MINISTÉRIO DA SAÚDE

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Relatório de Situação

Mato Grosso

3ª edição

Brasília/DF

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Relatório de Situação

Mato Grosso

3ª edição
Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Brasília/DF 2007

© 2005 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Secretaria de Vigilância em Saúde.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

3ª edição – 2007 – tiragem: 1.800 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

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

Endereço

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

Produção editorial

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

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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

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

ISBN 978-85-334-1373-3

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 2007/0812

Títulos para indexação

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

Sumário

4 Sistemas de Informações – SIM e Sinasc

5 Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

6 Tuberculose

7 Hanseníase

8 Doenças sexualmente transmissíveis / Aids

9 Dengue

10 Malária

11 Doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses

12 Outras doenças transmissíveis

14 Hepatites virais

15 Programa Nacional de Imunizações – PNI

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

17 Recursos

18 Projeto Vigisus II

19 Vigilância em saúde ambiental

20 Emergências epidemiológicas

21 Agravos e doenças não transmissíveis

Apresentação

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

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

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

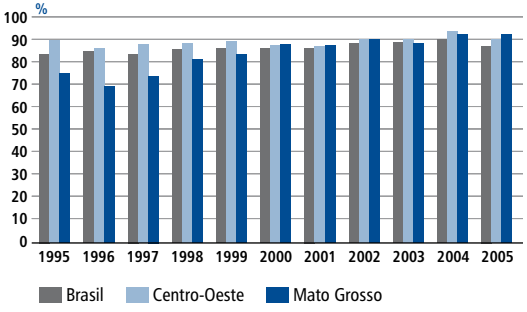
O Relatório de Situação sintetiza os avanços e as limitações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Nosso objetivo é que ele seja utilizado na formulação de iniciativas capazes de fortalecer as ações e os programas de promoção da saúde da nossa população.

Gerson Oliveira Penna
Secretário de Vigilância em Saúde

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

A cobertura[1] do SIM exibiu valores que flutuaram entre 68% e 93% nos últimos dez anos. Em 2005, o Mato Grosso apresentou cobertura de 92,1%, valor superior à cobertura da região que foi de 90,0% (Fig. 1).

Figura 1. Razão entre os óbitos SIM e os óbitos IBGE. Brasil, região Centro-Oeste, Mato Grosso, 1995-2005



Fonte: SVS/MS

Taxa Geral de Mortalidade – TGM

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

TGM padronizada por município

- Municípios com população menor que 50.000 habitantes (133): 23% (30) apresentam TGM padronizada abaixo de 4,4/mil hab.
- Municípios com população maior ou igual a 50.000 habitantes (8): 13% (1) apresenta TGM padronizada abaixo de 5,3/mil hab..
- No total, 9% da população do estado reside em municípios com deficiências na cobertura do SIM.
- Cuiabá teve TGM padronizada de 6,7/mil hab., o estado 6,2/mil hab. e o Centro-Oeste 5,8/mil hab.

Percentual de causas mal definidas

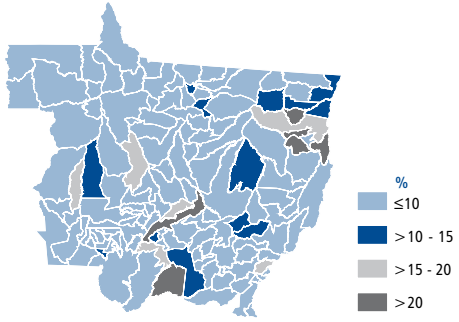
O percentual de óbitos por causas mal definidas do estado é de 6,4% em 2005. No mesmo ano, o Centro-Oeste apresentou percentual de 5,1% e o Brasil, 10,6%.

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

- até 10%: 116 municípios (82,3%);
- entre 10% e 15%: 13 municípios (9,2%);
- entre 15% e 20%: 6 municípios (4,3%);
- 20% e mais: 6 municípios (4,3%).

Cuiabá tem 8,7% de óbitos por causas mal definidas.

Figura 2. Percentual de óbitos por causas mal definidas, por município, Mato Grosso, 2005



Fonte: SVS/MS

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 97,6%.

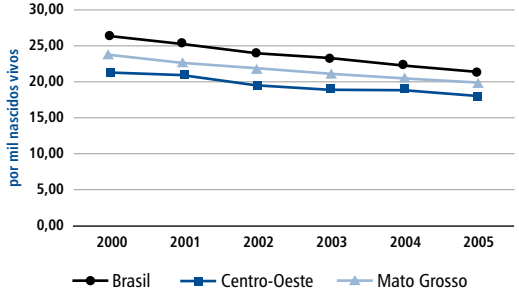
Taxa de Mortalidade Infantil – TMI

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 Mato Grosso, para cada 1.000 crianças nascidas vivas (nv), 19,6 morreram antes de completar um ano de idade. No Centro-Oeste, a TMI foi de 17,8 por mil nv.

No período de 2000 a 2005, houve uma redução de 16,23% da TMI no estado.

Figura 3. Taxa de Mortalidade Infantil. Brasil, região Centro-Oeste, Mato Grosso, 2000-2005



Fonte: IBGE/SIM/Sinasc/SVS

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

Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo

O estado não alcançou a meta de 80,0% estabelecida para o ano de 2006, atingindo 70,1%.

Apenas os agravos hepatites virais, leptospirose, meningite, sarampo, tétano acidental, malária e febre tifóide atingiram a meta de 80% estabelecida para o ano de 2006, de encerramento oportuno dos casos notificados (tabela 1).

Regularidade de envio de dados do Sinan ao Ministério da Saúde

O estado ficou próximo de atingir a meta de 80% de envio regular de dados do Sinan ao Ministério da Saúde, alcançando o percentual de 75,0% em 2005.

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

Agravos	Casos		
	Notificados	Encerrados oportunamente	
	Total	Nº	%
Chagas	49	16	32,7
Cólera	1	0	0,0
Coqueluche	17	10	58,8
Difteria	0	0	0,0
Febre amarela	6	4	66,7
Febre tifóide	1	1	100,0
Hantavirose	67	35	52,2
Hepatite	1.865	1.559	83,6
Leishmaniose tegumentar americana	2.811	1.720	61,2
Leishmaniose visceral	8	6	75,0
Leptospirose	26	21	80,8
Malária	16	15	93,8
Meningite	251	222	88,4
Paralisia flácida aguda	3	0	0,0
Peste	0	0	0,0
Raiva	10	7	70,0
Rubéola	104	46	44,2
Sarampo	7	6	85,7
Síndrome da rubéola congênita	4	1	25,0
Tétano acidental	40	37	92,5
Tétano neonatal	0	0	0,0
Total	**5.286**	**3.706**	**70,1**

