

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Relatório de Situação

Bahia

2ª edição

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Relatório de Situação

Bahia

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Brasília/DF 2006

© 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.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

2ª edição – 2006 – tiragem: 1.600 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: Estênio Brasilino

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 : Bahia / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

– 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

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 85-334-1115-4

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

NLM WA 900

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2006/0489

Títulos para indexação:

Em inglês: National System in Health Surveillance: situation report: Bahia

Em espanhol: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud: relatório de la situación: Bahia

Sumário

- 4 Sistemas de Informações – SIM e Sinasc
- 5 Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan
- 6 Tuberculose
- 7 Hanseníase
- 8 Doenças sexualmente transmissíveis – Aids
- 9 Dengue
- 10 Doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses
- 12 Outras doenças transmissíveis
- 14 Hepatites virais
- 15 Programa Nacional de Imunizações – PNI
- 16 Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS
- 17 Recursos
- 18 Projeto Vigisus II
- 19 Vigilância em saúde ambiental
- 20 Emergências epidemiológicas
- 21 Agravos e doenças não transmissíveis
- 24 Laboratórios de Saúde Pública

Apresentação

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) apresenta, nesta publicação, dados e análises sintéticas sobre as principais ações desenvolvidas nas áreas de sistemas de informações epidemiológicas, vigilância, prevenção e controle de doenças. As informações são apresentadas de forma objetiva, tornando acessível, para os gestores do Sistema Único de Saúde, conhecer e avaliar a situação atual das ações e dos programas executados em sua Unidade Federada.

Ao sintetizar os avanços e as limitações presentes no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, procuramos contribuir para que os gestores estaduais e municipais utilizem esse instrumento na construção de uma agenda contendo iniciativas capazes de fortalecer essas ações e produzir resultados positivos na promoção da saúde de nossa população.

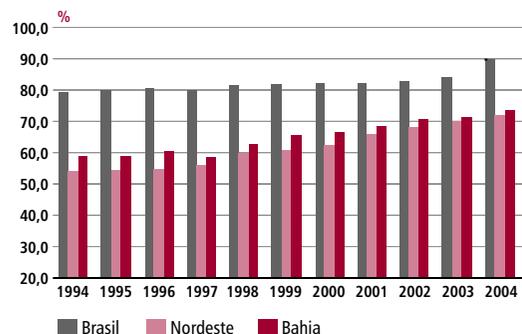
Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Secretário de Vigilância em Saúde/MS

Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Cobertura

A cobertura¹ do SIM exibiu valores que flutuaram entre 58% e 74% nos últimos dez anos. Em 2004, a Bahia apresentou cobertura de 74%, valor inferior à cobertura da região, que foi de 72%.

Figura 1. Razão entre os óbitos SIM e os óbitos IBGE. Brasil, região e Bahia, 1994-2004



Fonte: SVS/MS

Coefficiente Geral de Mortalidade – CGM

Um CGM inferior a 4/mil hab. indica precariedade na cobertura das informações de mortalidade.

A padronização permite controlar ou isolar o efeito de determinadas características que estejam afetando a comparação entre populações diferentes.

Por ser influenciado pela estrutura etária da população, para fins comparativos, optou-se por utilizar o coeficiente geral de mortalidade padronizado por idade ao invés do coeficiente bruto.

Foi considerada como padrão a população brasileira registrada no censo de 2000.

CGM padronizado dos municípios da Bahia, em 2004:

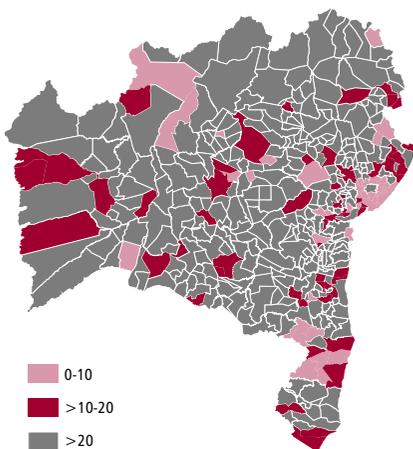
- até 4,0/mil hab., 176 municípios (42,2%);
- de 4,0 a 6,5/mil hab., 223 municípios (53,5%);
- maior que 6,5/mil hab., 18 municípios (4,3%).

A capital, Salvador, teve o CGM padronizado de 5,8/mil hab., o estado da Bahia 4,8/mil hab. e a Região Nordeste 5,1/mil habitantes.

Percentual de causas *mal definidas*

O percentual de óbitos por causas *mal definidas* na Bahia é de 25% em 2004.

Figura 2. Distribuição percentual de óbitos por causas *mal definidas* por município. Bahia, 2004



Percentual de óbitos por causas *mal definidas* nos municípios, em 2004:

- até 10%: 39 municípios (9,4%);
- entre 10% e 20%: 57 municípios (13,7%);
- 20% e mais: 321 municípios (77%).

Salvador tem 2,4% de óbitos por causas *mal definidas*.

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc

Cobertura

As coberturas do Sinasc são estimativas realizadas pela SVS usando técnicas demográficas.

Em 2004, a cobertura do Sinasc na Bahia foi de 87%.

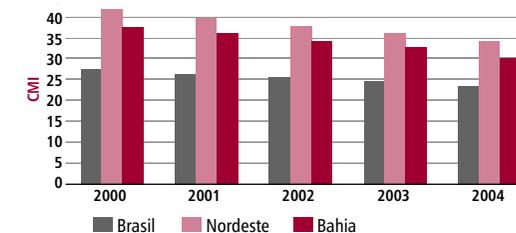
Mortalidade infantil

Coefficiente de Mortalidade Infantil – CMI

Em função da deficiência na cobertura do SIM e/ou Sinasc, o Ministério da Saúde não calcula a mortalidade infantil com dados diretos.

O CMI (por 1 mil nascidos vivos) para o estado da Bahia em 2004 é de 30,3, e o da Região Nordeste é de 34.

Figura 3. Coeficiente de mortalidade infantil (por 1 mil nascidos vivos). Brasil, região, Bahia, 2000-2004



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.

Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo

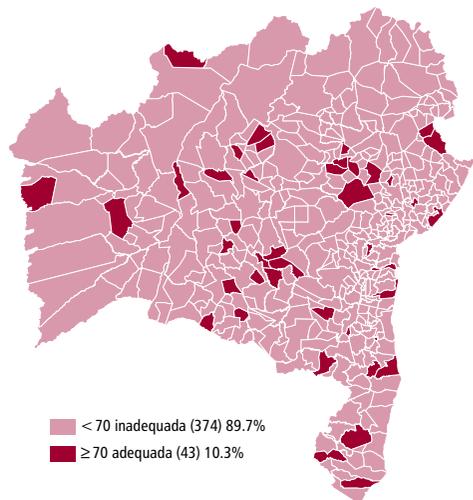
Dos vinte e um agravos avaliados, apenas meningite, leptospirose, coqueluche, hepatites virais, hantavíroses, difteria e tétano neonatal atingiram a meta de 50% estabelecida para o ano de 2005 de encerramento oportuno dos casos notificados (tabela 1).

Em números totais o estado ficou próximo de alcançar a meta de 50,0% estabelecida para o ano de 2005, atingindo 46,2%.

Regularidade de envio de dados do Sinan ao Ministério da Saúde

O estado atingiu a meta de 80 % de envio regular de dados do Sinan ao Ministério da Saúde, alcançando o percentual de 83,3 %, em 2005.

Figura 1. Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por município. Bahia, 2005*



*Atualizado em 8/1/2006
 Fonte: MS/SVS/Sinan

Tabela 1. Proporção de casos residentes encerrados oportunamente, por agravo. Bahia, 2005*

Agravos	Casos		
	Notificados Total	Encerrados oportunamente	
		Nº	%
Febre amarela	0	0	0,0
Raiva humana	0	0	0,0
Síndrome da rubéola congênita	3	0	0,0
Paralisia flácida aguda	76	10	13,2
Chagas aguda	612	87	14,2
Peste	7	2	28,6
Rubéola	687	209	30,4
Tétano acidental	39	12	30,8
Leishmaniose tegumentar americana	1435	456	31,8
Febre tifóide	145	49	33,8
Cólera	9	4	44,4
Sarampo	906	427	47,1
Malária	44	21	47,7
Leishmaniose visceral	667	326	48,9
Meningite	1263	700	55,4
Leptospirose	270	153	56,7
Coqueluche	80	46	57,5
Hepatites virais	3263	1880	57,6
Hantavíroses	5	3	60,0
Difteria	19	13	68,4
Tétano neonatal	2	2	100,0
Total	9532	4400	46,2

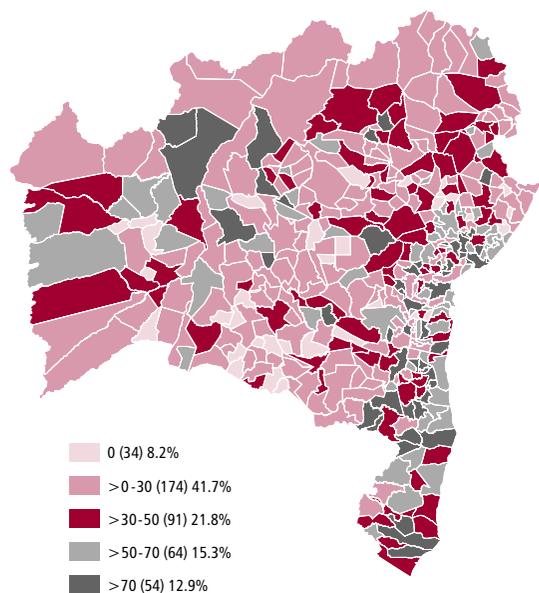
*Atualizado em 8/1/2006
 Fonte: MS/SVS/Sinan

Tuberculose

A Bahia possui 24 municípios prioritários, A cobertura de unidades de saúde com ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) é de 21,5% e a de implantação da estratégia de tratamento supervisionado TS/DOTS é de 15,3%. Em 2005 foram capacitados 1.741 profissionais.

