MINISTÉRIO DA SAÚDE

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Relatório de Situação

Amapá

3ª edição

Brasília/DF

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Relatório de Situação

Amapá

3ª edição
Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Brasília/DF 2007

© 2005 Ministério da 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 Secretaria de Vigilância em Saúde.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

3ª edição – 2007 – tiragem: 300 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Organização: Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento
Produção: Núcleo de Comunicação

Endereço

Esplanada dos Ministérios, Bloco G
Edifício-Sede, sobreloja, sala 134
CEP: 70058-900, Brasília – DF
E-mail: svs@saude.gov.br
Endereço na internet: www.saude.gov.br/svs

Produção editorial

Consolidação de dados: Adriana Bacelar Ferreira Gomes
Copidesque/revisão: Napoleão Marcos de Aquino
Projeto gráfico: Fabiano Camilo, Sabrina Lopes
Diagramação: Fred Lobo

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.
Sistema nacional de vigilância em saúde : relatório de situação : Amapá / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.
24 p. : il. color. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

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

ISBN 978-85-334-1392-4

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

NLM WA 900

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0802

Títulos para indexação

Em inglês: National System in Health Surveillance: situation report: Amapá
Em espanhol: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud: relatorio de la situación: Amapá

Sumário

4 Sistemas de Informações – SIM e Sinasc

5 Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

6 Tuberculose

7 Hanseníase

8 Doenças sexualmente transmissíveis – Aids

9 Dengue

10 Malária

11 Doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses

12 Outras doenças transmissíveis

14 Hepatites virais

15 Programa Nacional de Imunizações – PNI

16 Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS

17 Recursos

18 Projeto Vigisus II

19 Vigilância em saúde ambiental

20 Emergências epidemiológicas

21 Agravos e doenças não transmissíveis

Apresentação

A terceira edição do Relatório de Situação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde apresenta dados recentes e análises sintéticas das principais ações desenvolvidas nas áreas de sistemas de informações epidemiológicas, vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos.

Publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), o Relatório de Situação apresenta, sempre que possível, informações organizadas geograficamente. Assim, fica mais fácil visualizar as áreas críticas e tomar as medidas cabíveis para prevenir e controlar doenças e agravos que representam risco à saúde da população.

Este conjunto de dados consolidados constitui-se, portanto, em importante instrumento para balizar a atuação dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde. Apresentadas de forma objetiva, essas informações permitem conhecer e avaliar a situação atual das ações e dos programas executados em cada Unidade da Federação.

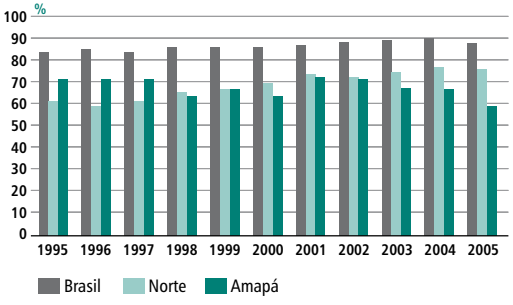
O Relatório de Situação sintetiza os avanços e as limitações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Nosso objetivo é que ele seja utilizado na formulação de iniciativas capazes de fortalecer as ações e os programas de promoção da saúde da nossa população.

Gerson Oliveira Penna
Secretário de Vigilância em Saúde

Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

A cobertura[1] do SIM exibiu valores que variaram entre 59% e 72% nos últimos dez anos. Em 2005, o Amapá apresentou cobertura de 58,6%, valor inferior à cobertura da região, que foi de 75,8%.

Figura 1. Razão entre os óbitos SIM e os óbitos IBGE. Brasil, região Norte, Amapá, 1995-2005



Fonte: SVS/MS

Taxa Geral de Mortalidade – TGM

Uma TGM padronizada menor que 4,4 óbitos por 1.000 habitantes em municípios com população inferior a 50.000 hab., ou menor que 5,3 óbitos por 1.000 habitantes em municípios com população maior ou igual a 50.000 hab. indica precariedade na cobertura das informações de mortalidade. Foi considerada como padrão a população brasileira registrada no censo de 2000.

TGM padronizada por município

- Municípios com população menor que 50.000 habitantes (14): 79% (11) apresentam TGM padronizada abaixo de 4,4/mil hab.
- Municípios com população maior ou igual a 50.000 habitantes (2): 100% (2) apresentam TGM padronizada abaixo de 5,3/mil hab.
- No total, 90% da população do estado residem em municípios com deficiências na cobertura do SIM. A capital Macapá, teve TGM padronizada de 4,5/mil hab.; o estado, 4,2/mil hab. e a região Norte, 4,9/mil hab.

Percentual de causas mal definidas

O percentual de óbitos por causas mal definidas do Amapá é de 14,0% em 2005. No mesmo ano, a região Norte apresentou percentual de 19,3% e o Brasil, 10,6%

Percentual de óbitos por causas mal definidas nos municípios do estado, em 2005:

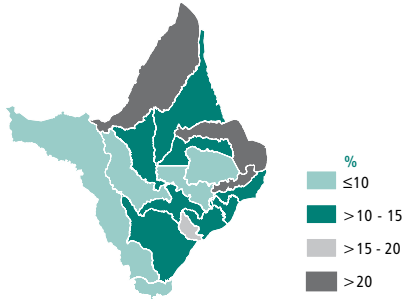
- até 10%: 5 municípios (31,2%);
- entre 10% e 15%: 7 municípios (43,8%);
- entre 15% e 20%: 1 município (6,3%);
- 20% e mais: 3 municípios (18,8%).

Macapá tem 11,9% de óbitos por causas mal definidas.

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc

As coberturas do Sinasc são calculadas a partir da razão entre nascimentos coletados e estimativas de nascimentos obtidas pela SVS usando técnicas demográficas. Em 2005, a cobertura do Sinasc no estado foi de 81,0%.

Figura 2. Percentual de óbitos por causas mal definidas, por municípios, Amapá, 2005



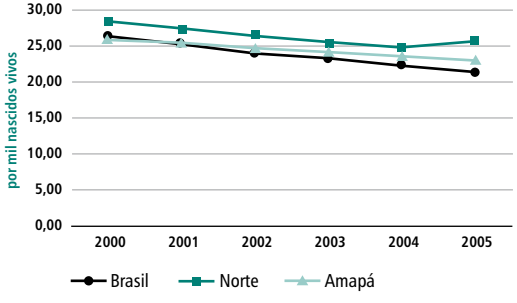
Fonte: SVS/MS

Taxa de Mortalidade Infantil – TMI

Em função de deficiência(s) na(s) cobertura(s) do SIM e/ou Sinasc, o cálculo da mortalidade infantil, para esta UF, é feito a partir de estimativas do IBGE.

Em 2005, no Amapá, para cada 1.000 crianças nascidas vivas (nv), 22,9 morreram antes de completar um ano de idade. Na região Norte, a TMI foi de 25,5 por 1 mil nv. No período de 2000 a 2005, houve redução de 11,8% da TMI no estado.

Figura 3. Coeficiente de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos). Brasil, região Norte, Amapá, 2000-2005



Fonte: IBGE/SIM/Sinasc/SVS

[1]A cobertura do SIM e do Sinasc é avaliada tomando-se como parâmetro as estimativas do IBGE para óbitos e nascidos vivos.

Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo

Os agravos doença de Chagas aguda, sarampo, síndrome da rubéola congênita e leishmaniose tegumentar americana não atingiram a meta de 60% de encerramento oportuno dos casos notificados.

Em números totais, o estado alcançou a meta de 60,0% estabelecida para o ano de 2006, atingindo 74,2%.

Regularidade de envio de dados do Sinan ao Ministério da Saúde

O estado atingiu a meta de 80% de envio regular de dados do Sinan ao Ministério da Saúde, alcançando o percentual de 96% em 2006.

Tabela 1. Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo. Amapá, 2006*

Agravos	Casos		
	Notificados	Encerrados oportunamente	
	Total	Nº	%
Chagas	4	1	25,0
Cólera	0	0	0,0
Coqueluche	39	36	92,3
Difteria	0	0	0,0
Febre amarela	0	0	0,0
Febre tifóide	12	9	75,0
Hantavirose	0	0	0,0
Hepatite	1.012	866	85,6
Leishmaniose tegumentar americana	535	292	54,6
Leishmaniose visceral	0	0	0,0
Leptospirose	181	128	70,7
Malária	5	5	100,0
Meningite	18	16	88,9
Paralisia flácida aguda	2	2	100,0
Peste	0	0	0,0
Raiva	0	0	0,0
Rubéola	95	58	61,1
Sarampo	4	2	50,0
Síndrome da rubéola congênita	2	1	50,0
Tétano acidental	3	3	100,0
Tétano neonatal	0	0	0,0
Total	**1.912**	**1.419**	**74,2**

*Atualizado em 10/2/2006

Fonte: MS/SVS/Sinanw

Tuberculose

O Amapá possui Macapá como município prioritário, com cobertura de 23,5% do Programa de Controle da Tuberculose – PCT implantado e 40,0% de implantação da estratégia de tratamento supervisionado.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, em 2005 foram registrados 229 casos novos de tuberculose no Sinan. As incidências foram de 38,5/100 mil hab. para tuberculose, em todas as formas e de 27,4/100 mil hab. para casos bacilíferos. A coorte de tratamento, considerando os casos diagnosticados em 2005 nos municípios prioritários, mostrou cura de 59,1%. O abandono foi de 6,7%; óbitos de pacientes, com 2,7% transferência de 12,8%, além do percentual de 18,8% de casos sem informação de encerramento no Sinan.

