MINISTÉRIO DA SAÚDE

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Relatório de Situação

Bahia

3ª edição

Brasília/DF

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Relatório de Situação

Bahia

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

Tiragem: 3ª edição – 2006 – 1.600 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
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: Sabrina Lopes

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 : Bahia / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 3. 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 978-85-334-1365-8

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 2007/0803

Títulos para indexação

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

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 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

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.

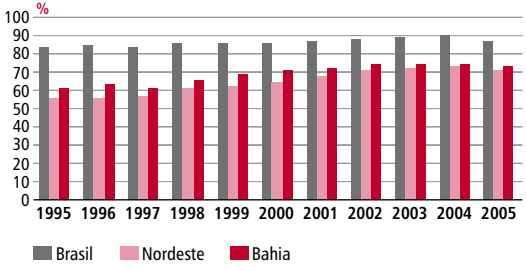
O Relatório de Situação sintetiza os avanços e as limitações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Nosso objetivo é que ele seja utilizado na formulação de iniciativas capazes de fortalecer as ações e os programas de promoção da saúde da nossa população.

Gerson Oliveira Penna
Secretário de Vigilância em Saúde

Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

A cobertura do SIM exibiu valores que variaram entre 60% e 74% nos últimos dez anos. Em 2005, a Bahia apresentou cobertura de 72,5%, valor superior à cobertura da região, que foi de 71,2%.

Figura 1. Razão entre os óbitos SIM e os óbitos IBGE. Brasil, região Nordeste, Bahia, 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 hab. 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 hab. (376): 61% (228) apresentam TGM padronizada abaixo de 4,4/mil habitantes.
- Municípios com população maior ou igual a 50.000 hab. (41): 46% (19) apresentam TGM padronizada abaixo de 5,3/mil habitantes.
- No total, 43% da população do estado residem em municípios com deficiências na cobertura do SIM.
- A capital, Salvador, teve TGM padronizada de 5,4/mil hab.; o estado, 4,7/mil hab. e a região Nordeste, 4,9/mil habitantes.

Percentual de óbitos por causas mal definidas

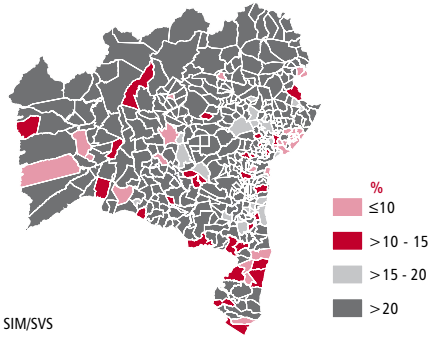
O percentual de óbitos por causas mal definidas do estado é de 25,9% em 2005. No mesmo ano, a região Nordeste apresentou percentual de 17,8% e o Brasil, 10,6%.

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

- até 10%: 30 municípios (7,2%);
- entre 10% e 15%: 28 municípios (6,7%);
- entre 15% e 20%: 24 municípios (5,8%);
- 20% e mais: 335 municípios (80,3%).

Salvador tem 1,9% de óbitos por causas mal definidas.

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



Fonte: SIM/SVS

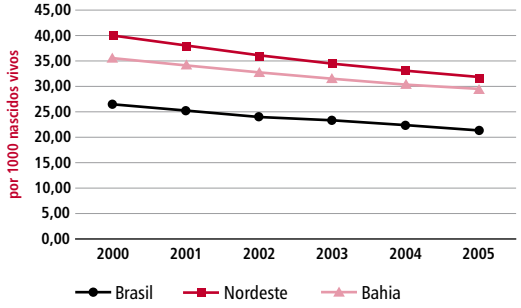
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc

As coberturas do Sinasc são calculadas a partir da razão entre nascimentos coletados e estimativas de nascimentos obtidas pela SVS por meio de técnicas demográficas. Em 2005, a cobertura do Sinasc no estado foi de 77,5%.

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 estado da Bahia, para cada 1.000 crianças nascidas vivas (nv) 29,2 morreram antes de completar um ano de idade. Na região Nordeste, a TMI foi de 31,6 por mil nv. No período de 2000 a 2005, houve redução de 17,74% da TMI no estado.

Figura 3. Taxa de mortalidade infantil. Brasil, região Nordeste, Bahia, 2000-2005



Fonte: SIM/Sinasc/IBGE

[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

Dos vinte e um agravos avaliados, peste, síndrome da rubéola congênita, Chagas, rubéola, difteria, leishmaniose visceral, sarampo e paralisia flácida aguda não atingiram a meta de 52% estabelecida para o ano de 2006, de encerramento oportuno dos casos notificados (Tabela 1).

Em números totais, o estado superou a meta de 52% estabelecida para o ano de 2006, atingindo 57,5%.

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 100% em 2006.

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

Agravos	Casos		
	Notificados	Encerrados oportunamente	
	Total	Nº	%
Chagas	371	138	37,2
Cólera	14	11	78,6
Coqueluche	43	27	62,8
Difteria	10	4	40,0
Febre amarela	2	2	100,0
Febre tifóide	119	65	54,6
Hantavirose	1	1	100,0
Hepatite	4430	2913	65,8
Leishmaniose tegumentar americana	241	167	69,3
Leishmaniose visceral	2081	834	40,1
Leptospirose	278	203	73,0
Malária	42	33	78,6
Meningite	1034	750	72,5
Paralisia flácida aguda	2	1	50,0
Peste	38	9	23,7
Raiva	0	0	0,0
Rubéola	591	231	39,1
Sarampo	499	245	49,1
Síndrome da rubéola congênita	4	1	25,0
Tétano acidental	53	30	56,6
Tétano neonatal	5	3	60,0
Total	**9.858**	**5.668**	**57,5**

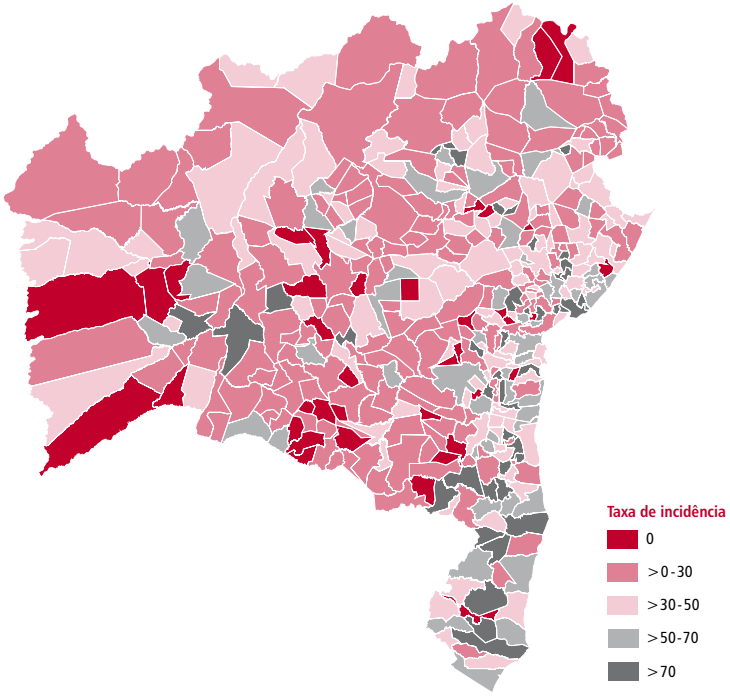
*Atualizado em 10/2/2007

Dados preliminares sujeitos a revisão

Fonte: MS/SVS/Sinan

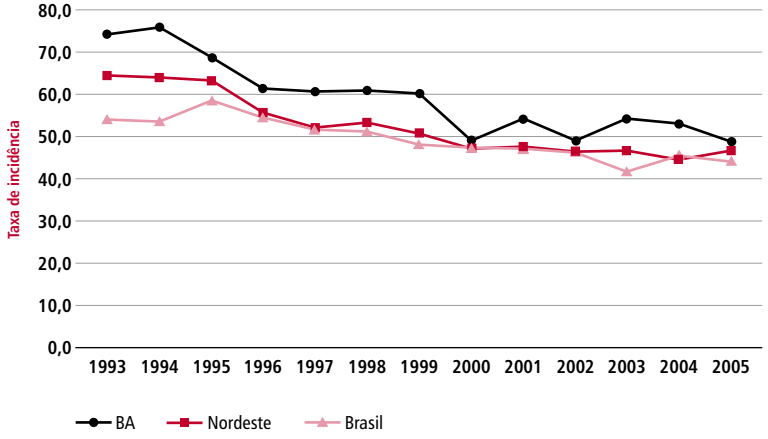
A Bahia possui 24 municípios prioritários, que têm uma cobertura de 62,3% do Programa de Controle da Tuberculose – PCT implantado e 62,3% de implantação da estratégia de tratamento supervisionado.

