequada atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Esses óbitos refletem as desigualdades socioeconômicas existentes no Brasil, extrapolando o setor saúde. A investigação dos OMIF permite o monitoramento da mortalidade materna, já que o sub-registro das declarações de óbito e a existência da subnotificação das causas de óbitos maternos afetam indicadores de mortalidade, como a razão de mortalidade materna (RMM). **Objetivo** - analisar os OMIF de residentes no estado de Pernambuco, ocorridos no ano de 2009. **Metodologia** - trata-se de um estudo descritivo, de base populacional. Foram pesquisados todos os OMIF residentes em Pernambuco, na faixa etária de 10 a 49 anos de idade, ocorridos em 2009 e registrados no sistema de informação sobre mortalidade. As fichas de investigações e de encerramento dos óbitos maternos foram discutidas pelos grupos técnicos de estudos dos comitês de mortalidade materna no ano de 2009. **Resultados** - dos 3302 OMIF ocorridos, 80,8% foram investigados. Porém apenas 30,9% deles investigados no prazo oportuno de 120 dias. Foram classificados como óbito materno 3,3% dos OMIF. Em 35,45% dos óbitos maternos não estavam informadas originalmente as causas maternas na declaração de óbito. Verificou-se que todos os óbitos inicialmente classificados como maternos foram confirmados após investigação, entretanto 28,17% tiveram as causas básicas corrigidas dentro do capítulo XV da CID-10, referente a gravidez, parto e puerpério. **Conclusões/Considerações** - o estudo confirma a necessidade da investigação de todos os OMIF e discussão junto aos grupos técnicos de estudos dos comitês de mortalidade materna nos níveis de atenção à saúde para aprimoramento da qualidade das informações sobre a mortalidade materna. É fundamental que esta investigação ocorra no prazo oportuno, com informações qualificadas, subsidiando as análises dos comitês, evitando atrasos e tornando mais efetivo o processo de implantação da vigilância da mortalidade no estado de Pernambuco.

OPORTUNIDADE DE INCLUSÃO DAS NOTIFICAÇÕES NO SINAN NO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2007 A 2011

Autores: Lima, P.; Dantas, C.; Caldas, A.; Moreira, I.

Introdução: O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan é utilizado para fornecimento das informações visando à execução das ações para o controle de doenças e agravos. Nesse contexto, é fundamental que esse sistema seja sistemático, oportuno, simples e corretamente alimentado para produzir dados com maior qualidade. Contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões adequadas.

Objetivo: Analisar a oportunidade de inclusão dos casos de dengue e leptospirose, notificados em Pernambuco de 2007 a 2011. **Método:** Estudo descritivo, transversal. Para esse estudo, utilizaram-se os casos de dengue e leptospirose notificados no Sinan do estado de Pernambuco, no período de 2007 a 2011. Foram realizadas duas análises paralelas, sendo na primeira, utilizado o parâmetro de oportunidade de inclusão definido pelo Ministério da Saúde – MS, 180 dias, e na segunda o prazo de 60 dias, determinado para corte do Piso da Atenção Básica – PAB, quando não há alimentação do sistema. **Resultados:** Na primeira análise, prazo de 180 dias, verificou-se que 96,4% das notificações de dengue e 91,9% das notificações de leptospirose foram consideradas oportunas quanto à inclusão. Na segunda análise, prazo de 60 dias, os resultados obtidos para dengue e leptospirose foram, respectivamente, 72,9% e 62,4%. De forma inoportuna, para essas mesmas doenças, os valores foram 27,1% para a dengue e 37,6% para a leptospirose. **Conclusão:** Nesta análise comparativa de períodos estabelecidos para oportunidade de inclusão, são notáveis as diferenças entre os resultados, observando-se uma redução de 24,4% e 32,1% na oportunidade de inclusão de casos de dengue e leptospirose, respectivamente. Este estudo aponta a necessidade de revisão, pelo MS, dos parâmetros definidos, em especial para os agravos agudos, considerando o Sinan como ferramenta essencial de informação para a tomada de decisões.

INTOXICAÇÃO POR CRACK/COCAÍNA: A VIGILÂNCIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO DE 2007 A 2011

Autor(es): Souza, S.L.B.; Duarte, M.; Mendes, D.; Bezerra, L.C.A.; Feitosa, M.J.L.