Figura 1. Municípios segundo taxa de incidência (por 100 mil hab.) para tuberculose. Amapá, 2005

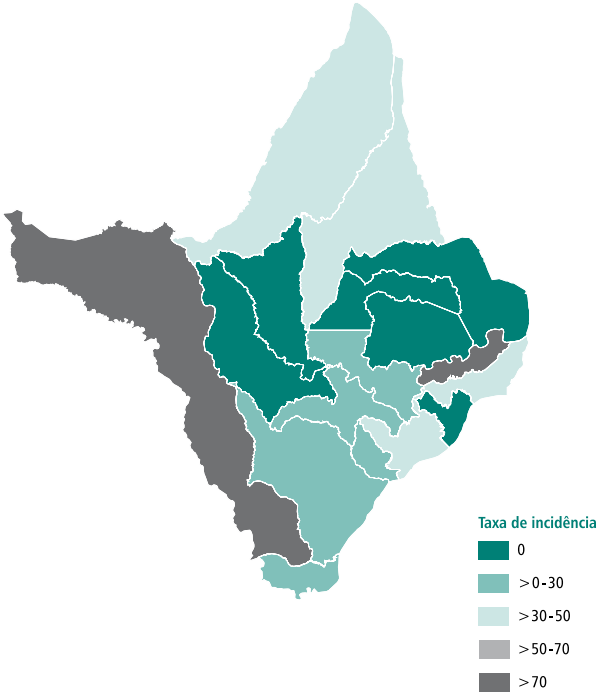
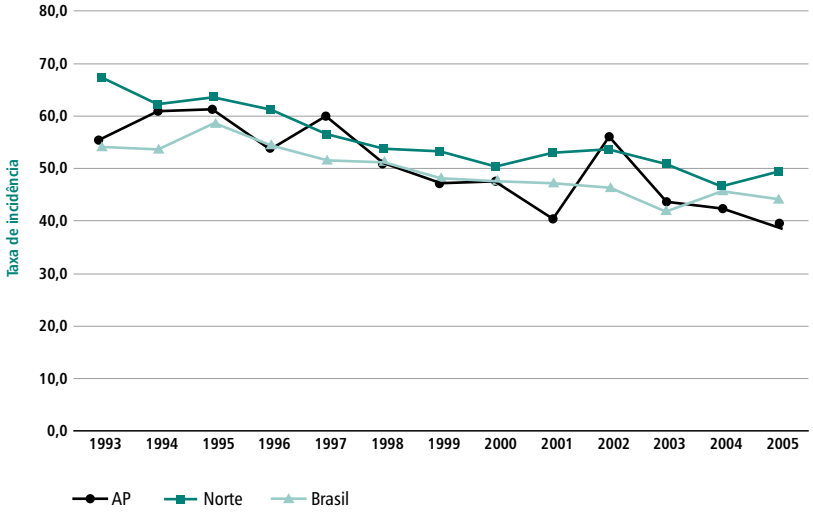


Figura 2. Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de tuberculose em todas as formas. Amapá, região Norte, Brasil, 1993-2005



No período de um ano houve um incremento de 5,26% de unidades (20 unidades) que fazem diagnóstico e tratamento de hanseníase.

Foram diagnosticados 154 casos novos em 2006. Desse total, 126 estão em curso de tratamento.

Dos casos novos diagnosticados:

- 12 (7,79%) acometiam menores de 15 anos;
- 5 (3,88) apresentou, no momento do diagnóstico, incapacidade física severa;
- 95 (61,68%) eram formas avançadas da doença.

O percentual de cura no estado foi de 58,88% em 2006.

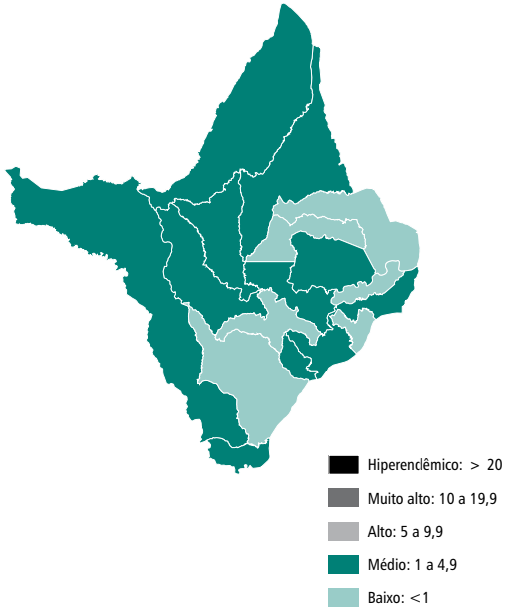
O estado do Amapá possui um município prioritário para a hanseníase: Macapá.

85,14% da população do estado encontram-se em municípios com mais de cinco casos de hanseníase por 10 mil habitantes.

Tabela 1. Casos novos de hanseníase, por município e percentual de população. Amapá, 2006

Carga da doença	Nº de municípios	População 2006	% população
Até 1 caso	4	30.188	4,90
1 a 3 casos	4	30.529	4,96
3 a 5 casos	4	30.756	5,00
5 a 20 casos	2	54.022	8,77
Mais de 20 casos	8	470.229	76,37
Total	**22**	**615.724**	**100,00**

Figura 1. Coeficiente de prevalência da hanseníase (por 10 mil hab.) por município. Amapá, 2006



Doenças sexualmente transmissíveis / Aids

Até dezembro de 2005, foram notificados 504 casos de aids, sendo 333 homens e 171 mulheres.

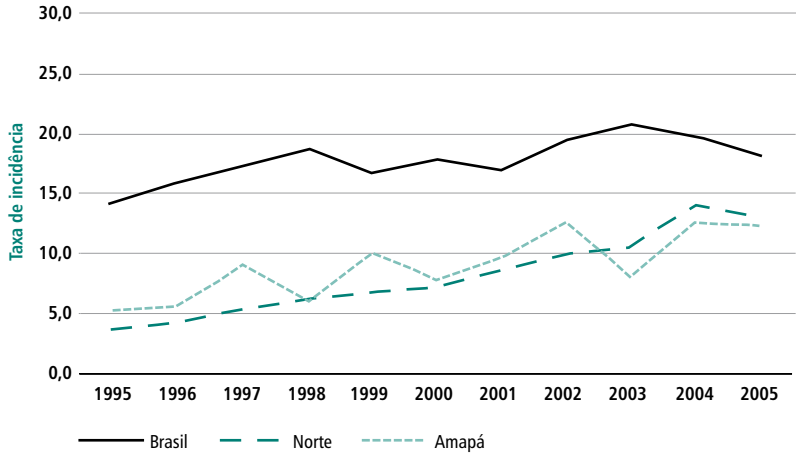
Os municípios do estado que apresentaram os maiores números de casos de aids acumulados até 2005 foram (casos acumulados/taxa média de incidência de 2000 a 2005 por 100 mil hab.):

- Macapá (406/13,5);
- Santana (44/6,9);
- Oiapoque (25/21,1);
- Laranjal do Jari (12/5,5);
- Tartarugalzinho (4/3,9).

A taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por aids no ano de 2005 foi de 3,2 óbitos.

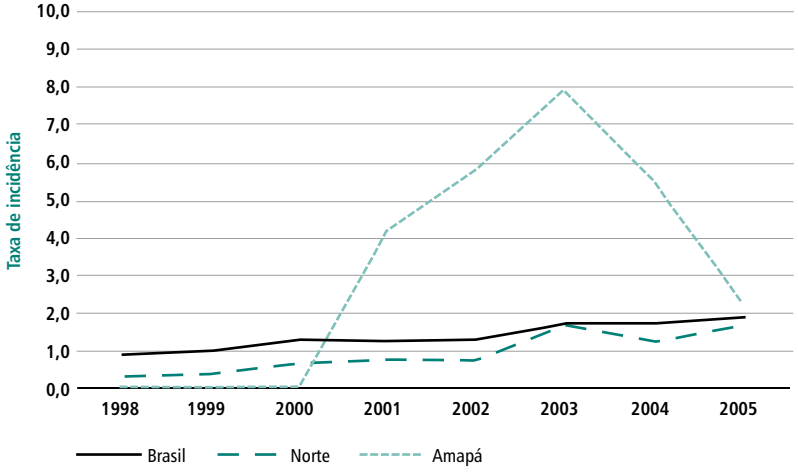
Foram notificados 11 casos de transmissão vertical do HIV até 2005.

Figura 1. Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de aids, segundo ano de diagnóstico. Amapá, 1995-2005



Em relação à sífilis congênita, o estado notificou entre os anos de 1998 e 2004 um total de 369 casos em menores de um ano de idade. A taxa de incidência (por mil nascidos vivos) de sífilis congênita no ano de 2005 é de 2,3 casos. Até 2005 foram registrados 12 óbitos por sífilis congênita no estado.