Figura 1. Municípios segundo taxa de incidência (por 100 mil hab.) para tuberculose. Bahia, 2006



Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, em 2005 foram registrados 6.768 casos novos de tuberculose no Sinan. As incidências foram de 49,0/100 mil hab. para tuberculose em todas as formas e de 28,4/100 mil hab. para casos bacilíferos. A coorte de tratamento, considerando os casos diagnosticados em 2005 nos municípios prioritários, mostrou cura de 68,8%. O abandono foi de 7,2%; óbitos de pacientes, 4,3% e transferência de 11,4%, além do percentual de 8,1% de casos sem informação de encerramento no Sinan.

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



No período de um ano houve incremento de 45,58% de unidades (1.022 unidades) que fazem diagnóstico e tratamento de hanseníase.

Foram diagnosticados 2.668 casos novos em 2006. Desse total, 1.685 estão em curso de tratamento.

Dos casos novos diagnosticados:

- 233 (8,73%) acometiam menores de 15 anos;
- 93 (3,98%) apresentaram, no momento do diagnóstico, incapacidade física severa;
- 1.232 (46,17%) eram formas avançadas da doença.

O percentual de cura no estado foi de 71,41% em 2006.

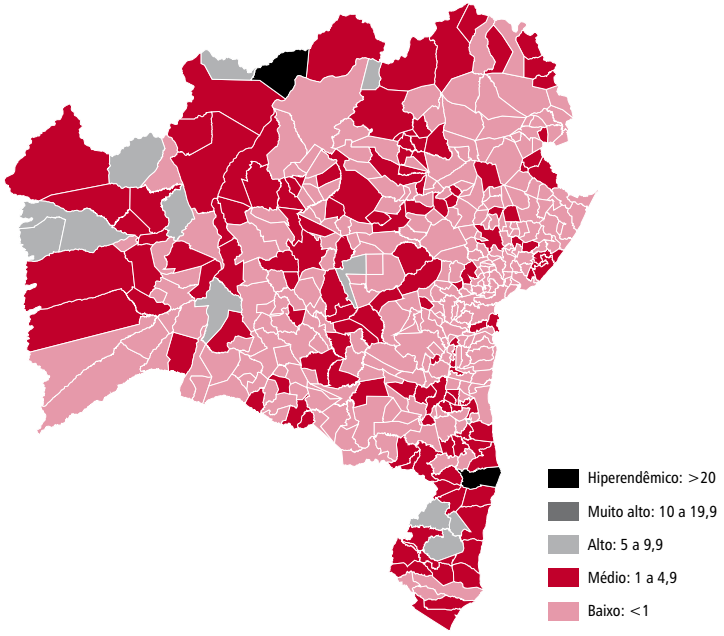
A Bahia possui nove municípios prioritários para a hanseníase: Barreiras, Feira de Santana, Guaratinga, Juazeiro, Paulo Afonso, Porto Seguro, Remanso, Salvador e Teixeira de Freitas.

60,56% da população do estado encontram-se em municípios com mais de cinco casos de hanseníase.

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

Carga da doença	Nº de municípios	População 2006	% população
Até 1 caso	223	3.663.912	26,27
1 a 3 casos	44	936.213	6,71
3 a 5 casos	47	901.150	6,46
5 a 20 casos	70	2.561.848	18,36
Mais de 20 casos	33	5.887.002	42,20
Total	**417**	**13.950.125**	**100,00**

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



Até dezembro de 2005, foram notificados 11.336 casos de aids (7.448 homens e 3.887 mulheres).

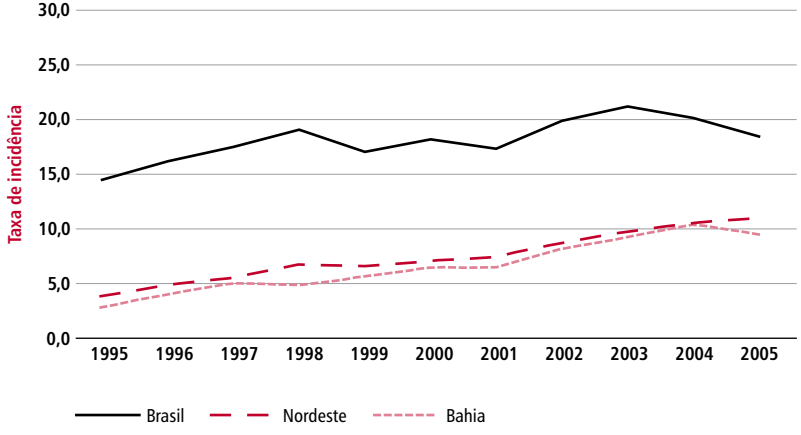
Os municípios do estado que apresentaram os maiores números de casos de aids acumulados até 2005 foram (casos acumulados/taxa média de incidência de 2000 a 2005 por 100 mil hab.):

- Salvador (5.903/20,0);
- Feira de Santana (631/11,1);
- Vitória da Conquista (336/12,5);
- Itabuna (292/14,2);
- Juazeiro (292/14,0).

A taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por aids no ano de 2005 foi de 2,8 óbitos.

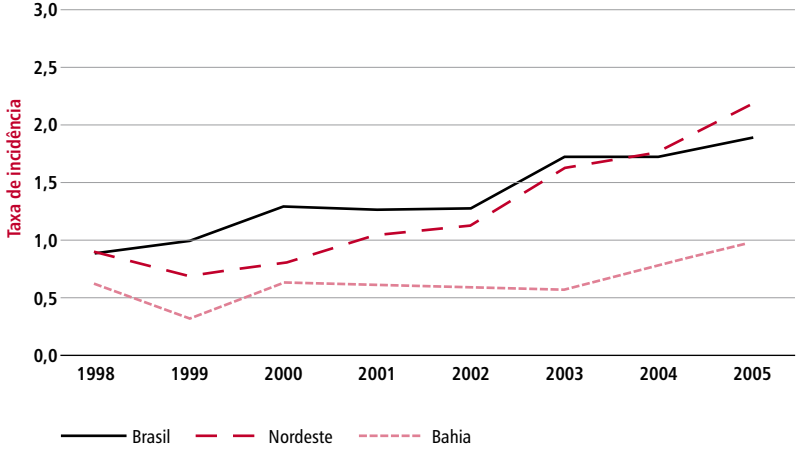
Foram notificados 276 casos de transmissão vertical do HIV até 2005.

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



Em relação à sífilis congênita, o estado notificou entre os anos de 1998 e 2005 um total de 1.210 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 1,0 caso. Até 2005 foram registrados 68 óbitos por sífilis congênita no estado.

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



Dos 417 municípios da Bahia, 45 (10,79%) são prioritários para o Programa Nacional de Controle da Dengue: Alagoinhas, Araci, Barreiras, Bom Jesus da Lapa, Brumado, Camaçari, Campo Formoso, Candeias, Casa Nova, Conceição do Coité, Cruz das Almas, Dias d'Ávila, Eunápolis, Feira de Santana, Guanambi, Ilhéus, Ipirá, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itamaraju, Itaparica, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Monte Santo, Mundo Novo, Paulo Afonso, Porto Seguro, Salvador, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Seabra, Senhor do Bonfim, Serrinha, Simões Filho, Teixeira de Freitas, Valença, Vera Cruz e Vitória da Conquista. Esses municípios concentram 51,29% 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 9.189 casos de dengue. Nesse mesmo período, houve registro de cinco casos de febre hemorrágica da dengue (FHD), com quatro óbitos. Na região Nordeste, a Bahia foi o 4º estado em número de casos, mesmo tendo apresentado queda de 65,60% 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	14	31,11	19	42,22	7	15,56	4	8,89