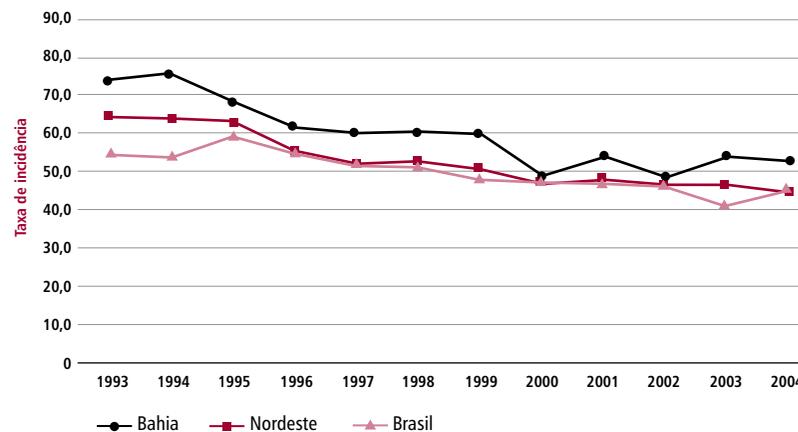
Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde, em 2004 foram registrados no Sinan 6.764 casos novos de tuberculose, o que representa uma incidência (por 100 mil hab.) de 53,1 para todas as formas e 30,7 para casos bacilíferos.

Figura 1. Municípios segundo taxa de incidência para tuberculose. Bahia 2004



A coorte de tratamento, considerando os municípios prioritários, mostrou uma cura de 74,7%, estando abaixo da meta nacional de 85%. O abandono foi de 7,3%, óbitos com tuberculose de 4,6%, transferência de 12,1% e encerramento de 60,3%. A co-infecção TB/HIV foi de 2,7%.

Figura 2. Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de tuberculose em todas as formas. Bahia, Região Nordeste e Brasil, 1993-2004



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

Foram diagnosticados 2.869 casos novos em 2005. Deste total, 1.835 estão em curso de tratamento.

Destes casos novos diagnosticados:

- 247 (8,61%) acometiam menores de 15 anos;
- 3 (0,10%) apresentaram, no momento do diagnóstico, incapacidade física severa;
- 1.251 (43,68%) eram formas avançadas da doença.

O estado obteve 65,3% de cura em 2005.

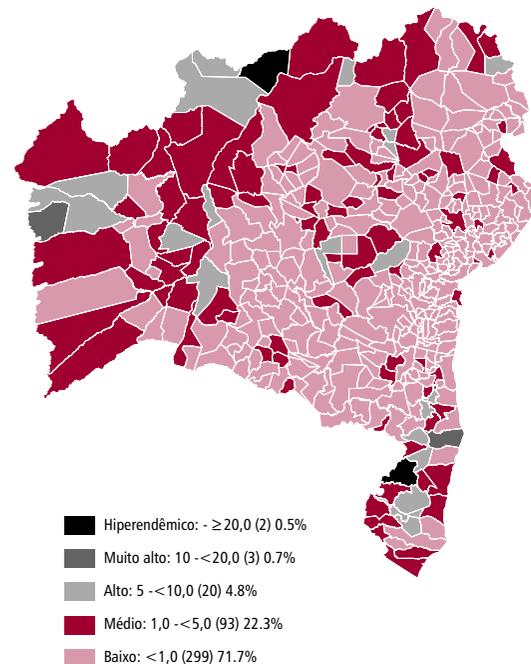
O estado da Bahia possui nove municípios prioritários para a hanseníase, que são: Barreiras, Feira de Santana, Guaratinga, Juazeiro, Paulo Afonso, Porto Seguro, Remanso, Salvador e Teixeira de Freitas.

56,4% da população do estado encontram-se em municípios com mais de cinco casos de hanseníase.

Tabela 1. Casos novos de hanseníase, por município e percentual de população. Bahia, 2005

Carga da doença	Nº municípios	População 2005	% População
Até 1 caso	174	2.544.365	18,42
1 a 3 casos	109	2.254.045	16,32
3 a 5 casos	51	1.227.586	8,89
5 a 20 casos	53	2.310.291	16,72
Mais de 20 casos	30	5.478.973	39,66
Total	417	13.815.260	100,01

Figura 1. Coeficiente de prevalência da hanseníase (por 10 mil habitantes) por município. Bahia, 2005



Doenças sexualmente transmissíveis / Aids

Até dezembro de 2004, foram diagnosticados 8.806 casos de aids, sendo 5.923 homens e 2.882 mulheres (um de sexo ignorado).

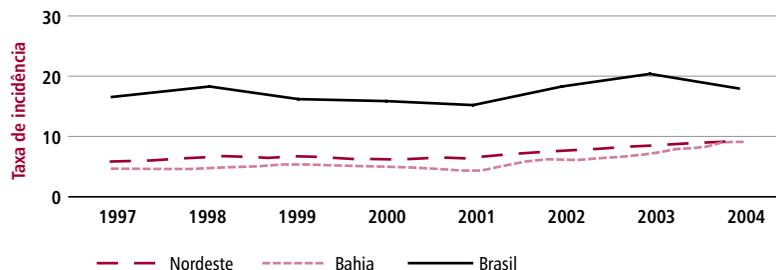
Os municípios do estado que apresentaram o maior número de casos de aids acumulados até 2004 foram (casos acumulados/taxa média de incidência por 100 mil hab.):

- Salvador (4.770/15,5);
- Feira de Santana (578/9,2);
- Vitória da Conquista (261/10,4);
- Itabuna (260/13,6);
- Juazeiro (174/7,2).

A taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por aids no ano de 2004 foi de 2,6 óbitos.

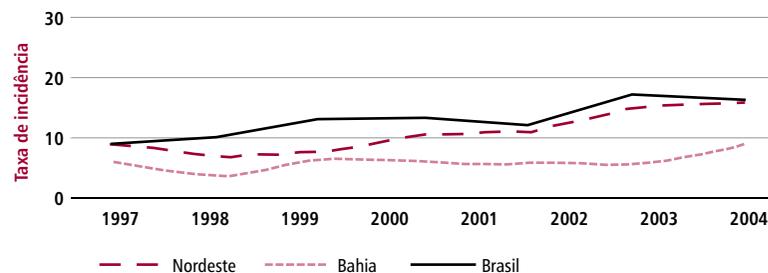
Foram notificados 206 casos de transmissão vertical do HIV até 2004.

Figura 1. Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de aids, segundo ano do diagnóstico. Bahia, 1997-2004



Em relação à sífilis congênita, o estado notificou entre os anos de 1998 e 2004 um total de 998 casos. A taxa de incidência (por 1 mil nascidos vivos) de sífilis congênita no ano de 2004 é de 0,8 caso. Até 2004 foram registrados 60 óbitos por sífilis congênita no estado.

Figura 2. Taxa de incidência (por 1 mil nascidos vivos) de sífilis congênita segundo ano de diagnóstico. Bahia, 1998-2004



Dos 417 municípios do estado, 45 (10,79%) são prioritários para o Programa Nacional de Controle da Dengue: Alagoínhas, Araci, Barreiras, Bom Jesus da Lapa, Brumado, Camaçari, Campo Formoso, Candeias, Casa Nova, Conceição do Coité, Cruz das Almas, Dias d'Ávila, Eunápolis, Feira de Santana, Guanambi, Ilhéus, Ipirá, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itamaraju, Itaparica, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Monte Santo, Mundo Novo, Paulo Afonso, Porto Seguro, Salvador, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, São Francisco do Conde, Seabra, São Sebastião do Passé, Senhor do Bonfim, Serrinha, Simões Filho, Teixeira de Freitas, Valença, Vera Cruz, Vitória da Conquista. Estes municípios concentram 50,5% da população do estado.

Situação epidemiológica

De acordo com os dados do Sinan, entre janeiro e setembro de 2005 foram registrados 25.234 casos de dengue, o que representou um aumento de 302,2%, quando comparado com o mesmo período de 2004 (6.274 casos). Neste mesmo período, foram registrados 21 casos de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD), sendo quatro óbitos. Na Região Nordeste, a Bahia (até setembro de 2005) foi o segundo estado com maior número de casos e ocupou o terceiro lugar em aumento percentual de casos.

