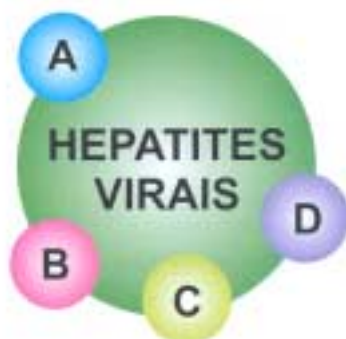




Mortalidade Materna: um problema a resolver

Página 4



Programa Estadual para Prevenção e Controle das Hepatites Virais PEHV - Paraná

Página 8



Implicações da Influenza aviária em saúde pública

Página 10

Ainda nesta edição:

Doenças Crônicas e
Agravos não
Transmissíveis

Página 3

Editorial	página 2
Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC	página 4
Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM	página 5
Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN	página 6
Epi-notas	página 12

Globalização da saúde



Os avanços tecnológicos diminuíram as distâncias, tornando o mundo pequeno. Se observarmos do ponto de vista de um problema de saúde pública, como é o caso de uma doença transmissível, um vírus que está no continente africano do outro lado do mundo hoje poderá estar aqui ou em qualquer outro lugar do planeta amanhã. Por isso, cada vez mais os serviços que exercem a função de "vigilância" devem se estruturar e organizar para exercer o seu verdadeiro papel e assim evitar que um caso não se transforme em surto, epidemia ou pandemia.

Esses serviços também terão a responsabilidade de impedir que o agravo atinja um grande número de pessoas, acarretando o menor problema possível às pessoas afetadas e, conseqüentemente, à ordem econômica e social.

No mundo atual deparamos também com outro problema de saúde que age de modo silencioso no organismo humano e que determina as maiores causas de mortalidade. São as doenças não transmissíveis, que necessitam urgentemente de uma vigilância ou monitoramento, além de estudos epidemiológicos que indiquem de modo mais preciso os fatores de risco e que venham auxiliar na definição de programas e políticas de saúde que possibilitem promover, diminuir e evitar esses agravos a grupos populacionais específicos ou a toda a população.

Conhecendo a importância epidemiológica das hepatites virais, a Secretaria de Estado da Saúde elaborou um Programa Estadual para Prevenção e Controle da doença. Será desenvolvido um trabalho de promoção, prevenção, assistência à saúde e vigilância epidemiológica e sanitária, através de uma abordagem sistematizada das ações e a reorganização dos serviços que garantam eficiência e eficácia que possibilite diminuir o impacto do agravo na população.

Outra situação já bem conhecida, com caracterização epidemiológica bem definida, é o problema da mortalidade materna. O Governo do Estado, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, atento a esta situação e determinado a enfrentar esse problema, lança um plano especial de impacto com abrangência em todo o território paranaense: o MUTIRÃO PELA VIDA.

Além desses assuntos, estão na pauta desse boletim as tabelas dos dados das ocorrências de nascimentos, agravos de notificação compulsória e mortes do Paraná, coletadas e organizadas através dos sistemas de informação oficiais, que tem início nos serviços de saúde e cartórios dos municípios e chegam até a central da Secretaria de Estado da Saúde.

Destacamos, ainda, algumas participações em eventos como congressos, simpósios, cursos, treinamentos e encontros, nacionais, estaduais, regionais e municipais por técnicos envolvidos em cada assunto específico.

Cláudio Xavier
Secretário de Estado da Saúde

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE
INSTITUTO DE SAÚDE
DO PARANÁ

R. Piquiri, 170 - Curitiba - Paraná
CEP: 80.230-140

Fone: (041) 3330- 4567 330-4570

Fax: (041) 3330- 4571

www.saude.pr.gov.br

e-mail: sesa@pr.gov.br

Secretário de Estado da Saúde
Cláudio Xavier

Diretor Geral
Carlos Manuel dos Santos

Coordenador de Vigilância à Saúde
Luiz Armando Erthal

Diretora do Centro de Informações
e Diagnóstico em Saúde (CIDS)
Inês Vian

Divisão de Sistemas e
Informações de saúde (DVTI)
Alice Eugênia Tisserant

Divisão de Doenças
Imunopreveníveis (DVTI)
Mirian Marques Woiski

Equipe Técnica
Anita Entres
Ayako Matono Casagrande
Beatriz Bastos Thiel
Cléia Beatriz Garcia Lazzarotto
Elizabeth de Souza
Marlene Sera Wille
Nelson R. X. Nazareno
Márcia Gil Aldenucci
Nilos D. Haida

Colaboradores
Carla Machado da Trindade
Maria Elizabet Lovera

Assessoria de Comunicação Social
Sílvia Sganzerla

Diagramação e Arte Final
Marco Medeiros - DRT 3362

Fotolito e Impressão
- Opta Gráfica

Tiragem:
4.200 exemplares.

Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis

As **Doenças Crônicas não Transmissíveis [DANT]** são doenças de difícil conceituação, pois podem ser nominadas de diferentes formas, tais como: doenças não-infecciosas, doenças crônicas não transmissíveis e doenças crônico-degenerativas. Estas doenças têm algumas características comuns: o fato de não serem propagadas por contágio, direto ou indireto, apresentarem longo período de latência, início insidioso e curso prolongado. Elas refletem a complexidade do indivíduo em seu universo, sua carga genética e familiar, seus hábitos ou estilo de vida, o ambiente físico e social em que vive e ainda a filosofia e eficácia dos serviços de saúde de que dispõe.

Este grupo de doenças contempla as principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo. Também é causa de mortes prematuras e representa mais de 75% dos anos produtivos de vida perdidos na população economicamente ativa.

A este conjunto de doenças, bem como aos traumas causados por lesões não intencionais (antes chamados acidentes), principalmente de trânsito e lesões associadas à violência (suicídios e homicídios), principais causas de morbimortalidade, denominamos Doenças e Agravos não Transmissíveis [DANT(s)].

Muitos dos fatores que influenciam estes agravos são comuns a várias doenças e a maioria deles é prevenível. Mais recentemente e principalmente pelo fato de que também sua vigilância e

prevenção podem mudar a realidade atual, a saúde bucal foi incluída neste grupo de agravos.

Dieta e atividade física são os principais fatores de prevenção das DANT(s) e estudos mais apurados mostram detalhadamente as mudanças estruturais referentes a estes hábitos em nosso país.

As doenças incluídas neste grupo (DANT) são:

obesidade, hipertensão, diabetes, câncer e doenças dentais.

Nas causas externas (CE) temos:

acidentes de trânsito, homicídios e suicídios.

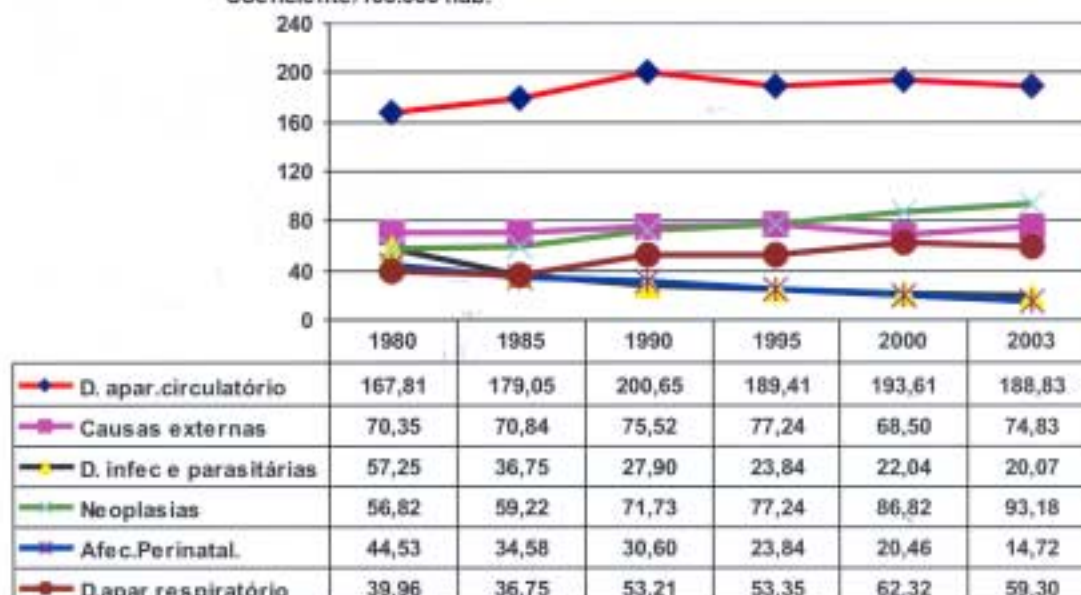
Recomendamos como leituras indispensáveis para o aprofundamento do assunto os documentos:

- documento síntese WHA57.17 (57ª Assembleia Mundial de Saúde: Estratégia Global em Dieta, Atividade Física e Saúde), no endereço eletrônico da OMS (www.who.int) em inglês e espanhol
- no portal saude.gov.br/SVS (doenças e agravos não transmissíveis).
- documento **CARMEN** (Conjunto de Acciones para la Reduccion Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles) em ambos os sites
- "A cantina saudável" é um belo exemplo de educação a ser seguido, e se encontra no site da Secretaria de Estado da Saúde: www.saude.pr.gov.br

Dra. Marli Madalena Perozin
Médica pediatra.

COEFICIENTE DE MORTALIDADE PELOS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS
PARANÁ - 1980,1985,1990,1995, 2000 E 2003

Coefficiente/100.000 hab.



Fonte: SIM - DVS/CIDS/DVS/SESA-PR

Mortalidade Materna: um problema a resolver

Após tantos anos de trabalho atuante dos Comitês de Prevenção, das ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde a taxa de mortalidade materna no Paraná permanece alta. Em 2003, a razão de Mortalidade Materna do Paraná foi de 57,9 para 1000 nascidos vivos, já em 2004 o número aumentou, chegando a 70,9.