*Atualizado em 10/2/2007

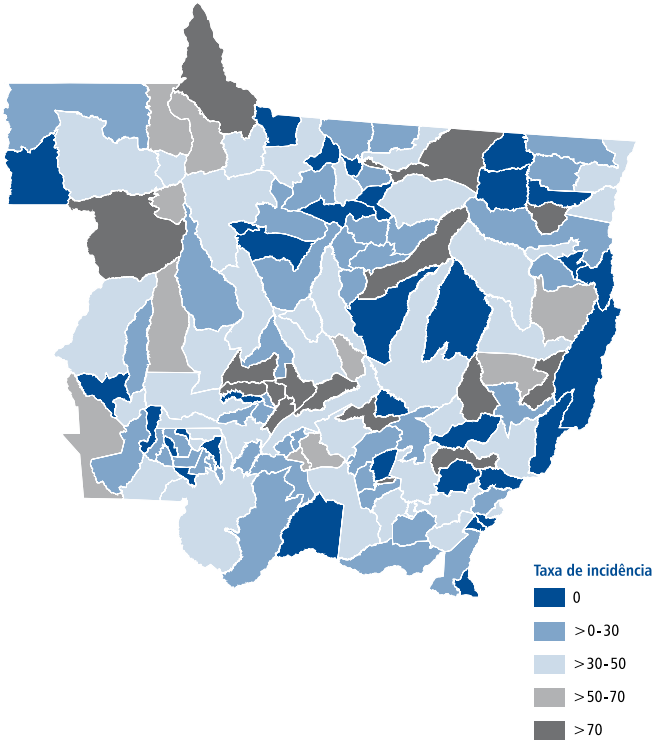
Dados preliminares sujeitos a revisão

Fonte: MS/SVS/Sinanw

Tuberculose

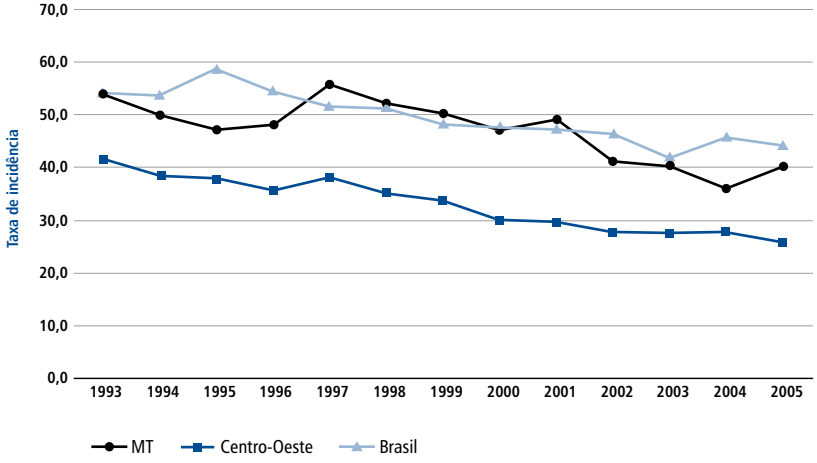
O Mato Grosso possui 5 municípios prioritários, que têm uma cobertura de 87,4% do Programa de Controle da Tuberculose – PCT implantado e 99,0% de implantação da estratégia de tratamento supervisionado.

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



Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, em 2005 foram registrados 1.129 casos novos de tuberculose no Sinan. As incidências foram de 40,3/100 mil hab. para tuberculose em todas as formas e de 21,3/ 100 mil hab. para casos bacilíferos. A coorte de tratamento, considerando os casos diagnosticados em 2005 nos municípios prioritários, mostrou cura de 71,0%. O abandono foi de 7,1%; óbitos de pacientes, 5,6% e transferência de 5,2%, além do percentual de 10,9% de casos sem informação de encerramento no Sinan.

Figura 2. Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de tuberculose em todas as formas. Mato Grosso, região Centro-Oeste, Brasil, 1993-2005



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

Foram diagnosticados 2.990 casos novos em 2006. Desse total, 2.044 estão em curso de tratamento.

Dos casos novos diagnosticados:

- 169 (5,65%) acometiam menores de 15 anos;
- 91 (3,42%) apresentavam, no momento do diagnóstico, incapacidade física severa;
- 1.534 (51,30%) eram formas avançadas da doença.

O Mato Grosso possui 11 municípios prioritário para a hanseníase: Alta Floresta, Barra do Garças, Cáceres, Cuiabá, Diamantino, Juara, Rondonópolis, Sinop, Sorriso, Tangará da Serra e Várzea Grande.

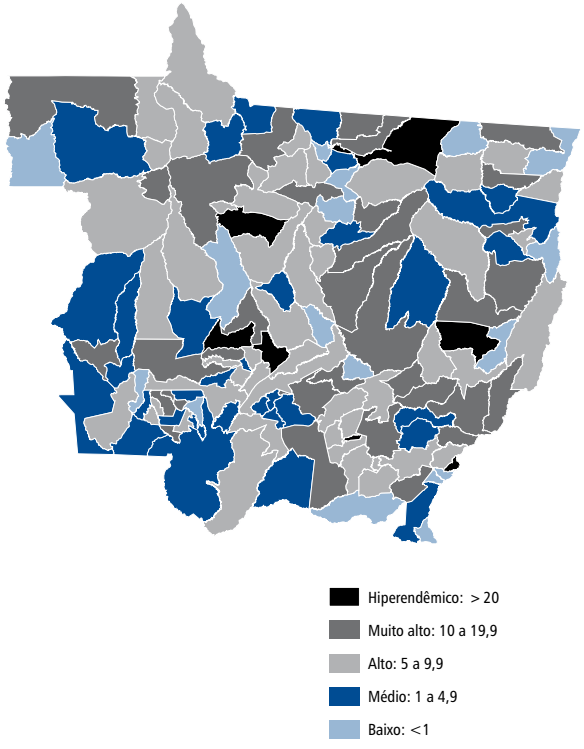
93,47% da população do estado encontram-se em municípios com mais de cinco casos de hanseníase por 10 mil habitantes.

O percentual de cura no estado foi de 70,03%, em 2006.

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

Carga da doença	Nº de municípios	População 2006	% população
Até 1 caso	17	58.993	2,06
1 a 3 casos	12	57.611	2,02
3 a 5 casos	13	69.957	2,45
5 a 20 casos	62	592.278	20,73
Mais de 20 casos	38	2.078.185	72,74
Total	**142**	**2.857.024**	**100,00**

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



Até dezembro de 2005, foram notificados 5.020 casos de aids (3.077 homens, 1.943 mulheres e oito com sexo ignorado).

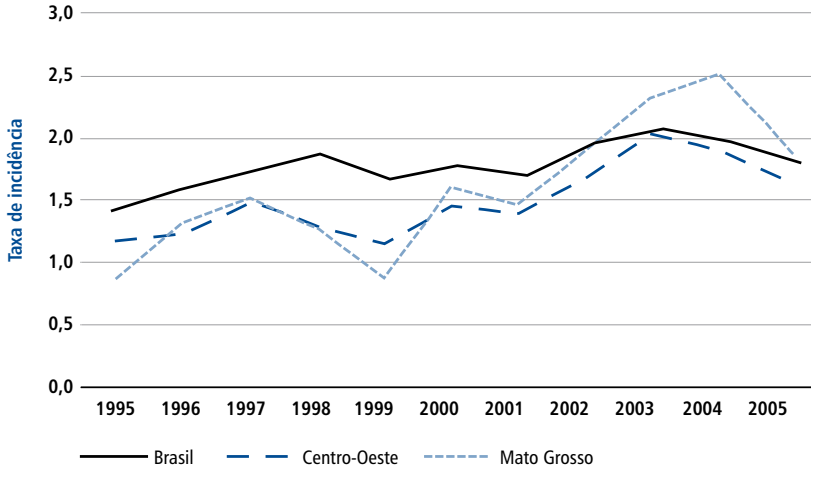
Os municípios do estado que apresentaram os maiores números de casos de aids acumulados até 2005 foram (casos acumulados/taxa média de incidência de 2000 à 2005 por 100 mil hab.):

- Cuiabá (2.261/39,1);
- Várzea Grande (726/35,5);
- Rondonópolis (509/30,4);
- Cáceres (104/15,9);
- Sinop (109/12,9).

A taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por aids no ano de 2005 foi de 5,2 óbitos.

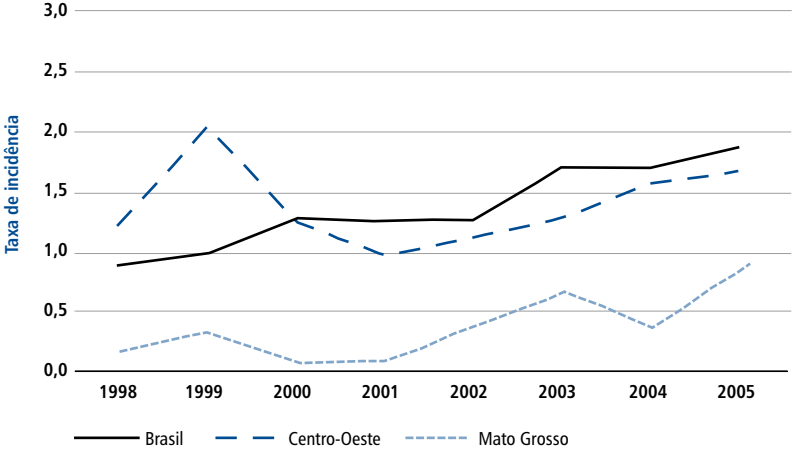
Foram notificados 118 casos de transmissão vertical do HIV até 2005.