Tabela 1. Indicadores operacionais dos municípios prioritários 3º trimestre de 2005

Indicadores	Municípios que não atingiram a meta do indicador
Quantitativo adequado de agentes	Alagoínhas, Barreiras, Camaçari, Lauro de Freitas, Salvador, Seabra, Simões Filho, Vera Cruz.
FAD na rotina	São Sebastião do Passé.
Plano de contingência	Alagoínhas, Araci, Barreiras, Bom Jesus da Lapa, Brumado, Camaçari, Campo Formoso, Candeias, Casa Nova, Conceição do Coite, Dias D'Ávila, Feira de Santana, Guanambi, Ipirá, Irecê, Itaberaba, Itapetinga, Jacobina, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Monte Santo, Mundo Novo, Salvador, Santo Amaro, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passo, Senhor do Bonfim, Serrinha, Simões Filho, Vera Cruz, Vitória da Conquista.
Comitê de mobilização	Araci, Barreiras, Bom Jesus da Lapa, Brumado, Camaçari, Casa Nova, Eunápolis, Ilhéus, Itabuna, Itapetinga, Juazeiro, Lauro de Freitas, Mundo Novo, Porto Seguro, Salvador, Simões Filho, Valença, Vera Cruz.

Fonte: SMS/SES/DIAGDENG

Tabela 2. Levantamento Rápido de Índice (LIRAa) – outubro a novembro de 2005

Município	0 a 0,9		1 a 3,9		4 a 7,9		8 a 15,9		Total de estratos*
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Alagoínhas	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	5
Barreiras	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4
Camaçari	0	0,0	3	50,0	3	50,0	0	0,0	6
Feira de Santana	16	76,2	5	23,8	0	0,0	0	0,0	21
Ilhéus	0	0,0	4	66,7	2	33,3	0	0,0	6
Itabuna	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0	7
Jequié	3	50,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	6
Juazeiro do Norte	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5
Lauro de Freitas	2	22,2	4	44,4	3	33,3	0	0,0	9
Porto Seguro	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	4
Salvador	4	4,3	47	51,1	35	38,0	6	6,5	92
Simões Filho	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4
Teixeira de Freitas	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	4
Vitória da Conquista	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9

*Agglomerado de 9 mil a 12 mil imóveis

Fonte: SMS e SES

Tabela 3. Índice de Infestação Predial (IIP) nos municípios prioritários, janeiro a agosto de 2003-2005

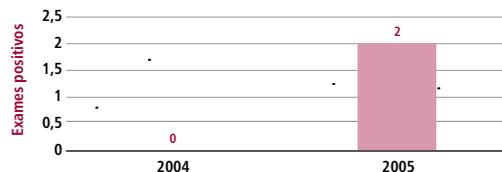
Ano	0 < IIP < 1		1 ≤ IIP < 3		3 ≤ IIP < 5		IIP ≥ 5	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2003	07	15,6%	29	64,4%	06	13,3%	02	4,4%
2004	18	40,0%	16	35,6%	07	15,6%	04	8,9%
2005	06	13,3%	22	48,9%	08	17,8%	09	20,0%

Fonte: FAD

Peste

A Bahia apresenta importantes e extensos focos de Peste nas regiões do Planalto Oriental da Bahia, Chapada Diamantina, Piemonte da Diamantina, Planalto de Conquista e Serra do Formoso. O estado se destaca quanto à Peste pela ocorrência de um grande e importante surto (cerca de 1mil casos) em 1975 e 1976. Tem sido detectada com frequência positividade animal.

Figura 1. Número de amostras sorológicas positivas para peste. Bahia, 2004-2005



Esquistossomose

A esquistossomose está presente em 271 dos 417 municípios baianos. A Bahia é o estado com a segunda maior área endêmica, com registro da doença em todas as regiões do estado. Entretanto, as localidades com as prevalências mais elevadas são encontradas nos municípios das bacias dos rios Jequiçá, Itapecurú, Contas, Jaguaribe e Paraguaçu. A prevalência média do estado em 2002 foi 5,2% em 276.973 pessoas examinadas

A média anual de internação por esquistossomose, no período 2001-2005, foi de 165,8 (houve redução da taxa de internação por cem mil hab. de 1,38 em 2001 para 1,20 em 2005). O número médio de óbitos, no período 1999-2003, foi de 40,2 (houve redução na taxa de mortalidade por 100 mil hab. de 0,36 em 1999 para 0,26 em 2003).

Tracoma

Dados do inquérito epidemiológico realizado em 2003 revelam taxas de prevalência média de tracoma no estado de 3,58%. Foram examinados escolares de 85 municípios, com taxas de detecção variando de zero caso a 28,6%.

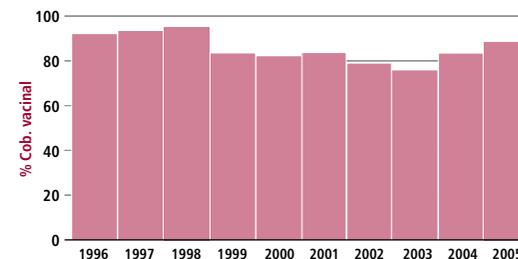
Em 2004 foram examinadas 53.210 pessoas, com 4.050 casos positivos em 13 municípios do estado, com média de prevalência de 7,6%.

Encontram-se registrados casos de triquíase tracomatosa – TT nos municípios de Araci e Teofilândia, em região de tradicional foco endêmico.

Raiva

No período de 2002 a 2005, foram notificados 264 casos de raiva canina e felina, 18 em raposas e cinco casos de raiva humana, sendo três transmitidos por cão e dois por morcegos.

Figura 1. Série histórica de cobertura vacinal em campanha anti-rábica canina. Bahia, 1996-2005



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

Febre amarela

Não há atividade viral no estado nos últimos cinco anos. A Bahia tem 45 municípios situados na área de transição e 25 na área indene de risco potencial para febre amarela silvestre. A população residente nesses municípios deve ser vacinada, assim como todo viajante que se dirigir para os mesmos.

Leishmanioses

Em 2004 o estado da Bahia registrou 1.571 casos de leishmaniose tegumentar, com uma redução de 35% de casos quando comparado com o ano anterior. A incidência foi de 12 casos por 100 mil hab. e o percentual de cura clínica passou de 45% em 2003 para 63% em 2004. Entretanto não atingiu a meta referente à ação 6.5 pactuada na PPI-VS.

Com relação à leishmaniose visceral foram registrados 312 casos, o que representa o quarto estado com maior registro de casos de LV no País. A incidência é de 2,3 por 100 mil hab. e a letalidade foi de 5%.

Acidentes por animais peçonhentos

Apesar de média incidência, apresenta o maior coeficiente de acidentes ofídicos (19 casos/100 mil hab.) da Região Nordeste. Tem alta incidência de acidentes escorpiônicos (31), concentrados nos municípios do sul do estado.

Leptospirose

Doença endêmica no estado, de ocorrência predominantemente urbana. No período 2001-2005 foram confirmados 655 casos, com 98 óbitos. O coeficiente de incidência anual médio de 1,0/100 mil hab. (média nacional: 1,7/100 mil hab.). A letalidade para o período foi de 15%, superior à letalidade média nacional, de 11,8%. O surgimento de casos graves, com hemorragia pulmonar, pode ter contribuído para o aumento da letalidade. Importante incentivar os serviços para a suspeita, a notificação e a investigação de todos os casos compatíveis.

Centros de controle de zoonoses

A Bahia possui nove centros de controle de zoonoses, localizados em Salvador, Eunápolis, Barreiras, Lauro de Freitas, Itabuna, Ilhéus, Feira de Santana, Camaçari e Vitória da Conquista (em construção), que atendem a 30,1% da população do estado e têm suas ações voltadas para o controle da raiva e controle de população animal (cães e gatos), além de controle de vetores e leptospirose.

Inquéritos sorológicos para a vigilância de febre do Nilo ocidental

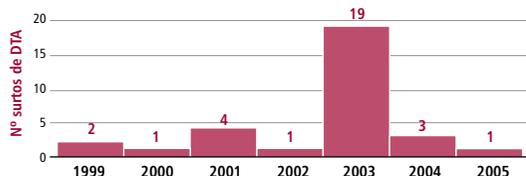
Em 2005 foi realizado um inquérito sorológico em Mangue Seco/BA em aves migratórias (1.150) para detecção dos vírus da febre do Nilo ocidental e influenza aviária. O material coletado encontra-se em análise no Instituto Evandro Chagas/PA e no LANAGRO/SP.

Outras doenças transmissíveis

Doenças Transmitidas por Alimentos – DTA

No período de 1999 a 2005, o estado da Bahia notificou 31 surtos de DTA. Desses, 41,9% foram causados por água.

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



*Dados de 2005 sujeitos a alteração, atualizados até 14/02/2006

Botulismo

No período de 1999 a 2005, ocorreram cinco casos de botulismo alimentar:

Janeiro de 2003: um caso de botulismo alimentar no município de Feira de Santana.

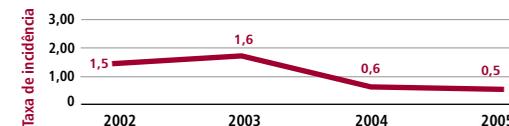
Outubro de 2004: quatro casos de botulismo alimentar, com 100% de letalidade, em membros da mesma família do município de Riacho de Santana.