As causas habituais como pré eclâmpsia, hemorragia pós-parto, embolia pulmonar e infecção puerperal ainda lideram o ranking das principais causas de morte materna no estado.

Infelizmente os índices permanecem altos mesmo após tanto esforço. Na prática é necessário que algo ocorra nas regionais e principalmente nos municípios



para que este índice se reduza. O processo de desencadeamento é na atenção básica, com as Unidades Básicas de Saúde atuando na definição de risco gestacional e acompanhando diretamente o estado da gestante. A garantia do local do parto por parte dos municípios também será fundamental para desenvolver a redução.

Todavia, a mudança do perfil da assis-

tência obstétrica hospitalar será o grande passo para a redução do óbito materno. Os plantões que contam com um único médico obstetra, e por vez sem especialização mostram pouca efetividade para tratamento das complicações médico obstétricas. A capacitação dos serviços de emergência onde ocorrem os óbitos é quase que obrigatória.

Para que o processo se complete é importante que todo sistema atue em conjunto identificando e atuando de forma rápida e ativa nos locais onde ocorre o óbito materno, produzindo medidas práticas e objetivas para que outras mortes não venham a ocorrer.

Dr. Helvio Bertolozzi Soares
Médico obstetra.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS - SINASC

Número de nascidos vivos, por Regional de Saúde de residência da Mãe - Ano 2003 e 2004 por mês

Regional de Saúde	Total 2003	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
01 Paranaguá	4648	392	366	466	431	395	394	392	377	363	352	359	344	4643
02 Metropolitana	48565	4175	3671	4268	4129	4346	3990	4000	4063	4220	4084	3725	3894	48795
03 Ponta Grossa	9880	688	607	664	782	924	658	600	673	670	607	762	764	10099
04 Inaí	2631	227	213	213	234	262	205	209	235	215	239	227	224	2703
05 Guarapuava	6600	726	657	732	721	763	777	680	736	714	698	640	707	6661
06 União da Vitória	2527	209	244	252	222	271	222	223	225	269	241	241	249	2668
07 Pato Branco	4384	384	351	362	317	360	310	367	385	371	327	332	339	4225
08 Francisco Beltrão	4814	422	362	432	369	429	451	410	421	400	367	334	363	4760
09 Foz do Iguaçu	6937	661	564	669	601	656	599	588	587	546	524	496	575	7066
10 Cascavel	7410	654	596	727	636	684	626	638	615	652	609	530	564	7501
11 Campo Mourão	4980	412	406	434	457	482	464	446	373	407	354	372	396	5003
12 Umuarama	3451	325	317	305	306	344	339	230	286	317	262	281	262	3576
13 Cianorte	1812	151	171	163	170	156	168	149	164	131	131	149	124	1827
14 Paranavai	3577	336	310	345	342	346	302	308	300	305	290	275	248	3707
15 Maringá	6812	763	719	847	799	875	750	728	751	769	732	671	713	9117
16 Apucarana	4716	423	366	425	366	414	381	407	379	422	366	352	360	4734
17 Londrina	11493	1020	1004	1077	1044	1053	1000	928	992	1008	884	875	946	11831
18 Cornélio Procopio	3417	295	314	339	318	315	321	300	319	317	267	258	256	3638
19 Jacarezinho	4057	358	333	367	319	366	344	368	335	325	341	312	303	4091
20 Toledo	4743	398	415	471	403	406	415	383	417	414	391	348	405	4867
21 Telêmaco Borba	2894	235	222	261	237	283	236	274	254	254	254	257	250	3027
22 Ivaiporã	2249	208	181	202	189	191	176	157	210	239	160	158	180	2249
Reg. Saúde Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	156997	13662	12799	14293	13392	14331	13328	13045	13289	13528	12750	11953	12518	158688

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE - SIM

Número de óbitos geral e menor de 1 ano, por Regional de residência - 2003 • Por Regional de Saúde de residência e por mes - Ano 2004