Introdução: A sociedade brasileira enfrenta a explosão do uso da cocaína/crack, drogas ilícitas que produzem danos físicos, mentais, econômicos e sociais. O uso dessa droga está relacionado ao aumento das taxas de criminalidade, violência urbana, do risco para doenças transmissíveis (como HIV/AIDS e hepatites), problemas respiratórios e desnutrição, caracterizando-se como um verdadeiro problema de saúde pública. **Objetivo:** Descrever e conhecer a realidade da intoxicação por cocaína/crack em Pernambuco nos anos de 2007 a 2011. **Metodologia:** Realizou-se um estudo descritivo e transversal utilizando a fonte de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) sobre intoxicação exógena, especificamente por cocaína/crack. Foram selecionadas para cálculo de proporções as variáveis: sexo, faixa etária, evolução do caso e unidades notificadoras. **Resultados:** De 2007 a 2011, dos 17.856 casos de intoxicação exógena notificados no Sinan, 270 (1,5%) correspondem a intoxicações por cocaína/crack, predominantemente no sexo masculino (72,2%), nas faixas etárias de adultos jovens de 20 a 29 anos (44,1%), seguidos de 30 a 39 e de 10 a 19 anos que respondem, respectivamente, por (24,4%) e (20,0%) dos registros. Dentre os casos com evolução informada (83,5%) foi de cura sem seqüela; mas ressalta-se o alto percentual das informações ignoradas (37,6%) o que dificulta a análise do perfil epidemiológico do agravo e aponta para a necessidade de melhoria na completude da notificação. Quanto às 27 unidades de saúde que notificam a cocaína/crack, destaca-se que (80,0%) estão situadas na Região Metropolitana do Recife, sendo (32,2%) realizada no Hospital da Restauração. **Conclusão:** Em face dos dados apontados ficou evidente a necessidade de melhoria da qualidade desse atendimento e dessas informações para subsidiar o planejamento de novas estratégias de ação e de articulação da rede de atenção/linha de cuidados. Assim, o governo de Pernambuco, por meio do Plano de ações integradas de enfrentamento aos problemas decorrentes do uso da cocaína/crack, vem desenvolvendo articulações entre os diversos atores institucionais e sociais. No âmbito da Secretaria Estadual de Saúde (SES), publicou a Portaria Nº 219, de 11 de abril de 2011, tornando obrigatório o registro dos casos de usuários que necessitem de atendimento médico devido à intoxicação por crack/cocaína.

OBESIDADE: UM RETRATO DA CAPITAL E DO ESTADO PERNAMBUCANO, DE 2006 A 2010

Autores: Duarte, M.; Costa, J.; Silva, I.; Farias, T; Dhália, C.

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde- OMS, o aumento de peso corporal na infância e adolescência é um fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis em adultos. Entre as comorbidades associadas estão às doenças cardiovasculares, osteomusculares e neoplásicas, além de problemas psicológicos, sociais e diminuição na qualidade e expectativa de vida. No Brasil, encontramos um processo de transição nutricional bem marcante, pois à medida que se declina a ocorrência da desnutrição em crianças e adultos em ritmo bem acelerado, aumenta a prevalência de sobrepeso e obesidade. **Objetivo:** Descrever o comportamento da obesidade na Capital e no estado de Pernambuco nos anos de 2006 a 2010. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo descritivo transversal cuja fonte de dados para a Capital (Recife) foi o VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), e a do Estado, o SIM e o SIH da SES-PE. Foram analisados variáveis socioeconômicas, consumo alimentar e comorbidades para a Capital por meio do cálculo de proporções e variação percentual. Para o Estado, foram calculadas taxas por 100 mil habitantes e proporções referentes à mortalidade e às internações hospitalares por obesidade. **Resultados:** Em Recife, foi detectada uma redução no percentual de adultos com baixo peso (-19,4%) e peso normal (-13,4%), enquanto os com sobrepeso (6,0%) e obesidade (33,6%) aumentaram. Destes, predominaram o sexo feminino (56%), com mais de 40 anos (23,8%), casadas (55,2%), com 9 a 11 anos de escolaridade (32,9%), raça/cor parda (44,9%), que assistiam entre 1 a 3 horas de TV por dia (50,9%) e que não praticam atividade física regular (23,8%). Entre os alimentos calóricos destaca-se o elevado consumo de refrigerantes e sucos artificiais (17,9%) diariamente. As co-morbidades mais frequentes foram à hipertensão (24,8%) e o diabetes (25,6). No Estado, houve uma média de 4,1 óbitos / 100 mil hab com um acréscimo de 7,9% nas taxas de mortalidade, já nas internações hospitalares foi encontrada uma média de 17,85 / 100 mil hab. e uma diminuição de 22,03% quando comparado os anos de 2006 e 2010. **Conclusões:** A obesidade está relacionada às condições efetivas de vida e saúde da sociedade, classes, grupos e indivíduos, que são construções históricas e sociais. Assim, informações sobre a obesidade podem subsidiar abordagens e estratégias de prevenção e controle para o agravamento.

DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO NA VELHICE: CARACTERIZAÇÃO DA MORBIMORTALIDADE NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Autores: Assunção, R.S.; Rocha, M.C.O.; Aguiar, L.R.; Carvalho, P.I.

INTRODUÇÃO: Os distúrbios do aparelho circulatório que acometem os idosos geralmente são condições progressivamente debilitantes, apresentam alta morbidade e mortalidade, múltiplos sintomas e frequentes exacerbações que podem interferir na qualidade de vida dos indivíduos. **OBJETIVO:** Descrever o comportamento da morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório na população idosa do estado de Pernambuco, no período entre 2001 e 2010. **MÉTODO:** A área de estudo foi o estado de Pernambuco, situado na região Nordeste do Brasil. Realizou-se um estudo descritivo. Foram utilizadas as bases de dados de Autorização de Internações Hospitalares e do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde. Os indicadores selecionados para o estudo foram: proporção de internação hospitalar por doença do aparelho circulatório e causas de internação, taxa de mortalidade (por mil habitantes) e razões de mortalidade por doença do aparelho circulatório por ano, sexo e faixa etária e a taxa de mortalidade por causa específica (por cem mil hab.). **RESULTADOS:** A proporção de internações hospitalares de idosos por doenças do aparelho circulatório foi de 10,8% em 2001 e 10,5% em 2010, redução de 2,8%. A principal causa de internação hospitalar foi outras formas de doença do coração (I30.0-I52.9), com proporção de internações de 36,5%, em 2001 e 30,4%, em 2007 (declive de 16,7%). As doenças cerebrovasculares (I60.0-I69.9) e a hipertensão arterial sistêmica (I10.0-I15.9) também constituíram importante causa de internação: as primeiras, apresentaram proporção de internação hospitalar de 25,1% e 21,7% e a hipertensão arterial sistêmica 20,3% e 13,0%, em 2001 e 2010, respectivamente. No período entre 2001 e 2010, as doenças cerebrovasculares que apresentaram coeficientes de mortalidade de 457,5 e 431,6/100000 hab. e as doenças isquêmicas do coração com 409,4 e 491,3/100000 hab. foram as principais causas de morte por doenças do aparelho circulatório em idosos. As taxas de mortalidade por doença do aparelho circulatório apontaram para a sobremortalidade masculina (14,9 e 18,5/1000 hab., em 2001 e 2006, respectivamente) e para uma elevação acentuada da mortalidade por doença circulatória dos idosos mais velhos (80 e mais) com taxas de 34,2 a 41,4 por mil habitantes, entre 2001 e 2010. **CONCLUSÃO:** Os resultados revelam a necessidade de aperfeiçoamento das políticas públicas para promover a saúde do idoso e para garantir um atendimento adequado conforme suas demandas.

EVENTOS DE MASSA: EXPERIÊNCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Autor(es): Carvalho, P.I.; Assunção, R.S.; Lima, P.M.; Macêdo, I.B.