Febre tifóide

Os casos da doença no estado no período de 2002 a 2005 apresentaram uma incidência de 1,52; 1,69; 0,61 e 0,51 casos/100 mil hab., respectivamente. Os municípios com casos confirmados no período foram: Abaré, Almadina, Baixa

Grande, Barra, Barra do Mendes, Barro Alto, Barro Preto, Brejões, Brumado, Buerarema, Camacan, Camamu, Canarana, Catu, Coaraci, Feira de Santana, Filadélfia, Floresta Azul, Ibicaraí, Ibicuí, Ibipeba, Ibititá, Iguai, Ilhéus, Ipiauí, Iraguara, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itagiba, Itajuípe, Itamarajú, Itambé, Itapé, Itapetinga, Itapitanga, Jacobina, Jequié, João Dourado, Juazeiro, Jussara, Lapão, Maragogipe, Marau, Mascote, Nilo Peçanha, Pé de Serra, Presidente Dutra, Presidente Tancredo Neves, Salvador, Santa Cruz da Vitória, Santaluz, São Gabriel, Taperoá, Uibaí, Vitória da Conquista, Wenceslau Guimarães.

Figura 2. Incidência de febre tifóide. Bahia, 2002-2005*



*Dados preliminares
Fonte: Coveh/CGDT/Devep/SVS

Rubéola

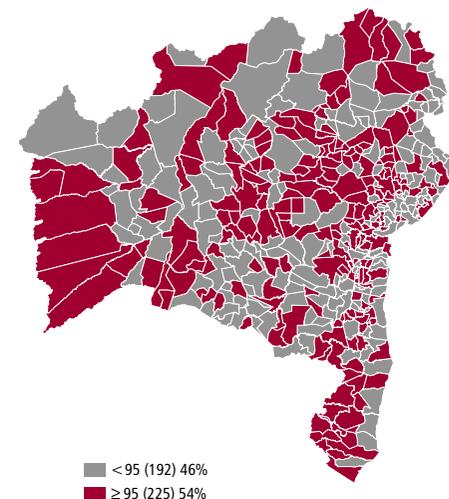
Na Bahia, a vacina tríplice viral foi implantada na rotina aos 12 meses de idade em 2002, pois a mesma era aplicada aos 15 meses de vida, como dose de reforço desde 1997.

O percentual de municípios com cobertura vacinal adequada foi de 54,33% em 2001, e nesse mesmo período não foram confirmados casos de Síndrome da Rubéola Congênita (SRC). A campanha de vacinação contra a rubéola para as Mulheres em Idade

Fértil (MIF) ocorreu em 2002, com a cobertura vacinal de 95,41%.

Em 2005, o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada foi de 53,96% (setembro de 2005). Agregando esse percentual à cobertura vacinal na campanha da rubéola para as MIF, houve um impacto na redução da transmissão vertical da rubéola e nenhum caso da SRC foi confirmado em 2005. Mesmo assim, existe a necessidade da intensificação e fortalecimento das ações de prevenção, controle e vigilância da rubéola com vistas à eliminação da SRC.

Figura 3. Município com cobertura adequada para a vacina tríplice viral e número de casos de síndrome da rubéola congênita. Bahia, 2005



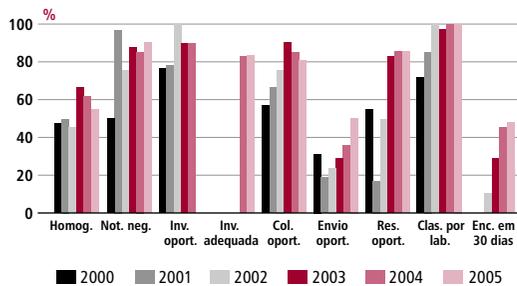
Fonte: Devep/SVS/MS

Sarampo

No estado da Bahia, a meta estabelecida durante o período para os indicadores epidemiológicos do sarampo foi atingida, exceto para o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada, evidenciando o acúmulo de suscetíveis para o sarampo, envio de amostras ao laboratório, que sugere problema na infra-estrutura para o encaminhamento das mesmas ao Lacen e encerramento oportuno dos casos no Sinan. A intensificação das ações deve ser realizada para não comprometer os esforços de erradicação no estado.

No período de 2000 a 2005, foram notificados 3.819 casos suspeitos de sarampo sem nenhuma confirmação. Em 1999, foram confirmados 14 casos no estado.

Figura 4. Indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo. Bahia, 2000-2005*



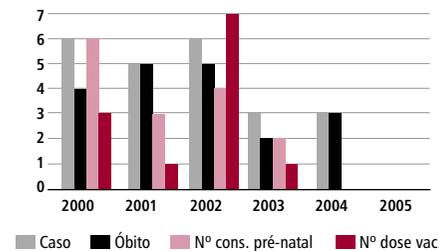
*Dados preliminares
Fonte: Cover/CGDT/Devep/SVS/MS

Tétano neonatal

No período de 2000 a 2005, no estado da Bahia, ocorreram 22 casos, destes 18 foram a óbito,

uma letalidade de 81,82%. Quanto à situação vacinal, apenas seis (28,57%) delas tinham uma das três doses da vacina antitetânica válida. Quanto ao pré-natal, apenas sete (33,33%) fizeram de uma a oito consultas. A mulher que realizou oito consultas fez apenas uma dose da vacina antitetânica, insuficiente para a proteção do recém-nascido. A análise desse período mostra que apenas oito das 21 mulheres (38,09%) compareceram ao serviço de saúde, seja para as consultas de pré-natal e/ou para receber a vacina, demonstrando que houve falhas graves do serviço de saúde, que poderia ter evitado a ocorrência desses casos. Em relação aos casos ocorridos na Região Nordeste, nesse período, o estado da Bahia contribuiu com 29,73% dos casos e com 37,5% dos óbitos.

Figura 5. Número de casos e óbitos de tétano neonatal e história de medidas preventivas das mães. Bahia, 2000-2005

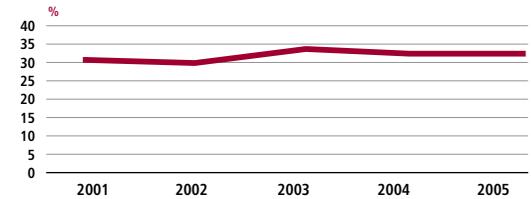


Fonte: Cover/CGDT/Devep/SVS/MS

Meningite

O percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial nos últimos cinco anos esteve abaixo do mínimo esperado, indicando a necessidade de esforços adicionais para melhorar a qualidade da assistência aos casos.

Figura 6. Percentual de meningites bacterianas com diagnóstico laboratorial. Bahia, 2001-2005*

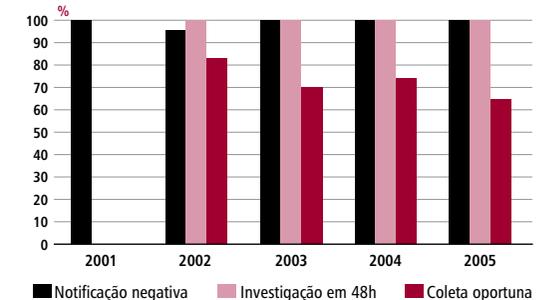


*Dados preliminares em 2005
Fonte: MS/SVS/Devep/CGDT/Cover

Paralisia Flácida Aguda – PFA

A qualidade da vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas é avaliada através dos indicadores apresentados no gráfico a seguir, com meta mínima estabelecida em 80%, notificação de um caso por 100 mil hab. em menores de 15 anos e a manutenção de altas coberturas vacinais e do percentual de municípios com cobertura vacinal adequada.

Figura 7. Indicadores de vigilância epidemiológica da poliomielite/PFA. Bahia, 2001-2005*



*Dados preliminares em 2005
Fonte: MS/SVS/Devep/CGDT/Cover/Sinan

Estruturação do programa

A estruturação de uma rede de atenção primária e de serviços de média complexidade que atendam hepatites virais é uma das prioridades do SUS.

O coordenador do Programa Estadual não tem função exclusiva para o agravo hepatites virais, o que não é desejável. Entretanto, o estado já instituiu comitê estadual de coordenação, de acordo com determinação da Portaria 2.080 de 31.10.2003.

Assistência ao portador

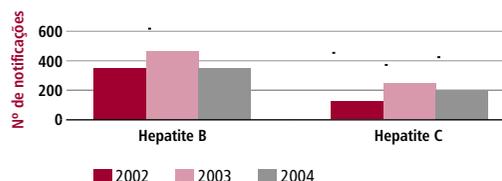
Dos dez centros de testagem e aconselhamento, oito (80%) realizam triagem sorológica para hepatites.

Há dois pólos de aplicação de medicamentos: Salvador e Vitória da Conquista. Em implantação: Ilhéus, Jequié, Juazeiro e Feira de Santana.

Dados epidemiológicos

As notificações de hepatites B e C têm aumentado em quase todos os estados do Brasil. Na Bahia questiona-se se estes números refletem a realidade ou a falta de diagnóstico.