*Sem informações sobre o município Itamaraju

Fonte: FAD

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

Município	0 - 0,9		1 - 3,9		>4,0		Total de estratos
	nº	%	nº	%	nº	%	
Alagoinhas	1	20,00	4	80,00		0,00	5
Barreiras	1	25,00	3	75,00	0	0,00	4
Camaçari	1	16,67	1	16,67	4	66,67	6
Feira de Santana	14	58,33	10	41,67	0	0,00	24
Ilhéus	0	0,00	0	0,00	6	100,00	6
Itabuna	0	0,00	0	0,00	9	100,00	9
Jequié	1	16,67	5	83,33	0	0,00	6
Juazeiro	4	57,14	3	42,86	0	0,00	7
Lauro de Freitas	1	12,50	7	87,50	0	0,00	8
Porto Seguro	1	20,00	4	80,00	0	0,00	5
Salvador	2	2,13	49	52,13	43	45,74	94
Simões Filho	0	0,00	3	75,00	1	25,00	4
Teixeira de Freitas	2	40,00	3	60,00	0	0,00	5
Vitória da Conquista	9	100,00	0	0,00	0	0,00	9

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 situação
Quantitativo adequado de agentes	Camaçari, Simões Filho, Vera Cruz	Barreiras, Brumado, Casa Nova, Cruz das Almas, Itabuna, Jacobina, Seabra, Valença, Vitória da Conquista
FAD na rotina	Juazeiro, Lauro de Freitas	Barreiras, Brumado, Casa Nova, Cruz das Almas, Itabuna, Jacobina, Seabra, Valença, Vitória da Conquista
Plano de Contingência	Alagoinhas, Araci,Camaçari, Candeias, Conceição do Coite, Dias D'Ávila, Eunápolis, Feira de Santana, Guanambi, Ipirá, Irecê, Itaberaba, Itapetinga, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Monte Santo, Mundo Novo, Santo Amaro, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passe, Senhor do Bonfim, Serrinha, Simões Filho, Vera Cruz	Barreiras, Brumado, Casa Nova, Cruz das Almas, Itabuna, Jacobina, Seabra, Valença, Vitória da Conquista
Comitê de Mobilização	Bom Jesus da Lapa, Camaçari, Itaberaba, Itamaraju, Itapetinga, Juazeiro, Lauro de Freitas, Mundo Novo, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passe	Barreiras, Brumado, Casa Nova, Cruz das Almas, Itabuna, Jacobina, Seabra, Valença, Vitória da Conquista

Fonte: SMS/SES/Diagdengue

Peste

Os últimos casos de peste humana no Brasil foram notificados em 1999, nesse estado. Surtos importantes ocorreram na década de 70. A Bahia possui importantes e vastas regiões pestígenas no Planalto Oriental da Bahia, Chapada Diamantina, Piemonte da Diamantina, Planalto de Conquista, Serra do Formoso (microrregião de Senhor do Bonfim).

Esquistossomose

É o estado com a segunda maior área endêmica do País. A esquistossomose está presente em 271 dos 417 municípios baianos. A doença já foi detectada em todas as regiões do estado. As localidades com prevalências mais elevadas são encontradas em municípios das bacias dos rios Paraguaçu, Jequiriçá, Itapecuru, Contas e Jaguaribe. Em 2005, a prevalência foi de 4,7% em 387.505 pessoas examinadas. A média anual de internação por esquistossomose, no período de 2001-2005, foi de 165,8, com redução da taxa de internação por 100 mil hab., de 1,38 em 2001 para 1,20 em 2005. O número médio de óbitos, no período de 2000-2004, situou-se em 37,6 (houve redução na taxa de mortalidade por 100 mil hab., de 0,32 em 2000 para 0,25 em 2004).

Tracoma

Dados do inquérito epidemiológico realizado em 2003 revelam taxas de prevalência média de tracoma de 3,58%. Foram examinados escolares de 85 municípios do estado, com taxas de detecção variando de zero caso a 28,6%.

Nos trabalhos de rotina, em 2004 foram examinadas 53.210 pessoas, com 4.050 casos positivos em 13 municípios do estado, com média de prevalência de 7,6%. Municípios com prevalência igual ou maior que 5% de taxa de detecção: Barrocas, Barreiras, Dias D'Ávila, Oliveira dos Brejinhos.

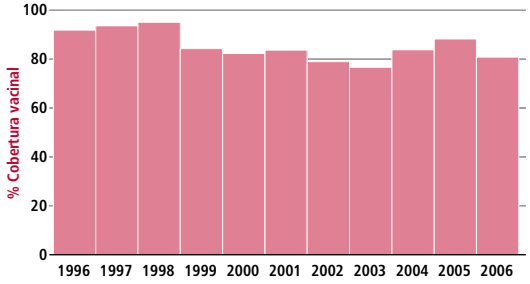
O estado da Bahia registrou casos de triquíase tracomatosa – TT nos municípios de Araci e Teofilândia, em região de tradicional foco endêmico. Nesses locais há necessidade de intensificação de busca ativa de casos para atendimento das metas de eliminação do tracoma como causa de cegueira e encaminhamento para referência.

Raiva

No período de 2002 a 2006, foram notificados 268 casos de raiva canina e felina, 22 em raposas e cinco casos de raiva humana, sendo três transmitidos por cão e dois por morcegos, de forma acidental.

Em 2006, não ocorreu nenhum caso de raiva humana. Presença de raiva em herbívoros e morcegos.

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



A cobertura vacinal no estado é satisfatória, apesar de diferenciada para os municípios. Ainda não foi realizada a revisão da estimativa populacional canina. Há presença de vírus circulante com municípios silenciosos, devido ao monitoramento insuficiente. Deverão ser intensificadas as ações de vigilância epidemiológica, principalmente na atenção a pessoas expostas ao risco de agressão por animais silvestres.

Leishmanioses

Em 2005, a Bahia registrou 1.996 casos de leishmaniose tegumentar americana, dos quais 27,1% nos municípios de Ituberá, Taperoá e Valença. O coeficiente de detecção no estado foi de 14,5 casos por 100 mil habitantes e o percentual de cura clínica foi de, aproximadamente, 59%.

Com relação à leishmaniose visceral, foram registrados 449 casos, tornando a Bahia o 3º estado com maior registro de casos no País. O coeficiente de incidência foi de 3,3 casos por 100 mil hab. e a letalidade, de 6,7%.

Acidentes por animais peçonhentos

Apesar de média incidência, o estado apresenta o segundo maior coeficiente de acidentes ofídicos (17 casos/100 mil hab.) da região Nordeste. Tem alta incidência de acidentes escorpiônicos (38), concentrados nos municípios do sudeste. Também apresentou o maior número de óbitos, junto com Minas Gerais.

Leptospirose

Doença endêmica no estado, de ocorrência predominantemente urbana. No período de 2001 a 2006 foram confirmados 841 casos, com 127 óbitos. O coeficiente de incidência anual média foi de 1,03/100 mil hab. (média nacional: 1,86/100 mil hab.). A letalidade para o período foi de 15%, superior à letalidade média nacional, de 11,2%. O surgimento de casos graves com hemorragia pulmonar pode ter contribuído para o aumento da letalidade. Importante manter os serviços em alerta para a suspeita, notificação e investigação de todos os casos compatíveis.

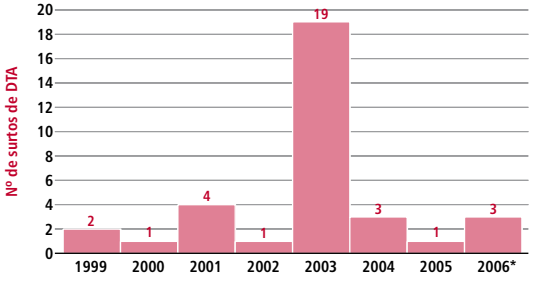
Inquéritos sorológicos para a vigilância de febre do Nilo ocidental

Em 2005 e 2006 foram realizados dois inquéritos sorológicos em Mangue Seco, em aves migratórias (1.150), para detecção dos vírus da febre do Nilo ocidental e influenza aviária. Não foram detectados anticorpos nem isolados vírus das doenças pesquisadas.

Doenças transmitidas por alimentos – DTA

No período de 1999 a 2006, o estado da Bahia notificou 34 surtos de DTA. Desses, 44,8% foram causados por água.