Objeto de intervenção: Verificar a capacidade de planejamento, execução, resposta e avaliação das ações de saúde da secretaria estadual de saúde de Pernambuco, como preparação para a copa do mundo 2014 e outros eventos de massa. **Objetivo:** Implementar a atuação do setor saúde em grandes eventos de massa. **Metodologia:** estudo descritivo de experiência, realizada no período entre 17.12.2011 e 04.04.2012, na cidade do Recife, na festa do galo da madrugada, maior evento de massa de Pernambuco. A experiência foi desenvolvida em três fases, o pré-evento, nos 60 dias anteriores à festa, o evento propriamente dito e a última fase, 30 dias posteriores. **Resultados:** o primeiro momento focou o planejamento das ações, a articulação com as esferas de governo e outros setores extrassaúde. No setor saúde foram priorizados: acréscimo de profissionais; campanha de captação de sangue; ampliação dos leitos de retaguarda em traumatologia, regulação interna através do núcleo interno de regulação e divulgação da rede de assistência, através de folders e cartazes. A vigilância em saúde divulgou as doenças em circulação no mundo e medidas de prevenção em quatro idiomas; identificou unidades sentinelas para o monitoramento de alterações no panorama epidemiológico do estado; testou sistema de monitoramento em tempo real e protocolos para a sala de situação. Durante o evento, observou-se queda de 37,75% no número de atendimento dos hospitais, em relação ao ano anterior, e aumento de 13,34% nas UPAs, sendo a maior parte dos atendimentos realizados nos horários próximos ao término da festa. No período pós-evento foi realizado o monitoramento do padrão epidemiológico do estado. Nessa fase, não houve detecção de alterações. O relatório final, com análise das ações executadas e sugestões de ajuste saiu 45 dias após o término da festa. **Análise crítica:** a experiência aconteceu em momento de expansão de serviços de emergência no estado e o ordenamento desses serviços aperfeiçoou o atendimento. Já o acompanhamento de eventos em saúde em tempo real foi comprometido pela inadequação dos insumos (equipamento e sistema de informação), levando a atraso na divulgação dos resultados nos prazos estabelecidos. Esse problema compromete a oportunidade da atuação do setor. **Conclusão:** iniciativas como essa, aprimoram o conhecimento e a experiência dos serviços de saúde e contribuem para a implementação de políticas públicas de saúde com foco nos eventos de massa como a copa do mundo Fifa de 2014.

ACIDENTES DE MOTO: PERFIL E TENDÊNCIA DOS ÓBITOS NO ESTADO DE PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2000 A 2010

Autores: Farias, T.I.S.; Costa, J.M.B.S.; Silva, I.M.S.; Duarte, M.S.

Introdução: As causas externas estão entre as principais causas de óbito em todo o mundo, com destaque para as mortes por acidente de transporte terrestre (ATT). No Brasil, entre 1996 e 2010, os acidentes de moto (AM) aumentaram sua participação entre os ATT em 11 vezes, chegando a 25% dos óbitos em 2010. Nesse ano, Pernambuco ocupou o 14º lugar no *ranking* nacional das taxas de mortalidade, para ATT e AM, sendo 32,4% das mortes por ATT entre motociclistas. **Objetivo:** Analisar a tendência e o perfil epidemiológico dos óbitos por AM e as taxas de motorização em Pernambuco, entre 1º de janeiro de 2000 e 31 de dezembro de 2010. **Metodologia:** Estudo descritivo de tendência temporal. Utilizaram-se dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade da Secretaria de Saúde de Pernambuco e dados fornecidos pelo DETRAN-PE. Analisaram-se as variáveis sexo, faixa etária e local do óbito por meio do cálculo de proporções e análise univariada ($p < 0,05$) das taxas de mortalidade e da frota de motos por Regional de Saúde. **Resultados:** Entre 2000 e 2010, houve 16.764 óbitos por ATT e 3.564 (21,3%) por AM – média de 18,2 e 3,9 óbitos/100 mil hab., respectivamente. Entre os óbitos por AM, destacam-se: concentração dos eventos na população masculina (90,6%), na faixa etária de 20 a 39 anos (67,4%), em via pública (49,0%) e maiores taxas de mortalidade na IX (8,8 óbitos/100 mil hab.) e XI (7,3 óbitos/100 mil hab.) Regionais de Saúde. A análise de tendência revelou que Pernambuco apresentou crescimento significativo ($p < 0,05$) dos coeficientes de mortalidade por AM, com incremento anual de 0,44, explicado em 84,8% pelo modelo. Também houve crescimento nas taxas de motorização por motocicletas no estado, que passou de 1,8 para 7,3 motocicletas/100 hab., com tendência de aumento significativa e incremento anual de 0,5, explicado em 93,4% pelo modelo. Em todas as Regionais verificou-se crescimento significativo da taxa de motorização, com destaque para as IX e XII, cujo incremento anual foi de 0,85 e 0,82, nesta ordem. **Conclusão:** Considerando a magnitude e a relevância dos AM em Pernambuco, torna-se necessário a análise e disseminação das informações de forma sistemática com o intuito de apoiar políticas de prevenção e redução desses eventos. Para tanto, faz-se necessário uma maior envolvimento e engajamento da sociedade civil junto ao poder público para intervir neste grave problema de saúde pública.

CASOS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE NOTIFICADOS EM PERNAMBUCO, NO ANO DE 2011

Autores: Abath, M.B.; Rigueira, A.B.; Lima, P.S.; Souza, S.L.; Albuquerque, L.C.