Figura 2. Taxa de incidência (por mil nascidos vivos) de sífilis congênita segundo ano de diagnóstico. Amapá, 1998-2005



Dos 16 municípios do Amapá, 3 (18,75%) são prioritários para o Programa Nacional de Controle da Dengue: Macapá, Oiapoque e Santana. Esses municípios concentram 79,10% da população do estado.

Situação epidemiológica

De acordo com os dados do Boletim da Dengue (SE nº 52), no ano de 2006 o estado apresentou 3.292 casos, com taxa de incidência de 535/100.000 habitantes, sendo considerado um estado com baixa incidência. Nesse mesmo período, não houve registro de casos de febre hemorrágica da dengue (FHD). Na região Norte, o Amapá foi o 4º estado em número de casos, tendo apresentado queda de 18,21% se comparado ao mesmo período de 2005.

Tabela 1. Índice de Infestação Predial (IIP) nos municípios prioritários, janeiro a julho de 2003-2006

Ano	0 < IIP < 1		1 ≤ IIP < 3		3 ≤ IIP < 5		IIP ≥ 5	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2003	5	50,00	5	50,00	-	-	-	-
2004	8	80,00	2	50,00	-	-	-	-
2005	4	40,00	1	50,00	-	-	-	-
2006	2	66,67	-	-	1	33,33	-	-

Fonte: FAD

Tabela 2. Levantamento Rápido de Índice (LIRAa), junho a novembro de 2006

Município	0 a 0,9		1 a 3,9		>4,0		Total de estratos
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Macapá	6	54,55	5	45,45	0	0,00	11

Fonte: SMS e SES

Tabela 3. Indicadores operacionais dos municípios prioritários, 2º trimestre de 2006

Indicadores	Municípios que não atingiram a meta do indicador	Municípios que não informaram a situação
Quantitativo adequado de agentes	Indicador alcançado por todos os municípios	Não se aplica
FAD na rotina	Santana	Não se aplica
Plano de contingência	Macapá, Oiapoque, Santana	Não se aplica
Comitê de mobilização	Macapá, Oiapoque, Santana	Não se aplica

Fonte: SMS/SES/Diagdeng

Malária

O Amapá registrou 24.087 casos de malária em 2006, correspondendo a 4,5% do total de casos da Amazônia Legal. Em comparação com 2005, o estado apresentou aumento de 5,6%.

Em 2006, seis dos 16 municípios existentes no estado contribuíram com 80% dos casos de malária na Amazônia Legal. Comparando com o ano anterior, cinco dos seis municípios apresentaram aumento no número de casos.

Além desses municípios, Serra do Navio, Tartarugalzinho e Ferreira Gomes merecem destaque por apresentarem alta incidência de malária (IPA ≥ 50/1mil hab).

Macapá, apesar do menor número de casos autóctones, encontra-se entre os municípios prioritários devido ao volume de casos recebidos de outros municípios, o que aumenta a vulnerabilidade e necessidade de estruturação dos serviços.

Tabela 1. Distribuição de casos autóctones e internações por malária, proporção de malária por *P. falciparum* e percentual de variação no número total de casos, no número de casos por *P. falciparum* e internações. Amapá, 2005-2006

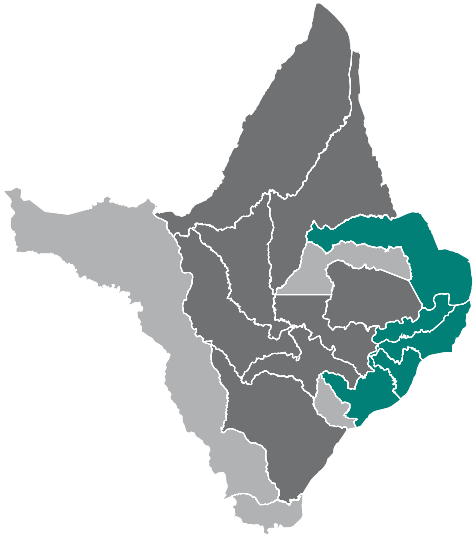
Municípios*	Total de casos		Variação de casos %	Proporção de casos de *P. falciparum* 2006	Variação de casos de *P. falciparum* %	Total de internações** 2006	Variação de internações %
	2005	2006					
Porto Grande	2.971	3.516	18,3	21,7	-14,4	121	-8,3
Santana	2.030	3.209	58,1	21,3	55,0	41	-36,9
Pedra Branca do Amapari	1.643	2.988	81,9	26,2	71,6	5	150,0
Oiapoque	1.643	2.813	71,2	16,9	-3,5	73	-37,1
Calcoene	2.299	2.786	21,2	33,3	12,2	6	20,0
Mazagão	5.621	2.673	-52,4	23,1	-65,2	17	-66,7
Macapá	1.416	2.290	61,7	16,9	38,2	162	-19,8
Total	17.623	20.275	15,0	22,9	-10,2	425	-25,8
Amapá	22.806	24.087	5,6	25,4	-7,4	690	-26,4
Amazônia Legal	594.512	535.867	-9,9	26,3	-6,9	9.494	-21,4

* Municípios que contribuem com 80% dos casos de malária na Amazônia Legal, baseados nos relatórios por local provável de infecção

** Internações por local de residência (Fonte: SIH/SUS)

Fonte: Sivep-Malária

Figura 1. Estratificação dos municípios. Amapá, 2006



Estrato 1: IPA ≥ 50 (alto risco) – 8

Estrato 2: IPA 10 – 49 (médio risco) – 4

Estrato 3: IPA < 10 (baixo risco) – 4

Sem casos IPA = 0

Houve diminuição no número de casos de malária por *P. falciparum* no estado (7,4%) e nos municípios prioritários (10,2%), o mesmo ocorrendo na Amazônia Legal (6,9%). A proporção de *P. falciparum* no estado foi de 25,4%.

O número de internações apresentou redução em 25,8% nos municípios prioritários e 26,4% no estado, o mesmo ocorrendo na Amazônia Legal (21,4%).

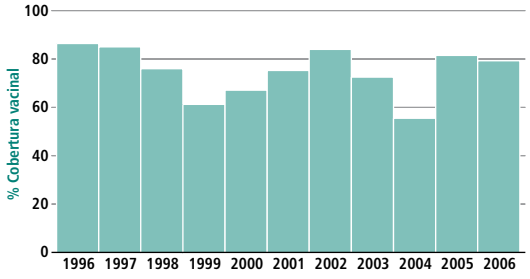
Tracoma

Não se dispõem de dados atuais de tracoma no estado do Amapá. Em 2007 será realizado o inquérito epidemiológico de tracoma para conhecimento da atual realidade epidemiológica nas regiões do estado.

Raiva

O estado não tem registro de casos de raiva por qualquer espécie de animal (silêncio epidemiológico). O monitoramento para diagnóstico da circulação viral canina é insuficiente. Sem revisão da estimativa da população canina. Áreas indígenas de alto risco. As coberturas vacinais são insatisfatórias e não homogêneas. O estado apresenta altos índices de agressão por morcegos em humanos e animais. Devem ser intensificadas as ações de vigilância epidemiológica, principalmente na atenção às pessoas expostas ao risco de agressão por animais silvestres.

Figura 1. Série histórica de cobertura vacinal em campanha nacional anti-rábica canina, Amapá, 1996-2006



Leishmanioses

O Amapá, no ano de 2005, registrou 578 casos de leishmaniose tegumentar americana e uma taxa de detecção de 97,2 casos por 100 mil habitantes. Os municípios de Oiapoque, Laranjal do Jari e Macapá, representaram 53,8% do total de casos registrados no ano. Em 2005, do total de casos notificados 41,2% tiveram alta por cura clínica e 93,3% foram confirmados laboratorialmente. Dos casos notificados, 14,4% são importados de outros países – aproximadamente 12% são da Guiana Francesa.

Acidentes por animais peçonhentos

O Amapá apresenta alta incidência de ofidismo (52 casos/100 mil hab.) e a maior de escorpionismo da região Norte (23 casos/100 mil hab.). Mais de 30% dos casos são registrados em Macapá, mostrando também deficiência quanto à localização próxima de unidades de atendimento.

Leptospirose

No período de 2001 a 2006 foram confirmados 245 casos, com 8 óbitos (letalidade de 3,3%). O coeficiente de incidência anual média foi de 7,38/100 mil hab. (média nacional: 1,86/ 100 mil hab.). Mais de 85% dos casos ocorreram em área urbana.

Obs: Os anos de 2003 e 2006, excepcionalmente, concentraram 92 e 75 casos, respectivamente (68% do total do período); nos outros anos ocorreram menos de 38 casos/ano.