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



Em relação à sífilis congênita, o estado notificou entre os anos de 1998 e 2005 um total de 137 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 0,8 caso. Até 2005 foram registrados 13 óbitos por sífilis congênita no estado.

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



Dos 141 municípios do estado do Mato Grosso, 18 (12,7%) são prioritários para o Programa Nacional de Controle da Dengue: Acorizal, Araputanga, Barão de Melgaço, Barra dos Bugres, Barra do Garças, Cáceres, Cuiabá, Diamantino, Mirassol d' Oeste, Nossa Senhora do Livramento, Poconé, Rondonópolis, Rosário Oeste, Santo Afonso, Santo Antônio do Leverger, Sinop, Tangará da Serra e Várzea Grande. Esses municípios concentram 51,58% da população do estado.

Situação epidemiológica

De acordo com os dados do Boletim da Dengue (SE nº 52), no ano de 2006 foram registrados 14.154 casos, o que representou aumento de 31,68%, quando comparado com o mesmo período de 2005 (10.749 casos). Neste mesmo período, foram registrados nove casos de febre hemorrágica de dengue (FHD), com dois óbitos. Na região Centro-Oeste, o Mato Grosso foi o 3º estado com maior número de casos e ocupou o 2º lugar em aumento percentual de casos.

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	10	55,56	6	33,33	-	-	1	5,56

*Não realizou: Cuiabá

Fonte: FAD

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

Município	0 a 0,9		1 a 3,9		>4,0		Total de estratos*
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Rondonópolis	1	12,50	6	75,00	1	12,50	8
Várzea Grande	0	0,00	2	16,67	10	83,33	12

* Não realizou: Cuiabá

Fonte: SMS e SES

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

Indicadores	Municípios que não atingiram a meta do indicador	Municípios que não informaram a situação
Quantitativo adequado de agentes	Acorizal, Várzea Grande	Não se aplica
FAD na rotina	Cuiabá, Santo Antônio Leverger	Não se aplica
Plano de contingência	Acorizal, Araputanga, Barão de Melgaço, Barra dos Bugres, Barra do Garças, Cuiabá, Nossa Senhora do Livramento, Santo Afonso, Sinop, Tangará da Serra, Várzea Grande	Não se aplica
Comitê de mobilização	Acorizal, Araputanga, Barra dos Bugres, Diamantino, Poconé, Tangará da Serra, Várzea Grande	Não se aplica

Fonte: SMS/SES/Diagdeng

Mato Grosso registrou 8.143 casos de malária em 2006, correspondendo a 1,5% do total de casos na Amazônia Legal. Em comparação a 2005, o estado apresentou decréscimo de 17,2%.

Em 2006, apenas o município de Colniza, dos 141 existentes no estado, contribuiu com 80% dos casos de malária na Amazônia Legal; comparando com o ano anterior, apresentou diminuição de 14,1% no número de casos.

Além de Colniza, o município de Rondolândia merece destaque por apresentar alta incidência de malária (IPA ≥ 50/1mil hab).

Houve diminuição no número de casos de malária por *P. falciparum* no estado (47,8%), o mesmo ocorrendo na Amazônia Legal (6,9%). A proporção de *P. falciparum* no estado foi de 18,5%.

O número de internações apresentou redução em 46,0% 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. Mato Grosso, 2005 e 2006

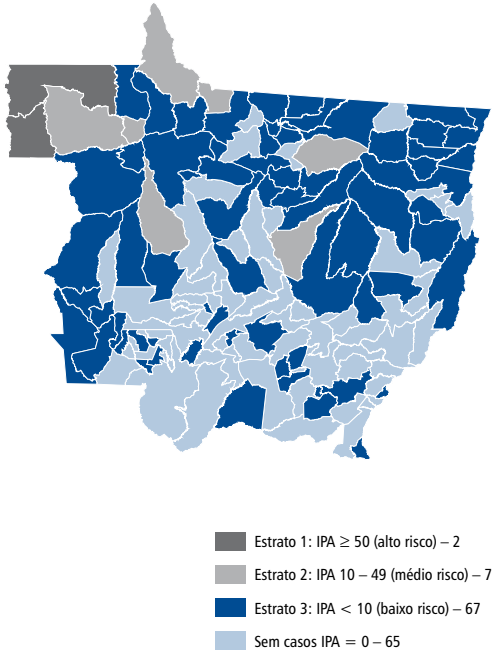
Municípios*	Total de casos		Variação de casos %	Proporção de casos de *P. falciparum* 2006	Variação de casos de *P. falciparum* %	Total de internações 2006**	Variação de internações %
	2005	2006					
Colniza	5.222	4.486	-14,1	46,6	-61,7	7	250
Mato Grosso	9.837	8.143	-17,2	18,5	-47,8	225	-46,0
Amazônia Legal	594.512	535.867	-9,9	26,3	-6,9	9494	-21,4

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

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

Fonte: Sivep-Malária

Figura 1. Estratificação dos municípios. Mato Grosso, 2006



Tracoma

Em áreas indígenas localizadas no estado de Mato Grosso foram detectados, do período de 2004 a 2006, casos de tracoma folicular – TF em áreas indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cacoal, com aldeias com prevalência de até 33%. Foi instituído tratamento em massa com azitromicina nas comunidades indígenas com prevalência acima de 10% de tracoma folicular.

No ano de 2007 será realizado o inquérito epidemiológico de tracoma, para conhecimento da realidade epidemiológica atual nas diversas regiões do estado.

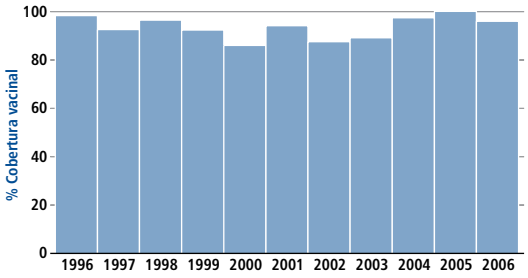
Raiva

No período de 2002 a 2006, foram notificados 106 casos de raiva canina e felina e casos em herbívoros e morcegos.

A cobertura vacinal canina no estado é satisfatória e mais de 84% dos municípios apresentam cobertura adequada. Não foi realizada a revisão da estimativa populacional canina. O estado possui áreas de risco na fronteira com a Bolívia. Número de amostras insuficiente para monitoramento da circulação viral.

Devem-se intensificar as ações de vigilância epidemiológica, principalmente na atenção a pessoas expostas ao risco de agressão por animais silvestres.

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



Hantavirose

Em Mato Grosso, foram registrados 37 casos novos, com 16 óbitos, apresentando taxa de letalidade de 43,2%. Foi registrado um aumento de 236,4% (acima da média de 2005), em decorrência do surto ocorrido no município de Campo Novo do Parecis. O coeficiente de incidência foi de 1,295/100.000 hab. e o coeficiente de mortalidade de 0,560/100.000 hab.

Febre amarela

Em 2006, ocorreu um caso de febre amarela silvestre no município de Nova Ubiratã, com evolução para óbito. Além disso, houve registro de epizotia em primatas não-humanos no município de Paranatinga. É indicada a vacinação da população residente, bem como a dos viajantes que se dirigem para esse estado.

Leishmanioses

O Mato Grosso notificou, em 2005, 3.628 casos de leishmaniose tegumentar americana, distribuídos em 93% dos municípios, o que representa redução de 3,3% no número de casos, quando comparado com o ano anterior. O coeficiente de detecção foi de 129,4 casos por 100 mil habitantes e o percentual de cura clínica, de 75,5%.