Introdução: Em virtude da elevada magnitude e transcendência social dos acidentes de transporte terrestre (ATT) no estado de Pernambuco, em maio de 2010 foi implantada a vigilância sentinela desses agravos. A caracterização dos casos atendidos nas unidades sentinelas constitui-se um instrumento para subsidiar a definição de intervenções que contribuam para a modificação do perfil desses acidentes. **Objetivo:** Descrever o perfil dos casos de ATT atendidos nas unidades sentinelas da II à XI Regional de Saúde de Pernambuco, em 2011. **Metodologia:** Foram analisadas as notificações do período entre janeiro e dezembro de 2011, da II à XI Regional de Saúde, registradas no banco de dados dessa vigilância sentinela. Foram analisadas as frequências absolutas e relativas das seguintes variáveis: Unidade sentinela/Regional de Saúde de atendimento, sexo e faixa etária da vítima, dia da semana da ocorrência, meio de locomoção da vítima no momento do acidente, tipo de acidente, tipo de vítima, fatores relacionados ao acidente e meio de locomoção da vítima para chegar à unidade. **Resultados:** No período e unidades estudadas, foram notificados 18.450 casos de ATT. A maioria dos casos (16,8%) foi atendida na Regional V. Dentre os ATT destacam-se os acidentes de motociclistas (71,7%), seguido de ocupantes de automóvel (9,9%). Foram acometidas, majoritariamente, pessoas do sexo masculino (78,0%) e da faixa etária entre 20 e 39 anos (53,8%). No momento do acidente, a maioria das pessoas era condutor (65,9%) e chegou à unidade sentinela em veículo particular (45,3%). Houve predomínio do acidente do tipo tombamento/capotamento (41,0%). Quanto ao dia da semana, predominou o domingo (25,7%), e o final de semana representou 56,3% dos casos. A ausência de cinto de segurança foi o fator envolvido mais preponderante (41,8%), seguido pela falta de habilitação do condutor (33,8%) e consumo do álcool (18,5%). **Conclusão:** Os resultados demonstram a importância de investir na prevenção dos ATT, principalmente na V Regional de Saúde, com enfoque no seguinte público-alvo: motociclistas, condutores, do sexo masculino e jovens. As ações de prevenção devem ser ampliadas nos finais de semana, enfocando especialmente, o incentivo ao uso do cinto de segurança, a direção com habilitação e sem o consumo de bebida alcoólica.

LEPTOSPIROSE: A VIGILÂNCIA DA SUBNOTIFICAÇÃO A PARTIR DO RELACIONAMENTO PROBABILÍSTICO ENTRE BANCOS DE DADOS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Autor(es): Barbosa, D.A.; Barbosa, A.M.F.; Dantas, C.F.

Introdução: A leptospirose é uma doença infecciosa que pode se apresentar como um processo inaparente ou até formas graves, com alta letalidade. Em sua fase inicial, quando a doença se apresenta de forma leve, pode ser confundida com uma virose, como a síndrome gripal ou dengue. A partir da notificação de casos e óbitos é possível monitorar a ocorrência da doença, desenvolvendo as medidas preventivas e de controle necessárias. O relacionamento entre os bancos de dados dos sistemas de informação possibilita a identificação de casos subnotificados, colaborando desta forma para a conformação de uma base de dados condizente com a realidade e que possa gerar uma informação de qualidade. **Objetivo:** Descrever a subnotificação de casos e óbitos por leptospirose, ocorridos no estado de Pernambuco no ano de 2011, contribuindo para a melhora das bases de dados. **Metodologia:** Realizou-se um estudo descritivo utilizando-se as bases de dados de informação sobre casos e óbitos de leptospirose. Foi utilizada a técnica do relacionamento probabilístico entre banco de dados pelo aplicativo ReLink versão 3. Foi realizada uma limpeza dos bancos de dados, a partir da verificação das duplicidades de registros. Posteriormente realizou-se o *linkage* dos casos contidos no banco do Sinan, no período de 2007 a 2011 e da base de dados do SIM, contendo os óbitos ocorridos no ano de 2011. **Resultados:** De 46 registros referentes ao banco de mortalidade sem duplicidade, 10,9% foram considerados não pares, ou seja, provavelmente subnotificados no Sinan e 89,1% pares, encontrados nos dois sistemas. Já dos 4.061 casos contidos no banco do Sinan sem duplicidade, 98,9% foram considerados não pares, por estarem presentes apenas nesse sistema e 1,0% considerados pares. Foi registrado um total de 130 óbitos, localizados nos dois sistemas de informação, desses, 64,6% foram encontrados apenas no Sinan, sendo encerrados como óbitos por leptospirose, sugerindo uma subnotificação destes óbitos no SIM. **Conclusão:** Pelo relacionamento entre bancos de dados foi possível identificar a subnotificação de casos e óbitos por leptospirose. Esse resgate de casos confere uma maior confiabilidade da informação e assim uma base mais sólida para adoção de medidas preventivas e de controle mais efetivas.