Regional de Saúde - 2003	Jan		Fev		Mar		Abr		Mai		Jun		Jul		Ago		Set		Out		Nov		Dez		Total			
	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano
01 Paranaíba	1548	89	113	12	125	5	116	8	128	13	155	11	163	12	117	6	124	6	120	5	85	3	132	5	126	10	1.542	99
02 Metropolitana	16.595	751	1.274	45	1.215	46	1.322	47	1.416	57	1.657	72	1.554	63	1.395	67	1.330	45	1.291	49	720	30	1.199	37	1.195	40	16.534	638
03 Ponta Grossa	3337	179	239	14	195	10	230	13	245	13	302	11	274	10	263	9	212	11	160	5	33	2	261	10	251	15	3.247	155
04 Inati	966	51	91	7	61	4	66	2	88	4	109	1	100	5	89	0	92	4	82	6	51	3	68	3	71	2	1.032	41
05 Guarapuava	2659	192	211	15	163	12	213	22	193	8	234	24	262	24	235	21	221	13	211	25	179	10	203	16	168	13	2.568	205
06 União da Vitória	956	47	63	1	67	2	65	1	74	2	90	6	105	5	165	2	78	0	83	4	37	0	85	2	59	2	965	33
07 Pato Branco	1358	107	104	10	111	8	109	8	108	14	128	15	133	8	136	5	125	7	111	2	63	3	87	7	118	5	1.303	96
08 Francisco Beltrão	1683	86	141	11	138	8	181	9	128	4	137	6	168	8	149	6	142	5	128	4	90	3	125	6	117	8	1.688	78
09 Foz de Iguaçu	1977	107	157	5	141	5	178	12	149	8	167	8	189	10	169	12	165	6	178	2	166	9	165	1	163	7	2.026	68
10 Cascavel	2460	127	220	4	178	9	187	12	205	8	223	13	265	15	227	10	233	10	223	6	161	8	199	7	136	5	2.514	107
11 Campo Mourão	2106	77	187	5	147	3	181	9	170	10	198	4	225	8	199	8	199	6	185	5	134	6	163	11	172	9	2.208	78
12 Umuarama	1693	75	142	7	125	5	128	11	146	6	169	4	193	6	163	3	167	7	124	6	71	1	126	3	121	3	1.739	65
13 Cianorte	685	21	57	4	51	1	61	1	53	3	74	2	76	3	75	0	73	2	62	1	57	2	54	3	57	2	757	25
14 Paranavai	1489	40	112	2	101	3	138	8	109	4	144	0	144	5	154	7	132	6	122	4	97	5	131	6	127	2	1.546	56
15 Maringá	3551	97	336	10	262	9	292	7	286	5	359	8	381	13	363	13	366	9	315	8	258	7	346	10	281	9	3.926	107
16 Apucarana	1913	82	170	7	133	3	181	11	170	6	198	9	224	9	189	7	190	4	162	12	131	3	160	8	141	3	2.080	84
17 Londrina	4687	148	368	13	383	9	390	9	363	17	464	14	488	9	470	10	437	10	370	4	180	4	405	14	374	6	4.869	125
18 Cornélio Procopio	1690	59	136	4	126	5	129	5	115	0	157	3	199	9	202	12	166	5	150	3	98	4	148	8	143	7	1.841	70
19 Jacarezinho	1979	81	116	6	126	6	133	6	147	7	188	3	229	6	195	11	200	4	157	7	127	4	146	5	151	7	1.976	77
20 Toledo	1886	72	163	8	137	1	152	4	160	1	191	5	179	6	195	9	167	1	145	6	117	1	142	3	154	8	1.907	55
21 Telêmaco Borbas	912	54	73	3	79	6	97	5	83	2	104	11	106	4	86	7	99	7	79	8	69	5	80	4	74	2	1.072	68
22 Natividade	863	42	68	4	82	2	66	4	60	2	88	6	82	1	89	0	74	1	76	2	46	2	70	6	87	5	961	36
Total	57.064	2.584	4.549	196	4.172	162	4.592	214	4.602	194	5.543	236	5.742	235	5.267	225	4.991	169	4.535	174	2.970	115	4.487	103	4.289	164	58.496	2.385

Fonte: SIM - DVS - CDS - DVS - SEGA - PR

Programa Estadual para Prevenção e Controle das Hepatites Virais PEHV-Paraná

1. Introdução

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos com tropismo pelo tecido hepático e que apresentam diferentes características epidemiológicas, clínicas, imunológicas e laboratoriais.

Podem ser agrupadas, segundo o modo de transmissão, em dois grupos: as de transmissão fecal – oral (hepatite A e E) e as de transmissão sexual / parenteral (hepatites B, C e D). As hepatites A e E são doenças auto-limitadas e a morbimortalidade dependente da faixa etária acometida. As hepatites B, C e D provocam infecções agudas que podem cronicar e evoluir para cirrose e hepatocarcinoma.

Estima-se em 350 milhões o número de portadores do vírus B no mundo e em 170 milhões para o vírus C.

No Brasil, o Ministério da Saúde estima que, pelo menos, 70% da população já teve contato com o vírus da hepatite A e 15% com o vírus da hepatite B. Os casos crônicos de hepatite B e C devem corresponder a cerca de 1,0% e 1,5% da população brasileira, respectivamente.

No Paraná, dados do período de 1996 a 2002, obtidos na triagem sorológica da doação de sangue, apontam para um percentual de positividade para HbsAg de 0,63% e anti HBC Total de 6,59% (hepatite B) e 0,28% de positividade para o Anti HCV (hepatite C).

As hepatites constituem-se num grande desafio para a saúde pública pela importância epidemiológica e por sua diversidade virológica, de formas de transmissão, de evolução clínica, além da sua complexidade diagnóstica e terapêutica.

2. Justificativa

Para dar respostas a este crescente problema de saúde pública, sob a forma de políticas públicas, foi criado em janeiro de 2002, por meio de Portaria Ministerial, o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais.