Figura 1. Número de surtos de DTA por ano. Bahia, 1999-2006



*Dados sujeitos a alteração, atualizados até 28/2/2007

Fonte: Coveh/CGDT/Devep/SVS

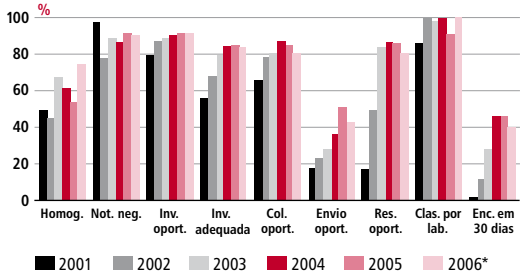
Sarampo

Na Bahia a meta estabelecida, durante o período, para os indicadores epidemiológicos do sarampo foi atingida, exceto para o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada, envio de amostras ao laboratório e encerramento oportuno dos casos. A intensificação das ações deve ser realizada para não comprometer os esforços de erradicação no estado.

No período de 2001 a 2006, foram notificados 3.948 casos suspeitos de sarampo.

Em 2006, o estado apresentou um surto de sarampo que totalizou 55 casos confirmados. Cinco municípios confirmaram casos: João Dourado (18) e Filadélfia (33), Irecê (1), Pindobaçú (1) e Senhor do Bonfim (2). Resultados laboratoriais identificaram o genótipo D4, cuja circulação é predominante na Europa e África.

Figura 2. Indicadores de Vigilância Epidemiológica do Sarampo. Bahia, 2001-2006*



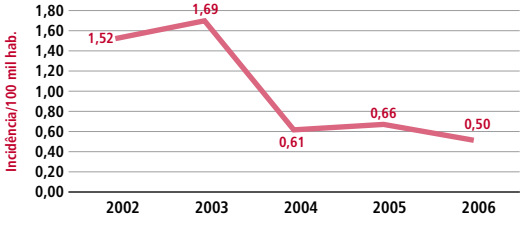
*Dados preliminares

Fonte: Cover/CGDT/Devep/SVS/MS

Febre tifóide

A Bahia vem apresentando tendência de queda da doença. No período de 2002 a 2006, as incidências foram, respectivamente, 1,52; 1,69; 0,61; 0,66 e 0,50/100 mil hab. É o terceiro estado em número de casos confirmados da região Nordeste.

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

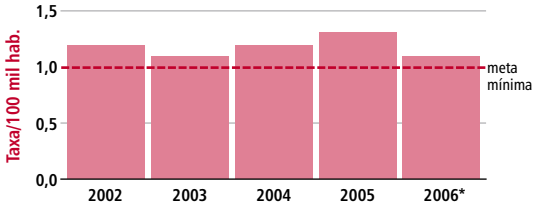


Paralisia flácida aguda – PFA

A vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas 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 hab. menores de quinze anos; 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%.

A vigilância das PFA na Bahia, de acordo com as taxas de notificação no período avaliado, encontra-se sensível para a detecção de casos de PFA e as ações de controle vêm ocorrendo de forma satisfatória, uma vez que as demais metas estabelecidas foram alcançadas.

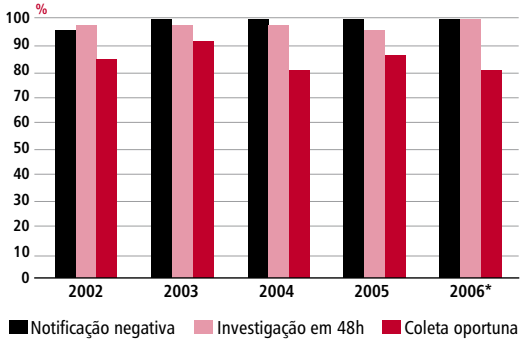
Figura 4. Taxa de notificação de PFA por 100 mil hab. menores de 15 anos. Bahia, 2002-2006



*Dados preliminares

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

Figura 4. Indicadores de Vigilância Epidemiológica da Poliomielite/PFA*. Bahia, 2002-2006



*Meta mínima= 80%

**Dados preliminares

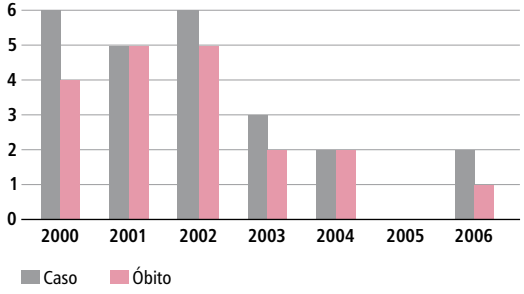
Fonte: MS/SVS/Devep/CGDT/Cover/Sinan

Tétano neonatal

No período de 2000 a 2006, a Bahia notificou 24 casos (letalidade de 79,2%). As mães apresentaram esquema vacinal incompleto e pré-natal insatisfatórios. 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.

A Bahia tem 374 municípios no plano de eliminação do tétano neonatal (1.000 nascidos vivos/ano).

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

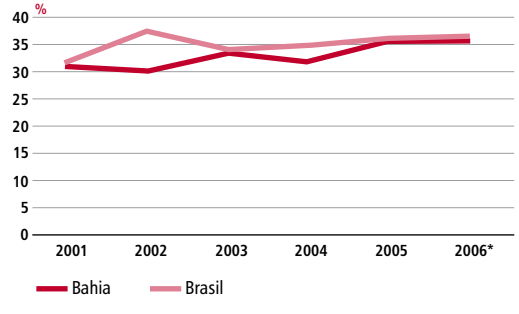


Fonte: SVS/MS

Meningites

O percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial nos últimos cinco anos esteve abaixo do mínimo esperado, indicando a necessidade de esforços adicionais para melhorar a qualidade da assistência aos casos. No último ano, observa-se que o percentual de diagnóstico mantém-se pelo menos constante em relação ao ano anterior.

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



*Dados preliminares

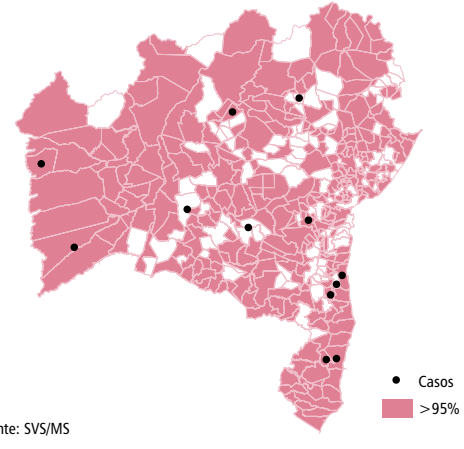
Fonte: SVS/ MS

Rubéola

Na Bahia, o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada foi de 54,33% em 2001. Nesse mesmo ano 105 casos de rubéola foram confirmados, dos quais 87 (83%) confirmados 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 95,41%.

Em 2006, o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada foi de 74,34%. Agregando esse percentual à cobertura vacinal na campanha da rubéola para as MIF, houve redução na transmissão da rubéola e 21 casos foram confirmados em 2006. Nenhum caso de SRC foi confirmado. Mesmo assim, existe a necessidade de intensificar e fortalecer as ações da vigilância epidemiológica com vistas à eliminação da rubéola e da SRC.

Figura 7. Cobertura vacinal da vacina tríplice viral e número de casos de rubéola. Bahia, 2006



Fonte: SVS/MS

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. Foi instituído o comitê estadual de coordenação, de acordo com determinação da Portaria nº 2.080, de 31.10.2003.

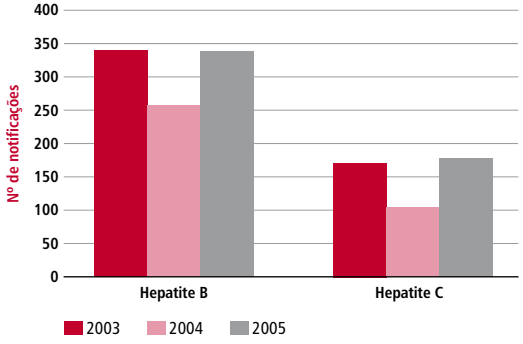
Assistência ao portador

Há dois pólos de aplicação de medicamentos: Salvador e Vitória da Conquista.

