

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Relatório de Situação

A stylized map of the state of Amapá, Brazil, rendered in a dark teal color. The map is centered on the page. A light teal horizontal bar with rounded ends is overlaid across the middle of the map, containing the name 'Amapá' in white text. The background of the entire page is a lighter teal color with faint, light-colored lines representing a map of Brazil and some text labels like 'Macapá', 'R. Cl...', and 'R. Le...' in a very light font.

Amapá

Brasília – DF
2009

SUMÁRIO

1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO	5
1.1	Descrição do Estado	5
1.2	Estrutura da rede de atenção à saúde	7
	Atenção básica	7
	Média e alta complexidade	9
1.3	Vigilância em saúde	10
2	ANÁLISE DAS PRIORIDADES DA SVS	11
2.1	Consolidação da descentralização/gestão das ações de vigilância em saúde	11
	Financiamento	11
	Plano de investimento	12
	VIGISUS II	13
	Monitoramento das ações de vigilância em saúde	14
2.2	Coberturas Vacinais	15
3	FORTALECIMENTO DA PROMOÇÃO À SAÚDE	19
3.1	Fatores de risco	19
	Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre entre adultos	19
	Prevalência de tabagismo entre adultos	19
3.2	Doenças Crônicas Não Transmissíveis	20
	Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária 25 a 59 anos	20
	Taxa de internação por acidente vascular cerebral	21
3.3	Violências e Acidentes	22
	Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura do fêmur	22
	Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde	23
	Rede de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas (Rede VIVA)	24

4	APRIMORAMENTO DOS PROCESSOS DE ANÁLISE E MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	25
4.1	Indicadores de qualidade dos dados	25
	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)	25
	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	27
	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)	28
	Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água (SISAGUA)	29
	Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade do Solo (Sissolo)	30
5	APRIMORAMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA	32
5.1	Monitoramento e investigação de emergências em saúde pública	32
6	REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE	33
6.1	Análise das morbidades	33
	Doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses	33
	Doenças de transmissão respiratória e imunopreveníveis	39
	Hepatites Virais	44
	Aids, Gestante HIV+ e Sífilis Congênita	47
	Tuberculose e hanseníase	50
	Agravos externos	54
6.2	Análise da mortalidade	55
	Mortalidade infantil	55
	Mortalidade neonatal	56
	Mortalidade pós-neonatal	57
	Mortalidade infantil indígena	58

1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

1.1 Descrição do Estado

Figura 1 Municípios conforme densidade demográfica, países e estados de fronteira, capital e faixa de fronteira. Amapá, Brasil

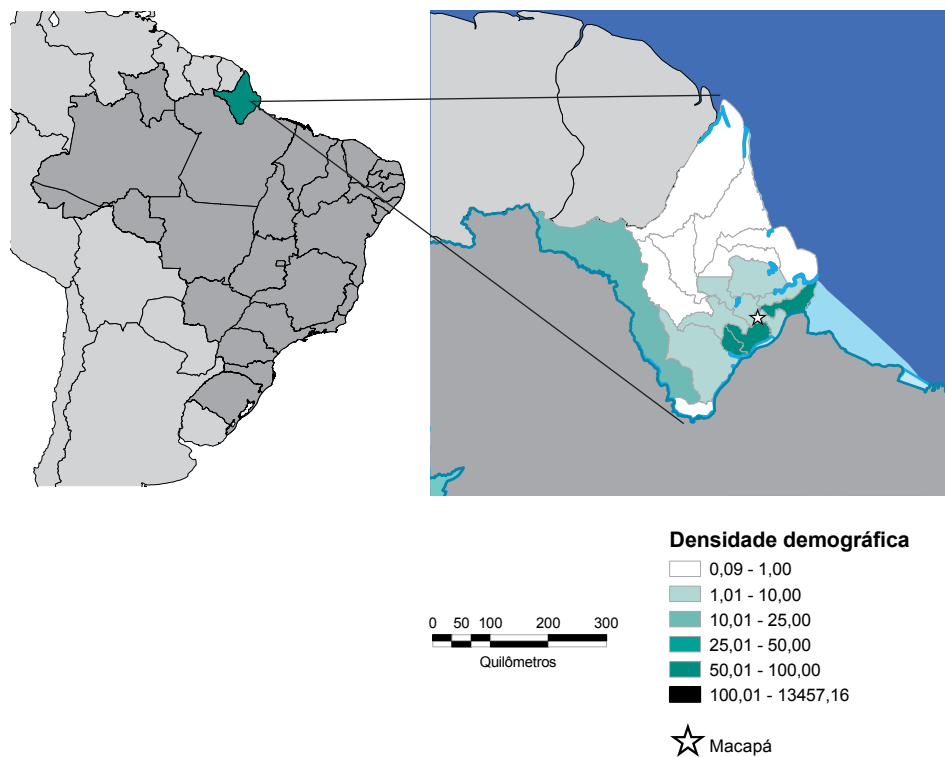
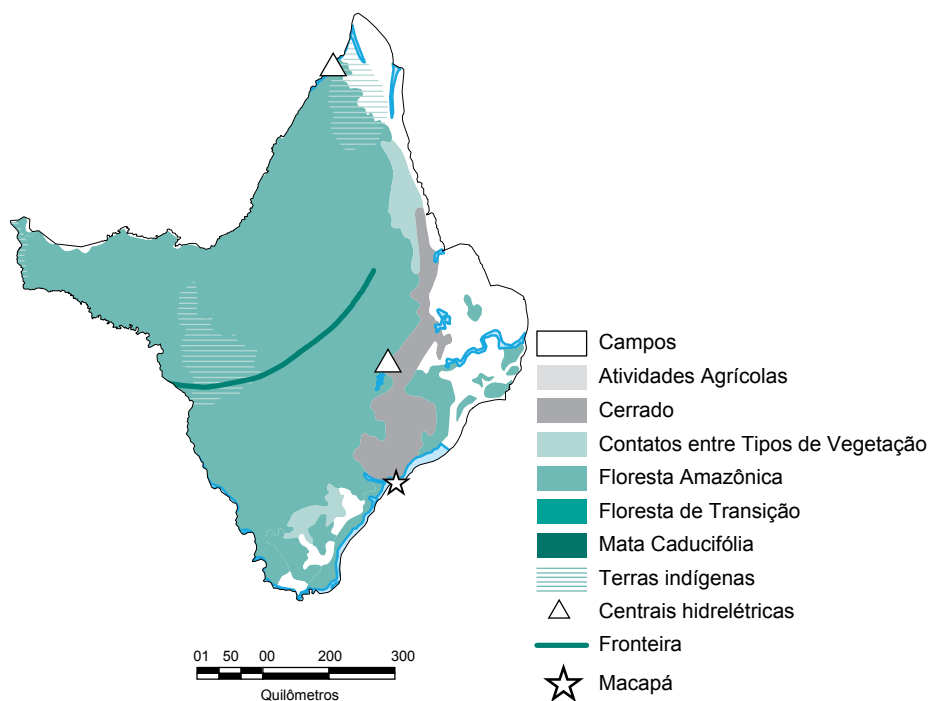


Figura 2 Cobertura de solo e terras indígenas. Amapá, Brasil



Capital	Macapá
Número de municípios	16
Território	142.814,6 km ²
População residente	613.164 habitantes, 305.541 mulheres e 307.623 homens*
Densidade populacional	4,29 habitantes/km ² *
Fluxos migratórios	27,7% da população residente são habitantes não-naturais do estado**
População indígena	6.832 habitantes***
Assentamentos de trabalhadores rurais	1.357****

Fonte:

* Projeção intercensitária para 2008 realizada pelo IBGE e disponibilizada pelo DATASUS

** IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, 2007

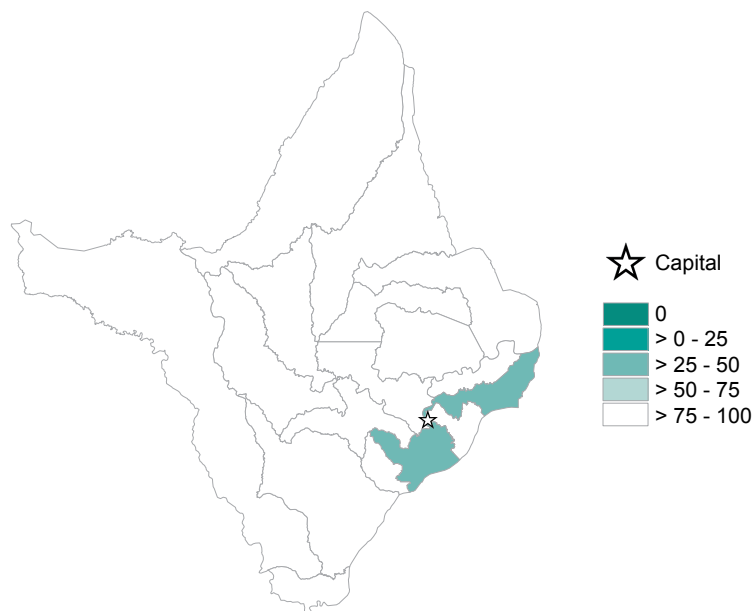
*** Siasi/Funasa, 2007

**** INCRA, 2008

1.2 Estrutura da rede de atenção à saúde

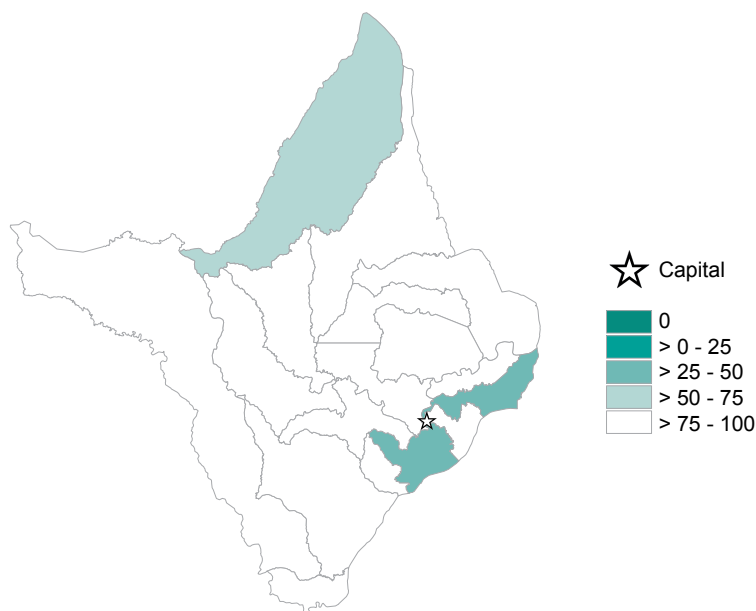
Atenção básica

Figura 3 Cobertura (%) de Equipes de Saúde da Família, segundo município. Amapá, 2008



Fonte: MS/SAS/DAB

Figura 4 Cobertura (%) de Equipes de Saúde Bucal, segundo município. Amapá, 2008



Fonte: MS/SAS/DAB

Cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família	66,5% implantada em 16 (100%) municípios*
Centros de saúde/Unidades básicas de saúde	226**
Salas de vacinação	79, sendo 63 (79,75%) cadastradas como estabelecimentos públicos municipais***

Fonte:

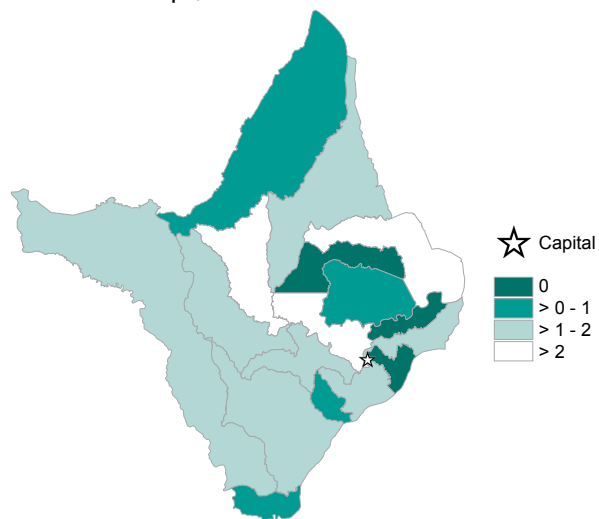
* DAB, 2008

** Somando-se centros de saúde/unidades básicas de saúde, posto de saúde, unidades mistas de atendimento 24 horas/atenção básica e unidades fluviais, quando aplicável, CNES, 2008

*** PNI, 2008

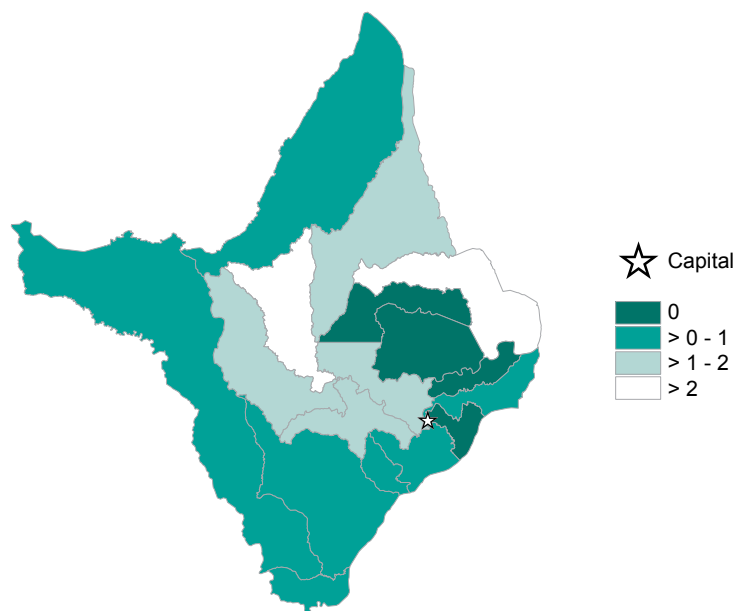
Média e alta complexidade

Figura 5 Proporção de leitos hospitalares (por mil habitantes), segundo município. Amapá, 2008



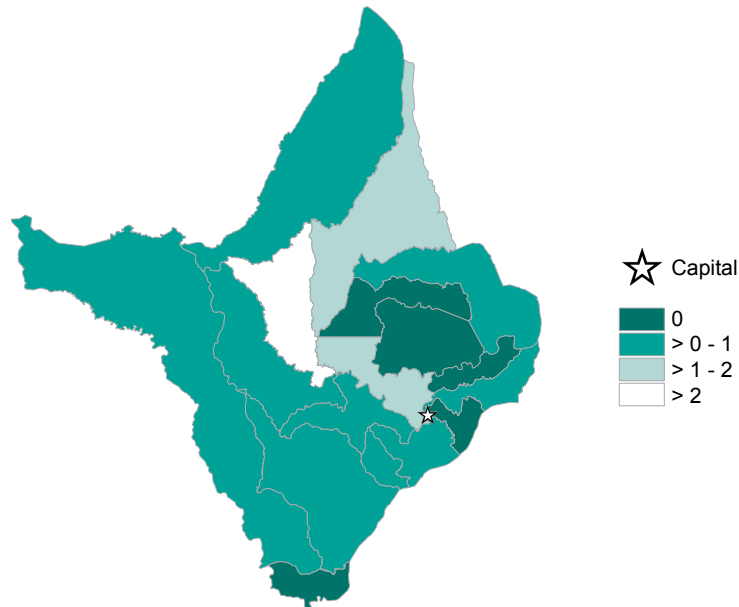
Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2008

Figura 6 Proporção de leitos pediátricos (por mil crianças), segundo município. Amapá, 2008



Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2008

Figura 7 Proporção de leitos obstétricos (por mil mulheres), segundo município. Amapá, 2008



Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2008

1.3 Vigilância em saúde

Tabela 1 Quantidade de estruturas de vigilância em saúde e sua localização. Amapá, 2008

Estrutura	Unidades (n)	Localização
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)	1	Macapá
Centros de Controle de Zoonoses (CCZ)	-	-
Laboratório de fronteira	1	Oiapoque
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE)	1	Hospital da Criança e do Adolescente do Estado do Amapá
Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS)	-	-

2 ANÁLISE DAS PRIORIDADES DA SVS

2.1 Consolidação da descentralização/gestão das ações de vigilância em saúde

Financiamento

Bloco de Vigilância em Saúde – Componente de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

O Bloco de Vigilância em Saúde destina-se ao financiamento das ações nessa área. 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.