Essa busca de resposta e organização dos serviços da forma a atender a necessidade da população do Estado do Paraná, vem ocorrendo desde 1991, quando foi introduzida a investigação de todo caso notificado, o diagnóstico sorológico e a vacinação contra hepatite B para alguns grupos populacionais. Ganhou força com a criação, em 2004, do Programa Estadual para Prevenção e Controle das Hepatites Virais, através de uma Resolução do Secretário de Estado da Saúde, Cláudio Xavier.

O Programa Estadual para Prevenção e Controle das Hepatites Virais (PEHV) propõe uma abordagem sistematizada das ações para garantir sua eficácia e, desta forma, diminuir o impacto do agravio sobre a população paranaense a médio ou longo prazo.

O Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais (PNHV), por sua vez, prevê a regionalização da assistência à saúde e o planejamento integrado, garantindo o acesso do paciente aos recursos necessários para a resolução de seu problema.

3. Objetivo

O principal objetivo é implantar o Programa Estadual para Prevenção e Controle das Hepatites Virais, com ações no âmbito da promoção, prevenção, assistência à saúde e vigilância epidemiológica e sanitária, de forma articulada com as Secretarias Municipais de Saúde, Consórcios e Centros de Referência de Especialidades, e integrando as várias áreas da Secretaria de Estado da Saúde.

4. Bases Legais

Portaria Ministerial Nº 263/GM de 05 de fevereiro de 2002, cria o Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais.
Reedição da Portaria Nº 263/GM, com vistas a adequá-la à nova configuração administrativa do Ministério da Saúde. Portaria Nº 2060 de 31 de outubro de 2003.

Resolução Estadual Nº 0340 de 17 de junho de 2004, institui o Programa Estadual para Prevenção e Controle das Hepatites Virais, a Coordenação do Programa e o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento.



Portaria Ministerial Nº 860 de 04 de novembro de 2002, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Hepatite viral Crônica B.

Portaria Ministerial Nº 863 de 04 de novembro de 2002, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Hepatite Viral C.

5. Componentes do Programa

Veja o gráfico.

5.1. Gestão

A estruturação do PEHV nos dois níveis de administração pública deve estar em concordância com o PNHV e com a orientação do SUS, que prevê a regionalização da assistência à saúde e o planejamento integrado, garantindo o acesso do paciente aos recursos necessários para a resolução de seu problema.

Um melhor conhecimento da situação epidemiológica das hepatites virais é essencial para a definição de indicadores e o planejamento das ações a serem implantadas e/ou implementadas. Também é necessário identificar a rede assistencial instalada (ambulatorial/hospitalar, laboratorial e de tratamento), bem como sua capacidade de atendimento.

O conhecimento da situação epidemiológica, a capacidade operacional e a cobertura dos serviços permitem o planejamento do PEHV, com otimização dos recursos disponíveis.

A sensibilização dos gestores municipais é estratégia essencial para a implementação do Programa. O envolvimento destes não se resume à demonstração da gravidade do problema e seu impacto sobre a população.

Este processo deve ser visto como algo mais amplo, associado a uma política global de promoção da saúde. Deve-se buscar o comprometimento verdadeiro das instituições e a articulação entre os diferentes segmentos da sociedade.

5.2. Promoção da Saúde

A promoção da saúde vem ganhando importância para o controle dos problemas de saúde através do entendimento mais amplo da situação, que extrapola o pensamento biomédico. Através da integração das ações de prevenção, educação, recuperação e reabilitação, a promoção da saúde busca articular os diferentes setores da sociedade, em seus respectivos papéis, com políticas intersetoriais.

Quatro diferentes públicos-alvos devem ser sensibilizados pelo problema das hepatites vi-

rais com o objetivo de maior participação, integração e sustentabilidade. São: os gestores, os profissionais de saúde, os comunicadores em geral e a sociedade civil.

A estratégia de trabalho deve atender a necessidade de conhecimento e participação de cada grupo em particular, garantindo sua inserção em todas as ações possíveis.

5.3. Prevenção

As estratégias de prevenção das hepatites virais são bem amplas, desde ações de saneamento básico para a prevenção da hepatite A e até programas de redução de danos para a prevenção da hepatite B, C e D.

A estratégia mais eficaz disponível é a vacinação contra a hepatite B, que deve ser implementada em todos os grupos para os quais está recomendada, principalmente nas áreas com baixas coberturas. Para este ano se propõe o alcance de 100% de cobertura no grupo populacional de menores de 20 anos.

As ações de Vigilância Sanitária são de fundamental importância para a redução da transmissão percutânea/sanguínea do vírus B e C.

Da mesma forma para a redução da transmissão sexual e no compartilhamento de material no uso de drogas, a atuação em conjunto com o Programa de DST/AIDS, em campanhas de esclarecimento e programas de redução de danos.

5.4. Assistência Básica/Especializada

O modelo adotado obedece ao sistema de descentralização, hierarquização, com níveis de complexidade crescente, mecanismo de referência e contra referência adotados pelo SUS.