Em 2005, foram confirmados 20 casos de leishmaniose visceral, distribuídos em 8 municípios, destacando Poxoréo, com 6 casos; Cuiabá, com 5 e Mirassol d'Oeste, com 3 casos registrados. No tocante à evolução, 60% dos casos apresentou cura clínica e a letalidade foi de 20%. O coeficiente de incidência foi de 0,7 caso por 100 mil habitantes.

Acidentes por animais peçonhentos

O estado apresenta alta incidência de acidentes ofídicos e letalidade (38 casos/100 mil hab. e 0,4%, respectivamente), os maiores valores da região Centro-Oeste. Também tem incidência de 10 casos de escorpião por 100 mil hab. A atividade agrícola tem crescido no estado, o que favorece o aumento dos acidentes com serpentes.

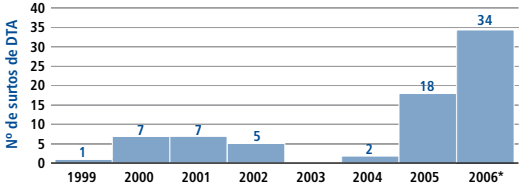
Leptospirose

No período de 2001 a 2006 foram confirmados 45 casos, com 10 óbitos. Doença de baixa endemicidade no estado, o coeficiente de incidência anual média foi de 0,2/100 mil hab., muito menor que a média nacional (1,86/100 mil hab.). Porém, a letalidade atingiu 22,2%, muito superior à letalidade média nacional para o período, de 11,2%. Diante destes números e da existência das grandes enchentes que têm atingido o estado nos últimos anos, é imprescindível intensificar a vigilância da leptospirose, incentivando os serviços para a suspeita, notificação e investigação de todos os casos compatíveis.

Doenças transmitidas por alimentos – DTA

No período de 1999 a 2006, o estado do Mato Grosso notificou 74 surtos de DTA. Desses, 32,4% ocorreram em residência e 16,2% foram causados por ovos e produtos a base de ovos.

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



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

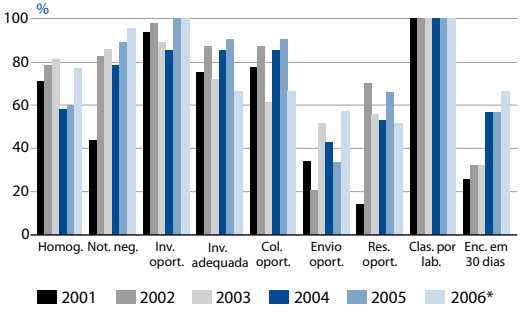
Fonte: Coveh/CGDT/Devep/SVS

Sarampo

No Mato Grosso, 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 oportuno de amostras, resultado oportuno e encerramento oportuno dos casos. A intensificação das ações deve ser realizada para não comprometer os esforços de erradicação.

De 2001 a 2006 foram notificados 164 casos suspeitos de sarampo, sem nenhuma confirmação. No ano de 1999, foram confirmados 7 casos de sarampo no estado.

Figura 2. Indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo. Mato Grosso, 2001-2006



*Dados preliminares

Fonte: Cover/CGDT/Devep/SVS/MS

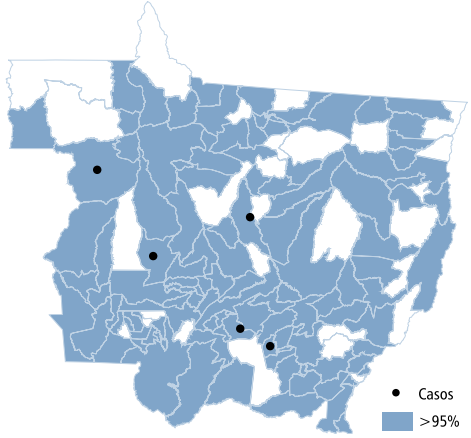
Rubéola

No Mato Grosso, o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada foi de 44,19% em 2001. Nesse mesmo período, 26 casos de rubéola foram confirmados, sendo que 10 (38%) 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 101,46%.

Em 2006, o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada foi de 77,30%. Agregando esse aumento à alta cobertura vacinal na campanha da rubéola para as MIF, houve uma redução na transmissão da rubéola e 6 casos foram confirmados. Neste mesmo ano ocorreu um surto de rubéola no município de Jaciara, com 3 casos confirmados, todos do sexo masculino, não vacinados.

Nenhum caso de síndrome da Rubéola Congênita (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 3. Cobertura vacinal da vacina tríplice viral e número de casos de rubéola. Mato Grosso, 2006



Fonte: Devep/SVS/MS

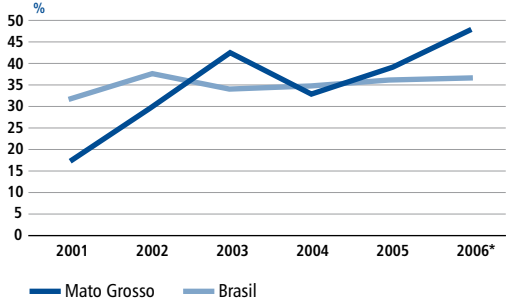
Tétano neonatal

No período de 2000 a 2006, o Mato Grosso não notificou nenhum caso de tétano neonatal, última ocorrência foi em 1998. É importante implementar da vigilância epidemiológica, incluindo a vigilância de óbitos infantis e a manutenção de elevadas taxas de cobertura vacinal de mulheres em idade fértil (12 a 49 anos de idade), garantindo-se condições ideais de conservação do imunobiológico e mantendo-se a qualidade do pré-natal, além do aumento da cobertura de partos assépticos e segurança dos partos limpos.

Meningite

O percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial chegou a 42,1% em 2003, voltando a cair em 2004. Em 2005, o empreendimento de esforços adicionais para qualificar a equipe de vigilância epidemiológica e melhorar a qualidade da assistência aos casos suspeitos promoveu a recuperação do diagnóstico, o que facilita a tomada de decisão para manter o controle da doença.

Figura 4. Percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial. Mato Grosso, 2001-2006



*Dados preliminares

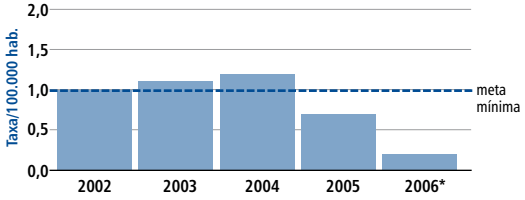
Fonte: MS/SVS/Devep/CGDT/Cover

Paralisia flácida aguda – PFA

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

No Mato Grosso, no período avaliado, a taxa de notificação de casos de PFA não foi alcançada nos anos de 2005 e 2006. Para os demais indicadores as metas estabelecidas foram atingidas, exceto o indicador coleta oportuna de fezes, no ano de 2002. Situação que sugere maior empenho da vigilância para a detecção de casos e incentivo à garantia da coleta oportuna de fezes, por ser o indicador mais sensível para confirmação ou descarte de circulação do poliovírus selvagem e direcionador de estratégias de controle.

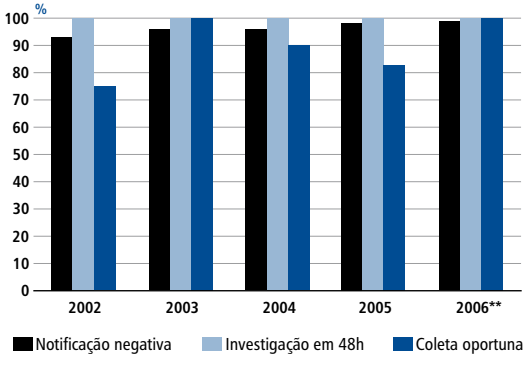
Figura 5. Taxa de notificação de PFA por 100 mil hab. menores de 15 anos. Mato Grosso, 2002-2006



*Dados preliminares

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

Figura 6. Indicadores de vigilância epidemiológica da poliomielite/PFA. Mato Grosso, 2002-2006



Meta mínima= 80%

**Dados preliminares

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

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 tem função exclusiva para as hepatites virais, necessária devido à complexidade e magnitude desses agravos. Foi instituído o comitê estadual de hepatites virais, de acordo com determinação da Portaria nº 2.080, de 31.10.2003.