Figura 1. Casos confirmados de hepatites B e C. Bahia, 2002-2004



Em 2004, houve 1967 casos confirmados de hepatites virais, sendo o segundo estado da Região Nordeste em números de casos. De hepatite A foram 53%, 16% de B, 8,3% de C e 0,2% de D. Em 22% dos casos a classificação etiológica estava indefinida, demonstrando que o diagnóstico e a vigilância necessitam ser implementados.

Tabela 1. Número de casos confirmados e incidência (por 100 mil hab.) segundo tipo de hepatite. Bahia, Região Nordeste, Brasil, 2004

Hepatite	A	B	C	D	Ignorado/Branco	Total
Nº casos	250	92	22	4	21	389
(%)	64	24	6	1	5	100
Inc. BA	45,2	16,6	4,0	0,7	3,8	70,3
Inc. Nordeste	35,0	7,0	1,8	0,3	6,2	50,3
Inc. Brasil	11,2	6,8	6,3	0,1	2,3	26,8

Fonte: SVS/MS

No mapa, o percentual de casos confirmados, por município, com etiologia indefinida (Ign/Bco) e os municípios “silenciosos”, sem registro de casos em 2004.

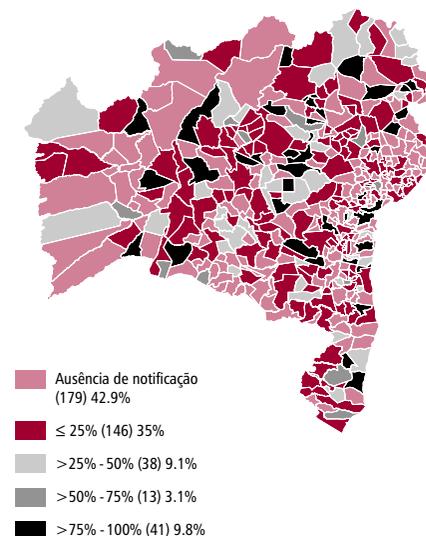
Tabela 2. Taxa de mortalidade (por 1 milhão de hab.), por tipo de hepatite viral. Bahia, Região Nordeste e Brasil, 2004*

Hepatite	A	B	C	D	não especificada
AP	1,81	1,81	3,62	1,81	0,00
Nordeste	0,78	3,41	3,91	0,57	4,12
Brasil	0,36	2,37	7,29	0,18	1,60

*por local de residência

Fonte: SIM/2004

Figura 2. Distribuição por município do percentual de casos confirmados de hepatites virais com etiologia indefinida e municípios silenciosos. Bahia, 2004



A informação da provável fonte de infecção não está definida em 56% dos casos do estado, 50% da Região Nordeste e 55% do Brasil.

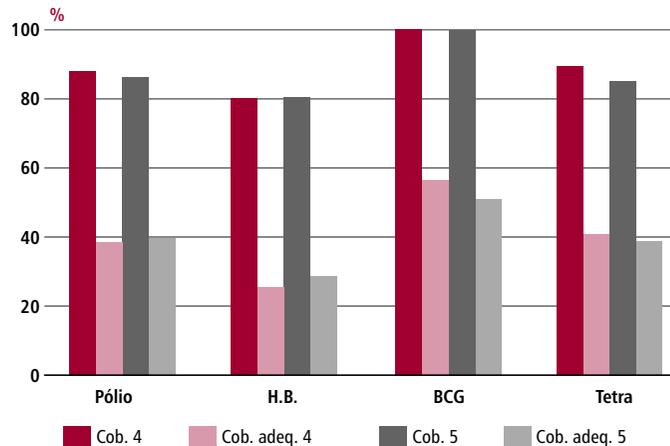
Em 2004, as taxas de mortalidade por hepatites B e C na Bahia foram menores que a média do Brasil. Esse dado pode indicar deficiência no diagnóstico.

Capacitações

Em 2005, o estado promoveu capacitação em vigilância das hepatites virais para 142 profissionais, em manejo das hepatites B e C para cinco médicos e para aconselhadore de CTA para três profissionais.

Nas ações de vacinação de rotina com as vacinas tetravalente (DTP/Hib), BCG, contra poliomielite e hepatite B, dados comparativos até setembro dos anos 2004 e 2005 demonstram que no estado da Bahia, nos dois anos, a meta é alcançada somente para a vacina BCG, as demais ficam abaixo de 88%, além de apresentar decréscimo nas coberturas para todas as vacinas. Quanto aos percentuais de municípios com coberturas adequadas, observa-se um ligeiro acréscimo em 2005 para as vacinas contra poliomielite e hepatite B, mantendo-se abaixo da meta pactuada de 70% nos dois anos.

Figura 1. Cobertura vacinal no estado da Bahia e percentual de municípios com cobertura adequada, 2004-2005*



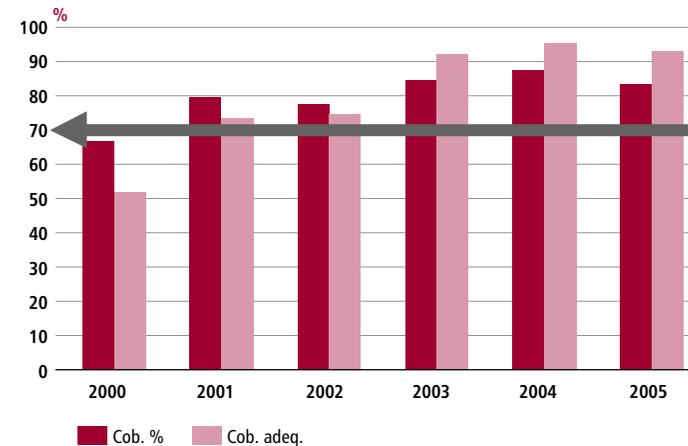
*Dados preliminares de cobertura vacinal no estado e coberturas adequadas por município, de janeiro a setembro de 2004 e 2005

Fonte: API/CGPNI/Devep/SVS/MS

Como denominador para cálculo de cobertura vacinal utiliza-se para a base populacional menor de 1 ano no estado, estimativa IBGE 2004 e 2005/Censo 2000.

Em relação à vacinação do idoso, o estado alcançou a meta em todos os anos a partir de 2001, com acréscimo gradativo no número de idosos vacinados (exceto em 2005), apresentando um excelente desempenho quanto ao percentual de municípios com cobertura adequada maior que 90%, exceto no ano 2000 (52%).

Figura 2. Série histórica de cobertura vacinal no estado da Bahia e percentual de municípios com cobertura adequada. Campanha do Idoso, 2000-2005



Fonte: API/CGPNI/Devep/SVS/MS

No período de janeiro a setembro de 2005, quanto à alimentação do sistema de Avaliação do Programa de Imunizações – API, observa-se a regularidade no envio mensal de banco de dados em 92,09% dos municípios;

Não há notificação de eventos adversos pós-vacinação, no Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação – EAPV.

Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS

Ações		BA	Salvador	Feira de Santana	Porto Seguro	Vitória da Conquista
Notificação	Notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda - PFA					
	Notificação de sarampo					
Investigação	Investigação epidemiológica oportuna para doenças exantemáticas					
	Investigação epidemiológica oportuna para raiva humana					
	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					
Diagnóstico Laboratorial	Diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola)					
	Realização de cultura de líquido para o diagnóstico laboratorial de meningite					
	Realizar supervisão à Rede de laboratórios do estado (públicos e conveniados)					
Vigilância Ambiental	Ca					
Vigilância e Controle de Vetores	Identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes</i>					
	Percen <i>Aedes</i>					
	Inspeções semanais em armadilhas instaladas, de acordo com o preconizado no PNCD, nos municípios não infestados					
Controle de Doenças	Cura de casos novos de tuberculose bacilíferos					
	Encerramento de casos novos de tuberculose bacilíferos					
Imunizações	Cobertura vacinal adequada - BCG					
	Cobertura vacinal adequada - Hepatite B					
	Cobertura vacinal adequada - Poliomielite					
	Cobertura vacinal adequada - Tetravalente					
	Cobertura vacinal adequada -Tríplice viral					
	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					
Proporção de eventos adversos com investigação encerrada						
Monitorização de Agravos Relevantes	Percentual de municípios com Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas- MDDA implantada					
	Número de surtos identificados através da MDDA					
	Porcentagem de surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos - DTA investigados					
	Investigação de óbitos maternos (capitais e municípios com mais de 200.000 habitantes).					
	Investigação de óbitos maternos (municípios com 200.000 habitantes ou menos).					
Divulgação de Informações Epidemiológicas	Número de Informes Epidemiológicos publicados					
Estudos e Pesquisas em Epidemiologia	Divulgação de estudo da situação de saúde					
Sistemas de Informação	Cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade					
	Percentual de óbitos por causa básica mal definida					
Supervisão da PPI-VS	Supervisão da PPI-VS nos municípios certificados					
Percentual de metas cumpridas		27,6	60,0	68,8	56,3	77,8

■ 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 da Bahia: 410

Em 2005 foram destinados os recursos abaixo discriminados

Valor global: R\$ 48.516.399,07

- Repasse para a Secretaria Estadual de Saúde (SES): R\$ 9.638.260,93
- Repasse para os municípios: R\$ 38.842.013,34