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. Bahia, 2003-2005



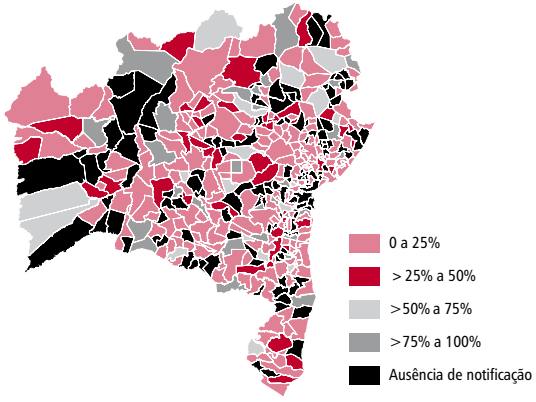
Em 2005, houve 3267 casos confirmados de hepatites virais, tornando a Bahia o 1º estado da região Nordeste em número de casos: 64% de hepatite A, 16% de B e 9% de C. Em 11% dos casos a classificação etiológica estava indefinida, demonstrando que o diagnóstico e a vigilância necessitam ser implementados.

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

Hepatite	A	B	C	D	Ignorado/ Branco	Total
N° de casos	2.107	508	296	5	351	3.267
%	64	16	9	0	11	100
Inc. BA	15,3	3,7	2,1	0,0	2,5	23,6
Inc. Nordeste	18,3	3,7	1,9	0	3,3	27,2
Inc. Brasil	13,7	7,9	7,6	0,1	2,0	31,2

Fonte: SVS/MS

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



A informação sobre a determinação da provável fonte de infecção não está definida em 57% dos casos confirmados do estado, 58% da região Nordeste e 57% do Brasil.

Em 2005, as taxas de mortalidade por hepatites B e C na Bahia foram semelhantes às da região Nordeste.

Tabela 2. Taxa de mortalidade (por milhão de hab.) por tipo de hepatite viral. Bahia, região Nordeste, Brasil, 2005

Hepatite	A	B	C	D	Não especificada
BA	0,1	1,0	2,7	0,0	1,0
Nordeste	0,3	1,2	3,3	0,0	1,0
Brasil	0,3	4,3	8,3	0,1	1,5

Fonte: SIM/2005

Capacitações

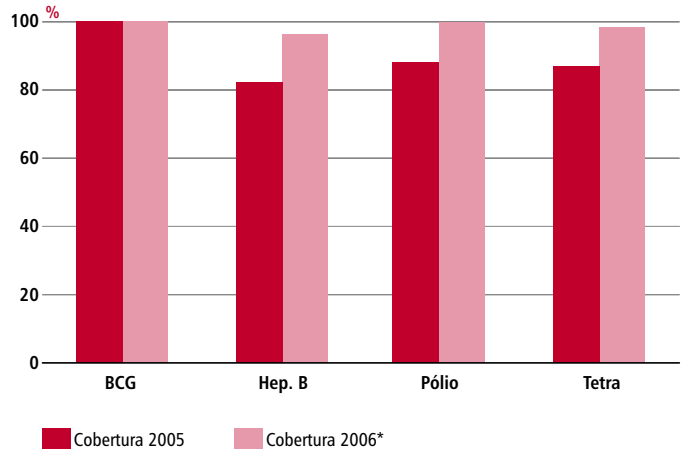
Em 2006, o estado promoveu capacitação para 50 profissionais em vigilância epidemiológica e para 125 profissionais da atenção básica em hepatites virais.

Comunicação e articulação com a sociedade civil

Em 2006, o estado realizou publicação em boletim epidemiológico estadual sobre hepatites virais, porém não produziu nenhum outro material educativo e de informação sobre este tema. Há no estado duas organizações da sociedade civil que trabalham com hepatites virais e existem quatro projetos de prevenção financiados pelo Programa Nacional de Hepatites Virais.

Nas ações de vacinação de rotina em menores de um ano, dados comparativos até outubro dos anos 2005 e 2006 demonstram que em 2005 a Bahia alcançou a meta de 90% de cobertura vacinal para a vacina BCG e não atingiu 95% de cobertura vacinal para as vacinas tetravalente (DTP/Hib), contra poliomielite e hepatite B. Em 2006, dados preliminares indicam que os resultados são satisfatórios, ultrapassando a meta para todas essas vacinas.

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



*Dados preliminares

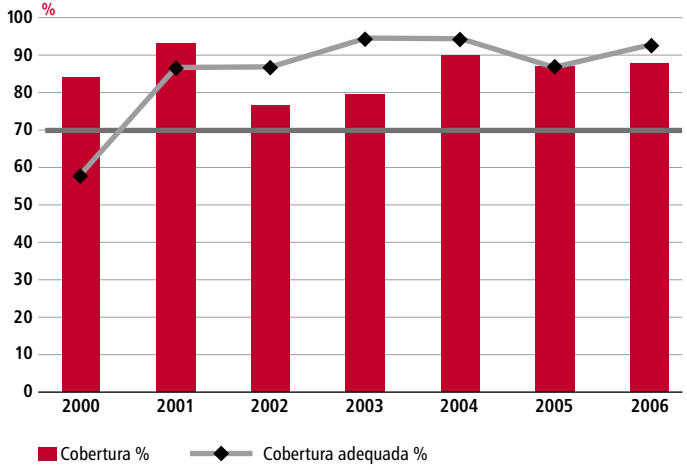
Fonte: API/CGPNI/Devep/SVS/MS

A vacina oral de rotavírus humano, implantada a partir de março de 2006, apresenta um total de 166.518 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 um ano, está em 69% e a proporção de 2ªs doses administradas em relação à 1ª dose é de 55% no mesmo período.

No ano de 2005 para cálculo de cobertura vacinal, utilizou-se como denominador a estimativa IBGE 2005/Censo 2000; para o ano de 2006, 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, exceto no ano 2000, quando a cobertura e o percentual de homogeneidade ficaram abaixo da meta estabelecida.

Figura 2. Cobertura vacinal contra gripe e percentual de municípios com cobertura adequada na campanha do idoso. Bahia, 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 alimentação do sistema de Avaliação do Programa de Imunizações – API, constatou-se a regularidade no envio mensal de banco de dados em 80% dos municípios. Apenas 101 (24,2%) 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		Bahia	Salvador	Barreiras	Camaçari	Feira de Santana	Ilhéus	Itabuna	Jequié	Juazeiro	Lauro de Freitas	Vit. da Conquista
Notificação	Notificação de casos de paralisia flácida aguda – PFA	Cumprida	Cumprida	Não avaliável	Cumprida	Cumprida	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável
	Notificação de sarampo	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Não avaliável	Não cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida
Investigação	Investigação epidemiológica oportuna para doenças exantemáticas	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não avaliável	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida
	Investigação epidemiológica oportuna para raiva humana	Não avaliável	Não avaliável	Cumprida	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável
	Encerramento oportuno da investigação epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida
	Coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de Paralisia Flácida Aguda – PFA	Cumprida	Cumprida	Não avaliável	Cumprida	Cumprida	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável
	Encerramento oportuno da investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não avaliável	Não avaliável	Cumprida	Não avaliável	Não avaliável	Não cumprida	Não avaliável	Não avaliável
Diagnóstico laboratorial	Diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola)	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida
	Encerramento de casos de meningite bacteriana por critério laboratorial	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida
	Realização de testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes	Não cumprida	Não cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida
Vigilância ambiental	Elaboração de dois relatórios anuais sobre as ações desenvolvidas pelo Vigiagua em municípios com população igual ou acima de 100 mil hab.	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida
Vigilância e controle de vetores	Identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de *Aedes*	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Cumprida	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	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	Inspeções semanais em armadilhas instaladas, de acordo com o preconizado no PNCD, nos municípios não infestados	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Controle de doenças	Cura de casos novos de tuberculose bacilíferos	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida
	Aumento da taxa de cura de hanseníase	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não avaliável	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida
	Redução da incidência parasitária anual por malária (IPA) nos estados da Amazônia Legal	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Imunizações	Cobertura vacinal adequada – BCG	Não se aplica	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida
	Cobertura vacinal adequada – Hepatite B	Não se aplica	Não cumprida	Cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida
	Cobertura vacinal adequada – Poliomielite	Não se aplica	Não cumprida	Cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida
	Cobertura vacinal adequada – Tetravalente	Não se aplica	Não cumprida	Cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Não cumprida
	Cobertura vacinal adequada – Tríplice viral	Não se aplica	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – BCG	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Hepatite B	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Poliomielite	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Tetravalente	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Tríplice viral	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Monitorização de agravos relevantes	Número de surtos identificados através da monitorização das doenças diarréicas agudas – MDDA	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Não avaliável	Não avaliável	Não cumprida	Não avaliável	Não se aplica	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável
	Implantação/implementação da vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis	Não cumprida	Não cumprida	Não se aplica	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não avaliável	Não se aplica	Não se aplica	Cumprida	Não se aplica
	Investigação de óbitos maternos (capitais e municípios com mais de 100.000 hab.)	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Cumprida
	Investigação de óbitos maternos (municípios com 100.000 hab. ou menos)	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Divulgação de informações epidemiológicas	Número de informes epidemiológicos publicados	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Estudos e pesquisas em epidemiologia	Divulgação de estudo da situação de saúde	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Sistemas de informação	Cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de óbitos por causa básica definida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não avaliável	Não cumprida	Não cumprida
Supervisão da PPI-VS	Supervisão da PPI-VS nos municípios certificados	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Percentual de metas cumpridas		51,7	54,5	85,0	60,0	52,6	50,0	52,9	76,5	47,1	66,7	52,9