Inquéritos sorológicos para a vigilância de febre do Nilo ocidental

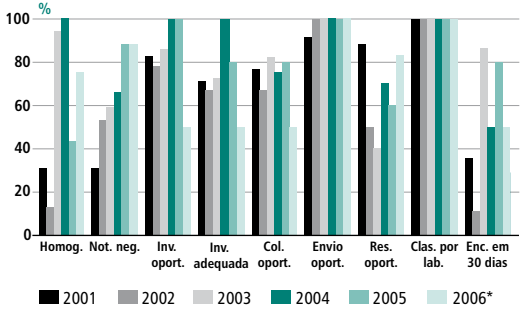
Foi realizado em 2005 um inquérito sorológico em eqüinos para detecção do vírus da febre do Nilo Ocidental. Não foi detectada a presença do vírus pesquisado, entretanto foram detectados anticorpos para outros *flavivirus* e *alphavirus*.

Sarampo

No Amapá, a meta estabelecida durante o período para os indicadores epidemiológicos do sarampo foi atingida, exceto para o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada, investigação adequada, coleta oportuna de amostras e encerramento oportuno dos casos, indicando a não agilidade para encerramento dos mesmos no Sinan. A intensificação das ações deve ser realizada para não comprometer os esforços de erradicação.

De 2001 a 2006 foram notificados 69 casos suspeitos de sarampo no estado sem nenhuma confirmação. Em 1999, foram confirmados 17 casos de sarampo.

Figura 2. Indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo. Amapá, 2000-2005*



*Dados preliminares

Fonte: Cover/CGDT/Devep/SVS/MS

Febre tifóide

Os casos da doença no estado, no período de 2002 a 2006, apresentaram incidências de 2,90; 1,12; 1,99; 0,84 e 1,30 casos/100.000 habitantes, respectivamente.

Figura 3. Incidência de febre tifóide. Amapá, 2002-2006

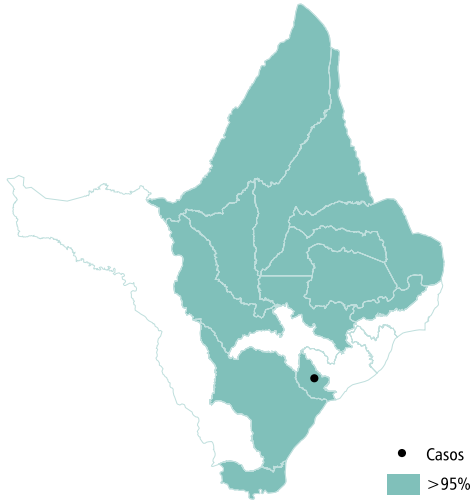
Fonte: Coveh/CGDT/Devep/SVS

Rubéola

No Amapá, o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada foi de 25% em 2001. Nesse mesmo período, 18 casos de rubéola foram confirmados, todos pelo critério laboratorial. A campanha de vacinação contra a rubéola para as mulheres em idade fértil (MIF) ocorreu em 2002, com a cobertura vacinal de 100,05%.

Em 2006, o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada foi de 75%, agregando o aumento da cobertura vacinal em crianças de um ano e a cobertura vacinal na campanha da rubéola para as MIF, houve uma redução na transmissão da rubéola e apenas um caso foi confirmado. Nenhum caso de síndrome da rubéola congênita (SRC) foi confirmado. Entretanto, mesmo assim existe a necessidade de intensificar e fortalecer as ações de vigilância epidemiológica com vistas à eliminação da rubéola e SRC.

Figura 4. Cobertura vacinal da vacina tríplice viral e número de casos de rubéola, Amapá, 2006



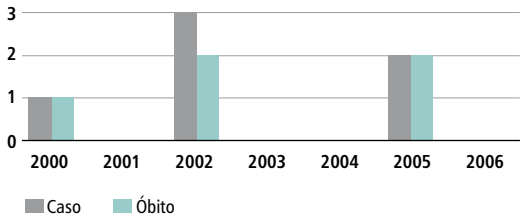
Fonte: Devep/SVS/MS

Tétano neonatal

No período de 2000 a 2006, no Amapá, ocorreram 6 casos (letalidade de 83,3%). É importante investir na vigilância epidemiológica, incluindo a vigilância de óbitos infantis e a melhoria da cobertura vacinal de mulheres em idade fértil (12 a 49 anos de idade), garantindo-se as condições ideais de conservação do imunobiológico e manutenção da qualidade do pré-natal, além do aumento da cobertura de partos assépticos e segurança dos partos limpos.

O estado do Amapá tem 14 municípios no plano de eliminação do tétano neonatal (1.000 nascidos vivos/ano).

Figura 5. Número de casos e óbitos de tétano neonatal. Amapá, 2000-2006

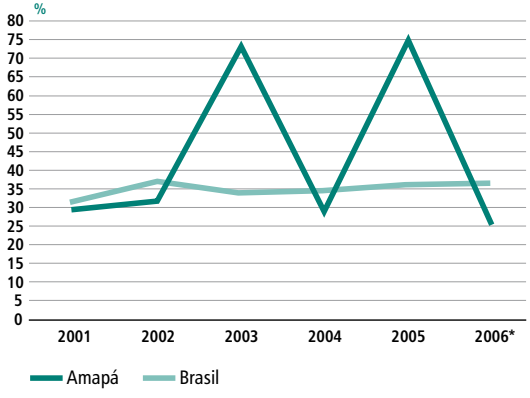


Fonte: Cover-CGDT/Devep/SVS/MS

Meningite

A figura mostra uma importante instabilidade na capacidade de o estado de realizar o diagnóstico laboratorial de meningites bacterianas, apesar do pequeno número de casos apresentados. Ressalta-se a importância desse diagnóstico para que as medidas de controle sejam adotadas de forma oportuna.

Figura 6. Percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial. Amapá, 2001-2006



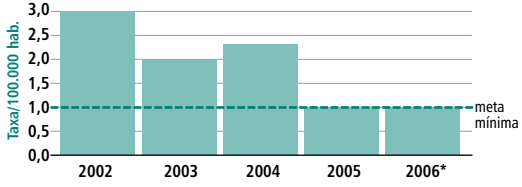
*Dados preliminares

Fonte: MS/SVS/Devep/CGDT/Cover

Paralisia flácida aguda – PFA

A Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas (PFA/Pólio) no Brasil requer a manutenção de altas e homogêneas coberturas vacinais, sensibilização e monitoramento rigoroso dos indicadores que avaliam o desempenho operacional e qualidade da vigilância: taxa de notificação com meta mínima de um caso de PFA por 100 mil habitantes menores de quinze anos que avalia a sensibilidade da vigilância na detecção de casos; investigação epidemiológica em até 48 horas após a notificação do caso; coleta de uma amostra de fezes até o 14º dia do início do déficit motor, para isolamento viral e encerramento do caso e proporção de notificação semanal negativa/positiva de casos de PFA. Exceto a taxa de notificação para os demais indicadores, a meta mínima esperada é de 80%.

Figura 7. Taxa de notificação de PFA por 100 mil hab. menores de 15 anos. Amapá, 2002-2006

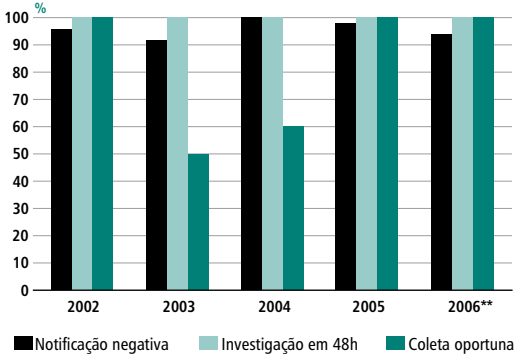


*Dados preliminares

Fonte: MS/SVS/Devep/CGDT/Cover/Sinan

A vigilância das PFA no Amapá vem sendo sensível na detecção de casos, uma vez que as taxas de notificação cursam dentro da meta mínima esperada. O indicador coleta oportuna de fezes melhorou nos últimos dois anos, mas foi insatisfatório nos anos de 2003 e 2004, necessitando maior empenho da vigilância na detecção de casos e na melhoria da coleta oportuna e adequada de fezes, por se tratar do indicador mais sensível para confirmação ou descarte de circulação do poliovírus selvagem e direcionador de estratégias de controle.

Figura 8. Indicadores de vigilância epidemiológica da poliomielite/PFA. Amapá, 2002-2006



Meta mínima= 80%

**Dados preliminares

Fonte: MS/SVS/Devep/CGDT/Cover/Sinan

Estruturação do programa

A estruturação da rede de atenção primária e de serviços de média complexidade, implementando a atenção integral às hepatites virais, é uma das prioridades do SUS.

O coordenador do Programa Estadual não tem função exclusiva para as hepatites virais, necessária devido à complexidade e magnitude desses agravos. Ainda não foi instituído o comitê estadual de hepatites virais, de acordo com determinação da Portaria nº 2.080, de 31.10.2003.

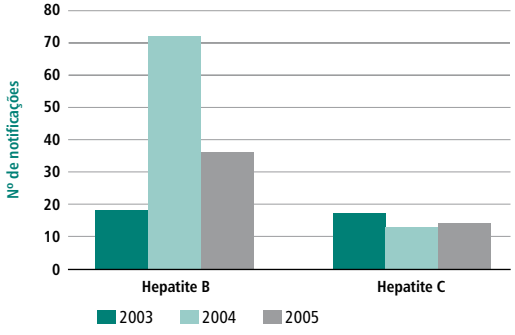
Assistência ao portador

Não há pólo para aplicação de medicamentos implantado no estado.