Tabela 2 Recursos destinados ao Componente de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, conforme fonte de financiamento e instituição. Amapá, 2008

Fonte de financiamento	Instituição	Recurso (R\$)
Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS	SES	720.256,86
	Municípios	4.305.374,52
Contratação adicional de agentes de saúde para o combate ao <i>Aedes aegypti</i> *	2 Municípios	219.600,00
Campanha de Vacinação contra Raiva Animal	SES	62.146,40
Campanha de Vacinação contra <i>Influenza</i>	16 Municípios	28.593,00
Campanha de Vacinação contra Poliomielite	16 Municípios	159.752,00
Campanha de Vacinação contra a Rubéola	SES	33.031,12
	16 Municípios	300.600,10
Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar	1 Hospital Estadual	15.000,00
Política de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos	SES	52.643,67
	Macapá	52.643,67
Capacitação de pessoal em ações de controle da dengue	SES	80.246,00
Capacitação de pessoal em ações de controle da malária	SES	220.000,00
Fortalecimento das ações dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública - FINLACEN	SES	1.046.622,00
Incentivos no Âmbito do PN-HIV/Aids e outras DST***	SES	489.155,64
	Municípios	207.523,25

SES - Secretaria Estadual de Saúde

* Portaria MS 1.349/2002

*** Programa Nacional de DST e Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis

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 2008, foram repassados para o Amapá veículos e equipamentos que totalizaram cerca de R\$ 1.044.718,00, referentes a: 10 aparelhos de GPS; 1 cabine de segurança biológica classe II B2; 2 espectrofotômetro UV-VIS; 1 estufa de secagem; 44 microscópios bacteriológicos; 12 motocicletas; 5 nebulizadores costais motorizados; 4 pick-up's cabine dupla tração 4X4; 50 pulverizadores com compressão prévia; 4 turbidí-

metros digitais microprocessados e 2 veículos tipo utilitário. A entrega ocorreu em 2009.

VIGISUS II

O objetivo do projeto é fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde para reduzir a mortalidade e a morbidade de doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como a exposição a fatores de risco associados com a saúde.

O Projeto VIGISUS é resultado de um acordo de empréstimo entre o governo brasileiro e o Banco Mundial, sendo beneficiadas as 27 Unidades Federadas, 25 capitais e 144 municípios. Além disso, foram contemplados mais 211 municípios com recursos do Tesouro.

Tabela 3 Valores (em reais) aprovados para o Plano de Vigilância em Saúde (PLANVIGI) e transferidos para a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da capital, segundo fonte de financiamento. Amapá, 2008

Instituição	Fonte VIGISUS	Fonte TFVS	Total Repassado	Total Execução (Pagamentos)	% Execução
SES/AP	1.549.213,80	0,00	1.549.213,80	604.206,43	39,00
SMS - Macapá	309.803,41	0,00	309.803,41	96.060,00	31,01
Total Geral	1.859.017,21	0,00	1.859.017,21	700.266,43	37,67

* TFVS = Teto Financeiro de Vigilância em Saúde

Monitoramento das ações de vigilância em saúde

Ações	Amapá	Macapá
Notificação		
Notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda - PFA		
Investigação		
Proporção de doenças exantemáticas investigadas adequadamente		
Coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de Paralisia Flácida Aguda-PFA		
Encerramento oportuno da investigação epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória		
Investigação epidemiológica oportuna para raiva humana		
Diagnóstico Laboratorial		
Diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola)		
Encerramento de casos de meningite bacteriana por critério laboratorial		
Realização de testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes		
Implantação de aconselhamento e testagem sorológica para hepatites virais B e C nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)		
Proporção de amostras clínicas para diagnóstico do vírus <i>influenza</i> em relação ao preconizado		
Realizar supervisão nos laboratórios públicos identificados pelo LACEN e que realizam diagnóstico de doenças de notificação compulsória e agravos de interesse sanitário		
Vigilância Ambiental		
Elaboração de dois relatórios anuais contendo informações sobre as ações desenvolvidas pelo VIGIAGUA em municípios com população igual ou acima de 100.000 habitantes		
Vigilância e Controle de Vetores		
Identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes</i>		
Realização da vigilância entomológica de acordo com o preconizado no PNCD nos municípios não infestados.		
Controle de Doenças		
Taxa de cura de casos novos de tuberculose bacilíferos		
Taxa de cura de casos de hanseníase		
Redução da Incidência Parasitária Anual por Malária (IPA) nos estados da Amazônia Legal		
Proporção de municípios prioritários para combate à dengue com plano de contingência de atenção aos pacientes com dengue elaborado		
Elaboração do Plano de Contingência de Atenção aos Pacientes com Dengue		
Imunizações		
Cobertura vacinal adequada - Hepatite B (< 1 ano)		
Cobertura vacinal adequada - Poliomielite (< 1 ano)		
Cobertura vacinal adequada - Tetravalente (< 1 ano)		
Cobertura vacinal adequada - Tríplice viral (1 ano)		
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada para hepatite B (< 1 ano)		
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada para poliomielite (< 1 ano)		
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada para tetravalente (< 1 ano)		
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada para tríplice viral (1 ano)		
Monitorização de Agravos Relevantes		
Investigação de óbitos maternos (capitais e municípios com mais de 100.000 habitantes)		
Investigação de óbitos maternos (municípios com 100.000 habitantes ou menos)		
Divulgação de Informações Epidemiológicas		
Elaboração de informes epidemiológicos		
Sistemas de Informação		
Realização de coleta de declaração de óbito - DO		
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas		
Supervisão da PPI-VS		
Supervisão da PPI-VS nos municípios certificados (municípios > 100.000 hab)		
Supervisão da PPI-VS nos municípios certificados (municípios < 100.000 hab)		
Percentual de metas cumpridas	71,4%	84,2%

cumprida
 não cumprida
 não avaliável
 não se aplica

Notas: Dados referentes ao ano de 2007

LACEN = Laboratório Central

VIGIAGUA = Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano

PNCD = Programa Nacional de Controle da Dengue

PPI-VS = Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde

2.2 Coberturas Vacinais

Para a vacina DTP (contra difteria, tétano, coqueluche) + Hib (contra meningite e outras infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b), no período de 2000 a 2008, a cobertura vacinal (CV) no Amapá foi alcançada nos anos 2001, 2004, 2005 e 2008, mantendo-se abaixo da meta nos demais anos. Em 2001, foi registrado um comportamento atípico, com CV de 154%. Em 2008, a CV no estado foi de 100% da população-alvo, superando a média regional e nacional. Em relação à homogeneidade, a meta de 70% dos municípios com cobertura adequada ($\geq 95\%$) foi alcançada nos anos de 2005 e 2008, quando 81,3% (13 municípios) e 75% (12 municípios), respectivamente, atingiram coberturas adequadas. O difícil acesso geográfico, provavelmente, é um fator contributivo para os resultados desfavoráveis do estado.

Figura 8 Cobertura vacinal (%) com a tetravalente* na população menor de um ano. Amapá, Região Norte e Brasil, 2000 a 2008

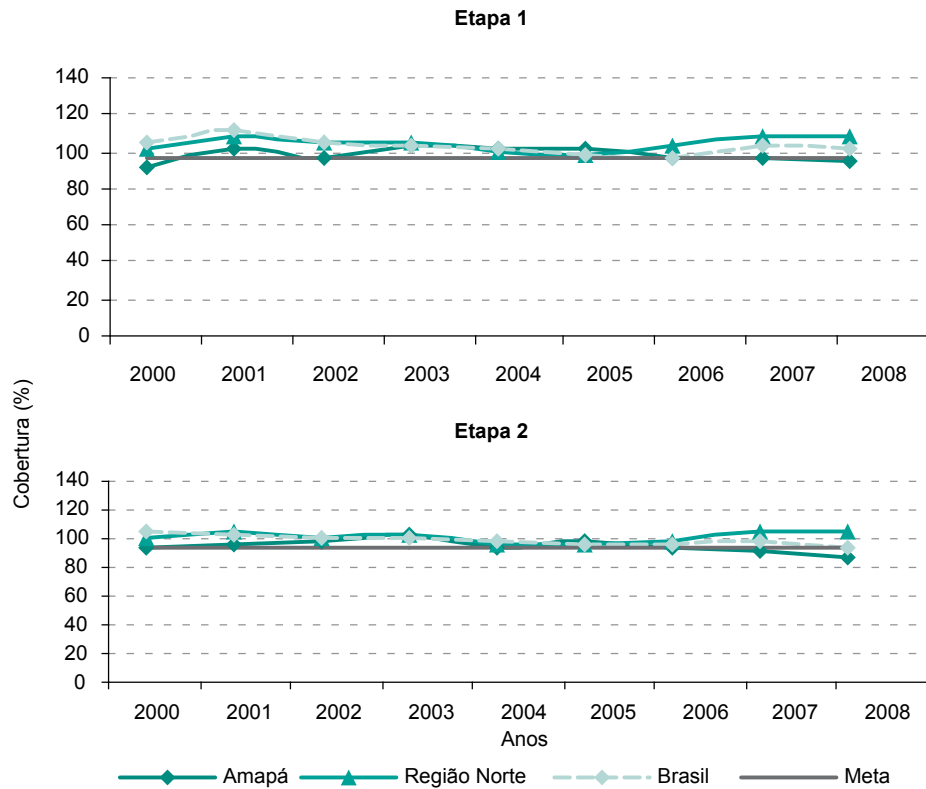


Fonte: SIAP/SVS/MS

* CV até 2001 refere-se à DPT - tríplex bacteriana; soma-se as doses DPT e Hib em 2002 e DTP+Hib a partir de 2003

Para a vacina contra poliomielite em menores de cinco anos de idade, na primeira e segunda etapas da campanha nos dias nacionais de vacinação, entre 2000 e 2008, as CV no Amapá ficaram acima da meta de 95%, ou próximas a ela, com queda nos últimos dois anos da série. Destaca-se o baixo índice de cobertura na segunda etapa de 2008 (87,7%). Em geral, em ambas as etapas da campanha, a CV no estado ficaram abaixo das médias registradas pela região e para o país.

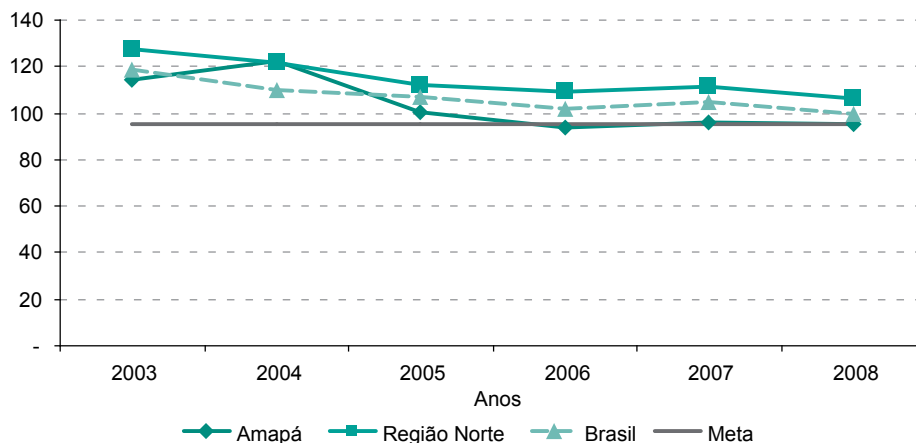
Figura 9 Cobertura vacinal (%) contra poliomielite, na primeira e segunda etapas dos dias nacionais de vacinação, na população menor de cinco anos de idade. Amapá, Região Norte e Brasil, 2000 a 2008



Fonte: API/CGPNI/DEVEP/SVS/MS

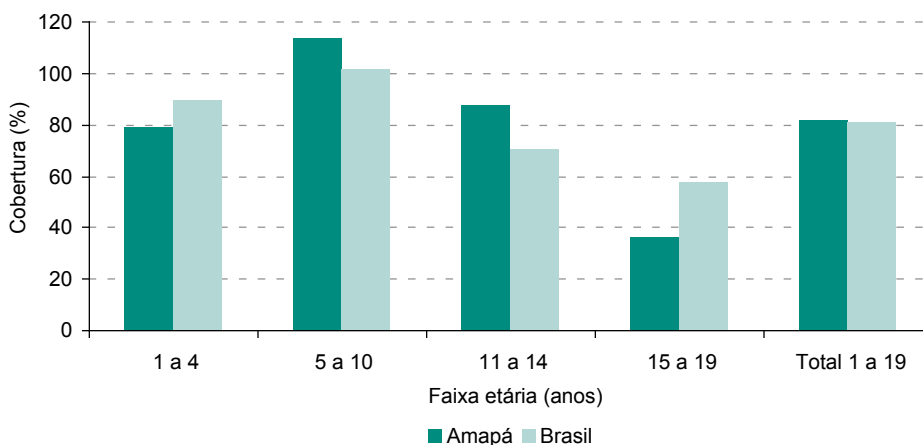
As CV com a tríple viral (contra sarampo, rubéola e caxumba) na população de um ano de idade no Amapá, foram superiores à meta de 95%, no período de 2000 a 2008, exceto em 2006 (93,6%). Em relação à homogeneidade de coberturas, cuja meta é pelo menos 70% dos municípios com CV adequadas ($\geq 95\%$), as proporções variaram de 100% (16 municípios), em 2004, a 62,5% (10 municípios), em 2008.

Figura 10 Cobertura vacinal (%) com a tríplice viral, na população com um ano de idade. Amapá, Região Norte e Brasil, 2003 a 2008



Fonte: SIAPI/SVS/MS

Figura 11 Cobertura vacinal (%) acumulada com a vacina contra a hepatite B, segundo grupo etário e total, na população de um a 19 anos de idade. Amapá e Brasil, 1994 a 2009*



Fonte: SIAPI/SVS/MS

* Até março de 2009

No Amapá, a CV acumulada contra hepatite B, para o grupo etário de 1 a 19 anos, atingiu 81,8%, semelhante à CV no país (80,9%). Desagregando a análise por faixa etária, verifica-se que as coberturas são próximas a 80%, destacando-se o grupo de 5 a 10 anos, no qual a CV atingiu 100%. No grupo de maior risco epidemiológico, 15 a 19 anos, a CV no estado foi baixa (36,1%), inferior à média nacional (57,5%).

Tabela 4 Cobertura vacinal (%) na campanha nacional de vacinação contra rubéola*, na população de 20 a 39 anos, segundo sexo e na população total desta faixa etária. Amapá, Região Norte e Brasil, 2008

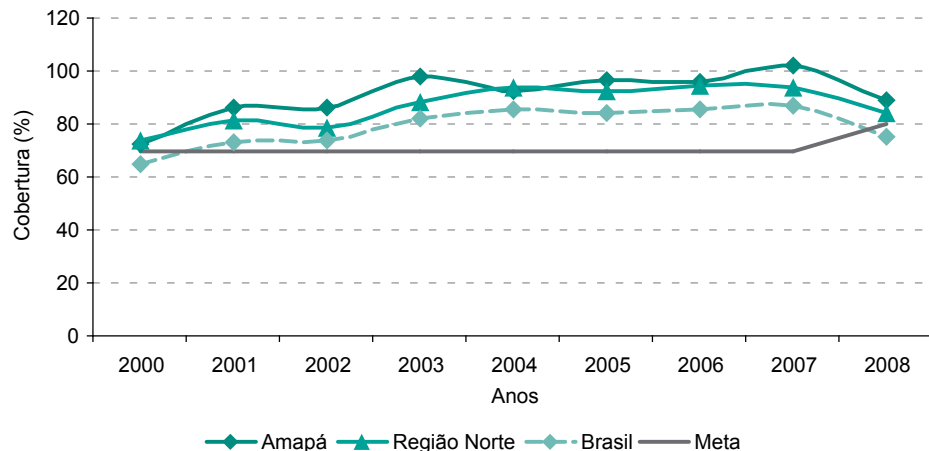
Local	Cobertura (%)		
	Homens	Mulheres	População total
Amapá	99,82	104,55	102,23
Norte	93,65	101,82	97,72
Brasil	93,96	99,50	96,75

Fonte: SIAPI/CGPNI/DEVEP/SVS/MS, em 5/5/2009

* Campanha nacional realizada no período de 9 de agosto a 31 de dezembro de 2008

As CV na campanha de vacinação contra rubéola para adultos jovens, de 20 a 39 anos, no Amapá, foram superiores àquelas do país e da Região Norte, na população-alvo total, entre as mulheres e entre os homens. Em todos os estratos, a CV no estado superou a meta de 95%.