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 da Bahia: 413

Em 2006 foram destinados os recursos abaixo discriminados

Valor global: R$ 50.312.690,90

- Repasse para a Secretaria Estadual de Saúde (SES): R$ 9.656.871,46
- Repasse para os municípios: R$ 40.634.098,00

Incentivos específicos acrescidos ao TFVS

Portaria MS nº 1.349/2002

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

- 37 municípios – valor anual: R$ 2.552.973,44

Campanhas de vacinação (conforme deliberação da CIB)

- Raiva animal – SES: R$ 10.971,40
  410 municípios: R$ 1.792.892,20
- Influenza – SES: R$ 3.050,45
  410 municípios: R$ 507.925,00
- Poliomielite – SES: R$ 5.786,10
  408 municípios: R$ 1.160.039,70

Outros repasses "fundo-a-fundo"

Subsistema de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar

- 5 hospitais estaduais: R$ 126.000,00
- 1 hospital federal: R$ 42.000,00
- 3 hospitais municipais: R$ 63.000,00

Capacitação de pessoal no Sinan

- SES: R$ 228.000,00

Intensificação das ações de controle

- Doença de Chagas – 28 municípios
  R$ 1.411.200,00
- Tuberculose – SES: R$ 51.000,00

Reestruturação de unidades de referência da hanseníase

- SES: R$ 327.726,84

Vigilância de acidentes e violência em serviços sentinelas

- Salvador: R$ 21.129,00

Registro de câncer de base populacional

- SES: R$ 20.000,00

Fortalecimento das ações dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Lacen

- Finlacen – SES: R$ 573.048,00

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

- SES: R$ 2.902.533,24
- SMS: R$ 3.493.265,91

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 da Bahia veículos e equipamentos que totalizaram cerca de R$ 776.648,00.

Tabela 1. Quadro de beneficiários por tipo de equipamento

Beneficiário	Tipo de equipamento					
	Veículos			Micros-copios	Equipamentos de pulverização	Microcom-putador*
	Motos	Veículo tipo uti-litário (Kombi)	Picapes			
SES				1	11	4
SMS	3	7		36		
Total	3	7	0	37	11	4

*Alocado, provisoriamente, na SES, aguardando determinação da distribuição pela CIB local

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. Bahia, 2006

Unidade federada	Valor Planvigi aprovado (R$)		Valor total aprovado (R$)	Valor total aprovado (R$)		Valores repassados (R$)
	Fonte Vigisus	Fonte TFVS		Fonte Vigisus	Fonte TFVS	
SES/BA	3.622.270,00	3.054.900,00	6.677.170,00	2.082.805,26	-	2.082.805,26
Salvador	1.737.584,00	-	1.737.584,00	608.154,40	-	608.154,40
Alagoinhas	107.000,00	-	107.000,00	37.100,00	-	37.100,00
Jequié	118.989,50	-	118.989,50	41.646,33	-	41.646,33
Camaçari	138.000,00	-	138.000,00	48.300,00	-	48.300,00
Juazeiro	100.985,20	-	100.985,20	35.344,82	-	35.344,82
Itabuna	160.000,00	-	160.000,00	56.000,00	-	56.000,00
Ilhéus	178.000,00	-	178.000,00	62.300,00	-	62.300,00
Vitória da Conquista	244.000,00	-	244.000,00	85.400,00	-	85.400,00
Feira de Santana	447.000,00	-	447.000,00	156.450,00	-	156.450,00
Lauro de Freitas	100.071,00	-	100.071,00	35.024,85	-	35.024,85
Barreiras	97.000,00	-	97.000,00	33.950,00	-	33.950,00
Itaparica	-	20.000,00	20.000,00	-	20.000,00	20.000,00
Vera Cruz	-	26.000,00	26.000,00	-	26.000,00	26.000,00
Dias D'Avila	-	127.590,00	127.590,00	-	44.656,51	44.656,51
Candeias	-	63.000,00	63.000,00	-	22.050,00	22.050,00
Simões Filho	-	79.000,00	79.000,00	-	27.650,00	27.650,00
Porto Seguro	-	87.000,00	87.000,00	-	30.450,00	30.450,00
Teixeira de Freitas	-	90.000,00	90.000,00	-	31.500,00	31.500,00
Total	**7.050.899,70**	**3.547.490,00**	**10.598.389,70**	**3.282.475,66**	**202.306,51**	**3.484.782,17**

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

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 da Bahia, capital e municípios elegíveis, em 2006.

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

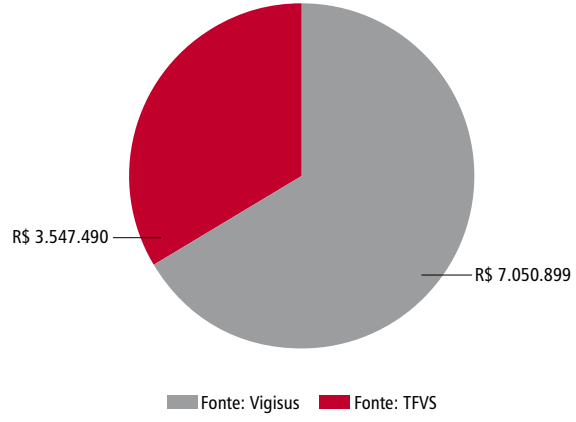
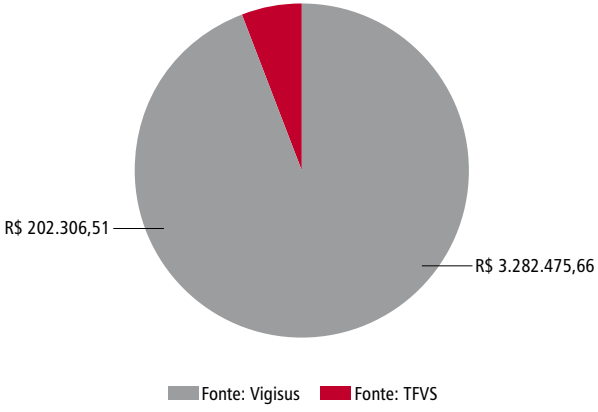


Figura 2. Valores repassados para a Secretaria Estadual de Saúde, capital e municípios elegíveis, segundo fonte financiadora, 2006



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 da Bahia foram identificadas e categorizadas 16 áreas (Tabela 1), nos municípios ilustrados na Figura 1.

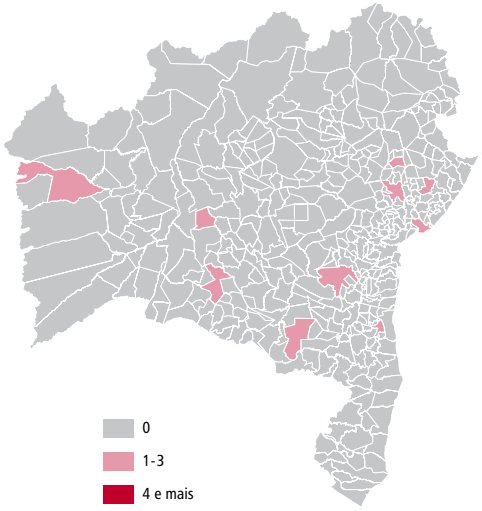
Tabela 1. Áreas com população exposta a solo contaminado

Classificação	Nº de áreas	População estimada	Categoria
ADRI	1	1.000	Vermelha
AD, ADRU, AI	5	9.000	Roxa
ADRU, AI, DA	8	26.100	Amarela
ADRU	2	0	Preta
Total	**16**	**36.100**	

ADRI – Área de Disposição Final de Resíduos Industriais; **AD** – Área Desativada; **ADRU** – Áreas de Disposição Final de Resíduos Urbanos; **AI** – Área Industrial; **DA** – Depósito de Agrotóxicos.