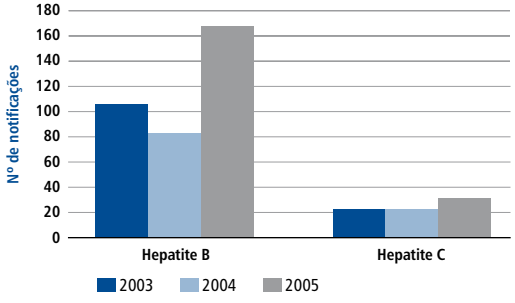
Assistência ao portador

Não há pólo para aplicação de medicamentos implantado no estado.

Dados epidemiológicos

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

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



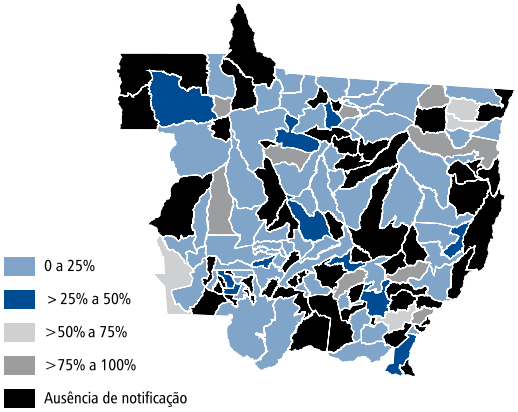
Em 2005, houve 943 casos confirmados de hepatites virais, tornando o Mato Grosso o 4º estado da região Centro-Oeste em número de casos: 41% de hepatite A; 42% de B e 8% de C. Em 9% dos casos a etiologia estava indefinida, demonstrando que o diagnóstico e a vigilância necessitam ser implementados.

Tabela 1. Número de casos confirmados e incidência (por 100 mil hab.) segundo tipo de hepatite. Mato Grosso, região Centro-Oeste, Brasil, 2005

Hepatite	A	B	C	D	Ignorado/ Branco	Total
Nº de casos	385	398	73	0	87	**943**
%	41	42	8	0	9	**100**
Inc MT	13,7	14,2	2,6	0,0	301,0	**33,6**
Inc. Centro-Oeste	29,6	12,9	6,9	0,1	2,6	**52,0**
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. Mato Grosso, 2005



A informação sobre a determinação da provável fonte de infecção não está definida em 62% dos casos confirmados Mato Grosso, 70% da região Centro Oeste e 57% do Brasil.

Em 2005, as taxas de mortalidade por hepatite A e B no estado foram maiores que a regional, apontando para a atenção que requer este agravo.

Tabela 2. Taxa de mortalidade (1 milhão de hab.) por tipo de hepatite viral. Mato Grosso, região Centro-Oeste, Brasil, 2005

Hepatite	A	B	C	D	não especificada
MT	0,7	2,9	2,5	0,0	0,7
Centro-Oeste	0,5	2,8	3,8	0,0	1,3
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 40 profissionais, capacitação para oito profissionais de centros de testagem e aconselhamento (CTA) e capacitação para 45 profissionais da atenção básica.

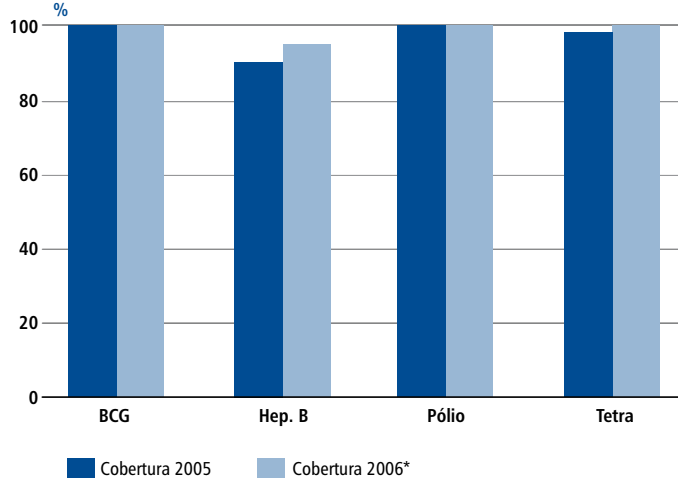
Comunicação e articulação com a sociedade civil

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

Nas ações de vacinação de rotina em menores de um ano, dados comparativos até outubro dos anos 2005 e 2006 demonstram que nestes dois últimos anos o Mato Grosso alcançou a meta de 90% de cobertura vacinal para a vacina BCG e 95% de cobertura vacinal para as vacinas tetravalente (DTP/Hib) e contra poliomielite. Não foi atingido o indicador de 95% para a vacina contra hepatite B (figura 1).

A vacina oral de rotavírus humano, implantada a partir de março de 2006, apresenta um total de 32.699 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 63% e a proporção de 2ªs doses administradas em relação à 1ª dose é de 51% no mesmo período.

Figura 1. Coberturas vacinais de rotina. Mato Grosso, janeiro a outubro, 2005-2006



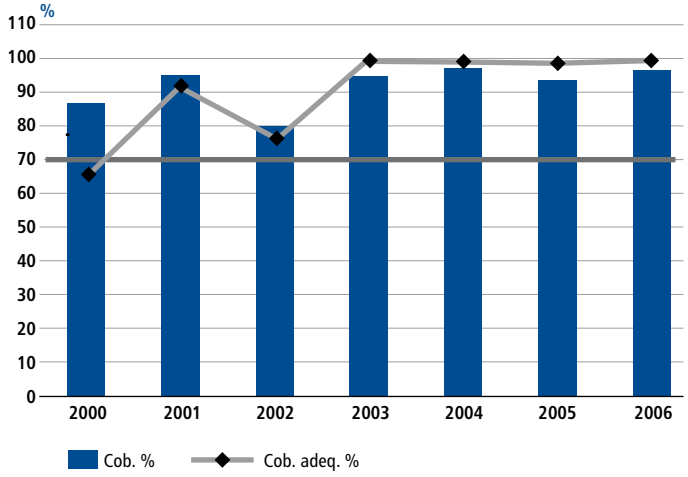
*Dados preliminares

Fonte: API/CGPNI/Devep/SVS/MS

No ano de 2005, para cálculo de cobertura vacinal, utilizou-se como denominador a estimativa IBGE2005/Censo 2000 e para o ano 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 os indicadores, exceto no ano 2000, quando o percentual de homogeneidade ficou abaixo da meta estabelecida (figura 2).