Incentivos específicos acrescidos ao TFVS

Portaria MS 1.349/2002

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

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

Campanhas de Vacinação (conforme deliberação da CIB)

- Raiva Animal: SES: R\$ 289.770,20
407 municípios: 1.380.552,30
- Influenza: SES: 4.707,45
407 municípios: R\$ 502.266,60
- Poliomielite: SES: R\$ 11.848,50
407 municípios: R\$ 1.351.411,20

Outros repasses “fundo a fundo”

Intensificação das ações de controle

- Doença de Chagas
30 municípios: R\$ 793.280,00
- Leishmaniose Visceral
Jequié: R\$ 164.500,00
- Tuberculose
19 municípios: R\$ 220.228,65
- Hanseníase
10 municípios: R\$ 166.904,90

Fortalecimento das ações dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Lacen

- Finlacen – SES: R\$ 254.688,00
- Diagnóstico da tuberculose
SES: R\$ 25.000,00

Promoção de Saúde

- Salvador: R\$ 290.565,00

Ambientes livres de tabaco

- SES: R\$ 150.000,00

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

- SES: R\$ 2.880.959,94
- SMS: R\$ 3.256.183,65

Plano de investimento

Destina-se ao reforço das estruturas das secretarias estaduais e municipais de Saúde para a coordenação e a 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 2005, foram repassados para o estado da Bahia veículos e equipamentos que totalizaram cerca de R\$ 903.500,00.

Beneficiário	Tipo de equipamento					
	Veículos		Centrif. Refrig. e outros equip. lab.	GPS	Equip. de Pulveriz.	Kit de informática
	Motos	Pick-Up				
SES	0	6	4	9	132	12
SMS	18	1	0	0	11	10
Total	18	7	4	9	143	22

Projeto Vigisus II

O Projeto Vigisus II em seu subcomponente IV, visa o fortalecimento institucional da capacidade de gestão em vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios.

Distribuição percentual dos valores de recurso aprovado durante a vigência do Projeto e os valores repassados, segundo fonte financiadora (Projeto Vigisus e Teto Financeiro da Vigilância em Saúde) para o estado da Bahia, capital e municípios elegíveis, em 2005.

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

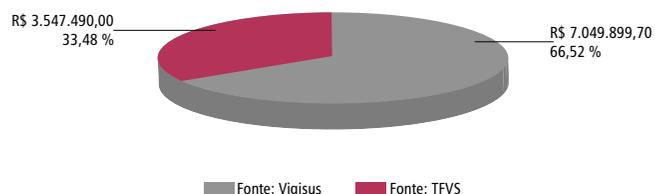


Figura 2. Valores repassados para Secretaria de Estado da Saúde, capital e municípios elegíveis, segundo fonte financiadora, em 2005

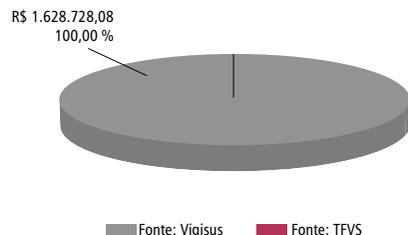


Tabela 1. Valores aprovados para os anos de vigência do Planvigi e repassados para a Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde (capital) e municípios elegíveis, segundo fonte de financiamento. Estado da Bahia, 2005

Unidade Federada	Valor Planvigi aprovado (R\$)		Valor total aprovado (R\$)	Valores repassados		Valor total repassado (R\$)
	Fonte: Vigisus	Fonte: TFVS		Fonte: Vigisus	Fonte: TFVS	
SES/BA	3.622.270,00	3.054.900,00	6.677.170,00	950.845,88	-	950.845,88
Salvador	1.737.584,00	-	1.737.584,00	456.115,80	-	456.115,80
Alagoinhas	106.000,00	-	106.000,00	-	-	-
Jequié	118.989,50	-	118.989,50	16.658,53	-	16.658,53
Camaçari	138.000,00	-	138.000,00	19.320,00	-	19.320,00
Juazeiro	100.985,20	-	100.985,20	14.137,93	-	14.137,93
Itabuna	160.000,00	-	160.000,00	22.400,00	-	22.400,00
Ilhéus	178.000,00	-	178.000,00	24.920,00	-	24.920,00
Vitória da Conquista	244.000,00	-	244.000,00	34.160,00	-	34.160,00
Feira de Santana	447.000,00	-	447.000,00	62.580,00	-	62.580,00
Lauro de Freitas	100.071,00	-	100.071,00	14.009,94	-	14.009,94
Barreiras	97.000,00	-	97.000,00	13.580,00	-	13.580,00
Itaparica	-	20.000,00	20.000,00	-	-	-
Vera Cruz	-	26.000,00	26.000,00	-	-	-
Dias D'Ávila	-	127.590,00	127.590,00	-	-	-
Candeias	-	63.000,00	63.000,00	-	-	-
Simões Filho	-	79.000,00	79.000,00	-	-	-
Porto Seguro	-	87.000,00	87.000,00	-	-	-
Teixeira de Freitas	-	90.000,00	90.000,00	-	-	-
Total	7.049.899,70	3.547.490,00	10.597.389,70	1.628.728,08	-	1.628.728,08

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS

Solo

O Diagnóstico Nacional de Áreas com Populações Expostas a Solo Contaminado, elaborado pelo Visigolo em conjunto com os estados, deverá subsidiar a definição de ações básicas relativas a avaliação, classificação e priorização continuada de áreas com populações expostas a solo contaminado.

Na Bahia foram mapeadas, cadastradas e categorizadas 23 áreas, que estão distribuídas de acordo com o mapa a seguir.

Tabela 1. Áreas com solo contaminado

Código	Nº de áreas	População estimada	Categoria
AD	1	5.000	vermelha
	9	21.000	amarela
	4	0	preta
AI	1	50	amarela
ADRI	2	0	preta
DA	3	7.000	amarela
AM	2	100	amarela
CN	1	50	amarela
Total	23	33.200	-

Códigos das áreas

AD – Área desativada

AI – Área industrial

ADRI – Áreas de disposição final de resíduos industriais

DA – Depósito de agrotóxicos

AM – Área de mineração

CN – Áreas de contaminação natural

Categorias das áreas

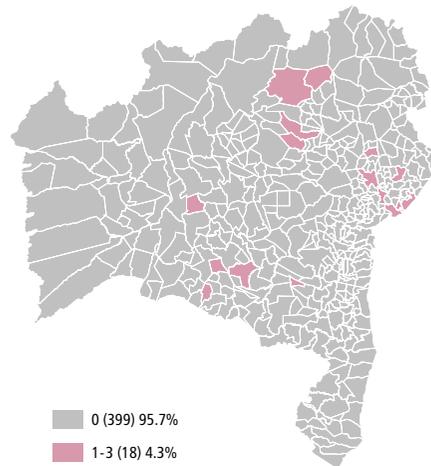
Vermelha – Área com populações expostas a solo contaminado

Amarela – Área com população sob risco de exposição a solo com suspeita de contaminação

Preta – Área sem populações, em um raio de 1 km, com solo contaminado ou com suspeita de contaminação

Fonte: SVS/MS

Figura 1. Municípios com áreas cadastradas e solo contaminado

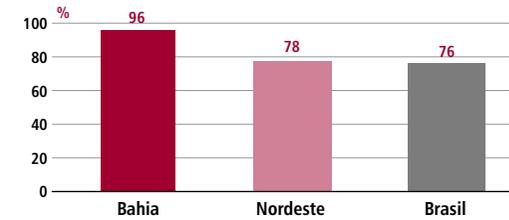


Água

A vigilância da qualidade da água para consumo humano visa garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e normas estabelecidos na legislação vigente – Portaria MS nº. 518/2004 e para avaliar os riscos que a água consumida representa à saúde humana. O Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – Sisagua fornece as informações sobre a qualidade da água proveniente dos sistemas, soluções alternativas coletivas e individuais de abastecimento de água.

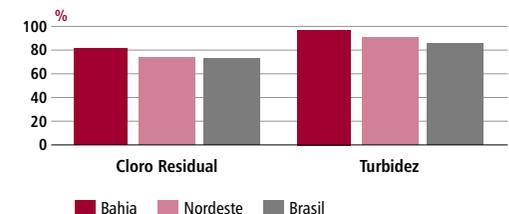
O estado da Bahia apresentou informações de 96% (399) dos 418 municípios, no Sisagua, em 2005.

Figura 2. Percentual de municípios com alimentação de dados no Sisagua. Bahia, Região Nordeste e Brasil, 2005



Para a vigilância de Sistemas de Abastecimento (SAA), o parâmetro cloro residual livre foi analisado nos doze meses do ano de 2005 e apresentou 82% das amostras realizadas em conformidade com a legislação; para o parâmetro de turbidez foram realizadas análises também nos doze meses de 2005, com 97% das análises realizadas em conformidade com a legislação.

Figura 3. Percentual de amostras realizadas, em 2005, em conformidade com a Portaria MS nº. 518/2004. Bahia, Região Nordeste e Brasil, 2005



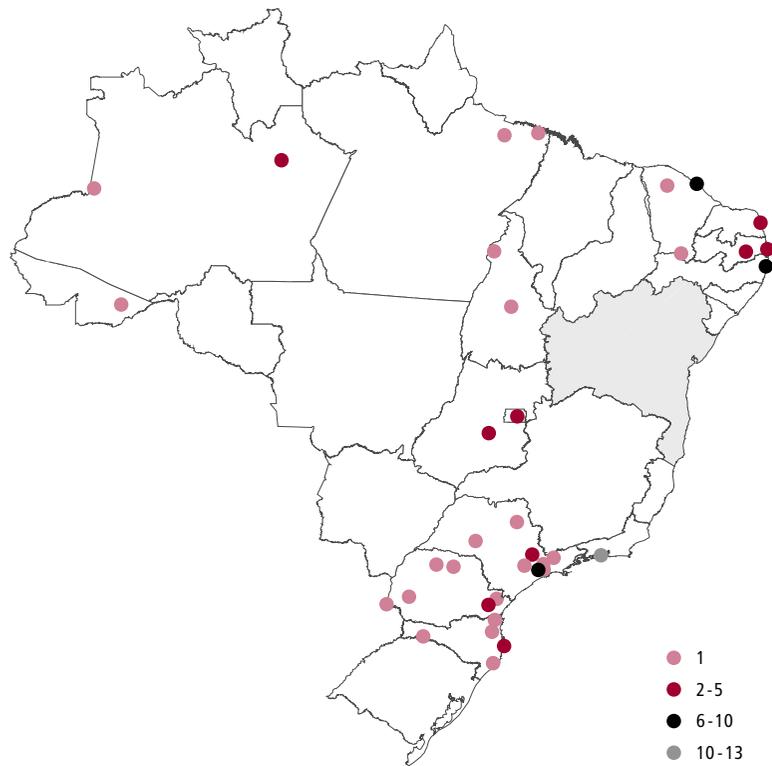
Núcleos Hospitalares de Epidemiologia – NHE

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 de outros agravos emergentes e reemergentes.

O subsistema será composto de 190 hospitais. Até dezembro de 2005, 85 núcleos já foram implantados e distribuídos em 14 unidades federadas.

No estado da Bahia está prevista a implantação de 14 núcleos hospitalares de epidemiologia, no ano de 2006.

Figura 1. Distribuição por UF de NHE implantados. Brasil, 2005



Evolução da mortalidade por doenças não transmissíveis

Deve-se considerar o alto percentual de óbitos por causas mal definidas, primeira causa no estado e na região e terceira no Brasil, em 2004. A capital tem percentual de mal definidas menor que 3%, sendo a décima causa de óbito.

As doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças endócrinas e as causas externas representaram 59% do total de óbitos por causas conhecidas em Salvador, 64,3% na Bahia, 66,4% no Nordeste e 67,6% no Brasil.

Doenças Aparelho Circulatório – DAC

O estado, a capital e o Brasil apresentaram queda na tendência da mortalidade por DAC na população de 30 anos e mais, sendo mais acentuada em Salvador. A região apresentou leve tendência de aumento. A capital apresentou as maiores taxas no período, 566,5/100 mil hab., em 2004.

Diabetes

Bahia apresentou aumento na tendência da mortalidade por diabetes na população de 40 anos e mais, semelhante ao ocorrido no Brasil e região. A capital, que apresentou as maiores taxas no período, 112/100 mil hab. em 2004, apresentou queda na tendência durante no período analisado.

Figura 1. Taxa padronizada da mortalidade por DAC na população > 30 anos. Salvador, Bahia, Nordeste e Brasil, 1996-2004

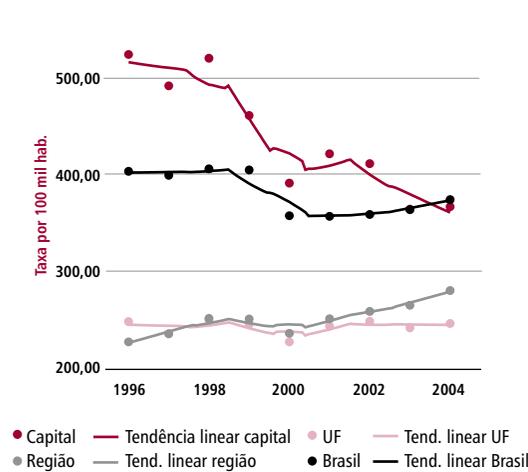
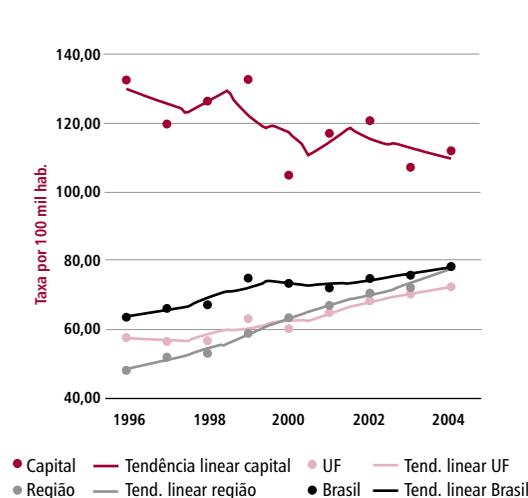


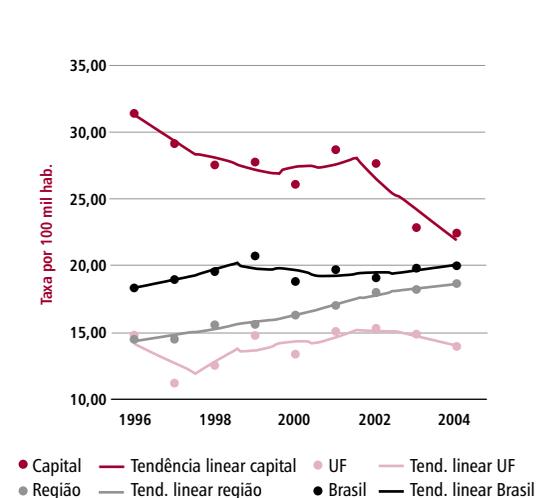
Figura 2. Taxa padronizada de mortalidade por diabetes na população > 40 anos. Salvador, Bahia, Nordeste e Brasil, 1996-2004



Neoplasias

O estado apresentou estabilidade na tendência da mortalidade por câncer de colo do útero na faixa de idade de 20 anos e mais, acompanhando o comportamento da região. O Brasil e região mostraram pequeno aumento na tendência. A capital, que apresentou as maiores taxas, 22,4/100 mil hab. em 2004, mostrou tendência de queda. Deve-se considerar o alto percentual de óbitos classificados como porção não especificada do útero, 29%, em 2003, no estado.

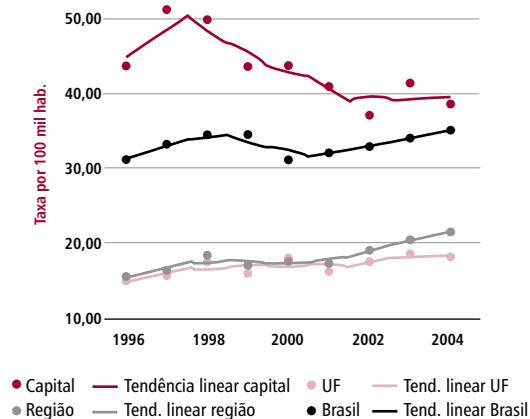
Figura 3. Taxa padronizada de mortalidade por câncer de colo uterino na população > 20 anos. Salvador, Bahia, Nordeste e Brasil, 1996-2004



Agravos e doenças não transmissíveis

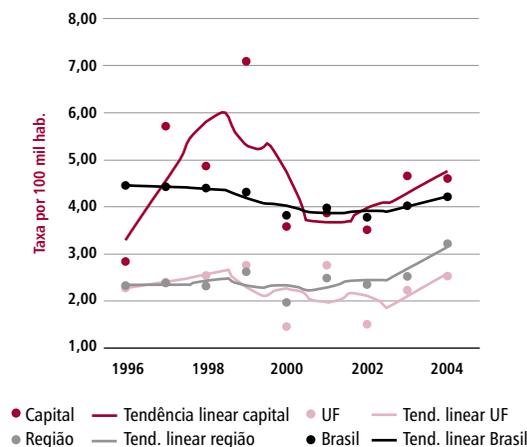
O estado apresentou pequena tendência de aumento da mortalidade por neoplasia de mama na população feminina de 40 anos e mais, semelhante ao observado no Brasil e região. A capital, que apresentou as maiores taxas, 38,6/100 mil hab. em 2004, mostrou queda na tendência, passando a uma estabilidade no final do período.

Figura 4. Taxa padronizada de mortalidade por câncer de mama na população > 40 anos. Salvador, Bahia, Nordeste e Brasil, 1996-2004



O estado e a região apresentaram estabilidade na tendência da mortalidade por neoplasia de traquéia, brônquios e pulmão na população masculina de 30 a 49 anos, com discreto aumento no final do período. O Brasil mostrou pequena queda. A capital, que apresentou as maiores taxas, 4,6/100 mil hab. em 2004, apresentou tendência de queda a partir de 1999.