Dados epidemiológicos

As notificações de hepatites B e C têm aumentado em quase todos os estados do Brasil, mostrando a importância desses agravos em nosso meio.

Figura 1. Casos confirmados de hepatites B e C. Amapá, 2003-2005



Em 2005, houve 579 casos confirmados de hepatites virais, tornando o Amapá o 6º estado da região Norte em número de casos: 68% de hepatite A, 21% de B e 7% de C. Em 4% dos casos a etiologia estava indefinida, demonstrando que o diagnóstico e a vigilância necessitam ser implementados.

Figura 2. Distribuição por município do percentual de casos confirmados de hepatites virais com etiologia indefinida e municípios silenciosos. Amapá, 2005

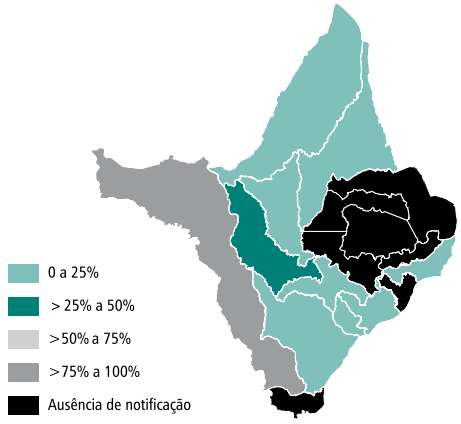


Tabela 1. Número de casos confirmados e incidência (por 100 mil hab.) segundo tipo de hepatite. Amapá, região Norte, Brasil, 2005

Hepatite	A	B	C	D	Ignorado/ Branco	Total
N° de casos	469	63	22	0	25	**579**
(%)	81	11	4	0	4	**100**
Inc. DF	78,9	10,6	3,7	0,0	4,2	**97,4**
Inc. Norte	28,4	8,3	2,3	0,6	5,2	**44,8**
Inc. Brasil	13,7	7,9	7,6	0,1	2,0	**31,2**

Fonte: SVS/MS

Tabela 2. Taxa de mortalidade (por milhão de hab.) por tipo de hepatite Viral. Amapá, região Norte e Brasil, 2005

Hepatite	A	B	C	D	não especificada
AP	0,0	1,7	1,7	0,0	0,0
Norte	1,0	5,2	4,1	0,8	2,9
Brasil	0,3	4,3	8,3	0,1	1,5

Fonte: SIM/2005

A informação sobre a determinação da provável fonte de infecção não está definida em 45% dos casos confirmados do estado, em 53% da região Norte e em 57% do Brasil.

Em 2005, as taxas de mortalidade por hepatite B, C e D no Amapá foram inferiores às médias regional e nacional, o que pode ser devido à deficiência no diagnóstico.

Capacitações

Em 2005, o estado não promoveu capacitações em hepatites virais.

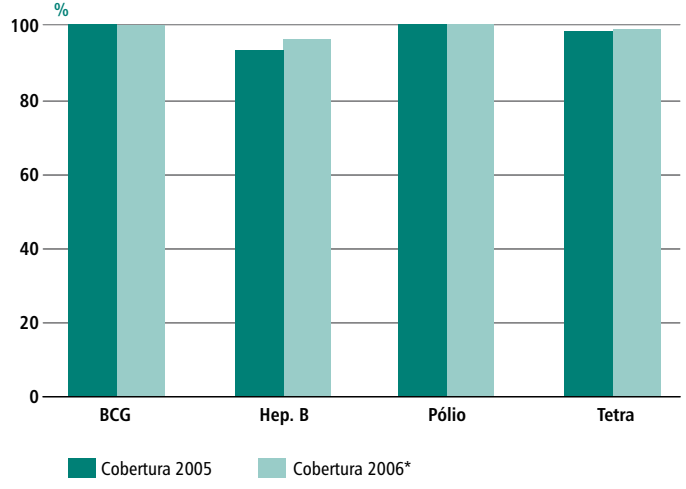
Comunicação e articulação com a sociedade civil

Em 2006, o estado não realizou publicação em boletim epidemiológico estadual sobre hepatites virais, nem produziu nenhum outro material educativo e de informação sobre este tema. Não há no estado organização da sociedade civil que trabalha com hepatites virais.

Nas ações de vacinação de rotina em crianças menores de um ano, dados comparativos até outubro dos anos 2005 e 2006 demonstram que em 2005 o Amapá alcançou as metas de 90% de cobertura vacinal para a vacina BCG e 95% para as vacinas tetravalente (DTP/Hib) e contra poliomielite. A meta de 95% de cobertura vacinal não foi atingida para a vacina contra hepatite B. Em 2006, dados preliminares indicam que os resultados estão satisfatórios, ultrapassando a meta preconizada para essas vacinas (Figura 1).

A vacina oral de rotavírus humano, implantada a partir de março de 2006, apresenta um total de 11.554 doses aplicadas (em relação à 1ª e 2ª dose) no período de março a outubro de 2006. A cobertura vacinal com a 1ª dose, utilizando 10/12 da população menor de 1 ano, está em 82,10% e a proporção de 2ªs doses administradas em relação à 1ª dose é de 51,1% no mesmo período.

Figura 1. Coberturas vacinais de rotina, Amapá, janeiro a outubro, 2005 e 2006



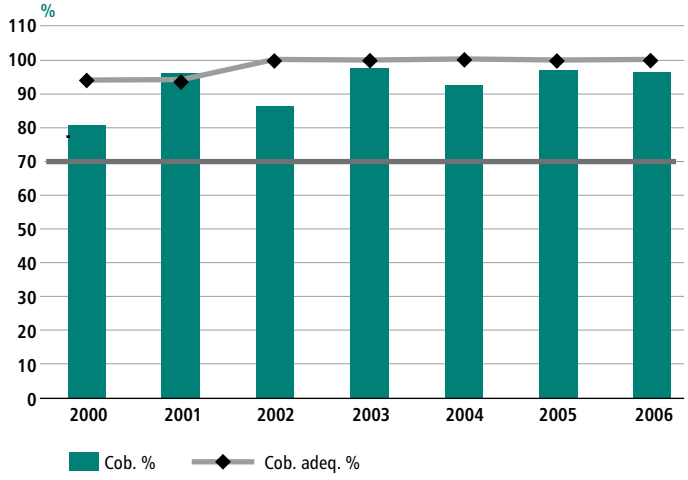
*Dados preliminares

Fonte: API/CGPNI/Devep/SVS/MS

Nos anos 2005 e 2006, como denominador para cálculo de cobertura vacinal utilizou-se para a base populacional menor de um ano, o número disponível de nascidos vivos do banco de dados do Sinasc 2005 (último ano disponível).

Quanto à cobertura vacinal e o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada para a campanha de vacinação contra a gripe na população de 60 anos e mais, o estado ultrapassou a meta preconizada de 70% para ambos indicadores, em todos os anos (Figura 2).

Figura 2. Cobertura vacinal contra gripe e percentual de municípios com cobertura adequada na campanha do idoso. Amapá, 2000-2006



Fonte: API/CGPNI/Devep/SVS/MS

Dos seis sistemas informatizados para acompanhamento de dados referentes às ações de vacinação, somente o de Apuração de Imunobiológicos Utilizados – AIU não está em uso no estado, não permitindo a avaliação automatizada da movimentação de vacinas, soros e outros insumos entre os municípios e o conhecimento dos percentuais de aproveitamento e/ou perdas desses produtos. No período de janeiro a outubro de 2006, em relação à a alimentação do sistema de Avaliação do Programa de Imunizações – API, constatou-se a regularidade no envio mensal de banco de dados em 81% dos municípios. Apenas 3 (19%) municípios notificaram eventos adversos pós-vacinação pelo Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SI–EAPV) durante todo o ano.

Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS

Ações		Amapá	Macapá	Santana
Notificação	Notificação de casos de paralisia flácida aguda – PFA	Cumprida	Cumprida	Não se aplica
	Notificação de sarampo	Cumprida	Cumprida	Não cumprida
Investigação	Investigação epidemiológica oportuna para doenças exantemáticas	Cumprida	Cumprida	Cumprida
	Investigação epidemiológica oportuna para raiva humana	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável
	Encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória	Não cumprida	Cumprida	Não cumprida
	Coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de Paralisia Flácida Aguda – PFA	Cumprida	Cumprida	Não avaliável
	Encerramento oportuno da investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos	Não avaliável	Cumprida	Não avaliável
Diagnóstico laboratorial	Diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola)		Cumprida	Não cumprida
	Encerramento de casos de meningite bacteriana por critério laboratorial	Não cumprida	Cumprida	Não avaliável
	Realização de testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável
Vigilância ambiental	Elaboração de dois relatórios anuais sobre as ações desenvolvidas pelo Vigiagua em municípios com população igual ou acima de 100 mil habitantes	Cumprida	Não cumprida	Não avaliável
Vigilância e controle de vetores	Identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de *Aedes*	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida
	Percentual de municípios prioritários com cobertura de seis ciclos anuais para identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de *Aedes*	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica
	Inspeções semanais em armadilhas instaladas, de acordo com o preconizado no PNCD, nos municípios não infestados	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica
Controle de doenças	Cura de casos novos de tuberculose bacilíferos	Não cumprida	Não cumprida	Cumprida
	Aumento da taxa de cura de hanseníase	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida
	Redução da incidência parasitária anual por malária (IPA) nos estados da Amazônia Legal	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida
Imunizações	Cobertura vacinal adequada – BCG	Não se aplica	Cumprida	Cumprida
	Cobertura vacinal adequada – Hepatite B	Não se aplica	Não cumprida	Não cumprida
	Cobertura vacinal adequada – Poliomielite	Não se aplica	Não cumprida	Cumprida
	Cobertura vacinal adequada – Tetravalente	Não se aplica	Não cumprida	Cumprida
	Cobertura vacinal adequada – Tríplice viral	Não se aplica	Não cumprida	Cumprida
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – BCG	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Hepatite B	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Poliomielite	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Tetravalente	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Tríplice viral	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica
Monitorização de agravos relevantes	Número de surtos identificados através da monitorização das doenças diarréicas agudas – MDDA	Cumprida	Cumprida	Não avaliável
	Implantação/Implementação da vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis	Cumprida	Não cumprida	Não cumprida
	Investigação de óbitos maternos (capitais e municípios com mais de 100 mil habitantes)	Não cumprida	Não cumprida	Não se aplica
	Investigação de óbitos maternos (municípios com 100 mil habitantes ou menos)	Não cumprida	Não se aplica	Não cumprida
Divulgação de informações epidemiológicas	Número de informes epidemiológicos publicados	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica
Estudos e pesquisas em epidemiologia	Divulgação de estudo da situação de saúde	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica
Sistemas de informação	Cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de óbitos por causa básica definida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida
Supervisão da PPI-VS	Supervisão da PPI-VS nos municípios certificados	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica
Percentual de metas cumpridas		**35,7**	**45,4**	**37,5**

Cumprida **Não cumprida** **Não avaliável** **Não se aplica**

Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS

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

Municípios certificados no Amapá: 16

Em 2006 foram destinados os recursos abaixo discriminados

Valor global: R$ 4.622.141,82

- Repasse para a Secretaria Estadual de Saúde
  SES: R$ 729.465,36
- Repasse para os municípios: R$ 3.892.676,46

Incentivos específicos acrescidos ao TFVS

Portaria MS nº 1.349/2002

Contratação adicional de agentes de saúde para o combate ao *Aedes aegypti:*

- 2 municípios – valor anual: R$ 219.600,00

Campanhas de vacinação (conforme deliberação da CIB)

- Raiva animal
  SES: R$ 59.036,00.
- Influenza
  16 municípios: R$ 25.061,00
- Poliomielite
  16 municípios: R$ 161.214,00

Outros repasses "fundo-a-fundo"

- Dengue
  SES: R$ 89.762,00
- Malária
  SES: R$ 250.000,00

Capacitação de pessoal no Sinan

- SES: R$ 70.000,00

Inquérito nacional de prevalência do tracoma

- SES: R$ 5.000,00

Vigilância de acidentes e violência em serviços sentinelas

- Macapá: R$ 21.129,00

Fortalecimento das ações dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Lacen

- Finlacen
  SES: R$ 439.866,00

Incentivo no âmbito do PN-HIV/Aids e outras DST

- SES: R$ 434.655,98
- SMS: R$ 207.523,20

Plano de investimento

Destina-se ao reforço das estruturas das secretarias estaduais e municipais de Saúde para a coordenação e execução de ações de vigilância em saúde.

O critério de distribuição dos quantitativos nos estados é resultado de pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite.

No ano de 2006, foram repassados para o estado do Amapá veículos e equipamentos que totalizaram cerca de R$1.209.581,00.

Tabela 1. Quadro de beneficiários por tipo de equipamento

Beneficiário	Tipo de equipamento					
	Veículos			Microscópios	Equipamentos de pulverização	Microcomputador*
	Motos	Veículo tipo utilitário (Kombi)	Picapes			
SES	-	-	-	60	74	19
SMS	39	1	1	4	-	-
Total	**39**	**1**	**1**	**64**	**74**	**19**

*Alocado, provisoriamente, na SES, aguardandodeterminação da distribuição pela CIB local

Distribuição percentual dos valores de recursos aprovados durante a vigência do Projeto e dos valores repassados, segundo fonte financiadora (Projeto VIGISUS e Teto Financeiro da Vigilância em Saúde), para o estado do Amapá e capital, em 2006.

Figura 1. Valores aprovados Planvigi para a Secretaria Estadual de Saúde, capital e municípios elegíves, segundo fonte financiadora, 2006

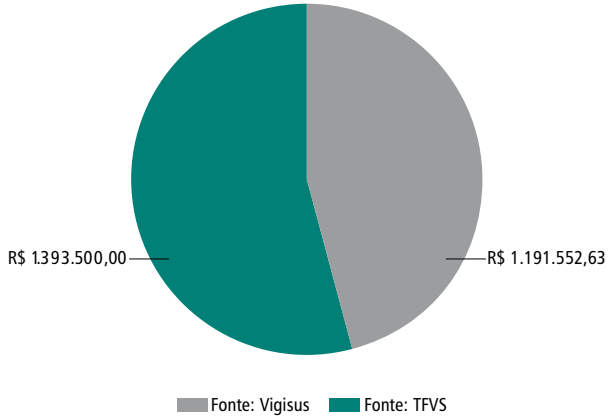


Figura 2. Valores repassados para a Secretaria Estadual de Saúde, capital e municípios elegíveis, segundo fonte financiadora, 2006

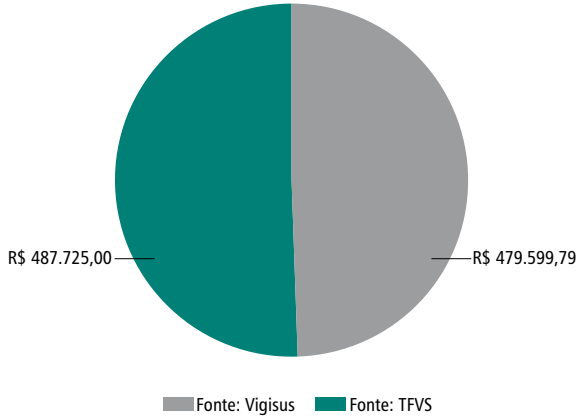


Tabela 1. Valores aprovados para os anos de vigência do Planvigi e repassados para a Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde (capital) e municípios elegíveis, segundo fonte de financiamento, Amapá, 2006

Unidade Federada	Valor Planvigi aprovado (R$)		Valor total aprovado (R$)	Valores repassados (R$)		Valor total repassado (R$)
	Fonte Vigisus	Fonte TFVS		Fonte Vigisus	Fonte TFVS	
SES/AP	714.932,00	1.393.500,00	2.108.432,00	411.085,90	487.725,00	898.810,90
Macapá	476.620,63	-	476.620,63	274.056,86	-	274.056,86
Total	**1.191.552,63**	**1.393.500,00**	**2.585.052,63**	**685.142,76**	**487.725,00**	**1.172.867,76**

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS; data de atualização: 23/1/2007

Solo

Áreas com populações expostas a solo contaminado são identificadas pelos estados e municípios e alimentadas no Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado – Sissolo. A avaliação, classificação e identificação continuada dessas áreas permitem caracterizar a exposição de populações a contaminantes presentes no solo e subsidiar ações preventivas e de controle em saúde.

No estado do Amapá foram identificadas e categorizadas 23 áreas (Tabela 1), nos municípios ilustrados na Figura 1.

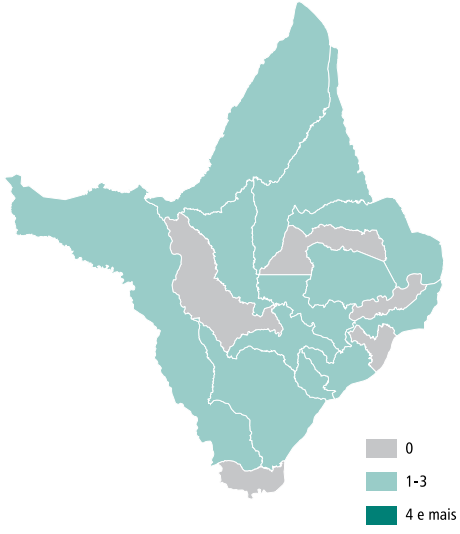
Tabela 1. Áreas com população exposta a solo contaminado

Classificação	Nº de áreas	População estimada	Categoria
AI, AM, ADRI, ADRU	23	55.200	Amarela

AI – Área Industrial; **AM** – Área de Mineração; **ADRI** – Área de Disposição Final de Resíduos Industriais; **ADRU** – Áreas de Disposição Final de Resíduos Urbanos

Amarela – população potencialmente exposta a solo com suspeita de contaminação

Figura 1. Número de áreas com solo contaminado por município, Amapá, 2006

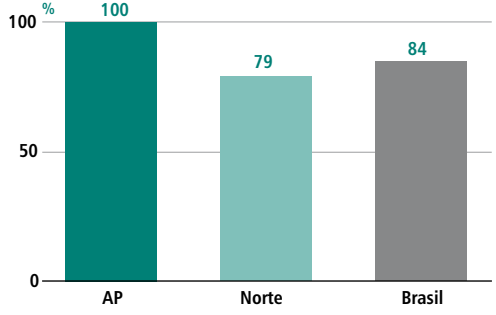


Água

O Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano – Vigiagua é coordenado pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (MS/SVS) e executado pela Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM). Consiste em ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir o atendimento do padrão e normas estabelecidas na legislação vigente, e para avaliar os riscos que a água consumida pode representar à saúde humana.