RELACIONAMENTO PROBABILÍSTICO ENTRE BASES DE DADOS DE ÓBITOS E NOTIFICAÇÃO DE MENINGITES: UMA APLICAÇÃO NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA REDUÇÃO DA SUBNOTIFICAÇÃO

Autor(es): Barbosa, D.A.; Barbosa, A.M.F.; Dantas, C.F.

Introdução: A meningite é uma doença importante para a saúde pública pela sua magnitude, severidade e capacidade de ocasionar surtos. É fundamental a adoção precoce de medidas que contribuam para o controle da doença. A notificação dos casos ocorre desde sua suspeita no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), sendo também registrados os óbitos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). O relacionamento entre bases de dados de sistemas de informação em saúde pode possibilitar a captura de casos ausentes em um dos sistemas ou resgatar informações coerentes no que se refere à investigação epidemiológica, qualificando dessa forma as informações. **Objetivo:** Descrever a subnotificação de casos e óbitos por meningites, ocorridos no estado de Pernambuco no ano de 2011, buscando a melhoria das bases de dados. **Metodologia:** Realizou-se um estudo descritivo utilizando-se as bases de dados de informação sobre mortalidade e de morbidade de meningites. Foi utilizada a técnica do relacionamento probabilístico entre banco de dados por meio do aplicativo Reclink versão 3. Inicialmente foi realizada uma limpeza dos bancos de dados a partir da verificação das duplicidades de registros. Posteriormente, realizou-se o *linkage* dos casos contidos no banco do Sinan, no período de 2007 a 2011 e da base de dados do SIM, contendo os óbitos ocorridos no ano de 2011. **Resultados:** De 113 registros referentes ao banco de mortalidade não havia duplicidade; 60,2% foram considerados não pares, ou seja, provavelmente subnotificados no Sinan e 39,8% pares, encontrados nos dois sistemas. Dos 10.903 casos contidos no banco do Sinan, após retiradas as duplicidades, 99,6% foram considerados não pares, pois estavam presentes apenas nesse sistema e 0,4% considerados pares. Foi registrado um total de 148 óbitos, localizados nos dois sistemas de informação, desses, 23,6% foram encontrados apenas no Sinan, sendo encerrados como óbitos por meningite, sugerindo uma subnotificação desses óbitos no SIM. **Conclusão:** O relacionamento entre bancos de dados permitiu a identificação da subnotificação de casos e óbitos de meningite, possibilitando o resgate dos dados para conformação de uma informação mais completa e fidedigna, favorecendo dessa forma o conhecimento da realidade epidemiológica.

MONITORAMENTO DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE – PROJETO PILOTO COM MUNICÍPIOS PERNAMBUCANOS

Autor(es): Viana, E.A.; Albuquerque, L.; Duarte, M.; Castro, C.; Eskinazi, F.; Selva; E.