Figura 12 Cobertura vacinal (%) na campanha de vacinação contra *influenza*, na população de 60 anos e mais. Amapá, Região Norte e Brasil, 2000 a 2008



Fonte: SIAPI/SVS/MS

A meta estabelecida de CV para a vacinação contra influenza entre idosos (70%) foi superada pelo estado do Amapá, e pela Região Norte, a partir de 2000. Ressalta-se que, em função da mudança da meta para 80% da população-alvo, em 2008, e da correção da população estimada pelo IBGE, a partir de 2006, os dados não são perfeitamente comparáveis. Em 2008, as CV no Amapá mantiveram-se superiores à nova meta de 80%. O número de doses aplicadas no estado foi crescente em todo o período, elevando-se de 11.867, em 2000, para 16.118, em 2008.

3 FORTALECIMENTO DA PROMOÇÃO À SAÚDE

3.1 Fatores de risco

Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre entre adultos

No Brasil, a frequência de adultos que praticam atividade física suficiente no tempo livre (considera-se a prática de atividades de intensidade leve ou moderada por pelo menos 30 minutos diários em 5 ou mais dias da semana ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos diários em 3 ou mais dias da semana) foi 15,0%, em 2008. Em Macapá, a frequência de adultos ativos no tempo livre foi 19,7%, maior entre os homens.

Tabela 5 Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre e respectivo intervalo de confiança de 95%, segundo sexo. Macapá e total das capitais brasileiras, VIGITEL 2006, 2007 e 2008

LOCAL	2006	2007	2008
Macapá	18,2 (16,5-19,9)	17,4 (14,5-20,2)	19,7 (16,3-23,0)
Masculino	25,6 (22,7-28,6)	21,7 (17,2-26,2)	28,0 (22,1-33,9)
Feminino	11,1 (9,3-12,9)	13,3 (9,6-17,0)	11,8 (9,3-14,4)
Total capitais brasileiras	14,9 (14,6-15,2)	15,5 (14,8-16,3)	15,0 (14,3-15,7)
Masculino	18,3 (17,8-18,8)	19,3 (17,9-20,6)	18,5 (17,3-19,7)
Feminino	11,9 (11,6-12,3)	12,3 (11,6-13,0)	12,0 (11,3-12,7)

Fonte: VIGITEL

Prevalência de tabagismo entre adultos

O tabagismo aumenta o risco de morbimortalidade por doenças coronarianas, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer. Considera-se fumante todo indivíduo que fuma, independentemente da frequência e intensidade do hábito de fumar. No Brasil, a prevalência, em 2008, foi 16,1%. Em Macapá, a frequência do hábito de fumar foi 16,0%, maior entre os homens em relação às mulheres.

Tabela 6 Prevalência de tabagismo e respectivo intervalo de confiança de 95%, segundo sexo. Macapá e total das capitais brasileiras, VIGITEL 2006, 2007 e 2008

LOCAL	2006	2007	2008
Macapá	19,1 (17,4-20,9)	17,5 (14,1-20,9)	16,0 (12,6-19,4)
Masculino	29,4 (26,3-32,5)	24,8 (19,2-30,4)	24,8 (18,9-30,7)
Feminino	9,5 (7,8-11,1)	10,6 (6,9-14,2)	7,7 (4,9-10,6)
Total capitais brasileiras	16,2 (15,9-16,5)	16,4 (15,5-17,3)	16,1 (15,0-17,3)
Masculino	20,3 (19,7-20,8)	20,9 (19,4-22,3)	20,5 (18,3-22,7)
Feminino	12,8 (12,4-13,1)	12,6 (11,6-13,6)	12,4 (11,5-13,3)

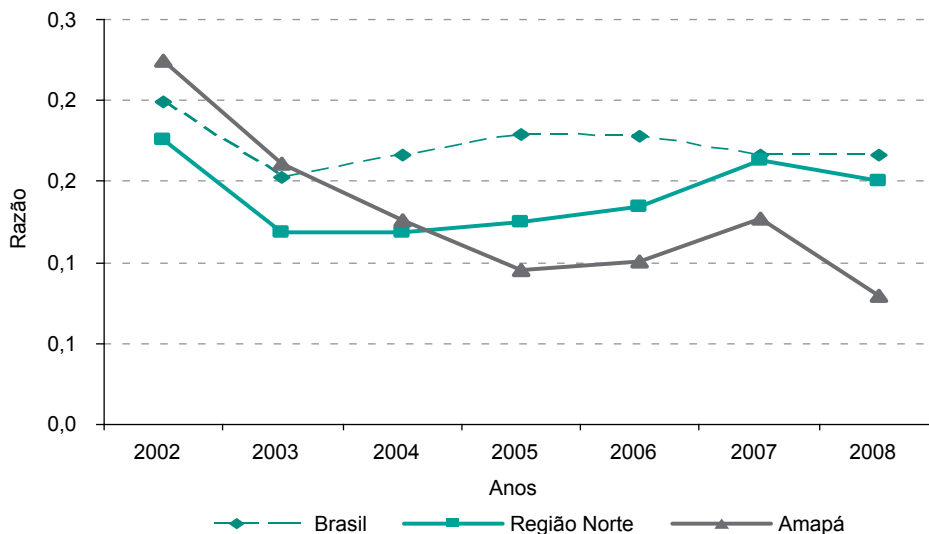
Fonte: VIGITEL

3.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária 25 a 59 anos

A razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos avalia a cobertura de exames preventivos do câncer de colo uterino nessa população. Espera-se que esta razão seja de no mínimo 0,30 exame/mulher a cada ano. O Amapá bem como a Região Norte e o Brasil não atingiram essa meta, no período de 2002 a 2008.

Figura 13 Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos. Amapá, na Região Norte e Brasil, 2002 a 2008

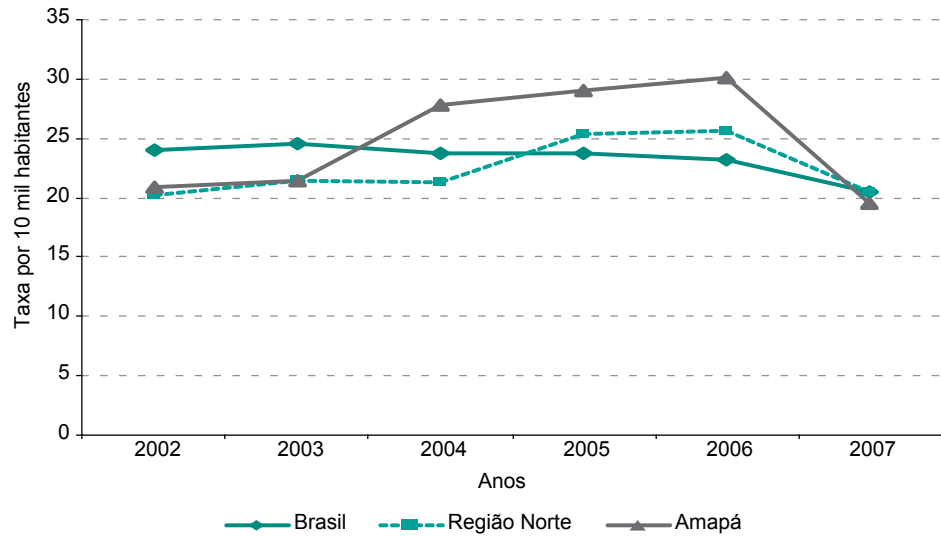


Fonte: INCA/MS

Taxa de internação por acidente vascular cerebral

A taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC) é uma forma indireta da avaliação da disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle da doença hipertensiva e também é útil para subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde do adulto. No período de 2006 a 2007, a taxa foi decrescente no Amapá. O Brasil apresentou tendência de estabilidade entre os anos de 2002 a 2006, com declínio em 2007.

Figura 14 Taxa de internação por acidente vascular cerebral (por 10 mil habitantes), na população de 40 anos e mais. Amapá, Região Norte e Brasil, 2002 a 2007



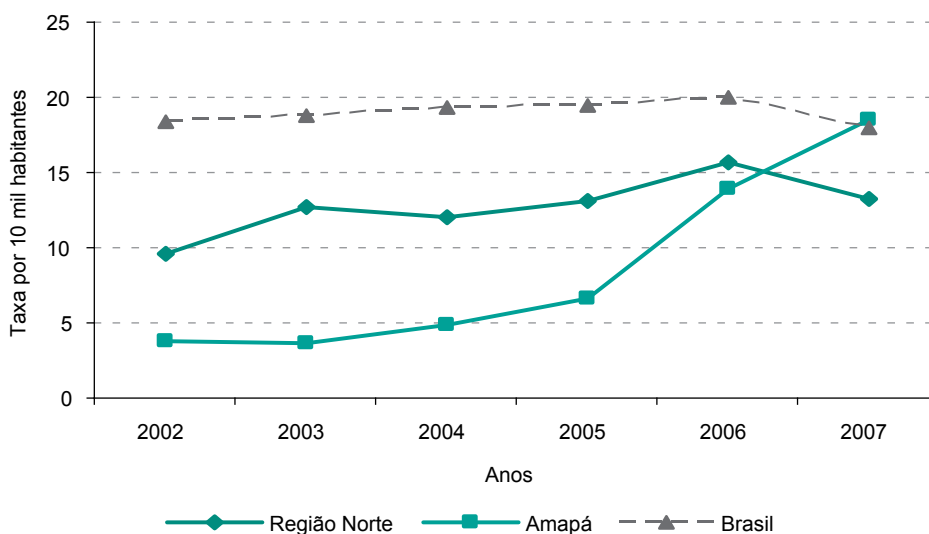
Fonte: SIH/MS

3.3 Violências e Acidentes

Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura do fêmur

A fratura de fêmur é causa comum e importante de perda funcional, apresentando um crescimento de sua incidência com o avançar da idade, principalmente devido ao aumento do número de quedas e da prevalência de osteoporose entre idosos. Elas estão associadas a um maior número de mortes e incapacidades. A avaliação e monitoramento desse indicador são importantes, considerando as consequências psicossociais e econômicas para população e sistemas de saúde. Nos anos de 2005 a 2007, observa-se um aumento da taxa no Amapá. O Brasil apresentou estabilidade no período.

Figura 15 Taxa de internação (por 10 mil habitantes) por fratura do fêmur na população de 60 anos e mais. Amapá, Região Norte e Brasil, 2002 a 2007



Fonte: SIH/MS

Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde

A Portaria GM/MS nº 936/2004 dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde e a implantação de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NPVPS). Os Núcleos participantes dessa Rede coordenam, articulam, executam e potencializam, no nível local, as ações de enfrentamento de violências e de promoção da saúde e cultura de paz.

Tabela 7 Municípios prioritários no Pacto pela Vida para implantação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (NPVPS). Amapá, 2008

Municípios prioritários para implantação de NPVPS	
Com NPVPS implantados	Sem NPVPS implantados
Macapá	-
Meta pactuada: 100% (1 município)	
Resultado alcançado em relação ao número de municípios prioritários: 100% (1 município)	

* NPVPS financiados pelo Ministério da Saúde (Editais, Convênios e Portarias) de acordo com a Portaria GM/MS nº 936/2004

Fonte: SISPACTO/MS

Destaca-se que, além do município prioritário, o estado do Amapá já tem NPVPS implantado pelo município de Santana.

Rede de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas (Rede VIVA)

A fim de dimensionar e monitorar os acidentes e violências, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, implantou a Rede VIVA, a partir de 2006. Por meio da Rede VIVA, pretende-se conhecer as características, distribuição, magnitude das violências e acidentes, buscando subsidiar o planejamento e a implementação de ações de prevenção e promoção da saúde e cultura de paz. Essas ações devem estar articuladas com a “Rede de Atenção e de Proteção às Vítimas de Violências”.

Tabela 8 Municípios prioritários no Pacto pela Vida para implantação de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Amapá, 2008

Municípios prioritários para implantação de notificação de violências	
Com notificação implantada	Sem notificação implantada
Macapá	-
Meta pactuada: 100% (1 município)	
Resultado alcançado em relação ao número de municípios prioritários: 100% (1 município)	

Fonte: SISPACTO, VIVA 2006/2007 e Sinan NET/SVS/MS, 2009

4 APRIMORAMENTO DOS PROCESSOS DE ANÁLISE E MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

4.1 Indicadores de qualidade dos dados

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

Tabela 9 Proporção (%) de casos de doenças de notificação compulsória encerrados oportunamente^(a), segundo agravo selecionado e ano de notificação. Amapá, 2003 a 2008

Agravo	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ^(b)
Doença de Chagas Aguda	23,1	100,0	8,8	44,4	80,0	45,7
Cólera	nna	100,0	nna	nna	nna	nna
Coqueluche	67,9	75,8	33,9	85,4	78,8	82,4
Febre Hemorrágica de Dengue ^(c)	nna	nna	nna	nna	89,7	79,2
Difteria	nna	nna	nna	nna	nna	nna
Febre Amarela	37,5	-	100,0	nna	nna	100,0
Febre Maculosa ^(c)	nna	nna	nna	nna	100,0	nna
Febre Tifóide	46,8	94,4	65,4	76,9	75,0	80,0
Hantavirose	nna	nna	-	nna	nna	nna
Hepatites virais	83,7	81,9	82,3	86,5	90,2	69,0
Leptospirose	60,9	78,1	56,7	77,8	79,4	76,0
Leishmaniose Tegumentar	68,3	42,1	56,6	55,3	39,0	30,1
Leishmaniose Visceral	-	nna	nna	nna	50,0	nna
Malária	33,3	100,0	75,0	100,0	(d)	(d)
Meningite	88,6	88,1	82,6	94,7	54,5	65,0
Paralisia Flácida Aguda	-	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Peste	nna	nna	nna	nna	nna	nna
Raiva	nna	nna	15,0	nna	nna	nna
Rubéola	74,3	68,5	82,3	68,0	92,2	69,0
Sarampo	86,4	50,0	80,0	100,0	83,3	100,0
Síndrome da Rubéola Congênita	-	100,0	100,0	50,0	-	nna
Tétano Acidental	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	nna
Tétano neonatal	nna	100,0	100,0	nna	-	100,0
Total	74,6	60,1	67,9	76,5	75,3	56,7

Fonte: Sinan/SVS/MS

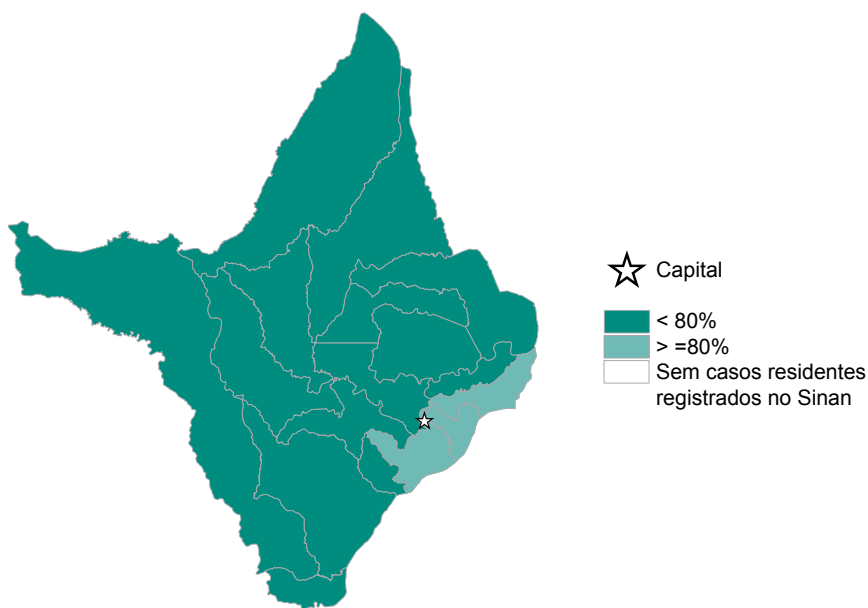
Nota: Os resultados foram obtidos com dados da base do ano seguinte ao avaliado

- (a) Método de cálculo do indicador: (nº de notificações com investigação encerrada dentro do prazo considerado oportuno para cada agravo / nº de notificações na unidade federada de residência e ano de notificação) x 100
- (b) Dados de 2008 sujeitos à revisão
- (c) Agravo incluído no cálculo do indicador a partir de 2007.
- (d) Não analisado por falta do campo Data de encerramento na ficha
- nna Nenhuma notificação no ano
- Houve notificação no ano, porém nenhuma encerrada oportunamente

A análise das proporções de casos de doenças de notificação compulsória encerrados oportunamente indica comportamento irregular desse indicador, durante o período analisado, com resultado em 2008 (56,7%) abaixo da meta estadual (74%) e do valor mínimo esperado (60%), devido à redução, principalmente, na proporção de notificações de hepatites encerradas oportunamente nesse ano. Esse agravamento e a leishmaniose tegumentar americana (LTA) representaram, respectivamente, 36% e 34% das notificações de 2008. Os dados de 2008, sujeitos à revisão, indicam oito agravos com resultados próximos ou superiores à meta anual e três agravos abaixo da meta mínima (60%).