A rede de assistência proposta divide-se em três níveis. A Rede Básica, formada pela Atenção Básica e Centro de Testagem e Aconselhamento, é a porta de entrada do sistema e tem suas ações no campo do aconselhamento, diagnóstico clínico e sorológico e acompanhamento de casos não complicados.

O nível de média complexidade (secundário) tem suas ações no campo do diagnóstico mais especializado (biologia molecular e biópsia hepática) e tratamento dos casos não complicados.

O nível de alta complexidade (terciário) congrega os casos complicados que fogem das diretrizes habituais de tratamento.

Assistência Laboratorial

A rede laboratorial bem estruturada e equipada é essencial para a assistência ao paciente

com hepatite, no que se refere a definição do diagnóstico, a necessidade de tratamento e o controle de cura.

A rede laboratorial para a realização de sorologia, que atende a atenção básica e o CTA, é composta por laboratórios municipais, de consórcios, contratados e o LACEN.

Para a realização dos exames de biologia molecular (PCR e genótipagem), o laboratório de referência é o LACEN. Esses exames são subsidiados em parte pelo FAEC alta complexidade e em parte por recursos do Estado, para que não ocorra em repressão da demanda.

As biópsias e os anátomo-patológicos são feitos em instituições que prestam serviço ao SUS. Há necessidade do estabelecimento de um fluxo formal em uma rede bem definida, com a equiparação dos laudos emitidos pelos laboratórios.

Assistência Farmacêutica

Atualmente está regulamentado o tratamento para a hepatite B e C crônica, através de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas elaborados e publicados pelo Ministério da Saúde, por meio de portarias específicas.

O fornecimento dos medicamentos é da responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde e são custeados pelo FAEC estratégico e pelo Estado.

O acesso ao tratamento está descentralizado para as Regionais de Saúde, que enviam o processo para o CEMEPAR, instância que coordena as ações da Assistência Farmacêutica.

5.5. Vigilância Epidemiológica

As ações de vigilância epidemiológica das hepatites virais têm como propósito fornecer orientação técnica permanente para os responsáveis pela execução das ações de controle de doenças e agravos. São funções da vigilância epidemiológica: a coleta de dados, processamento dos dados, análises e interpretação dos dados processados, recomendação das medidas de controle apropriadas, promoção das ações indicadas, avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes.

A vigilância epidemiológica é de fundamental importância e uma das vertentes do PEHV que necessita de implementação imediata nos dois níveis de gestão pública.

Implicações da Influenza aviária em saúde pública

Influenza Aviária é uma doença infecciosa causada pelo vírus Influenza A e seus diferentes subtipos, que pode acometer o trato respiratório, entérico, reprodutivo e nervoso das aves domésticas, aquáticas e silvestres. O vírus não apresenta resistência às ações físicas do ambiente, exceto em regiões frias, onde pode sobreviver por mais tempo. No entanto, possui alta transmissibilidade e as aves migratórias contribuem para sua disseminação intercontinental.



Figura 2 - Surtos de Influenza Aviária de alta patogenicidade nas últimas décadas.

Surtos de Influenza Aviária e Casos em humanos

Nas últimas décadas, surtos de Influenza Aviária de alta patogenicidade têm sido registrados em vários países (figura 2). No Brasil, até o momento, não foram notificados surtos deste agravo.

O primeiro surto de Influenza Aviária A (H5N1) em humanos ocorreu em Hong Kong (1997). Na ocasião, 18 casos foram confirmados e houve registro de seis óbitos. A partir do segundo semestre de 2003, surtos de Influenza Aviária A (H5N1) foram identificados em oito países asiáticos (Camboja, China, Indonésia, Japão, Laos, Coreia do Sul, Tailândia e Vietnã), resultando na morte ou sacrifício de milhões de aves.

A doença em humanos pode ser adquirida diretamente de aves infectadas e/ou suas excreções, possuindo potencial de recombinação genética com vírus Influenza humano. Este fato viabilizaria a transmissão entre humanos, aumentando as chances da emergência de um novo vírus Influenza com potencial pandêmico. Na espécie humana, a infecção pelo vírus Influenza A (H5N1) é caracterizada por febre, sin-

tomas respiratórias e linfopenia. Atualmente, casos confirmados de Influenza Aviária A (H5N1) em humanos têm sido observados em vários países asiáticos, incluindo Tailândia, Vietnã e Camboja (figura 3), com letalidade significativa (76,36%). A provável transmissão limitada entre humanos do vírus Influenza A (H5N1) foi relatada em setembro de 2004, na Tailândia, entre uma criança e seus dois familiares.

As autoridades de saúde do Vietnã investigam a possível transmissão entre humanos em casos registrados em um conglomerado familiar. Estes casos envolvem dois irmãos com infecção confirmada pelo vírus Influenza A (H5N1) e um terceiro caso (irmão), hospitalizado para observação, que não desenvolveu sintomas. As investigações es-

País	casos	óbitos
Camboja	1	1
Tailândia	17	12
Vietnã	37	29
Total	55	42

Figura 3 - Número de casos e óbitos confirmados (laboratório) de Influenza Aviária A (H5N1) em humanos, a partir de 26 de janeiro de 2004.

tão sendo conduzidas no sentido de identificar as prováveis fontes de infecção, os sinais e sintomas da doença entre os demais familiares, contatos próximos e comunidade em geral.