Objeto da Intervenção: O Programa Academia da Cidade – Política de promoção à saúde, com ênfase na atividade física, lazer e alimentação saudável. **Objetivos:** Validar o instrumento de monitoramento das ações do Programa Academia da Saúde. **Metodologia:** Após reuniões para consenso entre experts da academia e do serviço público na área de promoção da saúde, atividade física e monitoramento/avaliação, foram selecionadas 28 variáveis para compor o instrumento de monitoramento da Academia da Saúde. O produto dessas reuniões originou um questionário aplicado na plataforma do FormSus, que gerou um endereço de acesso por meio de um link para o preenchimento on-line. Para validar o instrumento foram selecionados 4 municípios que apresentavam maior regularidade no envio de relatórios mensais para a Coordenação do Programa da Academia da Cidade da Secretaria das Cidades de Pernambuco. Esses receberam orientações para o preenchimento das 28 perguntas do questionário, relacionadas aos três blocos temáticos: Dados institucionais, informações sobre o programa e informações adicionais e também quanto ao período em que o link estaria disponível para o preenchimento dos dados. **Resultados:** Os 4 municípios relataram que o instrumento foi objetivo e de fácil preenchimento. Três municípios responderam todas as questões. Um município considerou de difícil compreensão a pergunta relacionada ao processo de formação dos profissionais. Dos três blocos analisados, apenas um município deixou de responder a questão relacionada ao bloco de informações adicionais. O bloco que apresentou maior dificuldade no seu preenchimento foi o de informação sobre o Programa, especificamente as variáveis relacionadas ao financiamento, devido à necessidade de obter informações com outros profissionais. **Análise Crítica:** Além das mudanças no questionário on-line a validação suscitou o acréscimo de uma planilha para suprir algumas necessidades observadas no instrumento, complementado os dados necessários da avaliação e monitoramento do Programa Academia da Saúde. **Conclusões:** O Projeto Piloto foi válido para testar o preenchimento e o fluxo de envio dos dados do instrumento de monitoramento e serviu de base para o Plano de Monitoramento aplicado pelo Ministério da Saúde em toda esfera Estadual e Municipal.

AVALIAÇÃO DE SÍTIOS DE EXCELÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE APOIO À INSTITUCIONALIZAÇÃO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM COORDENAÇÕES DE DST/AIDS NO BRASIL

Autor(es): Dhália, C.B.C.; Souza, M.G.G.; Cruz, M.

Introdução: Em 2005, o Programa Nacional de DST/Aids (PNDST/Aids) elegeu cinco coordenações de DST/Aids em cada macrorregião do País para apoiar a descentralização das ações de monitoramento e avaliação. Esperava-se que essas coordenações mostrassem experiências bem sucedidas a serem desenvolvidas por outras coordenações nas suas regiões. **Objetivo:** Avaliar a implantação dos sítios de excelência como estratégia de apoio à institucionalização das atividades de M&A em coordenações de DST/Aids, levantando fatores que facilitaram ou dificultaram o desempenho, dos sítios. **Metodologia:** Estudo de caso único imbricado com análise interna cuja unidade de análise foi tratada como abrangente em si mesma e análise imbricada para desenvolvimento de abstrações, comparação entre unidades, identificação de pontos comuns que contribuíram para maior ou menor nível de implantação. Foram definidos parâmetros para a avaliação do grau de implantação, considerando a estrutura e o processo. Foi estruturada uma matriz de julgamento para análise quantitativa e realizada análise qualitativa para identificação de obstáculos e fatores de sucesso. As fontes de informação foram entrevistas semiestruturadas com coordenadores atuais e anteriores e/ou técnicos indicados e visitas aos sítios para verificação da estrutura existente. **Resultados:** O grau de implantação foi considerado crítico nos dois sítios das regiões Norte e Sul; regular no do Nordeste; bom no do Centro-Oeste e excelente no do Sudeste. Entre os fatores facilitadores para o desempenho desses sítios, destacaram-se as capacitações em M&A e a contratação temporária de técnico para apoiar o M&A, ambas patrocinadas pelo PNDST/Aids. Como obstáculos foram relatados o recuo no apoio do Programa Nacional e problemas de sustentabilidade das ações nos sítios. **Conclusões/Considerações:** A ampla realização de oficinas básicas em M&A em todo País, contribuiu para a sensibilização, padronização da linguagem e incorporação de importantes ferramentas para a melhoria do planejamento, mas a aquisição de novas habilidades em alguns sítios não contribuiu para implementação do monitoramento. A maioria dos sítios não acompanha seus planos de ação, seja pela falta de RH, seja pela não priorização das atividades de M&A. Apesar da experiência dos sítios na realização da capacitação, observam-se em alguns sítios, baixos quantitativos de RH capacitados em M&A.

INDICADORES DE GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: O MONITORAMENTO E O DESEMPENHO EM PERNAMBUCO, 2011

Autor(es): Costa, J.; Silva, I.; Farias, T.; Dhalia, C.; Jordão, J.; Silva, A.C.

Introdução: A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem contemplado um conjunto de estratégias que envolvem o financiamento, a gestão e a organização da produção de serviços, que contemplam ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. A qualificação dessas ações, e do próprio sistema, passa, entre outras ações, pela definição e clareza dos objetivos institucionais e pelo acompanhamento sistemático do cumprimento das metas estabelecidas para o seu alcance. Neste sentido, a Programação das ações de Vigilância em Saúde (Pavs), surgiu como um elenco norteador de ações para subsidiar a programação das SES e SMS para o alcance das metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal.