Os dados de 2006, registrados no Sinan Windows, deixaram de ser atualizados no MS após abril de 2008. Portanto, as atualizações tardias realizadas nas bases municipais após essa data não foram consideradas no cálculo da proporção de encerramento oportuno de 2007, que inclui notificações de hepatites, LTA e síndrome da rubéola congênita (SRC) notificados no segundo semestre de 2006.

Figura 16 Proporção de notificações encerradas oportunamente, segundo município de residência. Amapá, 2008



Fonte: Sinan/SVS/MS (atualizada em 27/04/2009)
Dados sujeitos à revisão

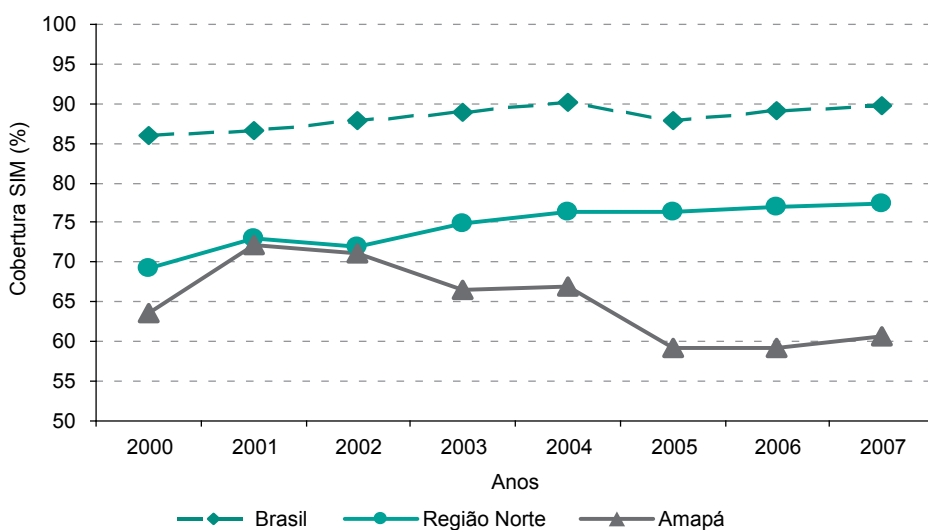
Na distribuição da proporção de notificações encerradas oportunamente observou-se que a metade dos municípios com casos residentes apresentou resultado superior a 42,9%, sendo que três ultrapassaram a meta estadual de 74%, no ano de 2008. Cabe ressaltar que 75% dos municípios com casos residentes apresentaram resultados abaixo de 60%.

O erro na rotina do fluxo de retorno do Sinan NET, que impossibilitou o encerramento de casos notificados fora do município de residência, pode ter contribuído para a redução dos resultados desse indicador, a partir de 2007, principalmente para os agravos e municípios com pequeno número anual de notificações.

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

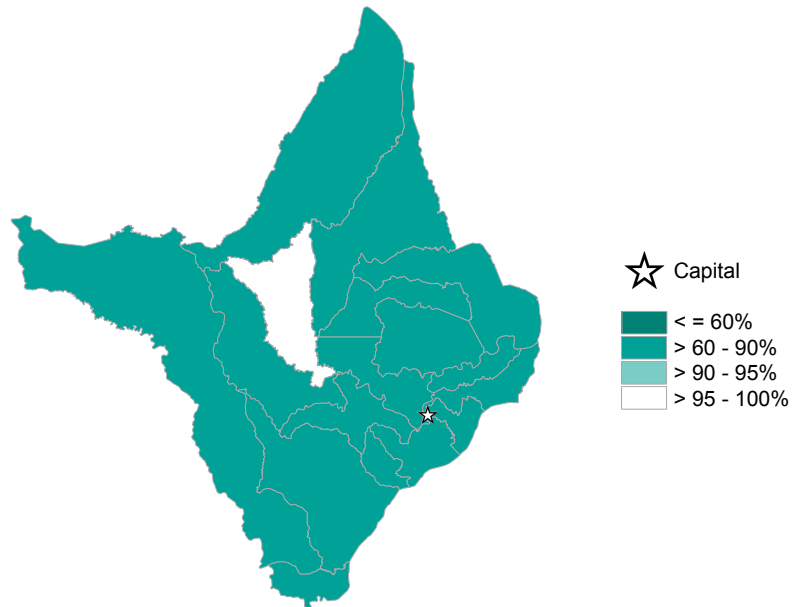
No período de 2000 a 2007, a cobertura do SIM, no Amapá declinou de 63,7% para 60,7%, representando uma diminuição de 4,8%. Em 2007, a cobertura do estado foi inferior à da Região Norte (77,4%) e do Brasil (89,7%).

Figura 17 Cobertura dos óbitos do SIM (%). Brasil, Região Norte e Amapá, 2000 a 2007



Fonte: IBGE e SIM/SVS/MS

Figura 18 Proporção (%) de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas, segundo município. Amapá, 2007



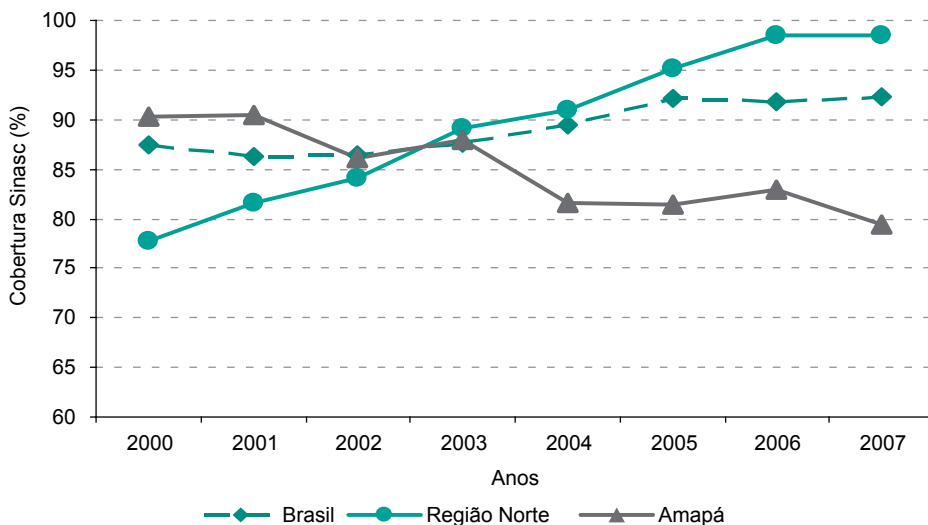
Fonte: SIM/SVS/MS

Em 2007, a proporção de causas definidas, dentre os totais de óbitos notificados ao SIM, no Amapá, foi 83,6%, inferior àquelas da Região Norte (87,2%) e do Brasil (92,3%).

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

A cobertura do Sinasc no Amapá, no período de 2000 a 2007 declinou de 90,2% para 79,4%, representando uma queda de 12,0%. Em 2007, essa cobertura foi inferior à da Região Norte (98,4%) e do país (92,3%).

Figura 19 Cobertura de nascidos vivos do Sinasc (%).
Brasil, Região Norte e Amapá, 2000-2007

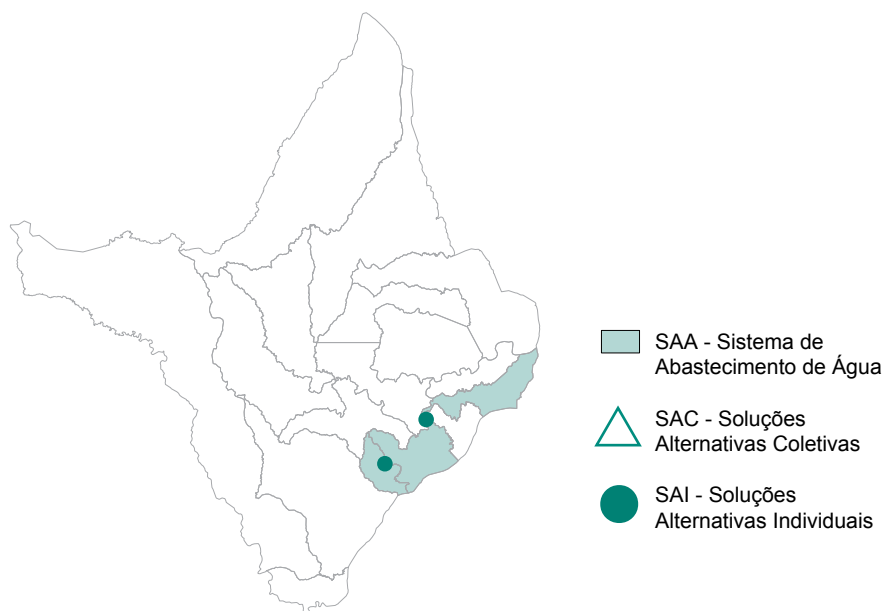


Fonte: IBGE e Sinasc/SVS/MS

Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água (SISAGUA)

Dos 16 municípios do estado, 2 (12,5%) alimentaram o SISAGUA, em 2008, com informações de cadastros das diferentes formas de abastecimento de água no município. O cadastramento constitui o primeiro passo para o desencadeamento das ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano, que incluem, dentre outros, o monitoramento da qualidade da água e as inspeções sanitárias.

Figura 20 Cobertura do SISAGUA* e municípios com informações sobre as formas de abastecimento de água. Amapá, 2008



* Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água

Fonte: CGVAM/DSAST/SVS/MS

Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade do Solo (Sissolo)

No Amapá, no período de 2004 a 2008, foram identificadas 23 áreas de solo contaminado, com uma estimativa de 36.650 habitantes potencialmente expostos a contaminantes químicos.

Tabela 10 Municípios com populações potencialmente expostas a contaminantes químicos e estimação da população exposta, segundo origem dos contaminantes. Amapá, 2008

Unidade de Postos de Abastecimento e Serviços						Estimação da população exposta
Área de Disposição de Resíduos Urbanos						
Área de Mineração						
Área de Disposição de Resíduos Industriais						
Área Industrial						
Município	AI	ADRI	AM	ADRU	UPAS	
Serra do Navio					1	3.000
Amapá	1				1	100
Calcoene	1			1		3.050
Ferreira Gomes	1			1		1.000
Laranjal Do Jari	1			1		1.000
Macapá				1		500
Mazagão	1			1		3.500
Oiapoque	1	1		1		4.000
Porto Grande			1	1		3.500
Santana		1		1		10.000
Tartarugalzinho			2	1		4.000
Vitoria Do Jari				1		3.000
Total	6	2	3	10	2	36.650

Fonte: Sissolo

5 APRIMORAMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

5.1 Monitoramento e investigação de emergências em saúde pública

Em 2008, o Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS) recebeu notificação e monitorou um evento ocorrido no Amapá, caracterizado como emergência em saúde pública de importância nacional.

Tabela 11 Emergência em saúde pública notificada ao CIEVS. Amapá, 2008

Evento	Situação	Município	Número de pessoas envolvidas	Oportunidade de notificação	Oportunidade de encerramento
Doença de Chagas aguda	Confirmado	Afuá	1	10 dias	20 dias

6 REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE

6.1 Análise das morbidades

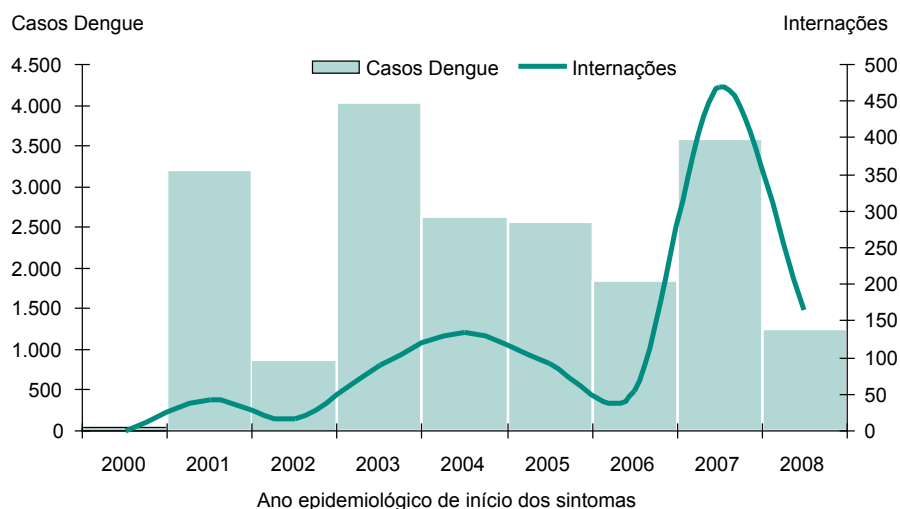
Doenças transmitidas por vetores e antrozooses

Dengue

Em 2008, foram confirmados 1.255 casos de dengue, uma redução de 64,9% em comparação com 2007 (3.578 notificações). Consideram-se confirmados todos os casos notificados, exceto os casos descartados. Ou seja, todos os casos com classificação final: dengue clássico, dengue com complicações, febre hemorrágica da dengue, síndrome do choque da dengue, ignorado/branco e inconclusivos.

A taxa de incidência de dengue no Amapá, em 2008, foi de 204,7 casos por 100 mil habitantes, considerada média. Houve registro de seis casos de febre hemorrágica, sem óbitos, e nenhum registro de caso de dengue com complicações. Quanto ao monitoramento da circulação viral, não há registro de amostra positiva no estado. As internações seguiram a tendência observada nas notificações de casos.