Figura 5. Taxa padronizada de mortalidade por câncer de traquéia, brônquios e pulmão na população > 30 anos, sexo masculino. Salvador, Bahia, Nordeste e Brasil, 1996-2004



Evolução da mortalidade por causas externas (acidentes e violências)

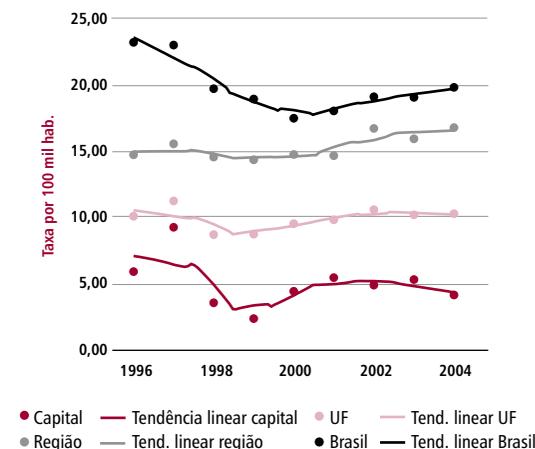
Dos óbitos por causas conhecidas, as causas externas foram a terceira causa de morte em Salvador (14,6%) e no Brasil (14,2%) e a segunda na Bahia (15,4%) e no Nordeste (15,5%), em 2004.

Chama atenção o alto percentual de causas externas indeterminadas, não possibilitando o correto diagnóstico (Bahia 28,2% e Salvador 38,3%). Com isso todas as taxas ficam indevidamente abaixo das taxas do Brasil e região.

Acidentes de transportes terrestres

O estado apresentou estabilidade na tendência da mortalidade por acidentes de transporte terrestre. O Brasil e a região apresentaram pequeno aumento na tendência a partir de 2000. A capital, que apresentou as menores taxas, 4,2/100 mil hab. em 2004, mostrou tendência de queda desses óbitos.

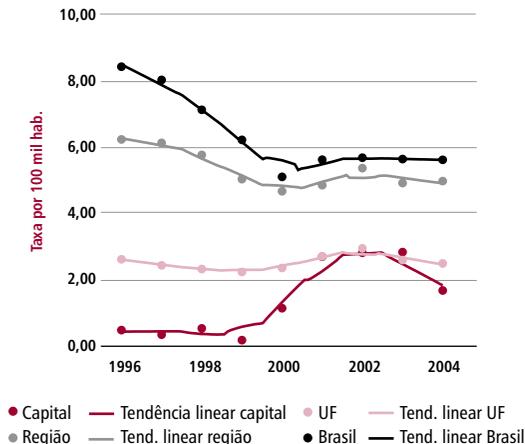
Figura 6. Taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transporte. Salvador, Bahia, Nordeste e Brasil, 1996-2004



Atropelamentos

O estado apresentou estabilidade na tendência de mortalidade por atropelamento. O Brasil e a região apresentaram tendência de queda até 2000, quando as taxas ficaram estáveis. A capital, que apresentou as menores taxas, 1,7/100 mil hab. em 2004, mostrou aumento na tendência desses óbitos no período.

Figura 7. Taxa padronizada de mortalidade por atropelamentos. Salvador, Bahia, Nordeste e Brasil, 1996-2004



Acidentes com motocicletas

O estado apresentou aumento na tendência da mortalidade por acidente com moto no período, acompanhando o comportamento da região e do Brasil. A capital que apresentou as menores taxas, 0,2/100 mil hab., em 2004, mostrou estabilidade na tendência. O alto percentual de causas externas indeterminadas dificulta a comparação das taxas.

Acidentes de automóveis

O estado e a capital apresentaram aumento na tendência da mortalidade por acidentes com ocupantes de veículo, semelhante ao observado no Brasil e região. Chama atenção a discrepância dos dados da capital com Brasil, região e o próprio estado.

Figura 8. Taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transportes com motocicletas. Salvador, Bahia, Nordeste e Brasil, 1996-2004

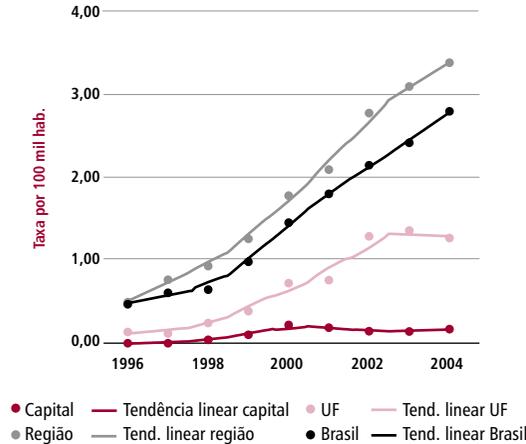
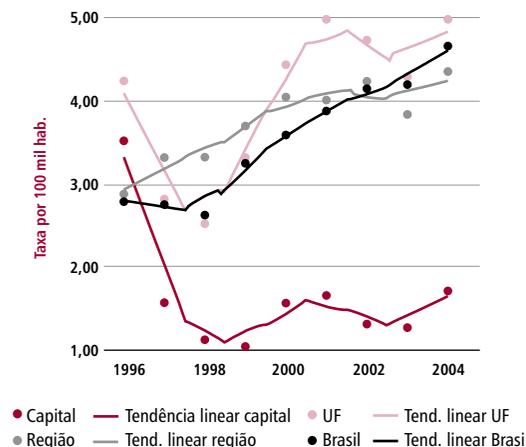


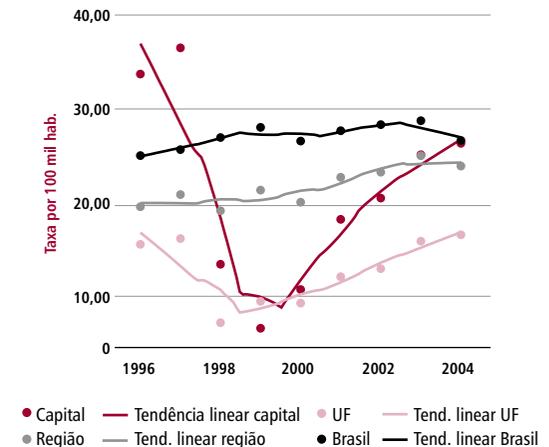
Figura 9. Taxa padronizada de mortalidade por acidentes de transportes com ocupantes de veículo. Salvador, Bahia, Nordeste e Brasil, 1996-2004



Agressões

Estado e capital apresentaram considerável aumento na tendência da mortalidade por homicídios até 2003, quando houve uma queda. Na Região Nordeste e Brasil ocorreu pequeno aumento, com queda em 2004. A comparabilidade das taxas torna-se difícil pelo elevado percentual de causas externas indeterminadas.

Figura 10. Taxa padronizada de mortalidade por agressões. Salvador, Bahia, Nordeste e Brasil, 1996-2004



O Laboratório Central de Saúde Pública – Lacen é o coordenador da Rede Estadual de Laboratórios, tendo como atribuições, além da realização de exames de média e alta complexidades, capacitar, supervisionar e avaliar a qualidade técnica dos exames produzidos na Rede Estadual de Laboratórios.

O Ministério da Saúde, tendo identificado as dificuldades financeiras dos Lacen e considerando a sua função estratégica para o sistema de Vigilância em Saúde, instituiu, por meio da Portaria nº. 2.606/2005, o Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Finlacen. Nesta portaria os laboratórios são classificados por portes e níveis, conforme Tabela 1.

A portaria estabelece as metas obrigatórias abaixo relacionadas, para execução, nos primeiros 12 meses de sua vigência, para todos os Lacen, independente de porte ou nível.

Tabela 1. Valor mensal do Finlacen de acordo com o porte e nível

Porte	Valor mensal por nível (R\$ 1.000,00)				
	A	B	C	D	E
I	80	100	150	200	250
II	100	150	200	250	300
III	150	200	250	300	350
IV	200	250	300	350	400
V	250	300	350	400	450

O mecanismo de repasse do Finlacen se dará mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde, em conta do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS – Programa de Incentivo para Fortalecimento dos Lacen.

A portaria estabelece ainda, em caráter provisório até a competência dezembro de 2006, o valor mensal do Finlacen a ser transferido para cada Lacen. Para o estado da Bahia será repassado mensalmente o valor de R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais).

Como incentivo inicial o Finlacen repassou, no mês de Janeiro de 2006, para o estado da Bahia, referente às parcelas de novembro e dezembro de 2005, o total de R\$ 254.688,00.

No estado da Bahia a Rede de Laboratório Nível Biossegurança 3 está em certificação no Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz da Fundação Oswaldo Cruz, que atenderá aos diagnósticos de Pesquisas HIV e Tuberculose (MDR).

Para 2006, estão previstas a implantação do diagnóstico laboratorial da febre maculosa pela imunofluorescência indireta – IFI e a implantação do diagnóstico de HBV carga viral.

ISBN 85-334-1115-4



9 798533 411158

www.saude.gov.br/svs
www.saude.gov.br/bvs
Disque Saúde: 0800.61.1997



**Ministério
da Saúde**

Governo Federal