Figura 2. Cobertura vacinal contra gripe e percentual de municípios com cobertura adequada na campanha do idoso. Mato Grosso, 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 97% dos municípios. Apenas 28 (19,8%) 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		Mato Grosso	Cuiabá	Rndonópolis	Várzea Grande
Notificação	Notificação de casos de paralisia flácida aguda – PFA	Não cumprida	Cumprida	Não avaliável	Não avaliável
	Notificação de sarampo	Cumprida	Cumprida	Não avaliável	Cumprida
Investigação	Investigação epidemiológica oportuna para doenças exantemáticas	Cumprida	Não cumprida	Cumprida	Não cumprida
	Investigação epidemiológica oportuna para raiva humana	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável	Não avaliável
	Encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida
	Coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de paralisia flácida aguda – PFA	Não cumprida	Cumprida	Não avaliável	Não avaliável
	Encerramento oportuno da investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos	Não cumprida	Cumprida	Não avaliável	Não avaliável
Diagnóstico laboratorial	Diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola)	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida
	Encerramento de casos de meningite bacteriana por critério laboratorial	Não cumprida	Não cumprida	Cumprida	Cumprida
	Realização de testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes	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 habitantes	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Cumprida
Vigilância e controle de vetores	Identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de *Aedes*	Cumprida	Cumprida	Cumprida	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
	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
Controle de doenças	Cura de casos novos de tuberculose bacilíferos	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida
	Aumento da taxa de cura de hanseníase	Cumprida	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida
	Redução da incidência parasitária anual por malária (IPA) nos estados da Amazônia Legal	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Imunizações	Cobertura vacinal adequada – BCG	Não se aplica	Cumprida	Cumprida	Cumprida
	Cobertura vacinal adequada – Hepatite B	Não se aplica	Não cumprida	Cumprida	Não cumprida
	Cobertura vacinal adequada – Poliomielite	Não se aplica	Cumprida	Cumprida	Cumprida
	Cobertura vacinal adequada – Tetravalente	Não se aplica	Não cumprida	Cumprida	Cumprida
	Cobertura vacinal adequada – Tríplice viral	Não se aplica	Cumprida	Cumprida	Cumprida
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – BCG	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Hepatite B	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Poliomielite	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Tetravalente	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada – Tríplice viral	Cumprida	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	Cumprida	Não avaliável	Não avaliável
	Implantação/implementação da vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis	Cumprida	Não cumprida	Não se aplica	Não avaliável
	Investigação de óbitos maternos (capitais e municípios com mais de 100 mil habitantes)	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida
	Investigação de óbitos maternos (municípios com 100 mil habitantes ou menos)	Não avaliável	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
Estudos e pesquisas em epidemiologia	Divulgação de estudo da situação de saúde	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Sistemas de informação	Cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade	Cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	Percentual de óbitos por causa básica definida	Cumprida	Cumprida	Cumprida	Não cumprida
Supervisão da PPI-VS	Supervisão da PPI-VS nos municípios certificados	Não cumprida	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Percentual de metas cumpridas		**65,5%**	**63,3%**	**81,3%**	**58,8%**

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 de Mato Grosso: 138

Em 2006 foram destinados os recursos abaixo discriminados

Valor global: R$ 13.774.137,32

- Repasse para a Secretaria Estadual de Saúde
  SES: R$ 2.599.581,34
- Repasse para os municípios: R$ 11.167.717,42

Incentivos específicos acrescidos ao TFVS

Portaria MS nº 1.349/2002

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

- 16 municípios – valor anual: R$ 1.073.000,00

Campanhas de vacinação (conforme deliberação da CIB)

- Raiva animal
  SES: R$ 455.235,00
- Influenza
  136 municípios: R$ 55.874,35
- Poliomielite
  138 municípios: R$ 198.153,90

Outros repasses "fundo-a-fundo"

Subsistema de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar

- 1 hospital federal: R$ 60.000,00
- 1 hospital municipal: R$ 36.000,00

Capacitação de pessoal em ações de controle da malária

- SES: R$ 170.000,00

Capacitação de pessoal no Sinan

- SES: R$ 100.000,00

Intensificação das ações de controle

- Tuberculose
  SES: R$ 17.850,00
- Hantavirose
  Campo Novo do Parecis: R$ 120.000,00.
- Malária
  SES: R$ 50.000,00

Inquérito nacional de prevalência do tracoma

- SES: R$ 15.000,00

Vigilância de acidentes e violência em serviços sentinelas

- 2 municípios:
  R$ 42.258,00

Registro de câncer de base populacional

- SES: R$ 24.000,00

Fortalecimento das ações dos laboratórios centrais de saúde pública - Lacen

- Finlacen
  SES: R$ 265.424,00
- Laboratórios de Saúde Pública das Capitais
  Cuiabá: R$ 60.000,00

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

- SES: R$ 646.478,71
- SMS: R$ 1.377.838,68

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 de Mato Grosso veículos e equipamentos que totalizaram cerca de R$ 597.605,00.

Tabela 1. Quadro de beneficiários por tipo de equipamento

Beneficiário	Tipo de equipamento					
	Veículos			Microscópios	Equipamentos de pulverização	Microcomputador*
	Motos	Veículo tipo utilitário (Kombi)	Picapes			
SES	3	1	-	-	26	15
SMS	10	4	-	18	-	-
Total	**13**	**5**	**0**	**18**	**26**	**15**

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

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

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

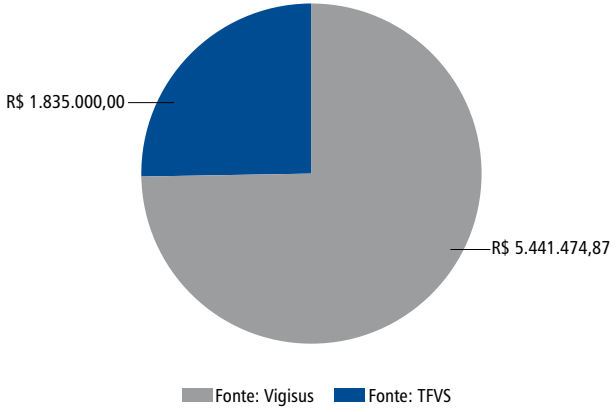


Figura 2. Valores repassados para a Secretaria Estadual de Saúde, capital e municípios elegíveis, segundo fonte financiadora, 2006

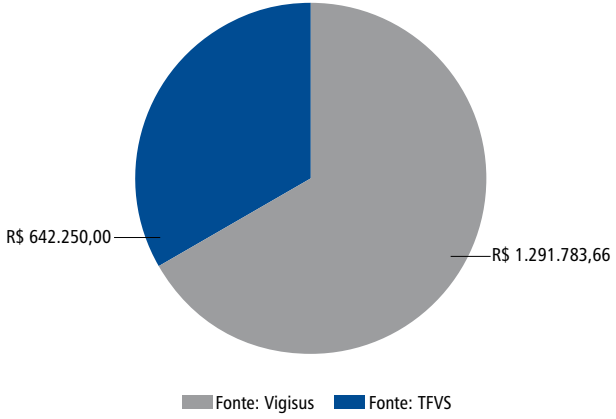


Tabela 1. Valores aprovados para os anos de vigência do Planvigi e repassados para a Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde (capital) e municípios elegíveis, segundo fonte de financiamento. Mato Grosso, 2006

Unidade federada	Valor Planvigi aprovado (R$)		Valor total aprovado (R$)	Valores repassados (R$)		Valor total repassado (R$)
	Fonte Vigisus	Fonte TFVS		Fonte Vigisus	Fonte TFVS	
SES/MT	3.264.679,80	1.835.000,00	5.099.679,80	1.142.637,93	-	1.142.637,93
Cuiabá	1.061.664,51	-	1.061.664,51	371.582,57	-	371.582,57
Rondonópolis	457.203,85	-	457.203,85	262.892,22	-	262.892,22
Várzea Grande	657.926,71	-	657.926,71	230.274,35	-	230.274,35
Total	**5.441.474,87**	**1.835.000,00**	**7.276.474,87**	**2.007.387,07**	**-**	**2.007.387,07**

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

Solo

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

No estado do Mato Grosso foram identificadas e categorizadas 34 áreas (Tabela 1), nos municípios ilustrados na Figura 1.

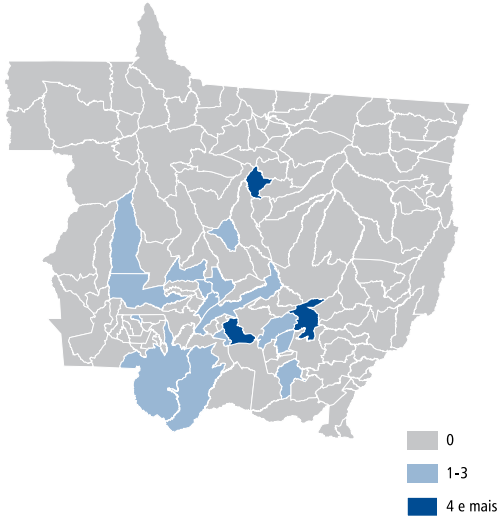
Tabela 1. Área com população exposta a solo contaminado

Classificação	Nº de áreas	População estimada	Categoria
AD, ADRU, UPAS	3	5.100	Roxa
AA, AD, ADRI, ADRU, AI, DA	31	47.800	Amarela
Total	**34**	**47.900**	-

AD – Área Desativada; **ADRU** – Áreas de Disposição Final de Resíduos Urbanos; **UPAS** – Unidade de Postos de Abastecimento e Serviços; **AA** – Área Agrícola; **ADRI** - Área de Disposição Final de Resíduos Industriais; **AI** – Área Industrial; **DA** – Depósito de Agrotóxicos

Roxa – população potencialmente exposta a solo contaminado;
Amarela – população potencialmente exposta a solo com suspeita de contaminação.