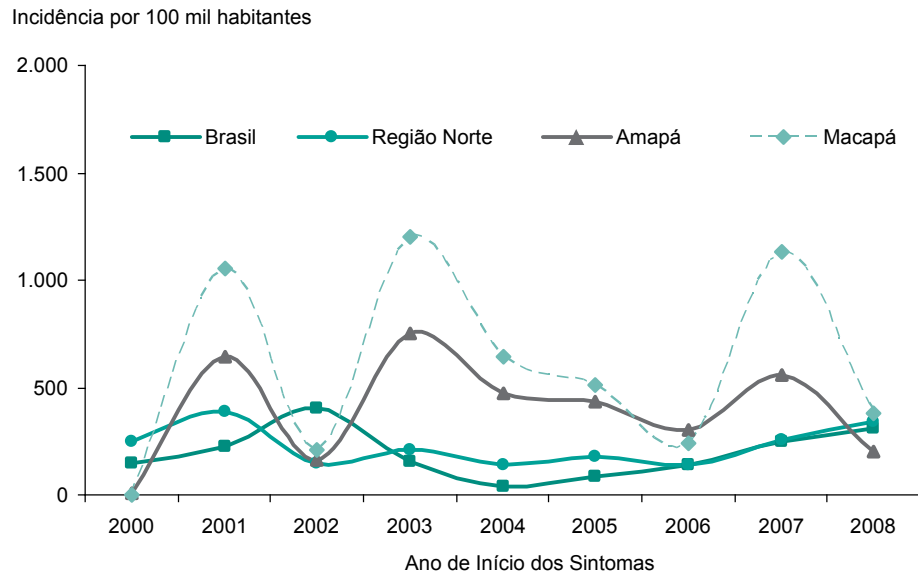
Figura 21 Número de casos confirmados e de internações por dengue. Amapá, 2000 a 2008



Fonte: Sinan/SIH

A taxa de incidência de dengue no município de Macapá, no período de 2000 a 2008, foi maior que a observada no Brasil, na Região Norte e no Amapá, exceto nos anos de 2000, 2002 e 2006

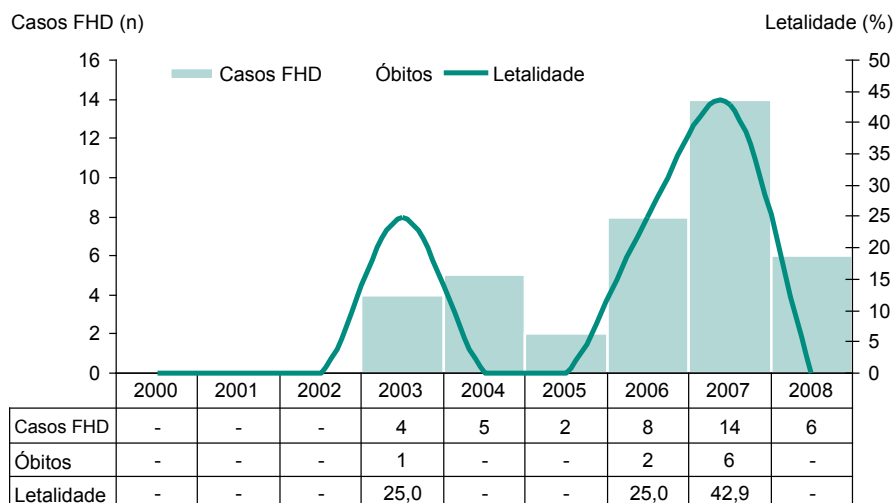
Figura 22 Taxa de incidência de casos confirmados de dengue (por 100 mil habitantes). Brasil, Região Norte, Amapá e Macapá, 2000 a 2008



Fonte: Sinan

As maiores taxas de letalidade por febre hemorrágica da dengue, no período de 2000 a 2008, no Amapá, foram registradas em 2003, 2006 e 2007.

Figura 23 Número de casos e taxa de letalidade (%) por febre hemorrágica da dengue. Amapá, 2000 a 2008



Fonte: Sinan

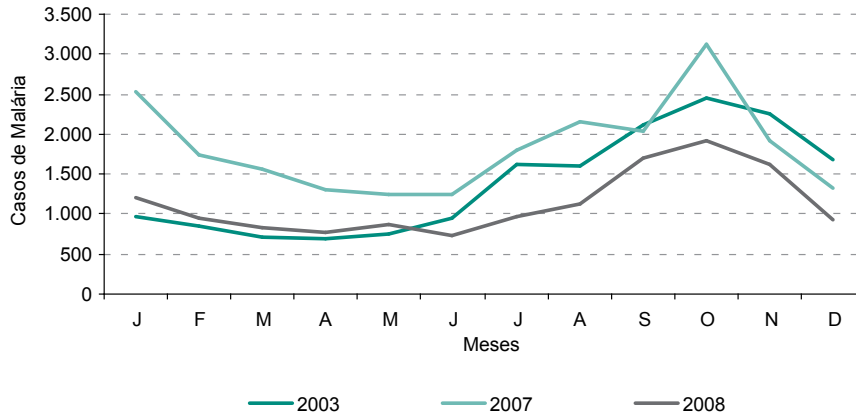
Dos 16 municípios do estado do Amapá, 3 (19%) são prioritários para o Programa Nacional de Controle da Dengue: Macapá, Oiapoque e Santana.

Malária

A transmissão da malária está concentrada em 99,9% na região da Amazônia Legal, composta pelos estados do Acre, Amazonas, Amapá, parte do Maranhão e do Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. O Amapá é responsável atualmente por 4% dos casos.

Em 2003, foram registrados 16.651 casos de malária no Amapá, enquanto que em 2007, foram registrados 21.975 casos, um aumento de 32%. No ano de 2008, foram registrados 15.132 casos, ou seja, uma redução de 31% em relação ao ano anterior.

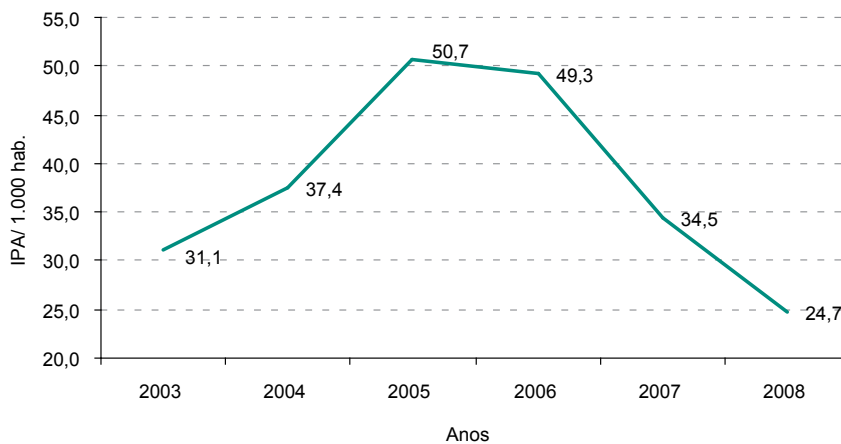
Figura 24 Número de casos de malária, segundo mês de notificação. Amapá, 2003, 2007 e 2008



Fonte: Sivep-MALÁRIA
 Dados atualizados em 26/06/09

Em 2008, seis municípios contribuíram com 80% dos casos notificados de malária no Amapá, são eles: Oiapoque (n=2.722), Porto Grande (n=1.912), Calçoene (n=1.815), Santana (1.024), Mazagão (n=1.078) e Pedra Branca do Amapari (n=749). A proporção de malária por *P. falciparum*, forma mais grave da doença, foi 20,5%. A Incidência Parasitária Anual (IPA) foi de aproximadamente 25 casos de malária a cada mil habitantes.

Figura 25 Incidência parasitária anual (IPA) de malária por mil habitantes. Amapá, 2003 a 2008



Fonte: Sivep-MALÁRIA
 Dados atualizados em 26/06/09

A letalidade passou de 0,02% em 2003 para 0,03% em 2007.

Dentre os pontos que precisam ser fortalecidos na vigilância da malária, destacam-se:

- Gestão inteligente: manejo da informação;
- Expansão da rede de diagnóstico e tratamento – controle de qualidade; e
- Focalização das ações de controle vetorial e implantação de novas ferramentas de controle.

Doença de Chagas

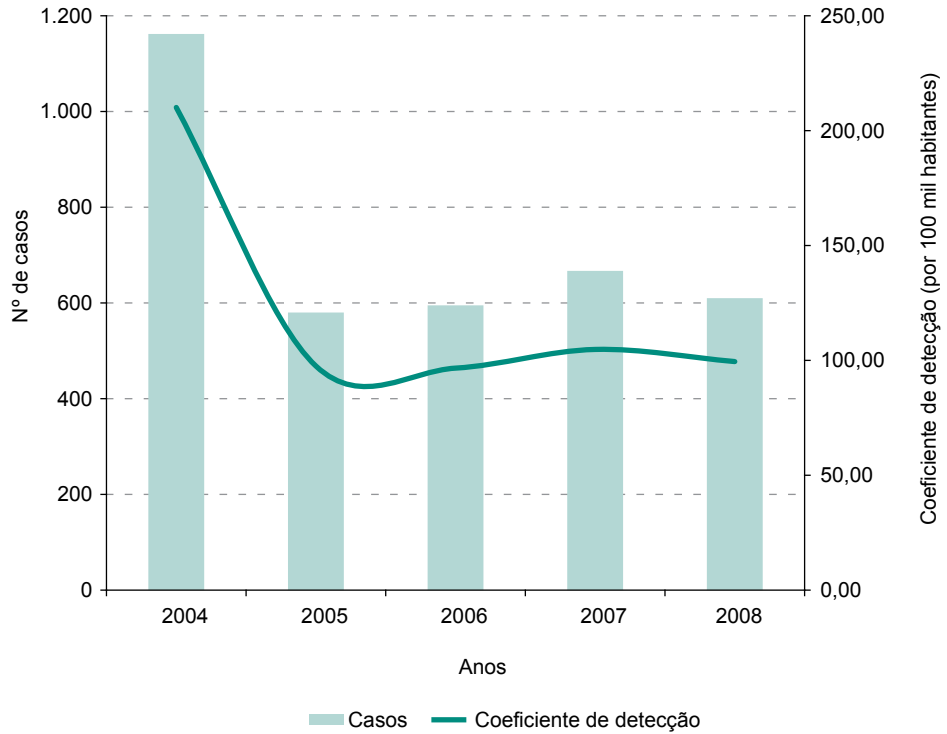
O primeiro estudo sobre doença de Chagas aguda (DCA), no estado do Amapá, foi realizado por Lacerda Jr. e colaboradores em 1974. Trata-se de um caso ocorrido em Macapá. Desde então, foram registrados surtos e casos isolados da doença nos municípios de Macapá e Santana, sem registro de óbitos. No período de 2004 a 2008, ocorreram 68 casos de DCA por transmissão oral e vetorial nesse estado, que corresponde a 15,4% dos casos ocorridos na Amazônia Legal e 13,8% dos casos ocorridos no Brasil. Em 2008, foram notificados 20 casos de DCA no estado.

Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)

No período de 2004 a 2008, foram registrados 3.614 casos de LTA no Amapá, o que corresponde a 7% dos casos registrados na Região Norte e 3% no país. O Amapá está classificado entre os dez estados com maior registro de casos. O coeficiente médio de detecção para o período foi de 121,7 casos por 100 mil habitantes.

Em 2008, foram confirmados 610 casos novos, distribuídos por todos os municípios. Do total de casos, 42% são residentes em Laranjal do Jari, 15% em Oiapoque e 9% em Porto Grande. Dentre os casos registrados, 81% ocorreram entre homens e 93% entre maiores de 10 anos, grupo mais exposto aos ambientes em que ocorre a transmissão. Ressalta-se que 98% dos casos apresentaram a forma cutânea da doença.

Figura 26 Número de casos e coeficiente de detecção (por 100 mil habitantes) de leishmaniose tegumentar americana. Amapá, 2004 a 2008*

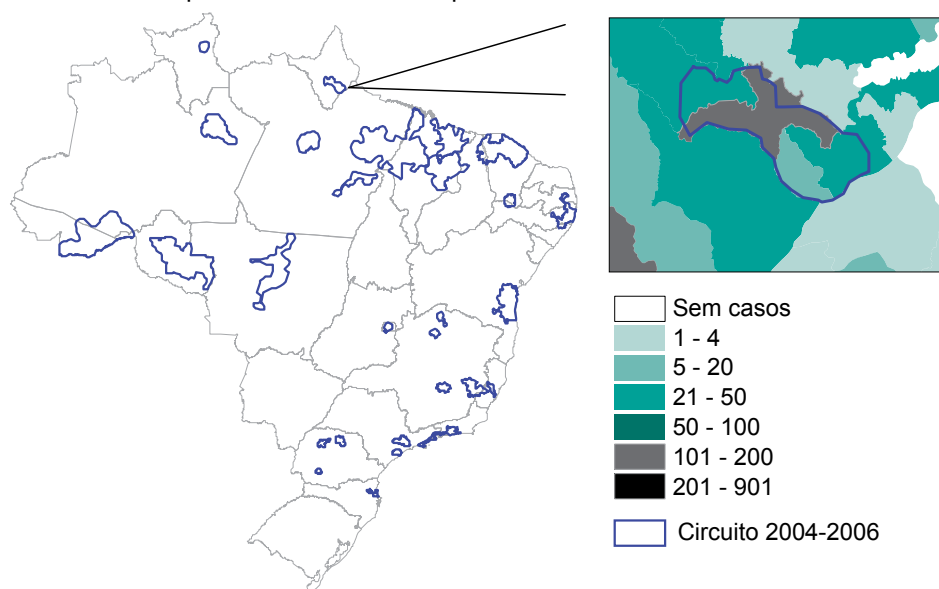


Fonte: Sinan/SVS/MS

* Dados sujeitos a revisão

Considerando o indicador densidade de casos, no período de 2004 a 2006, foram identificados 26 circuitos ativos de produção da doença de importância epidemiológica no país. O Amapá está presente no circuito 15, chamado de Macapá – Serra do Navio, que é composto por quatro municípios, dos quais três pertencem ao Amapá e um ao Pará. Os circuitos são decorrentes de processos socioeconômicos e ambientais, por isso, podem apresentar em diferentes períodos, expansão ou retração das áreas de maior produção da doença, em função das características de seus determinantes.

Figura 27 Casos de leishmaniose tegumentar americana e circuito 15 (Macapá – Serra do Navio). Amapá, 2007



Fonte: Sinan/SVS/MS

Doenças de transmissão respiratória e imunopreveníveis

Influenza

Em 2008, o estado do Amapá tinha duas unidades sentinela (US) cadastradas no sistema de vigilância epidemiológica da *Influenza*. No entanto, nenhuma informou dados de atendimento por síndrome gripal, nem de coleta de amostras.

Rubéola

No período de 2003 a 2008, foram notificados 840 casos suspeitos de rubéola no Amapá. Desses, 45 (5%) foram confirmados. Dos casos confirmados, 44 (98%) foram encerrados pelo critério laboratorial.

Tabela 12 Número de casos confirmados de rubéola.
Brasil, Região Norte, Amapá e Macapá, 2003 a 2008

Local	Anos					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Brasil	736	476	365	1.648	8.087	2.158
Norte	65	41	27	25	56	366
Amapá	3	3	1	1	4	35
Macapá	1	2	1	-	3	29

Fonte: Sinan/SVS/MS

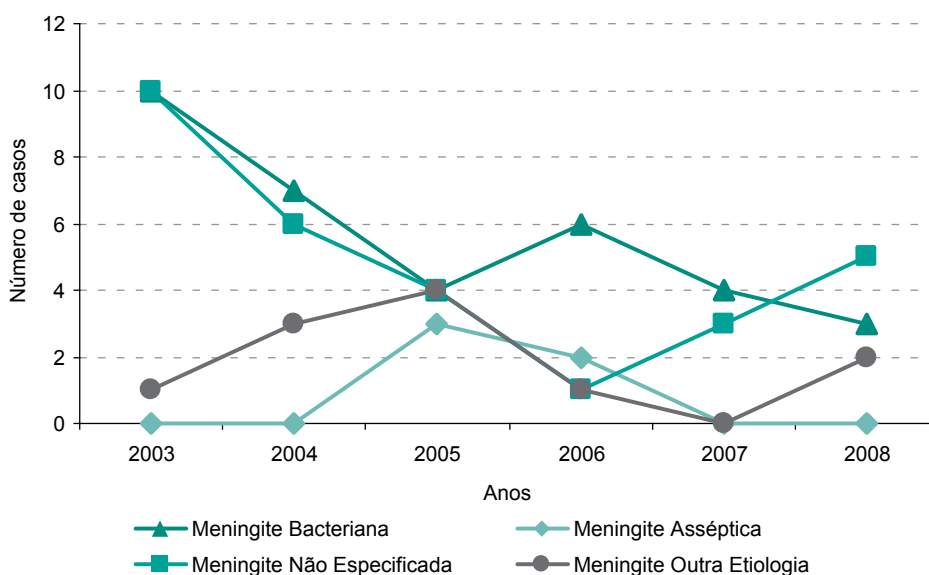
* Dados sujeitos a revisão

Em 2008, ocorreu um surto de rubéola no estado, que foi notificado tardiamente. Nenhum caso de rubéola, nem de Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) foi confirmado após o surto. É necessário intensificar e fortalecer as ações de vigilância epidemiológica com vistas à eliminação da rubéola e da SRC, até 2010.