Objetivos: Monitorar e analisar o desempenho das 12 Gerências Regionais de Saúde do estado de Pernambuco quanto ao alcance de metas dos indicadores da Pavs 2011 elencados segundo o eixo do Pacto de Gestão. **Metodologia:** Estudo descritivo transversal, onde foi construída uma matriz com oito indicadores dos doze presentes na PAVS 2011 no eixo do Pacto de Gestão – Responsabilidades gerais da gestão do SUS, com os objetivos, fontes de verificação, metas estaduais e resultados. A partir dos resultados encontrados, classificamos em cor verde, desempenho alto, as regionais que tiveram alcance da meta maior que 50,0%, de amarelo, as de desempenho médio que alcançaram de 40,0 a 50,0% da meta e de vermelho, desempenho baixo, as regionais com menor que 40,0% da meta. **Resultados:** Dos oito indicadores analisados nas doze regionais de saúde, encontramos com desempenho alto a XI (75,0%), IV e I (62,5%) regionais com o maior percentual de cumprimento de metas. Diferente da VI, IX (12,5%) e das VII, III e XII (37,5%) que apresentaram desempenho baixo, inferior a média do Estado (44,8%). Já as II, V, VIII e X regionais tiveram um desempenho médio (50,0%) no alcance das metas. **Conclusões:** As ferramentas de acompanhamento sistemático do cumprimento de metas como o monitoramento e o desempenho, nos revelam diferenças inter-regionais no tocante ao cumprimento das ações da Vigilância em Saúde no Estado. A partir das discussões observadas estas orientam ações em processos formativos e participativos que tem como finalidade fortalecer os processos de gestão, identificar debilidades e contribuir na tomada de decisão de forma oportuna e qualificada.

MONITORAMENTO DO DESEMPENHO DA GESTÃO DESCENTRALIZADA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: SUBSÍDIOS PARA GESTÃO ESTADUAL

Autor(es): Costa, J.M.B.S.; Felisberto, E.; Bezerra, L.C.A.

Objeto da intervenção: A descentralização das ações e serviços de saúde exigiu a redefinição de papéis entre as três esferas de gestão. Neste processo, a vigilância em saúde (VS) vem passando por profunda reorganização normativa e operacional com repasse de recursos e responsabilidades da esfera Federal para Estados e Municípios. Este movimento conduziu a um importante avanço na implementação de ações de VS, contudo, a eficiência e a qualidade ainda persistem como desafios. Nesse contexto, faz-se necessário monitorar o desempenho da gestão da VS no âmbito estadual com o intuito de prover a administração de informações sintéticas que subsidiem a tomada de decisão para a superação das dificuldades anteriormente apontadas. **Objetivo:** Elaborar instrumento para monitoramento da gestão no âmbito estadual, em atendimento aos requisitos de responsabilização, desempenho, melhoria da qualidade e aprendizado institucional. **Metodologia:** Elaborou-se o modelo lógico da gestão da VS a partir da revisão de literatura e da normatização que rege a área. O modelo foi validado por um grupo de gestores e técnicos da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco. Identificaram-se os componentes da gestão da VS e foram elaborados dois painéis de indicadores (nível central e municípios) com os respectivos padrões e fontes de verificação. A validação dos indicadores ocorreu em três etapas: análise quanto à validade, mensurabilidade e confiabilidade; apreciação por um grupo de *experts* e estudo piloto. A partir do modelo lógico, organizou-se a gestão da VS em 5 componentes: gestão financeira; articulação; fortalecimento da capacidade institucional; informação e comunicação e situação de saúde que contabilizaram 47 indicadores, sendo 25 do nível central e 22 com foco nos municípios. **Resultados:** Os indicadores foram trabalhados de forma a permitir um monitoramento trimestral com vistas a uma atuação formativa, com subsídios a melhora das ações de VS no transcorrer do ano. **Análise crítica:** O instrumento vem suprir uma necessidade de acompanhamento de ações estratégicas da gestão da vigilância com uma proposta de superar o caráter burocrático de alguns modelos. Para tanto, faz-se necessário o envolvimento de todos que fazem a gestão da VS, bem como sua incorporação como um instrumento privilegiado para a tomada de decisão.


ABRASCO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE COLETIVA



SANAR
PROGRAMA DE
ENFRENTAMENTO
AS DOENÇAS
NEGLIGENCIADAS



Ouvidoria
0800 286 2828 Saúde 