Acrescente-se que o primeiro caso humano de infecção pelo vírus Influenza A (H5N1) no Camboja (Província de Kampot) foi confirmado em uma mulher que tinha sido hospitalizada e evoluiu a óbito no Vietnã, em 30/1/2005. Seu irmão de 14 anos também desenvolveu os sintomas e foi a óbito. Os contatos próximos destes casos ficaram em observação, porém, até o momento, não houve evidência de transmissão entre humanos neste agrupamento familiar.

Prevenção de transmissão familiares que prestam atendimento aos pacientes

Tendo em vista a atual propagação de surtos de Influenza Aviária pelo vírus A (H5N1) em alguns países asiáticos, pode-se esperar que apareçam casos em humanos e, ocasionalmente, conglomerados de casos familiares. A experiência com os casos presentes permite inferir que a transmissão pessoa-a-pessoa possa ter ocorrido durante contato íntimo e prolongado dos familiares com os doentes graves.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) disponibilizou as principais recomendações sobre as medidas de precaução a serem viabilizadas nos serviços de saúde, para reduzir as possibilidades de transmissão da infecção pelo vírus A (H5N1) dos doentes para seus contatos íntimos e, em particular, dos trabalhadores de saúde para seus familiares.

A detecção rápida e a investigação dos casos de infecção por vírus A (H5N1), com estreita relação no tempo

e espaço, são as atividades fundamentais de vigilância, que podem sinalizar as possíveis mudanças na transmissibilidade dos vírus.

Vale ressaltar a necessidade de eliminar o reservatório animal do vírus, a fim de reduzir as oportunidades de exposição e infecção. Para tanto, a detecção rápida de surtos, seguida da aplicação de medidas de biosegurança e isolamento, serão determinantes para o efetivo controle.

As medidas consideradas importantes no início de uma pandemia, tais como lavagem das mãos, uso de máscaras e quarentena voluntária, devem ser estimuladas, no sentido de contribuir para a redução da oportunidade de transmissão.

Pesquisas recentes têm identificado três pré-requisitos para o início de uma pandemia:

- 1- um novo subtipo viral deve emergir e para o qual a população geral terá pouca ou nenhuma imunidade;
- 2- o novo vírus deve ter capacidade de replicação em humanos e causar doença grave;
- 3- o novo vírus deve ser eficientemente transmitido entre humanos, para tanto, a cadeia de transmissão deve se realizar de forma sustentada, levando a surtos comunitários expressivos.

Até o presente, o pequeno número de casos de Influenza Aviária em humanos, comparado com a magnitude dos surtos em aves, sugere que o vírus A (H5N1) não é facilmente transmitido de aves para humanos. Além disso, não se pode prever quando o terceiro pré-requisito para o início da pandemia ocorrerá. Entretanto, as possibilidades aumentam tendo em vista a progressão dos surtos em aves e a dificuldade em seu controle, que resultam em continuas oportunidades de exposição humana.



Bibliografia

1. Bridges CB, Katz JM, Selo WH, Chan PK, Teang D, Ho W, et al. Risk of influenza A (H5N1) infection among health care workers exposed to patients with influenza A (H5N1). *Hong Kong J Infect Dis*. 2000;16:1-3446.
2. Chen PK. Outbreak of avian influenza A (H5N1) virus infection in Hong Kong in 1997. *Clin Infect Dis*. 2002;34(Suppl 2):S6804.
3. Chotpitayasunondh T, Lochtindrat S, Srisan P, Chokepaibulkit K, Weerawat J, Maneeatanaporn M, et al. Cases of influenza A (H5N1) Thailand, 2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2004;53:1003.
4. Moraes H L S, e C T P. Sella. Influenza Aviária. Doenças das Aves. Berchieri A J, e Macari M, eds. FACTA - Fundação APINCO de Ciência e Tecnologia Avícolas, Campinas - SP. 2000, p. 293-391.
5. Nicholson KG, Wood JM, Zamboni M. Influenza. *Lancet*. 2003;362:1733-45.
6. Update on Avian Influenza A (H5N1). Disponível <http://www.cdc.gov/flu/avian/>
7. Influenza Aviária. Disponível <http://www.who.int/>
8. Influenza Aviária. Disponível <http://www.who.int/wha/2005/>
9. Tran TH, Nguyen T, Nguyen TD, Loung TH, Pham PM, Nguyen VC, et al. Avian influenza A (H5N1) in 10 patients in Vietnam. *N Engl J Med*. 2004;350:1173-88.
10. WHO. Avian influenza: assessing the pandemic threat. January 2005-WHO/CDS/2005.29. Disponível http://www.who.int/csr/disease/Influenza/WHO_CDS_2005_29/en/