Meningite

Entre 2003 e 2008, foram notificados 176 casos de meningite, 79 deles (45%) confirmados, sendo 34 (43%) casos de meningite bacteriana, 5 (6%) meningite asséptica, 29 (37%) meningite não especificada e 11 (14%) meningite de outra etiologia. A incidência média de meningite no período de 2003 a 2008 foi de 2,1 casos por 100 mil habitantes, tendo ocorrido redução de 4 casos por 100 mil habitantes, em 2003, para 2 casos por 100 mil habitantes, em 2008. A letalidade, no período, foi 13,8%.

Figura 28 Número de casos confirmados de meningite, segundo etiologia. Amapá, 2003 a 2008.



Fonte: Sinan/SVS/MS

O Amapá vem alcançando a meta de encerramento dos casos de meningite bacteriana com técnicas laboratoriais que permitem a identificação do agente etiológico desde 2005, primeiro ano da pactuação do Sistema de Vigilância das Meningites.

Paralisia Flácida Aguda – PFA

Os indicadores que avaliam o desempenho operacional da qualidade da vigilância da PFA/poliomielite são: 1) taxa de notificação; 2) investigação em até 48 horas após a notificação do caso; 3) coleta de uma amostra de fezes até o 14º dia do início do déficit motor; e 4) notificação negativa/positiva semanal de casos de PFA. A meta mínima esperada é de 80% para esses indicadores, exceto a taxa de notificação, cuja meta é um caso por 100 mil habitantes menores de quinze anos residente.

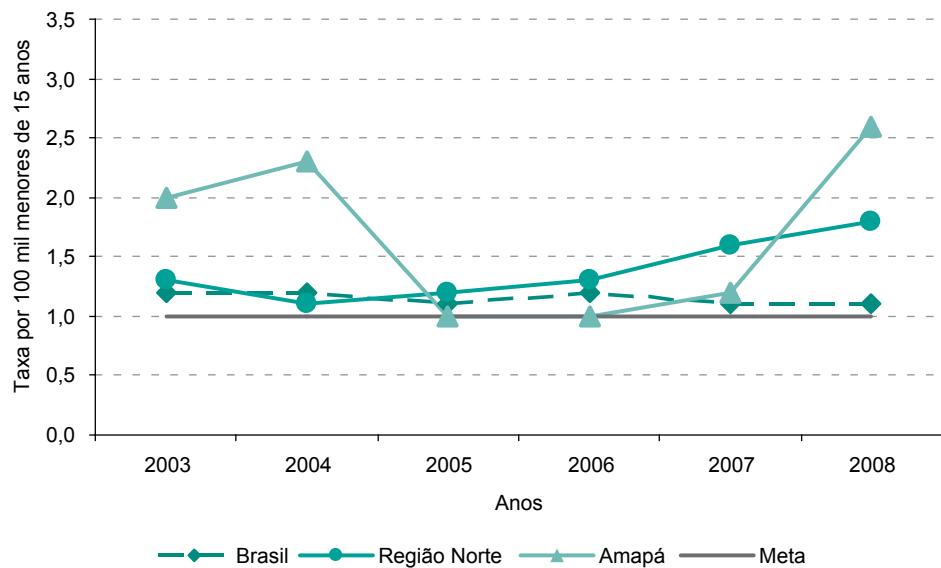
No período de 2003 a 2008, o estado apresentou resultados satisfatórios quanto à taxa de notificação de PFA. Quanto ao indicador coleta oportuna de fezes, em 2003, 2004 e 2007, a meta mínima esperada não foi atingida.

Recomenda-se maior empenho da vigilância na manutenção do cumprimento desses indicadores, principalmente, a coleta oportuna e adequada

das amostras de fezes. Uma vigilância ativa e sensível possibilita a adoção oportuna de estratégias e medidas de controle.

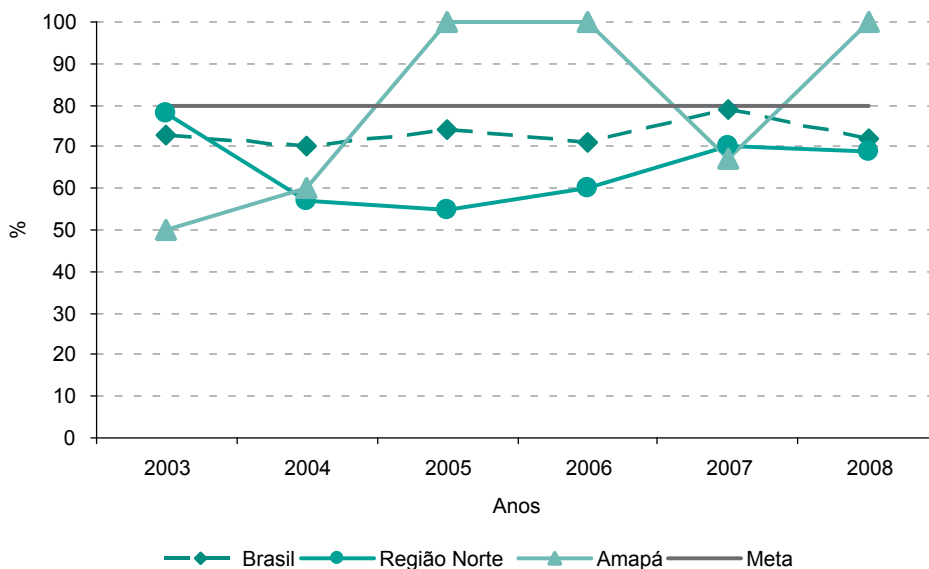
Ressalta-se que o Brasil mantém estreitos laços econômicos, turísticos e sociais com países que ainda têm circulação de poliovírus selvagem. Uma vigilância frágil põe em risco todo o esforço para manter a erradicação da poliomielite.

Figura 29 Taxa de notificação de PFA* por 100 mil habitantes menores de 15 anos. Amapá, 2003 a 2008



* Paralisia Flácida Aguda
Meta Mínima: 1 caso por 100 mil habitantes < 15 anos

Figura 30 Proporção (%) de casos de PFA* com amostra de fezes coletadas até o 14º dia do início da deficiência motora. Brasil, Região Norte e Amapá 2003 a 2008



* Paralisia Flácida Aguda
Meta Mínima: 80%

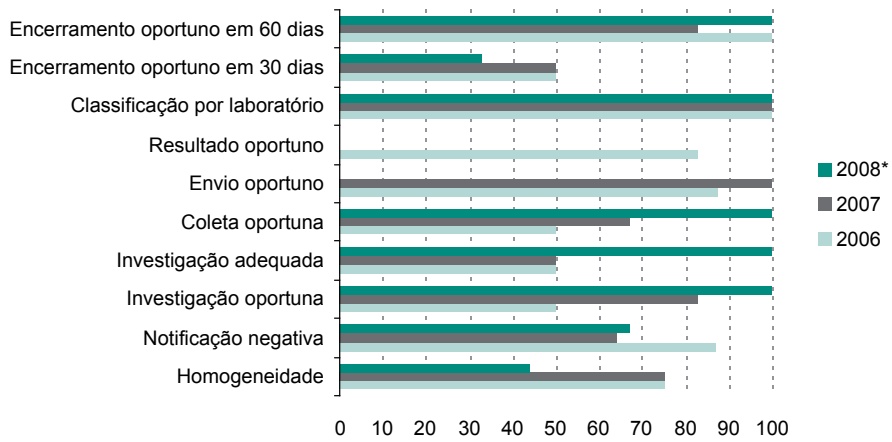
Fonte: COVER/CGDT/DEVEP/SVS/MS

Sarampo

De 2001 a 2008, a meta estabelecida para os indicadores epidemiológicos do sarampo, no Amapá, não foi atingida para a maioria dos indicadores. Em 2008, somente o indicador classificação por laboratório atingiu a meta proposta. Devido à heterogeneidade das metas alcançadas dos indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica do sarampo, pode-se inferir que existe uma falta de acompanhamento adequado da vigilância epidemiológica local e estadual.

Nesse período, foram notificados 75 casos suspeitos de sarampo, e nenhum caso foi confirmado. A campanha de vacinação contra rubéola, em 2008, utilizando a vacina dupla viral (sarampo e rubéola), para homens e mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos, atingiu a cobertura de 100%, consolidando a eliminação da transmissão do vírus do sarampo no estado.

Figura 31 Desempenho dos indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo. Amapá, 2006 a 2008*



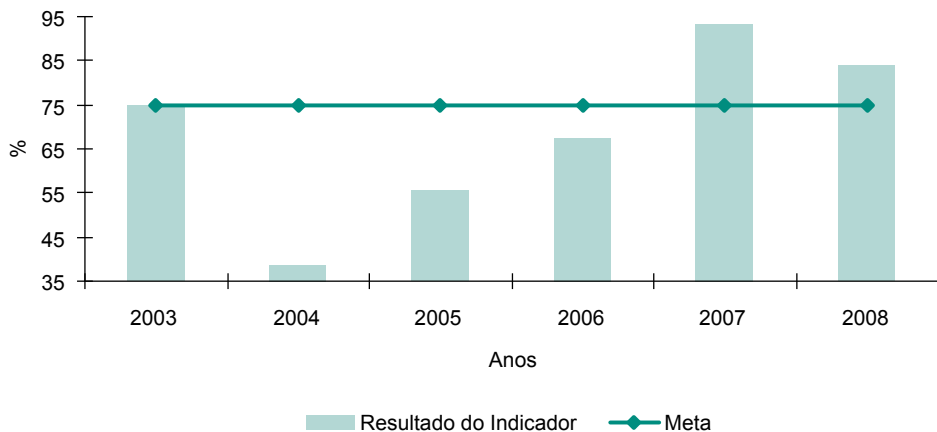
Fonte: COVER/CGDT/DEVEP/SVS/MS

* Dados sujeitos a revisão

Hepatites Virais

O indicador do Pacto pela Vida é o percentual de casos das hepatites B e C confirmados por sorologia, critério indispensável para a confirmação desses agravos. A identificação do agente etiológico, por meio do exame sorológico específico, possibilita a implantação de medidas de prevenção e controle adequadas. O Amapá apresentou, nos anos de 2004 a 2006, percentuais abaixo da meta proposta (75%). Em 2007 e 2008, a meta foi alcançada.

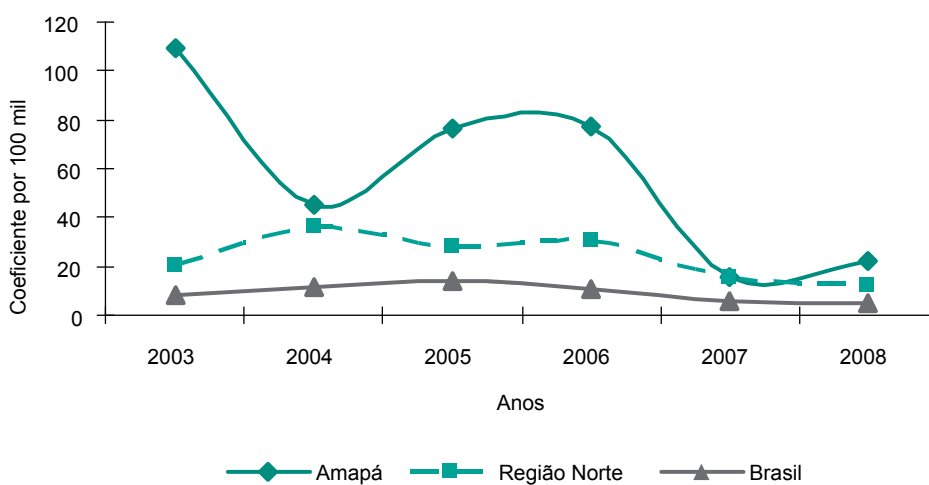
Figura 32 Percentual de casos de Hepatite B e C confirmados por sorologia. Amapá, 2003 a 2008



Fonte: Sinan/DEVEP/SVS/MS
Dados sujeitos a revisão

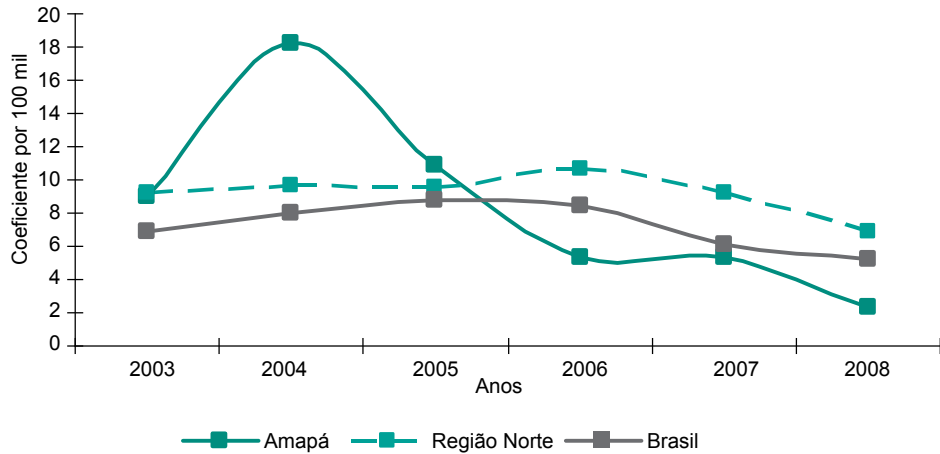
Nos últimos seis anos, o estado do Amapá detectou um maior número de casos das hepatites A e C, no ano de 2003, e de hepatite B, em 2004. Ressalta-se a necessidade de continuidade das ações que promovam o diagnóstico, assim como a notificação de casos.