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

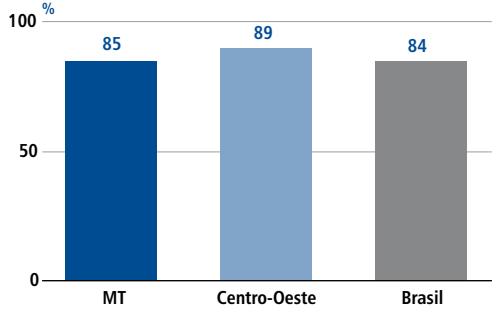


Água

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.

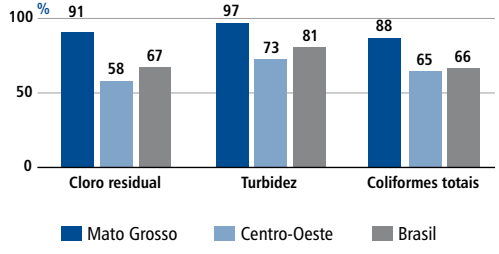
O Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Sisagua fornece informações sobre a qualidade da água proveniente dos sistemas, soluções alternativas coletivas e individuais de abastecimento de água. No estado do Mato Grosso, 120 municípios (85%) alimentaram dados no Sisagua em 2006.

Figura 2. Percentual de municípios com alimentação de dados no Sisagua. Mato Grosso, região Centro-Oeste e Brasil, 2005



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 – 91%; turbidez – 97%; e coliformes totais - 88%.

Figura 3. Percentual de amostras realizadas, em 2005, em conformidade com a Portaria MS nº 518/2004. Mato Grosso, região Centro-Oeste, Brasil, 2005



Núcleos hospitalares de epidemiologia – NHE

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

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

No estado do Mato Grosso, dois hospitais aderiram ao subsistema. Os núcleos hospitalares de epidemiologia foram implantados nas seguintes unidades de saúde: Hospital e Pronto-Socorro Municipal de Cuiabá e Hospital Universitário Júlio Muller. Para o estado está prevista a implantação de mais um núcleo em 2007.

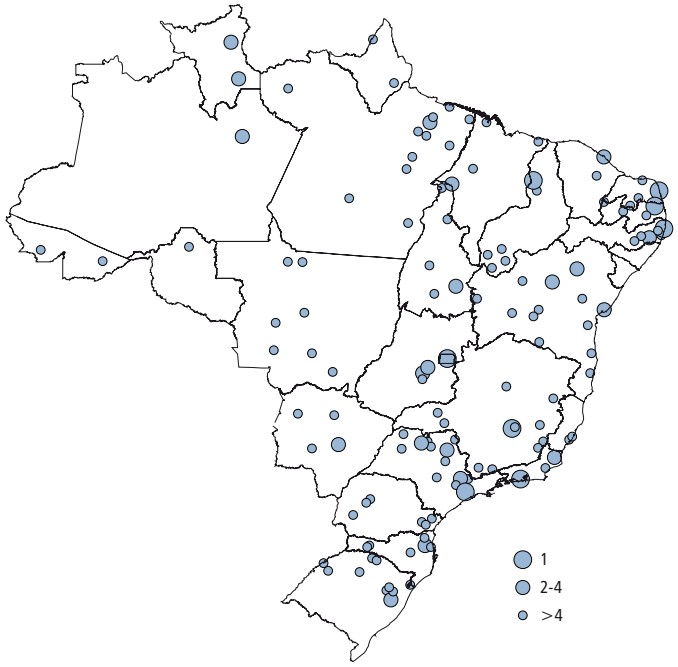
Figura 1. **Mapa de núcleos, Brasil, 2006**

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). Estes eventos englobaram agravos como botulismo, raiva, doença de Chagas aguda, doença meningocócica, febre amarela, hantavirose, influenza humana e agravos inusitados, entre outros.

Em 2006, não ocorreram surtos no estado.

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



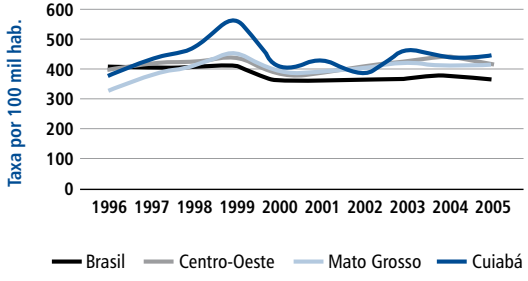
Evolução da mortalidade por doenças não transmissíveis, 1996 a 2005

Em 2005, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças endócrinas e as causas externas representaram 69,27% do total de óbitos por causas conhecidas em Cuiabá, 68,12% em Mato Grosso, 68,26% no Centro-Oeste e 68,06% no Brasil.

Doenças do aparelho circulatório – DAC

Até 1999, o estado (446,5/100 mil) e a capital (552,6/100 mil) apresentam aumento das taxas de mortalidade por DAC. Em 2005, as taxas apresentam queda em todas as áreas estudadas (BR – 360,9/100mil; Centro-Oeste – 409,7/100 mil; MS – 453,5/100 mil e Campo Grande – 436,1/100 mil). As menores taxas apresentadas ao longo do tempo são as do Brasil.

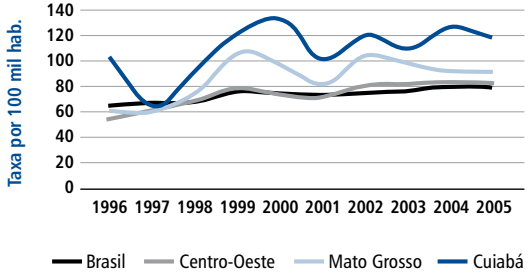
Figura 1. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por DAC na idade de 30 anos e mais, 1996-2005



Diabetes

Nas taxas de mortalidade, todas as áreas analisadas apresentam crescimento na tendência sendo mais expressivo para o estado e a capital, que mantiveram as maiores taxas e oscilação até 2005 (BR – 78,1/100 mil; região – 80,8/100 mil; estado – 90,5/100 mil e capital – 117,1/100 mil).

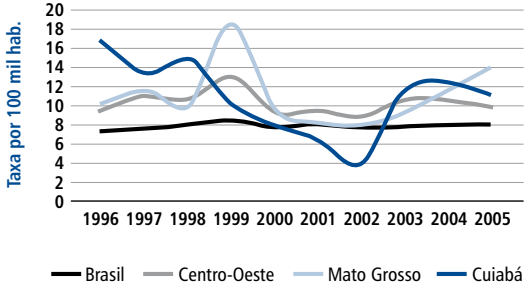
Figura 2. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por diabetes na idade de 40 anos e mais, 1996-2005



Neoplasias

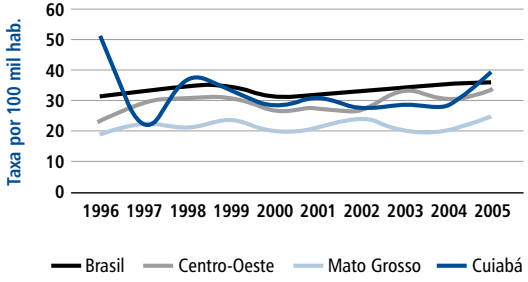
A capital apresentou queda expressiva na tendência da mortalidade por câncer do colo do útero até 2002 (3,8/100 mil), e uma elevação nos anos seguintes. Em 2005, a taxa é de 11,0/100 mil. O estado mantém tendência de aumento da taxa de 2001 (8,1/100 mil) até 2005 (13,7/100 mil). A região, desde 2003 (10,5/100 mil), mantém tendência de estabilidade até o ano 2005 (9,7/100 mil). O Brasil apresentou tendência estável, entre 1996 (7,2/100 mil) e 2005 (7,9/100 mil). O percentual de óbitos classificados como porção não especificada do útero, em 2005, no Mato Grosso, foi de 23,48%.