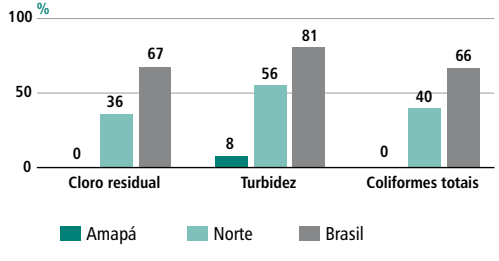
O Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Sisagua fornece informações sobre a qualidade da água proveniente dos sistemas, soluções alternativas coletivas e individuais de abastecimento de água. No estado do Amapá, 17 municípios (100%) alimentaram dados no Sisagua em 2006.

Figura 2. Percentual de municípios com alimentação de dados no Sisagua. Amapá, região Norte, Brasil, 2006



Em relação à qualidade da água analisada nos sistemas de abastecimento de água, foram registrados no Sisagua os seguintes percentuais de conformidade com o padrão de potabilidade: cloro residual livre – 0%; turbidez – 8%; e coliformes totais – não registrado.

Figura 3. Percentual de amostras realizadas, em 2006, em conformidade com a Portaria MS nº 518/2004. Amapá, região Norte, Brasil, 2006



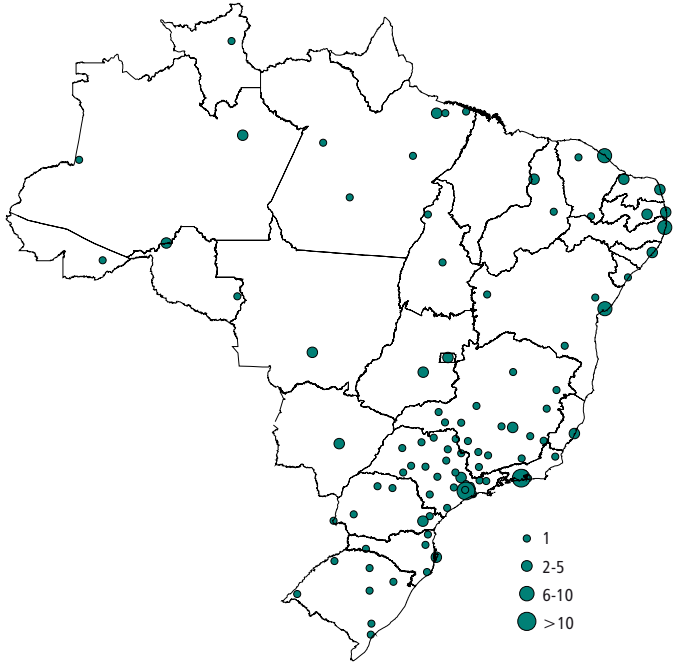
Núcleos hospitalares de epidemiologia – NHE

O Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria MS/GM nº 2.529, de 23 de novembro de 2004, o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar, com o objetivo de ampliar a detecção, notificação e investigação de doenças de notificação compulsória (DNC) e outros agravos emergentes e reemergentes.

O subsistema será composto por 190 hospitais. Até dezembro de 2006, 174 núcleos já foram implantados e distribuídos em 25 unidades federadas.

No estado do Amapá está prevista a implantação de um núcleo hospitalar de epidemiologia, no ano de 2007.

Figura 1. Mapa de núcleos, Brasil, 2006

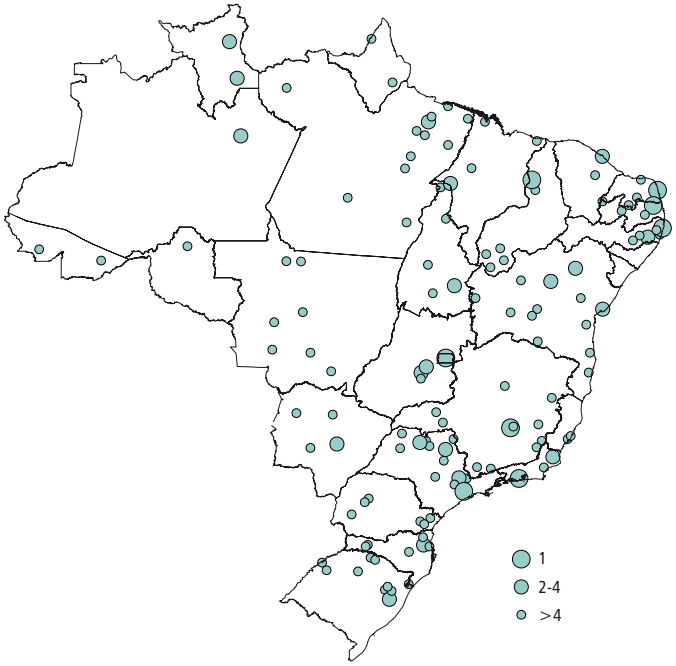


Monitoramento e investigação de surtos

Em 2006, foram monitorados 191 surtos ou emergências em saúde pública, sendo 189 no Brasil e 2 na Argentina (região de fronteira). Esses eventos englobaram agravos como botulismo, raiva, doença de Chagas aguda, doença meningocócica, febre amarela, hantavirose, influenza humana, agravos inusitados, entre outros.

Em 2006 não ocorreram surtos no estado.

Figura 2. Mapa de surtos, Brasil, 2006



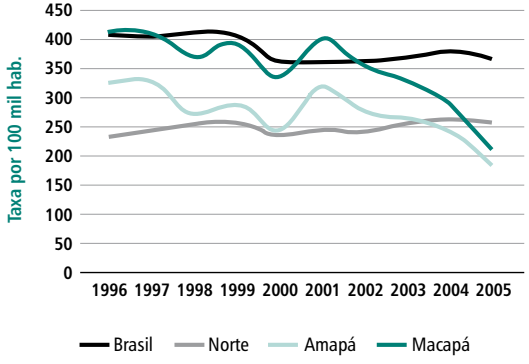
Evolução da mortalidade por doenças não transmissíveis, 1996 a 2005

Em 2005, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças endócrinas e as causas externas representaram 63,9% do total de óbitos por causas conhecidas em Macapá, 62,0% no Amapá, 62,2% na região Norte e 68,1% no Brasil. Há que se considerar as baixas coberturas do Sistema de Informação de Mortalidade - SIM no estado, o que pode alterar as taxas que foram analisadas.

Doenças do aparelho circulatório – DAC

Em 1996, as taxas foram respectivamente, para o estado e capital, de 319,5/100 mil e 404,7/100 mil e, em 2005, de 180,5/100 mil e 207,0/100 mil. O risco de morte por DAC no Brasil e região Norte, em 1996, é de 403,5/100 mil e 229,8/100 mil e, em 2005, de 360,9/100 mil no país e 252,2/100 mil na região.

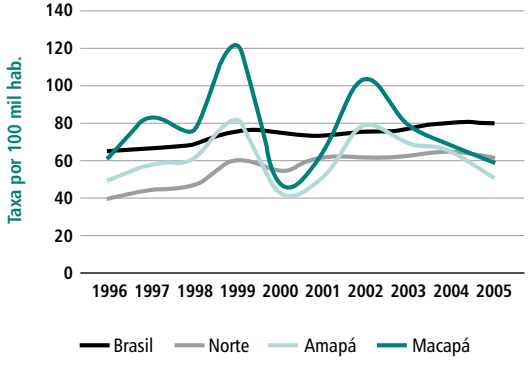
Figura 1. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por DAC na idade de 30 anos e mais, 1996-2005



Diabetes

Macapá tem oscilação da curva ao longo dos anos, apresenta aumento considerável em 1999 (120,8/100 mil) e chega a 2005 com taxa igual a 59,1/100 mil. O estado apresenta grande oscilação da taxa de mortalidade por diabetes entre 1996 (48,2/100 mil) e 2005 (51,1/100 mil). A região Norte (1996 – 38,2/100 mil e 2005 – 60,2/100 mil) e o Brasil (1996 – 63,6/100 mil e 2005 – 78,1/100 mil) mantêm aumento constante da curva no período.