Figura 33 Coeficiente de incidência (por 100 mil habitantes) de casos de hepatite A notificados. Amapá, Região Norte e Brasil, 2003 a 2008



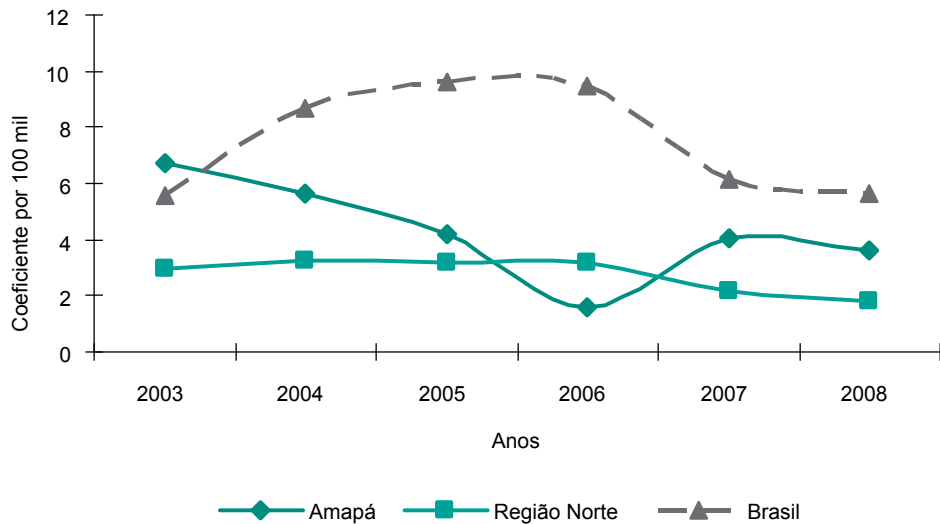
Fonte: Sinan/DEVEP/SVS/MS
Dados sujeitos a revisão

Figura 34 Coeficiente de detecção (por 100 mil habitantes) de casos de Hepatite B notificados. Amapá, Região Norte e Brasil, 2003 a 2008



Fonte: Sinan/DEVEP/SVS/MS
Dados sujeitos a revisão

Figura 35 Coeficiente de detecção (por 100 mil habitantes) de casos de hepatite C notificados. Amapá, Região Norte e Brasil, 2003 a 2008



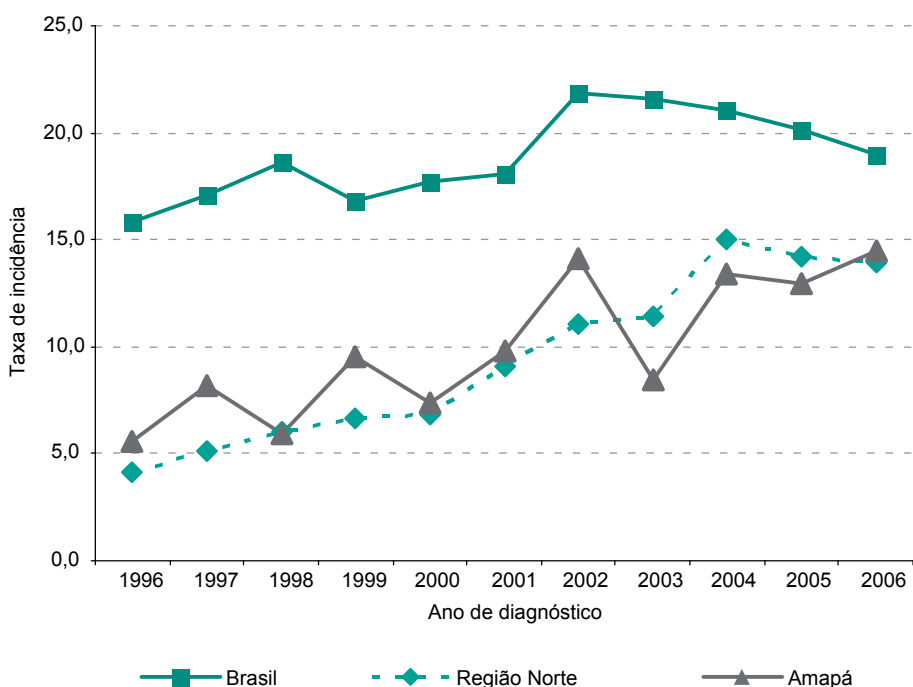
Fonte: Sinan/DEVEP/SVS/MS
Dados sujeitos a revisão

Aids, Gestante HIV+ e Sífilis Congênita

Desde 1988, ano do primeiro caso de aids notificado no Amapá, até junho de 2008, foram notificados 598 casos no Sinan. Por meio de metodologia de relacionamento de bases de dados, com os sistemas SIM, SISCEL/SICLON, foram identificados 134 casos não notificados no Sinan, representando sub-registro de 22,4%, e elevando o número total de casos no período para 732.

Em 2006, a taxa de incidência de aids do estado foi 14,5 casos por 100 mil habitantes, a da Região Norte, 14,0 e a do Brasil, 19,0. A maior taxa de incidência no Amapá, ao longo da série histórica, foi observada em 2006 (14,5 casos por 100 mil habitantes).

Figura 36 Taxa de incidência (por 100 mil habitantes) de casos aids*. Brasil, Região Norte e Amapá, 1996 a 2006



Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS

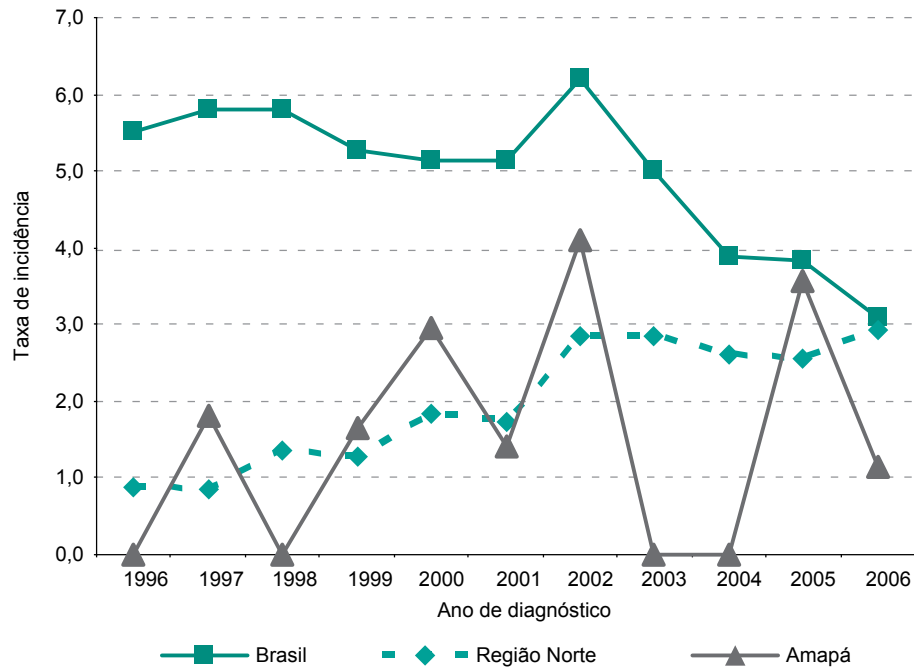
* Notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLON, SICLON utilizado para validação dos dados do SISCEL. Sinan e SISCEL até 30/06/2008 e SIM de 2000 a 2007. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Para o período de 1980 a 1995, consultar Boletins Epidemiológicos anteriores ou acessar www.aids.gov.br no menu Área técnica > Epidemiologia > Boletim epidemiológico.

A razão de sexos, em 1991, era quatro homens para cada mulher e, atualmente, é 1,3 homem para cada mulher, seguindo a tendência nacional.

De 1996 a junho de 2008, foram identificados 14 casos de aids em menores de cinco anos, no Amapá.

Figura 37 Taxa de incidência (por 100 mil habitantes) de casos de aids em menores de cinco anos de idade*. Brasil, Região Norte e Amapá, 1996 a 2006



Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS

* Notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL. Sinan e SISCEL até 30/06/2008 e SIM de 2000 a 2007. Dados preliminares para os últimos 5 anos. Para o período de 1980 a 1995, consultar Boletins Epidemiológicos anteriores ou acessar www.aids.gov.br no menu Área técnica > Epidemiologia > Boletim epidemiológico.

Os cinco municípios do Amapá que apresentaram o maior número de casos de aids acumulados, até junho de 2008 são: Macapá (n=574), Santana (n=70), Oiapoque (n=39), Laranjal do Jari (n=18) e Calçoene (n=7). Dentre esses municípios, a maior incidência, em 2006, foi observada em Oiapoque (41,6 casos por 100 mil habitantes).

No Amapá, de 2000 a junho de 2008, foram notificados 70 casos de gestante HIV+ e 13 casos de aids por transmissão vertical.

Quanto à mortalidade por aids, o estado acumulou, até 2007, um total de 141 óbitos. O coeficiente de mortalidade por aids, no Amapá, foi 2,5 por 100 mil habitantes, em 2007.

Figura 38 Coeficiente de mortalidade bruto por aids (por 100 mil habitantes). Brasil, Região Norte e Amapá, 1996 a 2007*



Fonte: MS/ SVS/ DASIS/ Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM
* Dados preliminares

No período de 1998 a junho de 2008, foram notificados 526 casos de sífilis congênita no Amapá, apresentando, em 2005 e 2006, taxas de incidência de 2,3 e 3,9 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. No período de 1996 a 2007, foram registrados 15 óbitos por sífilis congênita no estado, apresentando, no ano de 2007, coeficiente de mortalidade de 13,6 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

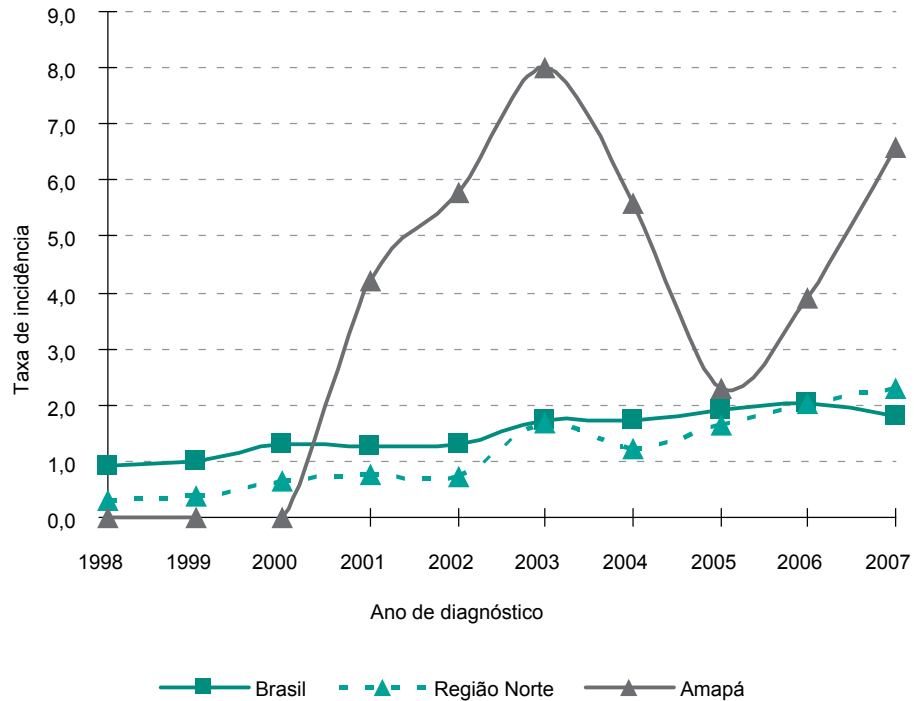
Tabela 13 Número absoluto de casos notificados de sífilis congênita em menores de um ano de idade*. Brasil, Região Norte e Amapá, 1998 a 2008

Local de residência	Ano de diagnóstico											Total
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Brasil	2.840	3.198	4.131	3.958	3.943	5.218	5.203	5.833	5.901	5.301	1.004	46.530
Norte	79	104	186	229	219	529	383	519	640	728	184	3.800
Amapá	0	0	0	61	82	118	78	32	57	97	1	526

Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS

* Casos Notificados no Sinan até 30/06/2008. Dados preliminares

Figura 39 Taxa de incidência (por mil nascidos vivos) de casos notificados e investigados de sífilis congênita em menores de um ano de idade*. Brasil, Região Norte e Amapá, 1998 a 2007



Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS, Sinasc/MS/SVS/DASIS

* Casos Notificados no Sinan até 30/06/2008, dados preliminares

A partir de 2000, observa-se tendência crescente da taxa de incidência de casos notificados de sífilis congênita em menores de um ano, no Amapá. Em 2004, a taxa de incidência decresce, porém volta a apresentar crescimento, a partir de 2005.

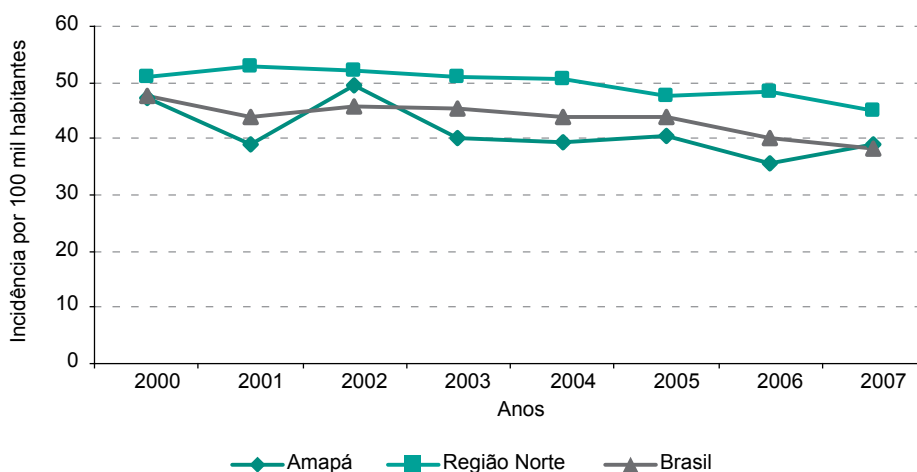
Tuberculose e hanseníase

Tuberculose

O Amapá possui Macapá como município prioritário, com uma cobertura de 19% de Unidades de Saúde com o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) implantado. Dessas, 20% vêm utilizando a estratégia de Tratamento Supervisionado (TS/DOIS). A descentralização do tratamento na atenção básica é uma das metas para o controle da tuberculose, tendo em vista a proximidade maior do paciente com o serviço de saúde.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, em 2007, 248 casos novos de tuberculose foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). As incidências foram de 39 casos por 100 mil habitantes, para tuberculose em todas as formas, e de 26 por 100 mil, para casos bacilíferos.

Figura 40 Taxa de incidência (por 100 mil habitantes) de tuberculose em todas as formas Amapá, Região Norte e Brasil, 2000 a 2007



Fonte: Sinan/SVS/MS

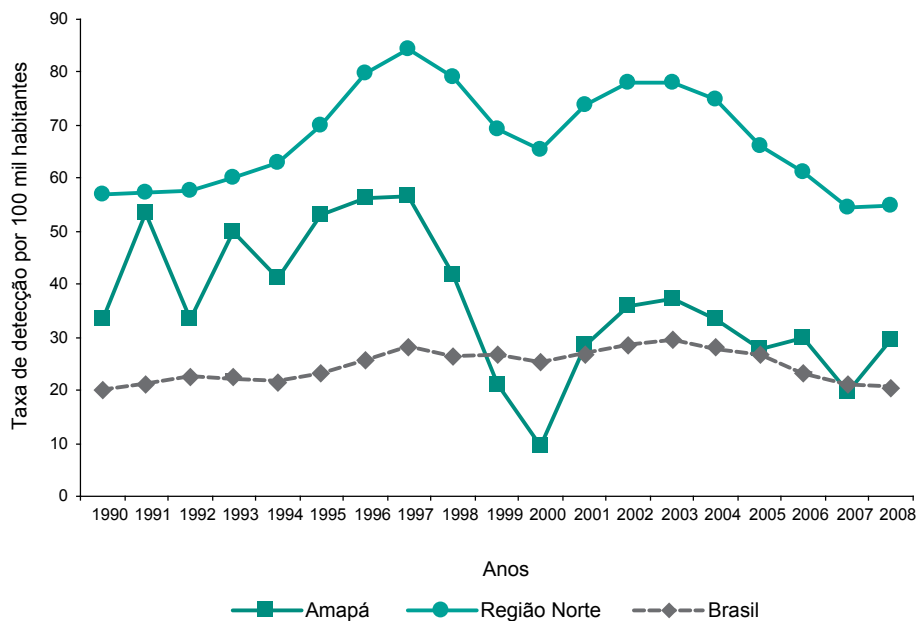
Entre 1993 e 2007, a taxa incidência de tuberculose no estado apresentou variação negativa de 17,8%. No mesmo período, as taxas do estado foram semelhantes àsquelas do Brasil e inferiores àsquelas da Região Norte.

A *coorte* de tratamento, considerando os casos diagnosticados em 2007, em todo o estado, mostrou uma taxa de cura de 39%, inferior à meta de 85%. Dentre os pacientes tratados, houve 4% de abandono, nenhum óbito, 10% de transferências e 46% de encerramentos no Sinan.

Hanseníase

No período de 1990 a 2008, as taxas de detecção de hanseníase no Amapá apresentam tendência decrescente, mantendo-se superiores àsquelas do Brasil, com exceção dos anos de 1999, 2000 e 2007, e inferiores àsquelas registradas na Região Norte.