Participações em Congressos, Simpósios, Cursos e Treinamentos

- II Simpósio Brasileiro e I Simpósio Pan-Americano de Vigilância Sanitária, realizado em Caldas Novas (GO), entre os dias 21 e 24 de novembro do ano passado. O Simpósio teve como tema "Vigilância Sanitária: Consciência e Vida" e contou com uma ampla programação científica composta por quatro conferências, nove mesas-redondas, 24 painéis, 27 comunicações coordenadas e exposição de mais de 500 trabalhos sob a forma de pôster.
- Produção do Guia De Informação Sobre Doenças Infecciosas e Agravos na População Escolar.
- Participação da DVID/CIDS no I Seminário Nacional em Doenças Priônicas realizado em Brasília, nos dias 7 e 8/6/2005.
- Participação da DVID/CIDS, através da Coordenação Estadual de Vigilância Epidemiológica e Controle das Hepatites Virais (CECHV), no Plano de capacitação em Brasília de 17 a 20/01/2005.
- Realização do Encontro para análise, avaliação e implementação das ações de vigilância epidemiológica, imunizações e sistemas de informação em saúde, em Curitiba, com todas as regionais de saúde entre 15 e 17/02/2005.
- Participação da CECHV, em Florianópolis, em abril na reunião Nacional de avaliação e planejamento/2005 da DST-AIDS.
- Treinamento Nacional de profissionais de laboratório dos CTA, para implantação do diagnóstico laboratorial para Hepatites Virais, ocorrido em Florianópolis em março/2005.
- Participação de 22 médicos das 22 regionais no treinamento sobre Hepatites virais no processo de regionalização em abril/2005, em Brasília.
- Participação dos técnicos da DVID - CIDS em treinamento para controle das Hepatites Virais e ações do CRIE e eventos adversos em vacinação em Brasília de 12 a 15/04/2005.
- Participação do CIDS junto ao PNI na elaboração do Manual de Eventos Adversos em Brasília, em abril/2005.
- Realização de duas oficinas para a implantação do atendimento a Hepatites Virais nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), em Curitiba, em abril e em Londrina em maio deste ano.
- Participação no seminário sobre Síndrome febril ictero hemorrágica aguda (SFIHA) em Maringá, 31/05/2005.
- Participação da Coordenadora Estadual de Imunizações, em^{ra} Beatriz Bastos Thiel, na reunião de avaliação da campanha contra influenza e campanha pólio e vacinação indígena, e planejamento 2005, que aconteceu de 30/05 a 2/06/2005, em Brasília.
- Apresentação dos casos investigados e em acompanhamento de Pan Encefalite esclerosante subaguda (FEESA) no Paraná na Reunião de avaliação nacional sendo: região Norte em Belém, 18/05/2005, região Sul e Sudeste em Vitória 19/05/2005 e região Nordeste em Fortaleza, 16/05/2005.
- Apresentação na Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, sobre a Portaria GM/MS 2529, de 23/11/2004, para definir e aprovar os critérios para a implantação do sub-sistema nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar.
- Participação dos técnicos da DVID no plano de ação na Coordenação Estadual de Hepatites Virais com todas as regionais, em Curitiba.
- Realização de campanha de vacinação do idoso e intensificação da vacina contra hepatite B em abril de 2005.
- Realização de campanha para testagem sorológica para Hepatite B e C no Estado através dos Centros de Testagem e Aconselhamento.
- No prelo, Atlas de Mortalidade por Câncer no Paraná, confeccionado por técnicos do DVSI - CIDS, com previsão de distribuição às regionais de saúde, hospitais CACON do Paraná em meados de setembro de 2005.
- Publicada a Portaria conjunta da SAS e SVS/MS nº 20 de 25/05/2005, que define fluxos para bloqueio/desbloqueio das AIH com agravos de notificação compulsória.
- Realização da Câmara Técnica Estadual para Estudo dos Óbitos Maternos ocorridos no ano de 2004, em 15 de abril de 2005, na qual foram estabelecidas e pactuadas estratégias para agilização na investigação dos óbitos maternos, análise e retorno destes estudos às Regionais de Saúde com a maior brevidade possível para que sejam estudadas e implantadas medidas de prevenção desses óbitos.
- Entrevista realizada pela Dr^a Rossana C. T. Xavier, em 30/03/2005, na Rádio Clube em Curitiba, respondendo sobre os principais problemas das crianças. Ela também esteve na Rádio Educativa para falar sobre a Influência da Tecnologia na Educação da Criança e do Adolescente, e participou, ainda, do IV Congresso de Pediatria em Curitiba, no qual apresentou um trabalho sobre o SIMI.
- Realização de visitas programadas às Regionais de Saúde pelo Dr. Hélio B. Soares para análise da mortalidade materna e programação de ações para a sua redução.
- Realização de visitas às regionais de Maringá e Guarapuava pelo Dr. Nelson Ricetti para reuniões técnicas com os médicos dos municípios das regiões sobre codificação de causa básica nos atestados de óbito, para melhoria do SIM.