Vermelha – populações expostas a solo contaminado; **Roxa** – populações potencialmente expostas a solo contaminado; **Amarela** – população potencialmente exposta a solo com suspeita de contaminação; **Preta** – sem populações, em um raio de 1 km, com solo contaminado ou com suspeita de contaminação

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

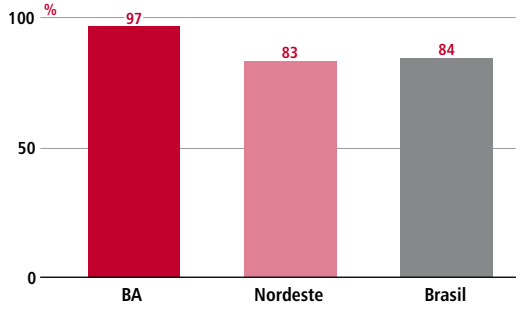


Água

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.

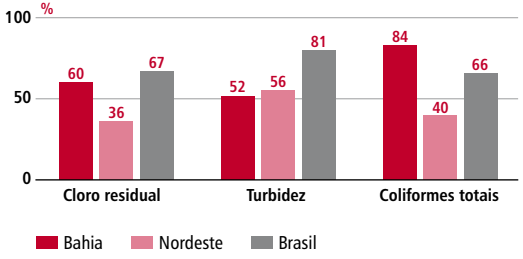
O Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Sisagua fornece informações sobre a qualidade da água proveniente dos sistemas, soluções alternativas coletivas e individuais de abastecimento de água. No estado da Bahia, 404 municípios (97%) alimentaram dados no Sisagua em 2006.

Figura 2. Percentual de municípios com alimentação de dados no Sisagua. Bahia, região Nordeste, 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, 84%; turbidez, 98%; e coliformes totais, 83%.

Figura 3. Percentual de amostras realizadas, em 2006, em conformidade com a Portaria MS nº 518/2004. Bahia, região Nordeste, 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 foram implantados e distribuídos em 25 unidades federadas.

Na Bahia, nove hospitais aderiram ao subsistema. Os núcleos hospitalares de epidemiologia foram implantados nas seguintes unidades de saúde: Hospital Geral Clériston Andrade, Hospital Geral de Vitória da Conquista, Hospital Geral Eurico Dutra, Hospital Santo Antonio das Obras Sociais Irmã Dulce, Hospital Monte Tabor Centro Ítalo-Brasileiro de Promoção Sanitária – São Rafael, Hospital Liga Álvaro Bahia Contra a Mortalidade Infantil/Martagão Gesteira, Real Sociedade Espanhola de Beneficência/Hospital Espanhol, Hospital Santa Casa de Misericórdia da Bahia/Hospital Santa Izabel e Hospital Universitário Prof. Edgard Santos. Para o estado, está prevista a implantação de mais cinco núcleos em 2007.

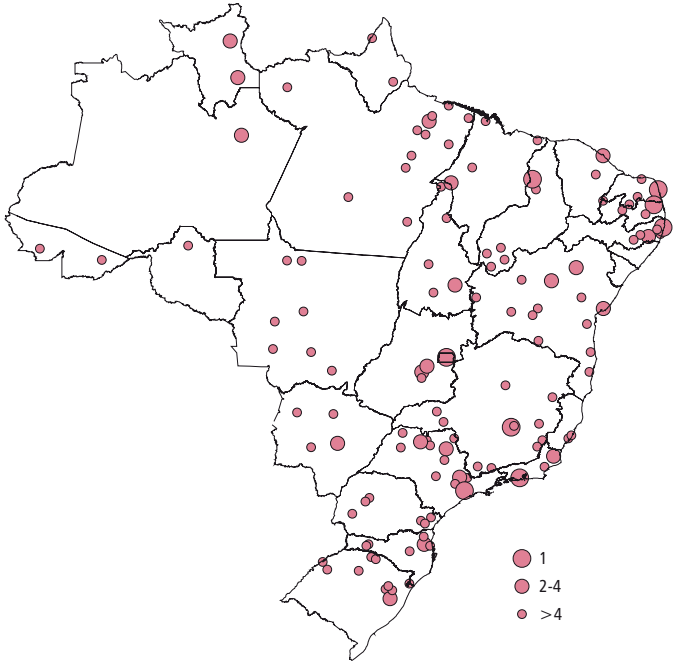
Figura 1. **Mapa de núcleos. Brasil, 2006**

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, na Bahia, o Episus, juntamente com as secretarias estadual e municipal de Saúde, participou das seguintes investigações de surto: gastrenterite, em Salvador; sarampo, nos municípios de João Dourado, Senhor do Bonfim e Filadélfia.

Figura 2. **Mapa de surtos, Brasil. 2006**



Evolução da mortalidade por doenças não transmissíveis, 1996 a 2005

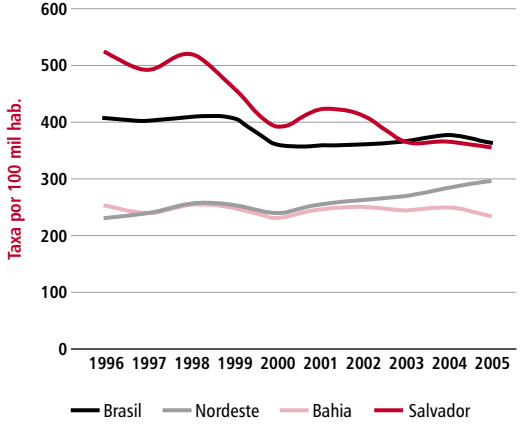
Em 2005, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças endócrinas e as causas externas representaram 64,2% do total de óbitos por causas conhecidas em Salvador, 64,9% na Bahia, 67,3% no Nordeste e 68,1% no Brasil.

Deve-se considerar o alto percentual de óbitos por causas mal definidas (25,9%), segunda causa no estado em 2005. A capital tem 7,6% de causas mal definidas.

Doenças do aparelho circulatório – DAC

Em 1996, as taxas foram, respectivamente, para o estado e capital, de 249,2/100 mil e 520,9/100 mil; e em 2005, de 230,4/100 mil e 351,7/100 mil. O risco de morte por DAC no Brasil e região Nordeste, em 1996, foi de 403,5/100 mil e 228,3/100 mil; e em 2005, de 360,9/100 mil no País e 292,3/100 mil na região.

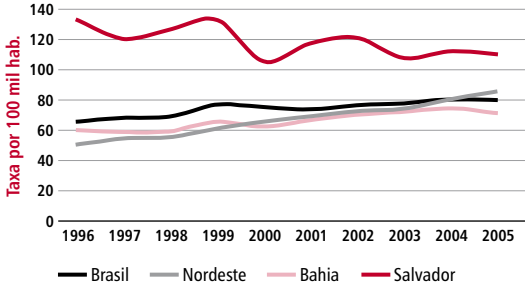
Figura 1. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por DAC na idade de 30 anos e mais, 1996-2005



Diabetes

Salvador apresenta oscilação de sua curva entre 1996 (132,2/100 mil) e 2005 (109,0/100 mil). O estado tem aumento da taxa de mortalidade por diabetes, que em 1996 foi de 57,8/100 mil e em 2005, de 69,4/100 mil. A região Nordeste (1996 – 48,3/100 mil e 2005 – 83,8/100 mil) e o Brasil (1996 – 63,6/100 mil e 2005 – 78,1/100 mil) mantêm aumento constante das taxas no período.