Figura 41 Taxa de detecção de hanseníase na população geral (por 100 mil habitantes). Amapá, Região Norte e Brasil, 1990 a 2008*

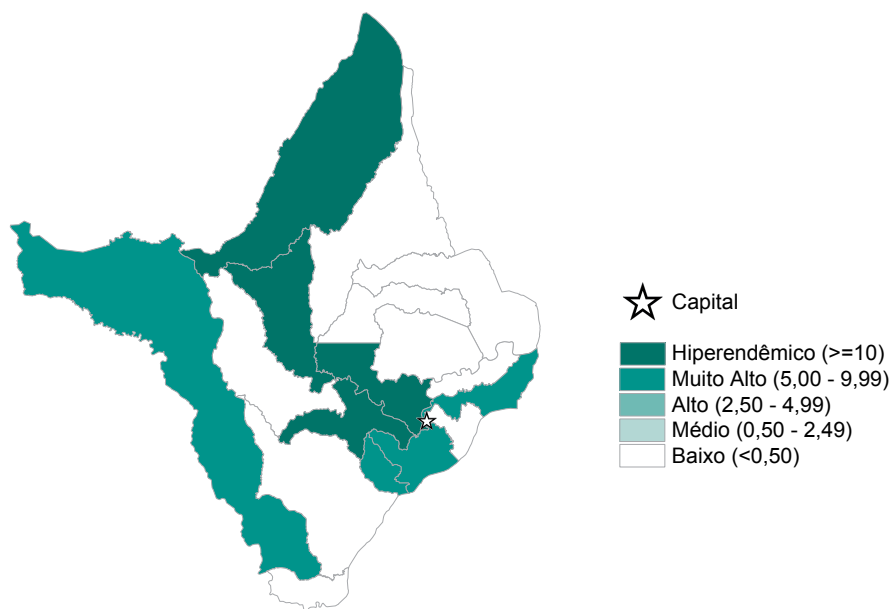


Fonte: Sinan/SVS/MS

* Dados preliminares

A redução de casos em menores de 15 anos é prioridade do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), tendo em vista que a detecção de casos em crianças tem relação com doença recente e focos de transmissão ativos. Em 2008, houve notificação de casos de hanseníase, nessa faixa etária, em 7 (43,8%) municípios do estado.

Figura 42 Taxas de detecção de hanseníase em menores de 15 anos (por 100 mil habitantes), segundo município de residência. Amapá, 2008*



Fonte: Sinan/SVS/MS

* Dados preliminares

Entre 2001 e 2008, a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das *coortes* apresentou média de 30,9%, considerada “precária”. O resultado desse indicador é fortemente influenciado pela atualização, no Sinan, dos dados de acompanhamento do paciente.

No mesmo período, o percentual médio de avaliação de incapacidades físicas no diagnóstico foi 83,9%, considerado “regular”. O percentual de grau 2 de incapacidade física, importante indicador de detecção precoce, apresentou classificação de “baixa” a “média”. O percentual de avaliação de incapacidades físicas na cura foi considerado “precário”, com média de 42,1%. A proporção média de contatos examinados foi 5,7%, considerada “precária”.

Tabela 14 Indicadores epidemiológicos e operacionais da Hanseníase. Amapá, 2001 a 2008*

Ano	% de cura nas coortes	% de avaliação de incapacidades físicas no diagnóstico	% de grau 2 de incapacidade física	% de avaliação de incapacidades físicas na cura	% de contatos examinados
2001	9,7	77,5	5,5	44,9	0,0
2002	0,0	91,4	4,7	42,9	18,2
2003	0,0	93,5	4,8	72,1	1,7
2004	40,4	82,2	7,2	28,5	1,3
2005	12,3	69,3	6,1	27,5	4,6
2006	69,0	82,7	3,3	28,6	1,4
2007	52,1	85,8	9,2	33,8	1,2
2008	63,4	89,0	7,4	58,8	16,9

Fonte: Sinan/SVS/MS

* Dados preliminares

Nota: Interpretação dos indicadores

% de cura nas coortes	% de avaliação de incapacidades físicas	% de grau 2 de incapacidade física	% de contatos examinados
Bom: ≥ 90,0% Regular: 75,0 a 89,9% Precário: < 75,0%	Bom: ≥ 90,0% Regular: 75,0 a 89,9% Precário: < 75,0%	Alto: ≥ 10,0% Médio: 5,0 a 9,9% Baixo: < 5,0%	Bom: ≥ 75,0% Regular: 50,0 a 74,9% Precário: < 50,0%

Agravos externos

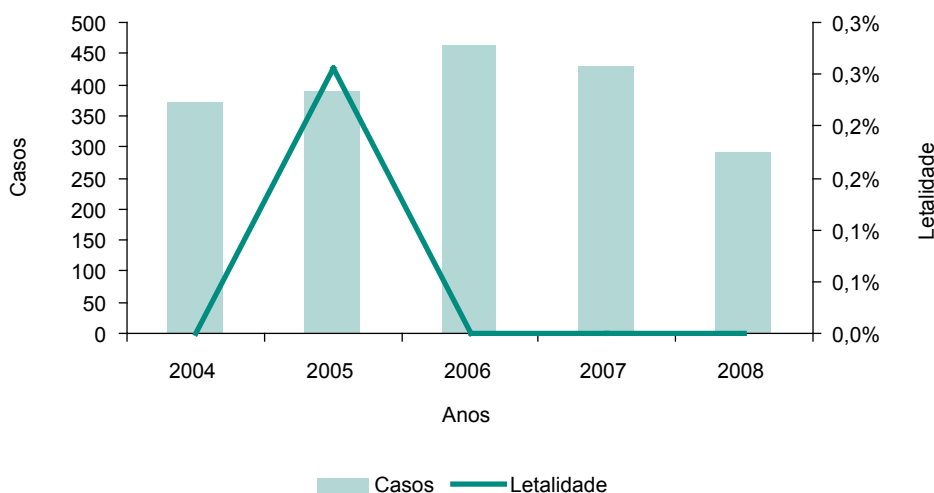
Intoxicações por agrotóxico

No período de 2000 a 2008, não houve notificação de caso de intoxicação por agrotóxicos, no estado do Amapá.

Acidentes por animais peçonhentos

No período de 2004 a 2008, foram registrados 1.944 casos de acidentes por animais peçonhentos no estado, o que corresponde a 3,4% dos casos registrados na Região Norte e 0,4% no país. A letalidade média neste período foi de 0,05%. Dentre o total de casos 71,2% ocorreram nos municípios de Macapá (n=586), Laranjal do Jari (n=347), Porto Grande (n=172), Santana (n=147) e Mazagão (n=133).

Figura 43 Número de casos e letalidade (%) por acidentes por animais peçonhentos. Amapá, 2004 a 2008



Fonte: Sinan/SVS/MS

No mesmo período, dentre os acidentes por animais peçonhentos notificados no estado, 62,2% foram causados por serpentes e 32,3% por escorpiões.

6.2 Análise da mortalidade

Mortalidade infantil

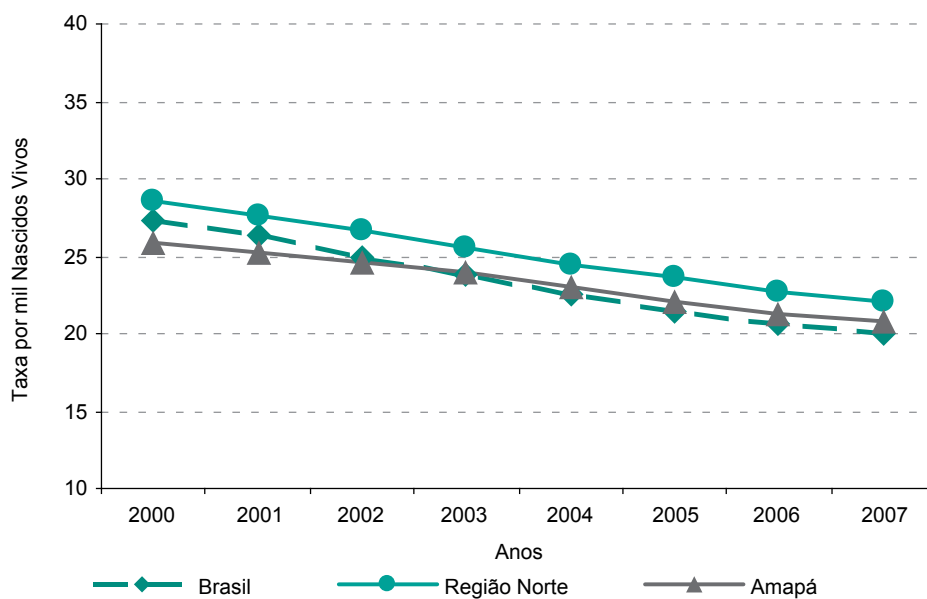
Para atingir a Meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, proposta pela OMS, o Brasil deverá apresentar uma taxa de mortalidade infantil inferior a 15,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2015. Isso equivale a uma redução de dois terços, em relação à taxa de 1990.

No período de 2000 a 2007, houve redução de 26,9% na taxa de mortalidade infantil no Brasil, de 27,4 para 20,0 óbitos por mil nascidos vivos. Também foi observada redução na Região Norte (22,6%) e no Amapá (19,7%).

A taxa de mortalidade infantil do Amapá é calculada através de estimativas, pois a cobertura e a regularidade do SIM e a cobertura do Sinasc no estado não atendem aos critérios da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) para o cálculo desse indicador através do método direto.

Em 2007, a taxa de mortalidade infantil no Amapá foi 20,8 óbitos por mil nascidos vivos, pouco inferior àquela da Região Norte (22,1) e semelhante àquela do Brasil (20,0).

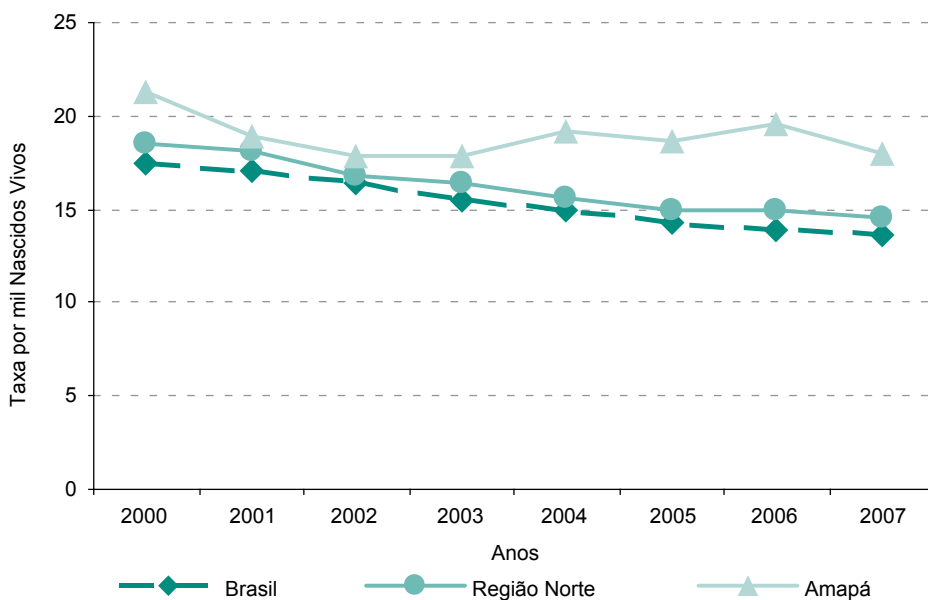
Figura 44 Taxa de Mortalidade Infantil. Brasil, Região Norte e Amapá, 2000 a 2007



Fonte: SIM e Sinasc/SVS/MS e IBGE

Mortalidade neonatal

A mortalidade neonatal refere-se aos óbitos ocorridos em crianças de 0 a 27 dias de idade. Em 2007, a mortalidade neonatal correspondeu a aproximadamente dois terços da mortalidade infantil no país, na Região Norte e no estado. Essa proporção elevada deve-se à ocorrência de causas de óbito de difícil prevenção e tratamento, como afecções originadas no período perinatal, malformações congênitas e anomalias cromossômicas.

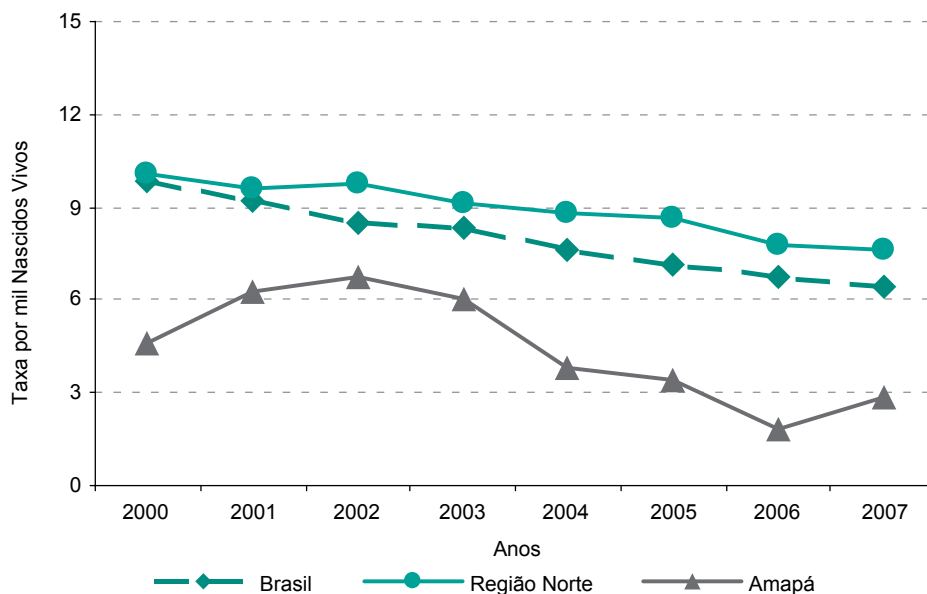
Figura 45 Taxa de mortalidade neonatal. Brasil, Região Norte e Amapá, 2000 a 2007

Fonte: SIM e Sinasc/SVS/MS e IBGE

Mortalidade pós-neonatal

A mortalidade pós-neonatal refere-se aos óbitos ocorridos em crianças de 28 a 365 dias de idade. Em 2007, a mortalidade pós-neonatal representou aproximadamente um terço da mortalidade infantil no país, na Região e no estado.

Figura 46 Taxa de mortalidade pós-neonatal. Brasil, Região Norte e Amapá, 2000 a 2007

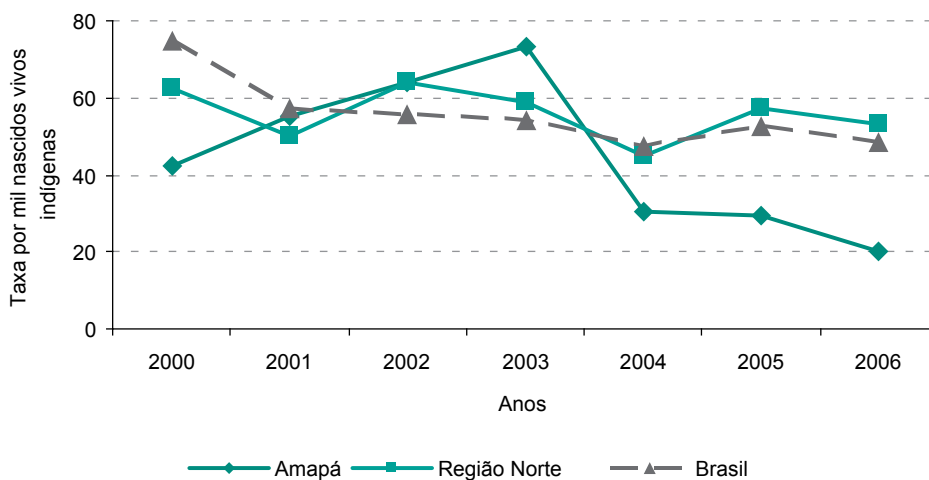


Fonte: SIM e Sinasc/SVS/MS e IBGE

Mortalidade infantil indígena

No período de 2000 a 2006, a taxa de mortalidade infantil indígena do Amapá apresentou queda, de 42,3 para 20,3 óbitos por mil nascidos vivos, com tendência de declínio. Houve redução de 51,9%, superior às reduções observadas na Região Norte (14,9%) e no país (34,9%).

Figura 47 Taxa de mortalidade infantil indígena. Brasil, Região Norte e Amapá, 2000 a 2006



Fonte: Siasi/Funasa/MS