Figura 2. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por diabetes na idade de 40 anos e mais, 1996-2005

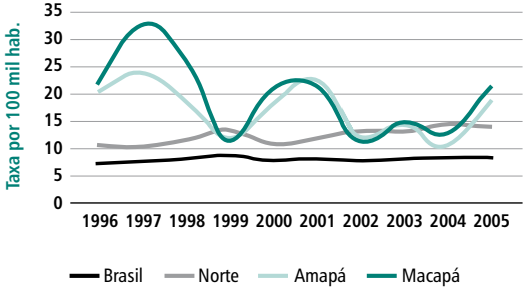


Neoplasias

O estado e a capital apresentam grande oscilação na curva de mortalidade por câncer de colo uterino:em 2005, as taxas foram de 18,5/100 mil para o Amapá e de 21,1/100 mil em Macapá. A região Norte tem leve aumento na curva entre 1996 (10,7/100 mil) e 2005 (13,8/100 mil). Para o Brasil, as taxas se mantêm estáveis entre 1996 (7,2/100 mil) e 2005 (7,9/100 mil).

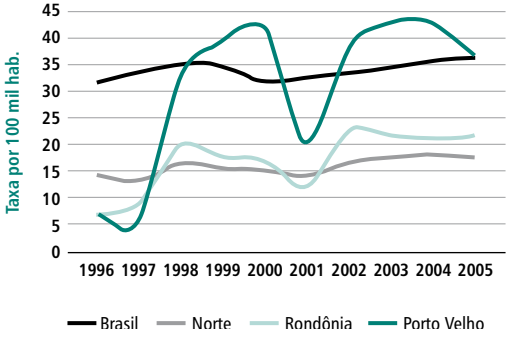
O percentual de óbitos classificados como porção não especificada do útero, no estado do Amapá em 2005, é de 40,0%.

Figura 3. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por câncer de colo uterino na idade de 20 anos e mais, 1996-2005



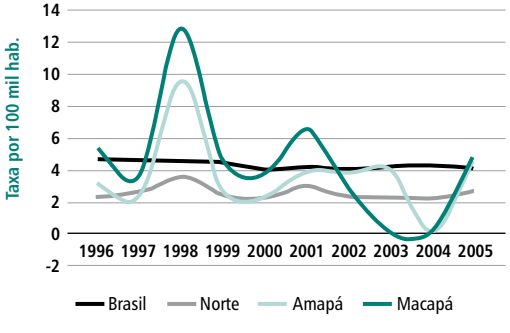
O Amapá e Macapá apresentam grande aumento da taxa em 2001 (estado – 25,9/100 mil e capital – 32,7/100 mil). Em 2005 os valores são de 13,0/100 mil para o Amapá e de 17,1/100 mil para o Macapá. O Brasil (1996 – 31,2/100 mil e 2005 – 35,7/100 mil) e a região Norte (1996 – 13,5/100 mil e 2005 – 17,0/100 mil) têm discreto crescimento da curva no período.

Figura 4. **Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por neoplasia de mama na idade de 40 anos e mais, 1996-2005**



A curva de mortalidade na capital (1996 – 5,1/100 mil e 2005 – 4,7/100 mil) e estado (1996 – 3,0/100 mil e 2005 – 4,6/100 mil) apresenta enorme oscilação no período. A região Norte e Brasil, em 2005, apresentam taxas, respectivamente, de 2,5/100 mil e 4,0/100 mil.

Figura 5. **Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por neoplasia de traquéia, brônquios e pulmão na idade de 30 a 49 anos, 1996-2005**



Evolução da mortalidade por acidentes de transporte e violência, 1996 a 2005

Em 2005, dos óbitos por causas conhecidas, as causas externas foram a primeira causa de mortalidade em Amapá (28,4%) e Macapá (28,1%), e a segunda na região Norte (19,5%).

Acidentes de trânsito

Tanto a capital quanto o estado mostram oscilação com declínio de suas taxas entre 1996 (capital – 35,6/100 mil e estado – 26,5/100 mil) e 2005 (capital – 26,0/100 mil e estado – 22,1/100 mil). Enquanto a região Norte (1996 – 15,4/100 mil e 2005 – 17,4/100 mil) tem tendência de aumento, o Brasil (1996 – 22,6/100 mil e 2005 – 19,3/100 mil) apresenta tendência de queda em sua curva no período avaliado.

Atropelamentos

A capital e o estado têm enorme aumento da taxa de mortalidade por atropelamento entre 1996 (capital – 4,2/100 mil e estado – 3,2/100 mil) e 2005 (capital – 22,5/100 mil e estado – 18,3/100 mil). Para a região Norte, as taxas de 2004 (5,7/100 mil) e 2005 (5,6/100 mil) se mantêm estáveis. No Brasil, a estabilização ocorre entre 2001 e 2005, com taxa de 5,5/100 mil.

Figura 6. **Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por acidente de transporte terrestre, 1996-2005**

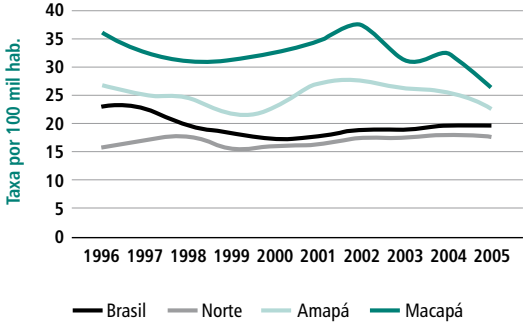
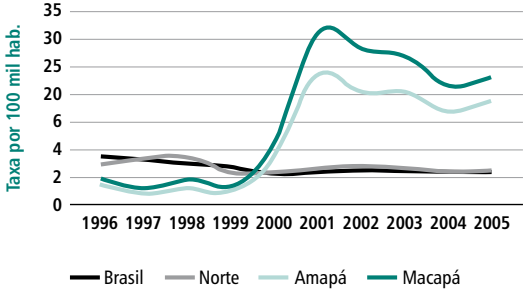


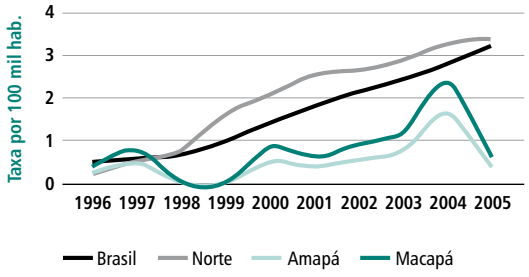
Figura 7. **Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por atropelamento, 1996-2005**



Acidentes com motocicletas

A capital e o estado apresentam aumento crescente de suas curvas até 2004 (capital – 2,4/100 mil e estado – 1,6/100 mil) e declínio em 2005, com taxas de 0,6/100 mil na capital e 2,6/100 mil no estado. O Brasil e a região também apresentam aumento das suas taxas nos anos estudados (Brasil: 1996 – 0,5/100 mil e 2005 – 3,2/100 mil, Norte: 1996 – 0,2/100 mil e 2005 – 3,4/100 mil).

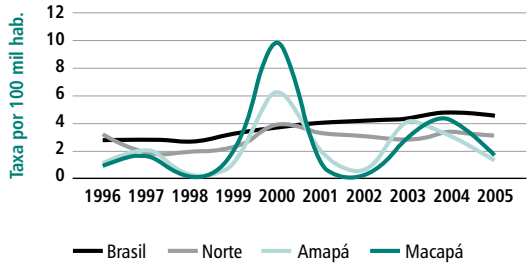
Figura 8. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por acidente com moto, 1996-2005



Acidentes de automóveis

A capital (1996 – 0,8/100 mil e 2005 – 1,6/100 mil) e o estado (1996 – 0,9/100 mil e 2005 – 1,2/100 mil) oscilam, porém apresentam aumento das taxas no período. A região Norte apesar da grande oscilação, apresenta as mesmas taxas em 1996 e 2005 – 2,9/100 mil. O Brasil mostra crescimento de sua curva entre 1996 (2,7/100 mil) e 2005 (4,4/100 mil).

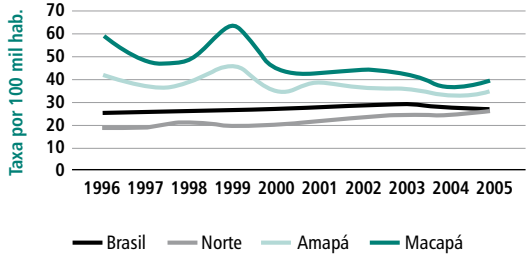
Figura 9. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por acidente com ocupante de veículo, 1996-2005



Agressões

As tendências das curvas são de declínio para a capital (1996 – 58,3/100 mil e 2005 – 37,9/100 mil), e o estado (1996 – 41,2/100 mil e 2005 – 33,8/100 mil) e de aumento para a região Norte (1996 – 17,9/100 mil e 2005 – 25,3/100 mil). O Brasil apresenta estabilidade ao longo dos anos: em 2005, a taxa foi de 25,1/100 mil.

Figura 10. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por agressão (homicídios), 1996 a 2005



www
.saude
.gov
.br
/svs

Leia em voz alta para não esquecer!

A Secretaria de Vigilância em Saúde na Internet

ISBN 978-85-334-1392-4

www.saude.gov.br/svs

www.saude.gov.br/bvs

Disque Saúde: 0800.61.1997

SUS Sistema Único de Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL