

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Relatório de Situação

Maranhão

3ª edição

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

© 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/

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 3ª edição - 2007 - 900 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Producão: 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 : Maranhão / 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 978-85-334-1370-2

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 2007/0809

Títulos para indexação

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

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
- 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.

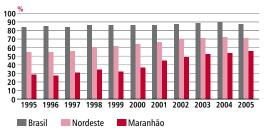
Gerson Oliveira Penna Secretário de Vigilância em Saúde

Sistemas de Informações — SIM e Sinasc

Sistema de Informações sobre Mortalidade — SIM

A cobertura¹ do SIM exibiu valores que variaram entre 27% e 56% nos últimos dez anos. Em 2005, o Maranhão apresentou cobertura de 56,4%, valor inferior à cobertura da região, que foi de 71,2%.

Figura 1. Razão entre os óbitos SIM e os óbitos IBGE. Brasil, região Nordeste, Maranhão, 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 habitantes (197): 64% (127) apresentam TGM padronizada abaixo de 4,4/mil habitantes.
- Municípios com população maior ou igual a 50.000 habitantes (20): 85% (17) apresentam TGM padronizada abaixo de 5,3/mil habitantes.

- No total, 60% da população do estado reside em municípios com deficiências na cobertura do SIM.
- A capital, São Luís, teve TGM padronizada de 5,6/mil hab.; o estado, 4,4/mil hab. e o Nordeste, 4.9/mil habitantes.

Percentual de óbitos por causas mal definidas

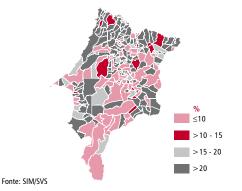
O percentual de óbitos por causas mal definidas do estado é de 17,7% em 2005. No mesmo ano a região Nordeste apresentou percentual de 17,8% e o Brasil, 10,6%.

Percentual de óbitos por causas mal definidas por município, em 2005:

- até 10%: 61 municípios (28,1%);
- entre 10% e 15%: 13 municípios (6,0%);
- entre 15% e 20%: 17 municípios (7,8%);
- 20% e mais: 126 municípios (58,1%).

São Luís tem 6,8% de óbitos por causas mal definidas.

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



Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos — Sinasc

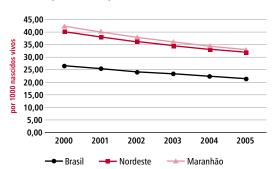
As coberturas do Sinasc são calculadas a partir da razão entre nascimentos coletados e estimativas de nascimentos obtidas pela SVS por meio de técnicas demográficas. Em 2005, a cobertura do Sinasc no estado foi de 90,7%.

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 Maranhão, para cada 1.000 crianças nascidas vivas (nv), 32,7 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 22,26% da TMI no estado.

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



Fonte: IBGE/SIM/Sinasc/SVS

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

Sistema de Informação de Agravos de Notificação — Sinan

Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo

Apenas os agravos hepatite, malária, meningite, tétano neonatal e leishmaniose visceral atingiram a meta de 72% estabelecida para o ano de 2006, de encerramento oportuno dos casos notificados.

Em números totais, o estado superou a meta de 72% estabelecida para o ano de 2006, atingindo 72,1%.

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. Maranhão, 2006*

| | | Casos | |
|-----------------------------------|-------------|--------------|--------------|
| Agravos | Notificados | Encerrados o | portunamente |
| | Total | Nº | % |
| Paralisia flácida aguda | 2 | 0 | 0,0 |
| Sarampo | 46 | 8 | 17,4 |
| Chagas | 24 | 5 | 20,8 |
| Hantavirose | 5 | 2 | 40,0 |
| Coqueluche | 96 | 44 | 45,8 |
| Rubéola | 103 | 48 | 46,6 |
| Raiva | 4 | 2 | 50,0 |
| Leishmaniose tegumentar americana | 112 | 57 | 50,9 |
| Sindrome da rubéola congênita | 7 | 4 | 57,1 |
| Febre tifóide | 223 | 129 | 57,8 |
| Tétano acidental | 63 | 38 | 60,3 |
| Peste | 27 | 17 | 63,0 |
| Leptospirose | 374 | 259 | 69,3 |
| Leishmaniose visceral | 2.528 | 1.852 | 73,3 |
| Hepatite | 2.544 | 1.928 | 75,8 |
| Malária | 14 | 11 | 78,6 |
| Meningite | 280 | 249 | 88,9 |
| Tétano neonatal | 2 | 2 | 100,0 |
| Cólera | 0 | 0 | 0,0 |
| Difteria | 0 | 0 | 0,0 |
| Febre amarela | 0 | 0 | 0,0 |
| Total | 6.454 | 4.655 | 72,1 |

^{*}Atualizado em 10/2/2007

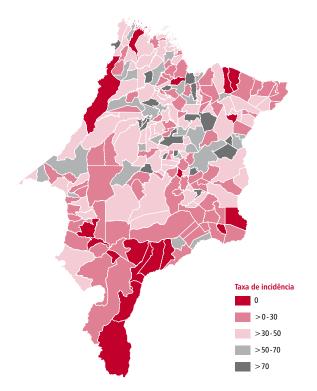
Dados preliminares sujeitos a revisão

Fonte: MS/SVS/Sinan

Tuberculose

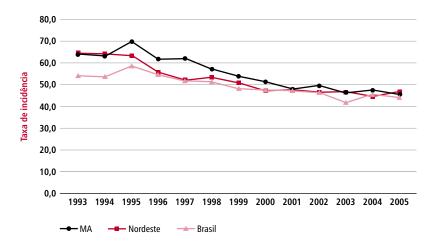
O Maranhão possui 22 municípios prioritários, que têm uma cobertura de 67,7% do Programa de Controle da Tuberculose – PCT implantado e 88,8% de implantação da estratégia de tratamento supervisionado.

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



Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, em 2005 foram registrados 2.787 casos novos de tuberculose no Sinan. As incidências foram de 45,7/100 mil hab. para tuberculose em todas as formas e de 21,9/100 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 5,7%; óbitos de pacientes, 5,0% e transferência de 18,5%, além do percentual de 2,1% de casos sem informação de encerramento no Sinan.

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



No período de um ano não houve incremento de unidades que fazem diagnóstico e tratamento de hanseníase.

Foram diagnosticados 4.235 casos novos em 2006. Desse total, 3.007 estão em curso de tratamento.

Dos casos novos diagnosticados:

- 461 (10,88%) acometiam menores de 15 anos;
- 201 (5,82%) apresentaram, no momento do diagnóstico, incapacidade física severa;
- 2.347 (55,41%) eram formas avançadas da doença.

O percentual de cura no estado foi de 78,47% em 2006.

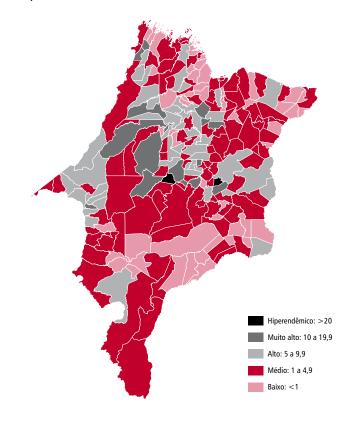
O Maranhão possui 19 municípios prioritários para a hanseníase: Açailândia, Alto Alegre do Pindaré, Arame, Bacabal, Caxias, Codó, Imperatriz, Itapecuru Mirim, Lago da Pedra, Miranda do Norte, Monção, Penalva, Pindaré-Mirim, Santa Inês, Santa Luzia, São José de Ribamar, São Luís, São Mateus do Maranhão e Timon.

83,50% 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. Maranhão, 2006

| Carga da doença | Nº de municípios | População 2006 | % população |
|------------------|------------------|----------------|-------------|
| Até 1 caso | 43 | 393.409 | 6,36 |
| 1 a 3 casos | 20 | 249.339 | 4,03 |
| 3 a 5 casos | 23 | 377.602 | 6,11 |
| 5 a 20 casos | 83 | 1.564.576 | 25,30 |
| Mais de 20 casos | 48 | 3.599.617 | 58,20 |
| Total | 217 | 6.184.543 | 100,00 |

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



Doenças sexualmente transmissíveis / Aids

Até dezembro de 2005, foram notificados 4.636 casos de aids (3.109 homens, 1.526 mulheres e um com sexo ignorado).

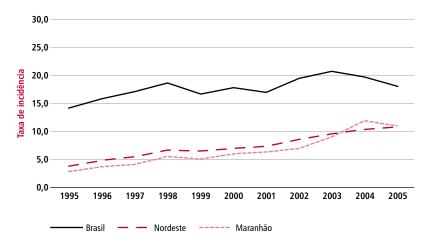
Os municípios do estado que apresentaram os maiores números de casos de aids acumulados até 2005 foram (casos acumulados/taxa média de incidência de 2000 a 2005 por 100 mil hab.):

- São Luís (2.121/24,2);
- Imperatriz (594/21,8);
- Timon (205/14,0);
- Caxias (195/17,3);
- São José do Ribamar (99/11,0).

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

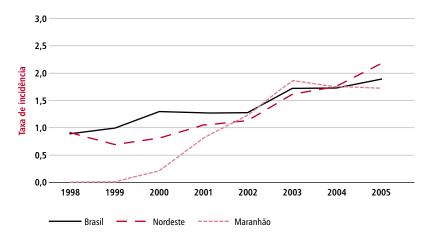
Foram notificados 112 casos de transmissão vertical do HIV até 2005.

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



Em relação à sífilis congênita, o estado notificou entre os anos de 1998 e 2005 um total de 932 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 1,7 caso. Até 2005 foram registrados 38 óbitos por sífilis congênita no estado.

Figura 2. Taxa de incidência (por 1 mil nascidos vivos) de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico. Maranhão, 1998-2005



Dos 217 municípios do Maranhão, 31 (14,28%) são prioritários para o Programa Nacional de Controle da Dengue: Açailândia, Araioses, Bacabal, Balsas, Barão de Grajaú, Barra do Corda, Barreirinhas, Carolina, Caxias, Chapadinha, Codó, Colinas, Coroatá, Estreito, Imperatriz, Itapecuru Mirim, Grajaú, Miranda do Norte, Mirador, Paço do Lumiar, Pastos Bons, Pinheiro, Presidente Dutra, Raposa, Santa Inês, Santa Luzia, São João dos Patos, São José de Ribamar, São Luís, Timon e Viana. Esses municípios concentram 49,63% da população do estado.

Situação epidemiológica

De acordo com os dados do Boletim da Dengue (SE nº 52), no ano de 2006 foram registrados 6.450 casos, o que representou queda de 34,79% quando comparados com o mesmo período de 2005 (9.891 casos). Nesse mesmo período, foram registrados 117 casos de febre hemorrágica da dengue (FHD), com dois óbitos. Na região Nordeste, o Maranhão foi o 5º estado com maior número de casos.

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

| Ano | 0 < 1 | IP < 1 | 1 ≤ IIP < 3 | | 3 ≤ | P < 5 | IIP ≥ 5 | | |
|------|-------|--------|-------------|-------|-----|-------|---------|-------|--|
| Allo | 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 | 12 | 38,71 | 7 | 22,58 | 7 | 22,58 | 4 | 12,90 | |

^{*}Sem informações: Viana

Fonte: FAD

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

| Mountafaile | | 0 - 0,9 | | 1 - 3,9 | | >4,0 | Total de | |
|---------------------|----|---------|----|---------|----|-------|----------|--|
| Município | Nº | % | Nº | % | Nº | % | estratos | |
| Caxias | 0 | 0,00 | 3 | 75,00 | 1 | 25,00 | 4 | |
| Codó | 2 | 66,67 | 1 | 33,33 | 0 | 0,00 | 3 | |
| Imperatriz | 4 | 50,00 | 4 | 50,00 | 0 | 0,00 | 8 | |
| São José do Ribamar | 1 | 20,00 | 3 | 60,00 | 1 | 20,00 | 5 | |
| São Luís | 5 | 15,62 | 21 | 65,63 | 6 | 18,75 | 32 | |
| Timon | 1 | 20,00 | 4 | 80,00 | 0 | 0,00 | 5 | |

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 | Balsas, Pinheiro, Santa Inês | Não se aplica |
| FAD na rotina | Carolina | Não se aplica |
| Plano de Contingência | Açailândia, Araioses, Bacabal, Barreirinhas, Codó, Estreito, São João dos Patos, Viana | Não se aplica |
| Comitê de Mobilização | Araioses, Imperatriz, Miranda do Norte, Viana | Não se aplica |

Fonnte: SMS/SES/Diagdengue

Malária

O Maranhão registrou 7.318 casos de malária em 2006, correspondendo a 1,4% do total de casos na Amazônia Legal. Em comparação a 2005, o estado apresentou decréscimo de 20,7%.

Em 2006, nenhum município dos 217 existentes no estado apresentou grande volume de casos se comparado com o restante da Amazônia Legal.

Apenas o município de Cândido Mendes apresentou alta incidência de malária (IPA ≥ 50/mil hab.). Os municípios que apresentaram média incidência (IPA = 10-50/mil hab.) foram Centro Novo do Maranhão, Boa Vista do Gurupi, Amapá do Maranhão, Maracaçume, Conceição do Lago Açu, Governador Nunes Freire, Monção, Alcântara e Cajari.

Devido à grande quantidade de municípios com baixa transmissão de malária, as ações de vigilância devem considerar a receptividade e vulnerabilidade no estado e a proximidade com áreas de alta transmissão de malária.

Os municípios de Buriticupu, São Mateus do Maranhão e Pinheiro, apesar do menor número de casos autóctones, merecem destaque devido ao volume de casos recebidos de outros municípios e estados, o que aumenta a vulnerabilidade e necessidade de estruturação de serviços.

Houve aumento no número de casos de malária por *P. falciparum* no estado (29,8%), enquanto houve diminuição na Amazônia Legal (6,9%). A proporção de *P. falciparum* no estado foi de 18,5%.

O número de internações apresentou redução em 40,0% no estado, o mesmo ocorrendo na Amazônia Legal (21,4%).

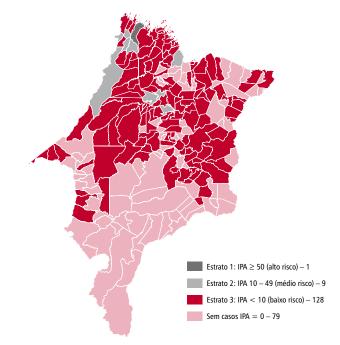
Tabela 1. Distribuição de casos autóctones e internações por malária, proporção de malária por *P. falciparum* e percentual de variação no número total de casos, no número de casos por *P. falciparum* e internações. Maranhão, 2005-2006

| Municípios* | Total de casos | | Variação de casos | Proporção de casos de <i>P. falciparum</i> | | Total de internações** 2006 | Variação de internações % |
|----------------|----------------|---------|----------------------|--|------|-----------------------------------|---------------------------------|
| | 2005 | 2006 | 70 | % 2006 Talciparum Talc | | 2006 | 70 |
| Maranhão | 9.226 | 7.318 | -20,7 | 18,5 | 29,8 | 296 | -40,0 |
| 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

Fonte: Sivep-Malária

Figura 1. Estratificação dos municípios. Maranhão, 2006



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

Doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses

Esquistossomose

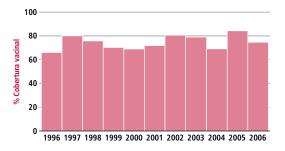
A transmissão é endêmica em 22 municípios e focal em 25 dos 217 existentes. Em 2005 a prevalência do estado foi de 5,2% em 165.331 pessoas examinadas. Nas Zonas do Litoral Norte e na Baixada Maranhense se encontram os focos mais antigos, com prevalências mais elevadas. A média anual de internação, no período de 2001-2005, foi de 14,6 (houve redução da taxa de internação por 100 mil hab. de 0,37 em 2001 para 0,07 em 2005). O número médio de óbitos, no período de 2000-2004, foi de 548, com diminuição na taxa de mortalidade por 100 mil hab. de 0,08 em 2000 para 0,03 em 2004.

Raiva

No período de 2002 a 2006, foram notificados 92 casos de raiva canina, felina e em raposas. Foram notificados 36 casos de raiva humana sendo 25 por morcegos, 10 por cães e 1 por gato. Ocorreu grande surto de raiva humana transmitido por morcego em 2005. Presença de raiva em herbívoros, suínos e morcegos.

A cobertura vacinal canina no estado é baixa, com baixo percentual de municípios com cobertura adequada. Está em execução a revisão da estimativa populacional canina. Há presença de vírus circulante com municípios silenciosos, devido ao monitoramento insuficiente. O estado apresenta altos índices de agressão por morcegos em humanos e animais. Em 2005, foi detectado surto de agressão por morcegos hematófagos em diversos municípios próximos ao litoral e áreas de mangue. O estado é considerado de alto risco para transmissão da raiva e necessita intensificar as ações de vigilância epidemiológica, principalmente na atenção às pessoas expostas ao risco de agressão por animais, e melhorar a cobertura vacinal animal em todo o estado.

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



Leishmanioses

No ano de 2005, o Maranhão notificou 3.376 casos de leishmaniose tegumentar americana, com aumento de 10,6% quando comparado com o ano anterior. O coeficiente de detecção em 2005 foi de 55,3 casos por 100 mil habitantes e 78,7% de cura clínica. Os municípios de Buriticupu, Açailândia, Santa Luzia e Caxias corresponderam a 15,8% do total de casos do estado.

Com relação à leishmaniose visceral foram registrados 558 casos, representando redução de 8% quando comparado com o ano anterior. O coeficiente de incidência foi de 9,1 casos por 100 mil habitantes; o percentual de cura clínica foi de 57,5% e a letalidade, de 5,7%. Do total de casos, 45% referem-se aos municípios de Caxias, Codó, Timon e São Luís.

Acidentes por animais peçonhentos

Dentre os estados do Nordeste, o Maranhão apresentou a maior incidência de acidentes ofídicos (21,5 casos/100 mil hab.), com considerável letalidade (0,4%). Foi o único que registrou a ocorrência de acidentes hemorrágicos com lagartas. A maioria dos casos se concentrou na porção centro-oeste do estado, onde há vegetação amazônica.

Leptospirose

No período de 2001 a 2006 foram confirmados 153 casos, com 25 óbitos (letalidade de 16,34%, superior à letalidade média nacional para o período, que foi de 11,19%). Doença de baixa endemicidade no estado, o coeficiente de incidência anual média para o período foi de 0,43/100 mil hab. (média nacional: 1,86/100 mil hab.). Importante incentivar os serviços para a suspeita, notificação e investigação de todos os casos compatíveis.

Hantavirose

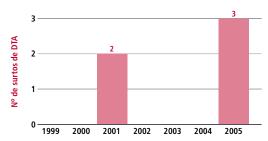
O estado do Maranhão em 2006 registrou dois casos, ambos no município de Anajatuba. Em apenas um caso foi a óbito, apresentando, assim, uma taxa de letalidade de 50%.

Outras doenças transmissíveis

Doenças transmitidas por alimentos – DTA

No período de 1999 a 2006, o estado do Maranhão notificou cinco surtos de DTA. Desses, três foram causados por alimentos de origem mista.

Figura 1. Número de surtos de DTA por ano. Maranhão, 1999-2005

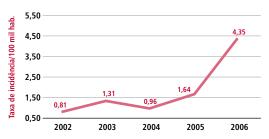


Fonte: Coveh/CGDT/Devep/SVS

Febre tifóide

Os casos da doença no estado, no período de 2002 a 2006, apresentaram as incidências de, respectivamente, 0,81; 1,31; 0,96; 1,64 e 4,35/100 mil habitantes. Representa o maior número de casos da região Nordeste.

Figura 2. Incidência de febre tifóide. Maranhão, 2002-2006

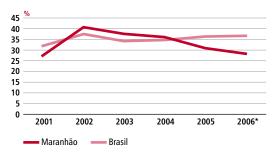


Fonte: Coveh/CGDT/Devep/SVS

Meningites

O percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial na série dos últimos seis anos indica a necessidade de implementar novos esforços com vistas à melhoria da qualidade da assistência aos casos suspeitos, para que as medidas de controle possam ser adotadas com maior propriedade.

Figura 3. Percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial. Maranhão, 2001-2006



*Dados preliminares Fonte: SVS/MS

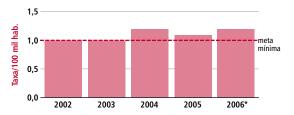
Paralisia flácida aguda – PFA

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; 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%.

No Maranhão, a taxa de notificação de casos de PFA tem se mantido dentro da meta mínima esperada e os demais indicadores também atingiram as metas estabelecidas. Apesar do indicador coleta oportuna de fezes ter sido alcançado, em 2006 foi identificado que várias amostras encaminhadas pela vigilância epidemiológica do Maranhão ao Lacen foram perdidas. É recomendada maior atenção para a coleta de fezes, pois não basta ser oportuna, mas sim adequada, com a garantia de que as amostras coletadas cheguem nos laboratórios de referência para serem examinadas em quantidade e condições de temperatura satisfatórias.

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

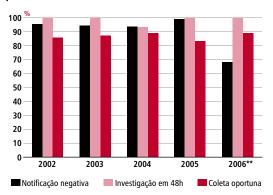


*Dados preliminares

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

Outras doenças transmissíveis

Figura 5. Indicadores de vigilância epidemiológica da poliomielite/PFA*. Maranhão, 2002-2006



^{*}Meta mínima= 80%

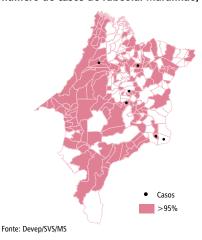
Fonte: MS/SVS/Devep/CGDT/Cover/Sinan

Rubéola

No Maranhão, 23,50% dos municípios atingiram, em 2001, cobertura vacinal adequada. Nesse mesmo período, foram confirmados 119 casos de rubéola, dos quais 113 (95%) confirmados pelo critério laboratorial. A campanha de vacinação contra a rubéola para as mulheres em idade fértil (MIF) ocorreu em 2001 com a cobertura vacinal de 98,61%.

Em 2006, o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada foi de 59,45%. Agregando esse aumento à alta cobertura vacinal na campanha da rubéola para as MIF, houve redução na transmissão da rubéola e 7 casos foram confirmados em 2006. Nesse mesmo ano, um 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 6. Cobertura vacinal da vacina tríplice viral e número de casos de rubéola. Maranhão, 2006

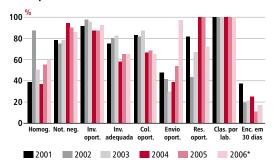


Sarampo

No Maranhão, três indicadores atingiram a meta estabelecida durante o período apresentado. Os indicadores de homogeneidade da cobertura vacinal, investigação adequada, coleta e envio oportunos de amostras ao laboratório, resultado oportuno e o encerramento oportuno no Sinan estão abaixo da meta. O estado deve ficar alerta para não comprometer os esforços para a erradicação do sarampo.

De 2001 a 2006, o estado notificou 289 casos suspeitos de sarampo, sem nenhuma confirmação. Em 1997, foram confirmados 48 casos de sarampo no estado.

Figura 7. Indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo. Maranhão, 2001-2006



*Dados preliminares

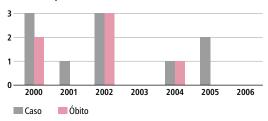
Fonte: Cover/CGDT/Devep/SVS/MS

Tétano neonatal

No período de 2000 a 2006, o Maranhão notificou 10 casos (com letalidade de 60%). 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 Maranhão tem 188 municípios no plano de eliminação do tétano neonatal (1.000 nascidos vivos/ano).

Figura 8. Número de casos e óbitos de tétano neonatal. Maranhão, 2000-2006



^{**}Dados preliminares

Hepatites virais

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 2.080, de 31.10.2003.

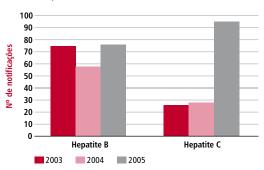
Assistência ao portador

Há um pólo para aplicação de medicamentos implantado no estado, em São Luís.

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. Maranhão, 2003-2005



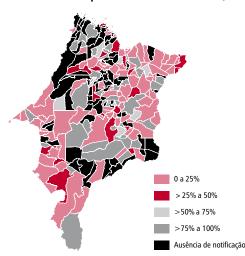
Em 2005, houve 1579 casos confirmados de hepatites virais, tornando o Maranhão o 4º estado da região Nordeste em número de casos: 61% de hepatite A, 11% de B e 9% de C. Em 19% dos casos a etiologia estava indefinida, demonstrando que o diagnóstico e a vigilância necessitam ser implementados.

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

| Hepatite | Α | В | С | D | Ignorado/ Branco | Total |
|---------------|------|-----|-----|-----|---------------------|-------|
| N° de casos | 972 | 168 | 137 | 1 | 301 | 1.579 |
| % | 61 | 11 | 9 | 0 | 19 | 100 |
| Inc. MA | 15,9 | 2,8 | 2,2 | 0,0 | 4,9 | 25,9 |
| 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. Maranhão, 2005



A informação sobre a determinação da provável fonte de infecção não está definida em 45% dos casos confirmados do estado; em 58% da região Nordeste e em 57% do Brasil.

Em 2005, as taxas de mortalidade por hepatite B e C no estado foram semelhantes às da região Nordeste.

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

| Hepatite | Α | В | C | D | Não especificada |
|----------|-----|-----|-----|-----|------------------|
| Maranhão | 0,7 | 1,3 | 3,3 | 0,0 | 1,5 |
| Nordeste | 0,3 | 1,2 | 3,4 | 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 em vigilância das hepatites virais para 216 profissionais; e em manejo das hepatites B e C, para 30 médicos da média complexidade do SUS.

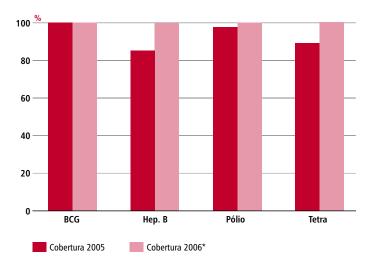
Comunicação e articulação com a sociedade civil

Em 2006, o estado não realizou publicação em boletim epidemiológico estadual sobre hepatites virais, nem produziu outros materiais educativos e de informação sobre este tema. Há no estado uma organização da sociedade civil que trabalha com hepatites virais.

Programa Nacional de Imunizações — PNI

Nas ações de vacinação de rotina em menores de um ano, dados comparativos até outubro dos anos 2005 e 2006 demonstram que em 2005 o Maranhão alcançou as metas de 90% de cobertura vacinal para a vacina BCG e de 95% para a vacina contra poliomielite. Não foi atingida a meta de 95% de cobertura vacinal para a vacina tetravalente (DTP/Hib) e contra 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. Maranhão, janeiro a outubro, 2005-2006



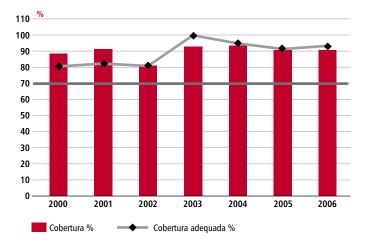
*Dados preliminares Fonte: API/CGPNI/Devep/SVS/MS

A vacina oral de rotavírus humano, implantada a partir de março de 2006, apresenta um total de 90.999 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 73% e a proporção de 2ª doses administradas em relação à 1ª dose é de 48% no mesmo período.

No ano 2005, para cálculo de cobertura vacinal, utilizou-se como denominador a estimativa IBGE 2005/Censo 2000 e para o ano 2006, o número disponível de

nascidos vivos do banco de dados do Sinasc 2005 (último ano disponível) para a tabela de população do ano 2006. 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. Cobertura vacinal contra gripe e percentual de municípios com cobertura adequada na campanha do idoso. Maranhão, 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 76% dos municípios. Apenas 10 (4,61%) 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 | Maranhão | São Luís | Codó | Imperatriz | Paço do Lumiar | S. José do Ribamar | Timo |
|---|---|----------|----------|------|------------|----------------|--------------------|------|
| 1.25 | Notificação de casos de paralisia flácida aguda – PFA | | | | | | | |
| Notificação | Notificação de sarampo | | | | | | | |
| | Investigação epidemiológica oportuna para doenças exantemáticas | | | | | | | |
| | Investigação epidemiológica oportuna para raiva humana | | | | | | | |
| nvestigação | Encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória | | | | | | | |
| | Coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de paralisia flácida aguda – PFA | | | | | | | |
| | Encerramento oportuno da investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos | | | | | | | |
| | Diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) | | | | | | | |
| iagnóstico laboratorial | Encerramento de casos de meningite bacteriana por critério laboratorial | | | | | | | |
| - | Realização de testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes | | | | | | | |
| igilância ambiental | Elaboração de dois relatórios anuais sobre as ações desenvolvidas pelo Vigiagua em municípios com população igual ou acima de 100 mil hab. | | | | | | | |
| | Identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de Aedes | | | | | | | |
| 'igilância e ontrole de vetores | Percentual de municípios prioritários com cobertura de seis ciclos anuais para identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de Aedes | | | | | | | |
| ontrole de vetores | Inspeções semanais em armadilhas instaladas, de acordo com o preconizado no PNCD, nos municípios não infestados | | | | | | | |
| | Cura de casos novos de tuberculose bacilíferos | | | | | | | |
| ontrole de doenças | Aumento da taxa de cura de hanseníase | | | | | | | |
| - | Redução da incidência parasitária anual por malária (IPA) nos estados da Amazônia Legal | | | | | | | |
| | Cobertura vacinal adequada – BCG | | | | | | | |
| | Cobertura vacinal adequada – Hepatite B | | | | | | | |
| | Cobertura vacinal adequada – Poliomielite | | | | | | | |
| | Cobertura vacinal adequada – Tetravalente | | | | | | | |
| | Cobertura vacinal adequada – Tríplice viral | | | | | | | |
| munizações | Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada — BCG | | | | | | | |
| | Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada — Hepatite B | | | | | | | |
| | Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada — Poliomielite | | | | | | | |
| | Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Tetravalente | | | | | | | |
| | Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada — Tríplice viral | | | | | | | |
| | Número de surtos identificados através da monitorização das doenças diarréicas agudas — MDDA | | | | | | | |
| Monitorização de | Implantação/Implementação da vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis | | | | | | | |
| gravos relevantes | Investigação de óbitos maternos (capitais e municípios com mais de 100.000 hab.) | | | | | | | |
| | Investigação de óbitos maternos (municípios com 100.000 hab. ou menos) | | | | | | | |
| Divulgação de informações pidemiológicas | Número de informes epidemiológicos publicados | | | | | | | |
| studos e pesquisas m epidemiologia | Divulgação de estudo da situação de saúde | | | | | | | |
| istemas de informação | Cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade | | | | | | | |
| isteilias de ilitormação | Percentual de óbitos por causa básica definida | | | | | | | |
| Supervisão da PPI-VS | Supervisão da PPI-VS nos municípios certificados | | | | | | | |
| Percentual de metas cumpr | idas | 40,0 | 81,0 | 47,1 | 55,5 | 0,0 | 70,6 | 41, |

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 do Maranhão: 217

Em 2006 foram destinados os recursos abaixo discriminados

Valor global: R\$ 29.199.412,64

- Repasse para a Secretaria Estadual de Saúde SES: R\$ 3.652.451,07
- Repasse para os municípios: R\$ 25.543.857,38

Incentivos específicos acrescidos ao TFVS Portaria MS nº 1.349/2002

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

• 31 municípios – valor anual: R\$ 1.997.263,69

Campanhas de vacinação (conforme deliberação da CIB)

- Raiva animal SES: R\$ 163.072,05
 217 municípios: R\$ 888.623,65
- Influenza SES: R\$ 38.439,50
 216 municípios: R\$ 159.817,00
- Poliomielite SES: R\$ 105.431,40
 216 municípios: R\$ 535.860,00

Outros repasses "fundo-a-fundo"

Capacitação de pessoal em ações de controle da malária

• SES: R\$ 370.000,00

Capacitação de pessoal no Sinan

SES: R\$ 104.000,00

Intensificação das ações de controle

- Raiva humana e animal SES: R\$ 500.000,00
- Tuberculose SES: R\$ 25.500,00

Inquérito nacional de prevalência do tracoma

• SES: R\$ 20.000,00

Vigilância de acidentes e violência em serviços sentinelas

■ SES: R\$ 21.129,00

Fortalecimento das ações dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública — Lacen

- Finlacen SES: R\$ 611.840,00
- Laboratórios de Saúde Pública das capitais São Luís: R\$ 80.000,00

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

- SES: R\$ 762.059,79
- SMS: R\$ 1.917.396,52

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 Maranhão veículos e equipamentos que totalizaram cerca de R\$ 1.111.680,00.

Tabela 1. Quadro de beneficiários por tipo de equipamento

| | | | Tipo c | le equip | amento | |
|--------------|-------|--|---------|-------------------|---------------------------------|-----------------------|
| | Veíc | | eículos | | | |
| Beneficiário | Motos | Veículo tipo utilitário (Kombi) | Picapes | Micros- cópios | Equipamentos de pulverização | Microcom- putador* |
| SES | | | 2 | 2 | 9 | 47 |
| SMS | 17 | 4 | 2 | 33 | | |
| Total | 17 | 4 | 4 | 35 | 9 | 47 |

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

Projeto Vigisus II

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. Maranhão, 2006

| Unidade federada | Valor Planvig (RS | | Valor total aprovado | Valores rep (R\$ | | Valor total repassado |
|------------------------|----------------------|------------|-------------------------|---------------------|------------|--------------------------|
| rederada | Fonte Vigisus | Fonte TFVS | (R\$) Fonte Vigisus F | | Fonte TFVS | (R\$) |
| SES/MA | 1.789.624,00 | - | 1.789.624,00 | 626.368,40 | - | 626.368,40 |
| São Luís | 712.003,00 | - | 712.003,00 | 409.401,73 | - | 409.401,73 |
| Paço do Lumiar | 178.780,00 | - | 178.780,00 | 102.798,50 | - | 102.798,50 |
| Cadó | 209.547,00 | - | 209.547,00 | 120.489,53 | - | 120.489,53 |
| São José do Ribamar | 298.423,00 | - | 298.423,00 | 104.448,05 | - | 104.448,05 |
| Timon | 262.865,27 | - | 262.865,27 | 92.002,84 | - | 92.002,84 |
| Caxias | 413.726,00 | - | 413.726,00 | 144.804,10 | - | 144.804,10 |
| Imperatriz | 668.772,00 | - | 668.772,00 | 234.070,20 | - | 234.070,20 |
| Raposa | - | 24.410,00 | 24.410,00 | - | 24.410,00 | 24.410,00 |
| Total | 4.533.740,27 | 24.410,00 | 4.558.150,27 | 1.834.383,35 | 24.410,00 | 1.858.793,35 |

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 do Maranhão, 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

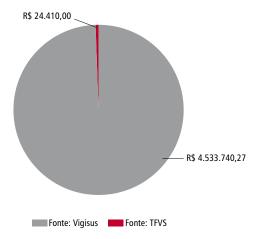
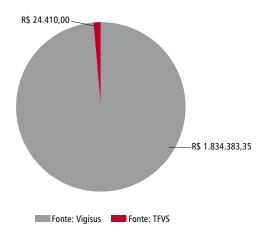


Figura 2. Valores repassados para a Secretaria Estadual de Saúde, capital e municípios elegíveis, segundo fonte financiadora, 2006



Vigilância em saúde ambiental

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 Maranhão foram identificadas e categorizadas 9 áreas (Tabela 1), nos municípios ilustrados na Figura 1.

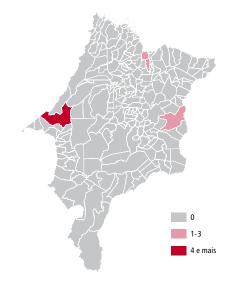
Tabela 1. Áreas com população exposta a solo contaminado

| Classificação | Nº de áreas | População estimada | Categoria |
|------------------|----------------|-----------------------|-----------|
| AD, ADRU, AI, DA | 9 | 33.000 | Amarela |

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

Amarela – população potencialmente exposta a solo com suspeita de contaminação

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

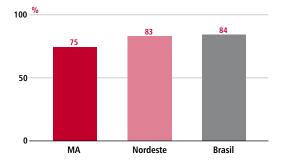


Água

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.

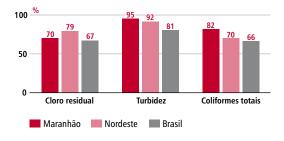
O Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Sisagua fornece informações sobre a qualidade da água proveniente dos sistemas, soluções alternativas coletivas e individuais de abastecimento de água. No estado do Maranhão, 162 municípios (75%) alimentaram dados no Sisagua em 2006.

Figura 2. Percentual de municípios com alimentação de dados no Sisagua. Maranhão, 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, 70%; turbidez, 95%; e coliformes totais, 82%.

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



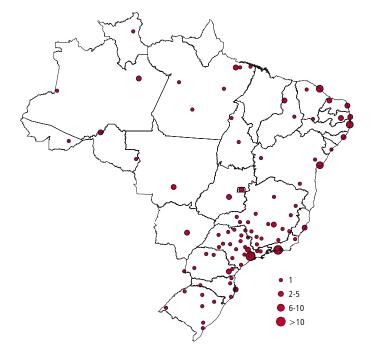
Emergências epidemiológicas

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.

No estado do Maranhão está prevista a implantação de seis núcleos hospitalares de epidemiologia, no ano de 2007.

Figura 1. Mapa de núcleos. Brasil, 2006

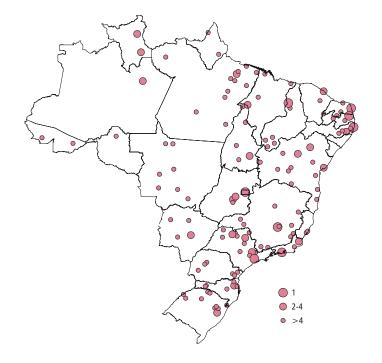


Monitoramento e investigação de surtos

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 e agravos inusitados, entre outros.

No estado do Maranhão, o Episus, juntamente com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, participou da seguinte investigação de surtos: 2006 – beribéri em 25 municípios do Maranhão.

Figura 2. Mapa de surtos. Brasil, 2006



Agravos e doenças não transmissíveis

Evolução da mortalidade por doenças não transmissíveis, 1996 a 2005

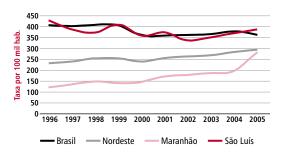
Em 2005, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças endócrinas e as causas externas representaram 65,1% do total de óbitos por causas conhecidas em São Luís, 64,4% no Maranhão, 67,3% no Nordeste e 68,1% no Brasil.

Deve-se considerar a baixa cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e o alto percentual de óbitos por causas mal definidas no estado (17,8%), região (17,3%) e capital (6,8%) – o que afeta a qualidade dos dados, limitando as análises de situação de saúde.

Doenças do aparelho circulatório – DAC

Em 1996, as taxas foram, respectivamente, para o estado e capital, de 118,6/100 mil e 424,0/100 mil; e em 2005, de 278,2/100 mil e 384,4/100 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.

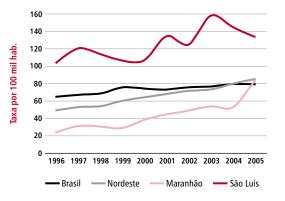
Figura 1. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por DAC na idade de 30 anos e mais, 1996-2005



Diabetes

São Luís apresenta oscilação de sua curva entre 1996 (102,7/100 mil) e 2005 (132,7/100 mil). O estado tem aumento da taxa de mortalidade por diabetes que, em 1996, foi de 22,9/100 mil e em 2005, de 82,6/100 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

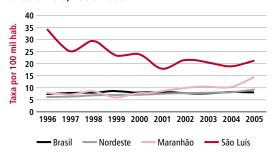


Neoplasias

O estado e a capital apresentam grande oscilação na curva de mortalidade por câncer de colo uterino. Em 2005, a taxa é de 14,0/100 mil para o Maranhão e 21,0/100 mil para São Luís. 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). Em 2005, o percentual de óbi-

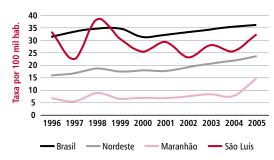
tos classificados como porção não especificada do útero, no estado, foi de 27,5%.

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



Maranhão (1996 – 6,5/100 mil e 2005 – 14,3/100 mil) e São Luís (1996 – 33,0/100 mil e 2005 – 32,0/100 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 um discreto crescimento da curva no período.

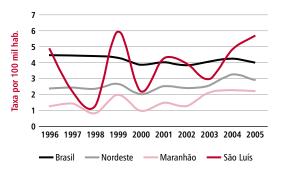
Figura 4. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por neoplasia de mama na idade de 40 anos e mais, 1996-2005



Agravos e doenças não transmissíveis

A curva de mortalidade na capital (1996 – 4,8/100 mil e 2005 – 5,6/100 mil) e estado (1996 – 1,2/100 mil e 2005 – 2,2/100 mil) apresenta oscilação no período. A região Nordeste e o Brasil apresentam em 2005 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



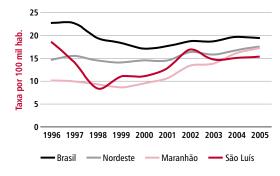
Evolução da mortalidade por acidentes de transporte e violência, 1996 a 2005

Dos óbitos por causas conhecidas, as causas externas foram a terceira causa de morte em São Luís (14,0%) e no Brasil (14,2%) e a segunda no Maranhão (13,9%) e no Nordeste (15,1%), em 2005.

Acidentes de trânsito

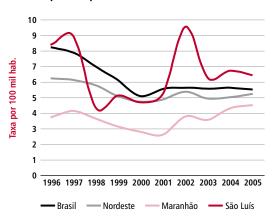
Tanto a capital quanto o estado mostram oscilação de suas taxas entre 1996 (capital – 18,4/100 mil e estado – 10,0/100 mil) e 2005 (capital – 15,2/100 mil e estado – 17,1/100 mil). Enquanto a região Nordeste (1996 – 14,5/100 mil e 2005 – 17,4/100 mil) tem tendência de aumento, o Brasil (1996 – 22,6/100 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 apresentam entre 1996 (capital – 8,3/100 mil e estado – 3,7/100 mil) e 2005 (capital – 6,4/100 mil e estado – 4,5/100 mil) tendências opostas. 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.

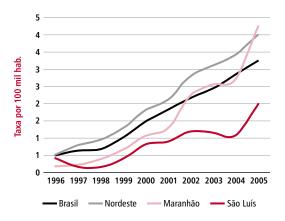
Figura 7. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por atropelamento, 1996-2005



Agravos e doenças não transmissíveis

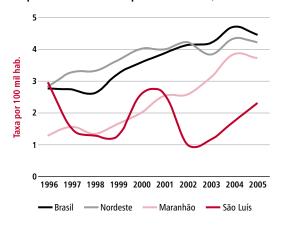
A capital apresenta aumento crescente de sua curva ao longo do período atingindo em 2005 a taxa de 2,0/100 mil. O estado apresenta oscilação com taxa em 2005 de 4,2/100 mil. O Brasil e a região Nordeste também têm aumento das taxas nos anos estudados (Brasil: 1996 – 0,5/100 mil e 2005 – 3,2/100 mil, 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 – 2,9/100 mil e 2005 – 2,3/100 mil) e o estado (1996 – 1,3/100 mil e 2005 – 3,7/100 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).

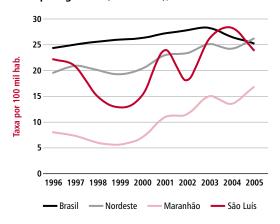
Figura 9. Taxa padronizada (por 100 mil) da mortalidade por acidente com ocupante de veículo, 1996-2005



Agressões (homicídios)

As tendências das curvas são de aumento para a capital (1996 – 22,0/100 mil e 2005 – 23,8/100 mil), o estado (1996 – 7,9/100 mil e 2005 – 16,7/100 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) da mortalidade por agressão (homicídios), 1996-2005





A Secretaria de Vigilância em Saúde na Internet



www.saude.gov.br/svs www.saude.gov.br/bvs

Disque Saúde: 0800.61.1997