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



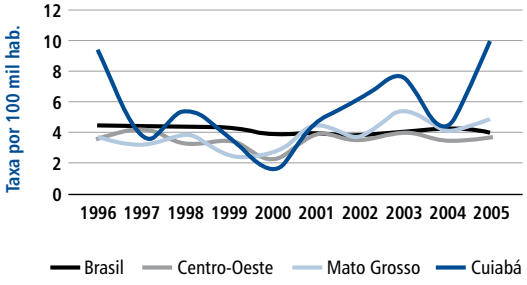
A capital apresentou redução na tendência da mortalidade por neoplasia de mama até 1997 (34,3/100 mil), quando há aumento da tendência até 2005 (54,8/100 mil). O estado mantém sempre as menores taxas. Em 2005, a taxa é de 24,1/100 mil. No Brasil (1996 – 31,2/100 mil e 2005 – 35,7/100 mil) e na região (1996 – 22,9/100 mil e 2005 – 32,9/100 mil) as curvas têm menor variação.

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



Apesar da oscilação das taxas de mortalidade por neoplasia de traquéia, até 2000 o estado (2,7/100 mil) e a capital (1,6/100 mil) apresentam redução na tendência de mortalidade, e posterior aumento até 2005 (MT – 4,8/100 mil e Cuiabá – 10,0/100 mil), principalmente para a capital. A região também apresenta grande oscilação, porém com taxa igual em 1996 e 2005 (3,6/100 mil). O Brasil apresenta estabilidade na tendência entre 2000 (4,0/100 mil) e 2005 (4,0/100 mil).

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



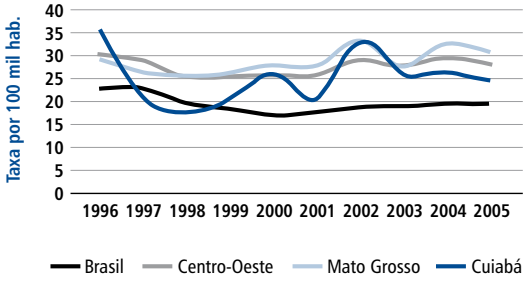
Evolução da mortalidade por acidentes de transporte e violência, 1996 a 2005

Em 2005, dos óbitos por causas conhecidas, as causas externas foram a segunda causa de morte no Mato Grosso (21,43%), Cuiabá (19,35%), Centro-Oeste (17,96%) e Brasil (14,17%).

Acidentes de trânsito

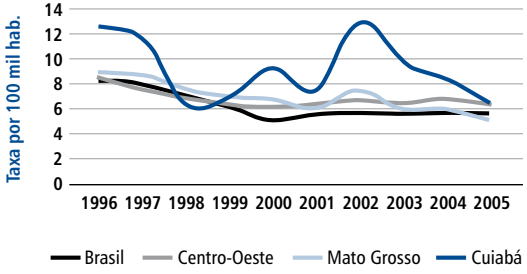
Até 1998, o estado (25,4/100 mil) e a capital (17,2/100 mil) apresentam queda na tendência da mortalidade. Após esses anos, as taxas passam a aumentar até 2004 (MT – 32,3/100 mil e Cuiabá – 26,3/100 mil), onde se inicia discreta queda. Em 2005, as taxas, no estado e na capital, foram 30,5 e 24,3/100 mil, respectivamente. A região tem declínio em sua taxa entre 2004 (29,4/100 mil) e 2005 (27,9/100 mil). O Brasil apresentou queda na tendência até 2000 (16,9/100 mil), quando as taxas passam a aumentar discretamente até 2005 (19,3/100 mil).

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



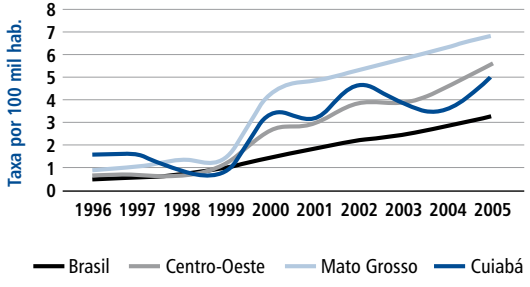
A capital apresentou queda na tendência da mortalidade por atropelamento até 1998 (6,3/100 mil), quando a taxa passa a oscilar muito, chegando a 2005 praticamente com a mesma taxa anterior (6,4/100 mil). No estado houve declínio em todo o período analisado (1996 – 8,8/100 mil e 2005 – 5,1/100 mil). O Brasil e a região apresentam estabilidade a partir de 2000, chegando em 2005, respectivamente, a 5,5/100 mil e 6,3/100 mil.

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



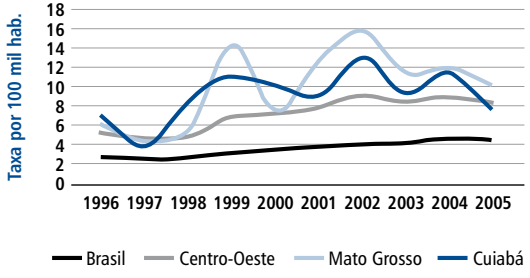
Todas as áreas avaliadas apresentam enorme aumento na tendência da mortalidade por acidente com moto, nos anos avaliados. Cuiabá (1996 – 1,5/100 mil e 2005 – 4,9/100 mil), Mato Grosso (1996 – 0,8/100 mil e 2005 – 6,7/100 mil), região Centro-Oeste (1996 – 0,7/100 mil e 2005 – 5,4/100 mil) e Brasil (1996 – 0,5/100 mil e 2005 – 3,2/100 mil).

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



Todos os estratos mantêm valores maiores de taxas em relação ao Brasil para todo o período analisado. O estado e a capital apresentam enorme oscilação no período, com taxas, em 2005, de 10,1/100 mil para o Mato Grosso e 7,7/100 mil para Cuiabá. A tendência do Brasil e região foi de aumento em todos os anos até 2004 (Brasil - 4,7/100 mil e Centro-Oeste - 9,0/100 mil) e discreto declínio da taxa em 2005 (Brasil – 4,4/100 mil e Centro-Oeste – 8,3/100 mil).

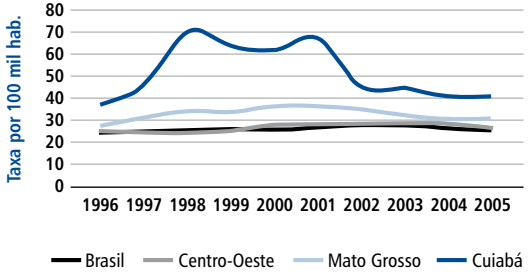
Figura 9. Taxa padronizada (por 100 mil hab.) da mortalidade por acidente com ocupante de veículo, 1996-2005



Agressões (homicídios)

Até 2000 para o Mato Grosso (36,8/100 mil) e 2001 em Cuiabá (66,8/100 mil) as taxas apresentam aumento, seguido de queda até 2005 (MT – 30,5/100 mil e Cuiabá – 40,4/100 mil). Até 2003, o Brasil (28,1/100 mil) e a região (28,5/100 mil) apresentam aumento na tendência e, posteriormente, diminuição nos dois anos seguintes, chegando a 2005 com as taxas de 25,1/100 mil para o Brasil e de 26,5/100 mil, para o Centro-Oeste.

Figura 10. Taxa padronizada 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 978-85-334-1373-3

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