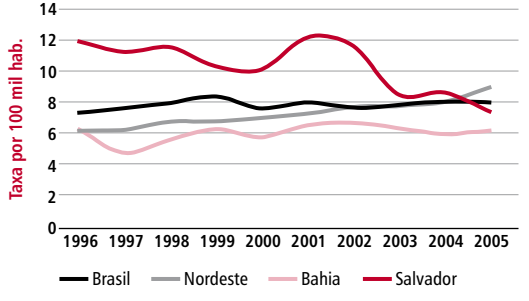
Figura 2. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por diabetes na idade de 40 anos e mais, 1996-2005



Neoplasias

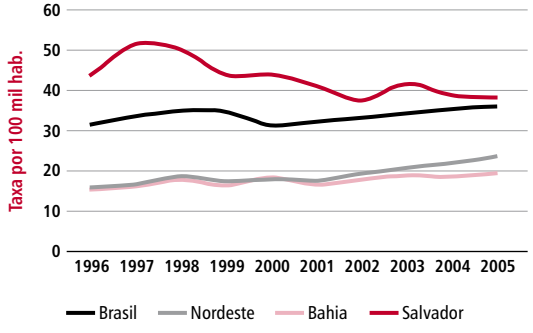
O estado e a capital apresentam grande oscilação na curva de mortalidade por câncer de colo uterino. Em 2005, a taxa é de 6,1/100 mil para a Bahia e 7,3/100 mil para Salvador. A região Nordeste tem leve aumento na curva entre 1996 (6,1/100 mil) e 2005 (8,9/100 mil). Para o Brasil, as taxas se mantêm 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 da Bahia, em 2005, é de 28,2%.

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



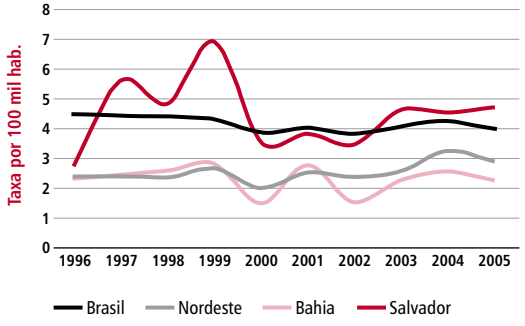
Bahia (1996 – 15,1/100 mil e 2005 – 19,2/100 mil) e Salvador (1996 – 43,5/100 mil e 2005 – 37,9/100 mil) apresentam diferentes tendências na curva ao longo dos anos. O Brasil (1996 – 31,2/100 mil e 2005 – 35,7/100 mil) e a região Nordeste (1996 – 15,6/100 mil e 2005 – 23,3/100 mil) têm discreto crescimento 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 – 2,7/100 mil e 2005 – 4,7/100 mil) e estado (1996 – 2,3/100 mil e 2005 – 2,2/100 mil) apresentam oscilação no período. Em 2005, a região Nordeste e o Brasil apresentam taxas, respectivamente, de 2,9/100 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

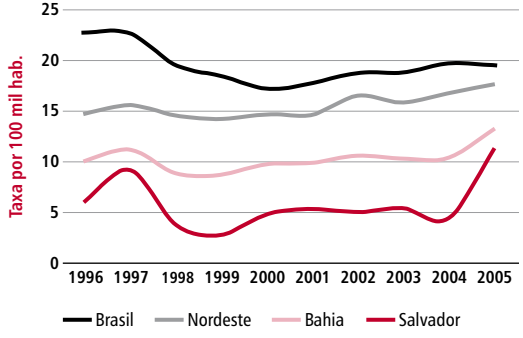
Dos óbitos por causas conhecidas, as causas externas foram a terceira causa de mortalidade em Salvador (14,6%) e no Brasil (14,2%) e a segunda na Bahia (16%) e no Nordeste (15,1%), em 2005.

Chama atenção o alto percentual de causas externas indeterminadas em Salvador e Bahia. Com isso, todas as taxas ficam indevidamente abaixo das taxas do Brasil e região.

Acidentes de trânsito

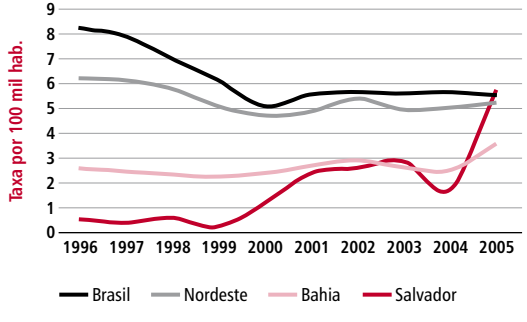
Tanto a capital quanto o estado mostram oscilação com aumento de suas taxas entre 1996 (capital – 5,7/100 mil e estado – 9,7/100 mil) e 2005 (capital – 10,9/100 mil e estado – 12,9/100 mil). Enquanto a região Nordeste (1996 – 14,5/100 mil e 2005 – 17,4/100 mil) tem tendência de aumento, o Brasil (1996 – 22,6/100 mil e 2005 – 19,3/100 mil) apresenta tendência de queda em sua curva no período avaliado.

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



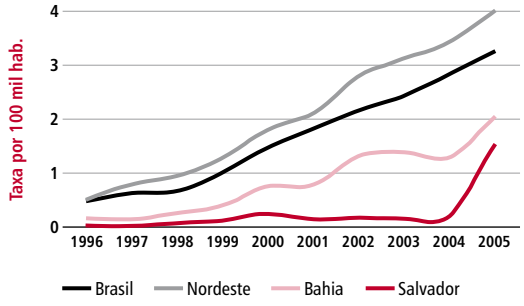
A capital e o estado têm aumento entre 1996 (capital – 0,5/100 mil e estado – 2,5/100 mil) e 2005 (capital – 5,6/100 mil e estado – 3,5/100 mil). Para a região Nordeste, as taxas entre 2003 (4,9/100 mil) e 2005 (5,2/100 mil) se mantêm estáveis. No Brasil, a estabilização ocorre entre 2001 e 2005, com taxa de 5,5/100 mil.

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



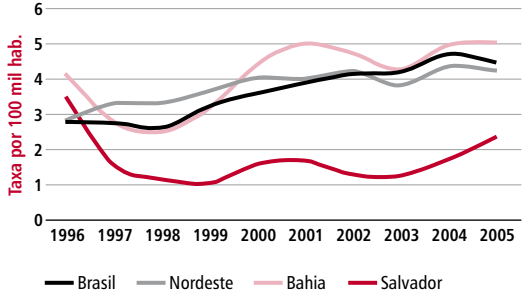
A capital apresenta aumento crescente de sua curva a partir de 2004 (0,2/100 mil), atingindo em 2005 a taxa de 1,5/100 mil. O estado apresenta oscilação, com taxa em 2005 de 2,0/100 mil. O Brasil e a região também têm aumento das taxas nos anos estudados (Brasil: 1996 – 0,5/100 mil e 2005 – 3,2/100 mil, Nordeste: 1996 – 0,5/100 mil e 2005 – 4,0/100 mil).

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



A capital (1996 – 3,4/100 mil e 2005 – 2,3/100 mil) e o estado (1996 – 4,1/100 mil e 2005 – 5,0/100 mil) apresentam diferentes tendências das curvas no período. A região Nordeste e o Brasil mostram crescimento de suas curvas entre 1996 (Nordeste – 2,8/100 mil e Brasil – 2,7/100 mil) e 2005 (Nordeste – 4,2/100 mil e Brasil – 4,4/100 mil).

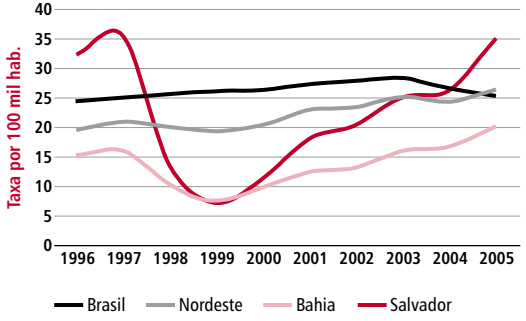
Figura 9. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por acidente com ocupante de veículo, 1996-2005



Agressões (homicídios)

As tendências das curvas são de aumento para a capital (1999 – 7,0/100 mil e 2005 – 34,7/100 mil), o estado (1999 – 7,1/100 mil e 2005 – 19,9/100 mil) e a região Nordeste (1996 – 19,4/100 mil e 2005 – 26,1/100 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), 1996-2005



www
.saude
.gov
.br
/svs

Leia em voz alta para não esquecer!

A Secretaria de Vigilância em Saúde na Internet

ISBN 978-85-334-1365-8

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