



## Intoxicações agudas em menores de 15 anos

pág. 03



## Oficina de avaliação e construção de indicadores de saúde

pág. 04



## Ratada

pág. 08



## Alerta contra Poliomelite

pág. 12

### Ainda nesta edição:

Editorial.....	pág. 02
Intoxicações Agudas.....	pág. 03
Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos - <b>SINASC</b> .....	pág. 05
Sistema de Informações Sobre Mortalidade - <b>SIM</b> .....	pág. 05
Sistema Nacional de Agravos de Notificações - <b>SINAN</b> .....	pág. 06
Vigilância em Saúde no Paraná.....	pág. 09
Panencefalite Esclerosante Subaguda Pós-Sarampo - <b>PEESA</b> .....	pág. 10

Editorial

**Avanços da Saúde Pública  
no Paraná**

Nesta edição do Boletim Epidemiológico temas muito importantes estão sendo abordados. O texto "Vigilância em Saúde no Paraná" é praticamente um documento e um registro histórico dos avanços da saúde pública no Paraná e também no Brasil. Um material elucidativo e de leitura fácil, até mesmo para quem não está tão familiarizado com saúde pública. O texto destaca ainda a importância do sistema de prevenção, exemplo do que pregamos no nosso plano de saúde. Nosso planejamento prevê o aumento dos investimentos na saúde básica, em ações como o incentivo estadual ao Programa Saúde da Família. Cerca de 5,5 milhões de pessoas são beneficiadas com esta ação.

Outro ponto interessante, que fortalece ainda mais o sistema de notificações e, portanto, de controle, foi a oficina de Avaliação e Construção de Indicadores de Saúde do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (Sinan), que agora está aperfeiçoado e eficiente. Representantes de todas as regionais do Estado estiveram presentes. Enfermidades como hepatites, meningites, raiva, hanseníase, tuberculose e dengue foram alguns dos temas desta primeira oficina.

Ainda estão sendo apresentadas tabelas com informações de grande validade e importância para todos nós que trabalhamos com saúde pública. Número de nascidos vivos, óbitos gerais em menores de um ano, entre outros dados que certamente vão nos auxiliar profissionalmente. Desejo a todos uma boa leitura e que conosco esteja sempre presente o intuito de melhorar nosso sistema público de saúde.



**Cláudio Xavier**  
Secretário de Estado da Saúde



**Expediente:**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
INSTITUTO DE SAÚDE DO PARANÁ**

R. Piquiri, 170 Curitiba - Paraná

CEP: 80.230-140

Fone: (41) 3330-4567 3330-4570

Fax: (41) 3330-4571

www.saude.pr.gov.br

e-mail: dvti@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**  
Ayako Matono Casagrande  
Beatriz Bastos Thiel  
Cléia Beatriz Garcia Lazzarotto  
Elizabeth de Souza  
Nilce D. Haida  
Rosana Ribeiro dos Santos Calligaris

**Assessoria de Comunicação Social**  
Sílvia Sganzerla

**Diagramação e Arte Final**  
Fonte Criativa

**Fotolito e impressão**  
Fotolaser

**Tiragem**  
7.650 exemplares

## EPIDEMIOLOGIA DAS INTOXICAÇÕES AGUDAS EM MENORES DE 15 ANOS, NOTIFICADAS NO ESTADO DO PARANÁ, NO PERÍODO DE 1995 A 2005.

A gravidade das intoxicações por substâncias tóxicas levou a Secretaria Estadual da Saúde do Paraná a implantar um sistema de vigilância epidemiológica desse agravo, criando uma Ficha para registro e acompanhamento dos casos que é utilizada por todos os Hospitais e Clínicas do Estado desde a década de 80, visando conhecer o perfil das intoxicações por diversos produtos, ocorridas em menores de 15 anos, no Estado do Paraná, uma vez que as intoxicações em crianças constituem uma importante parcela (28% no período de janeiro de 1995 a junho de 2005).

Foram utilizadas como instrumento Ficha de Ocorrência Toxicológica, Ficha de Investigação de Intoxicação por Agrotóxicos (SINAN), Roteiro de Investigação de Acidentes por Agrotóxicos adotadas pelas 22 Regionais de Saúde e pelos 3 Centros de Controle de Intoxicações/ Envenenamentos e Declarações de Óbitos. Os dados foram trabalhados no programa EPIINFO versão 6.04. Foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, causa e agente causador da intoxicação, evolução, bem como a causa e o agente causador dos óbitos.

Os resultados obtidos foram: quanto à idade, 67% das 8.064 intoxicações ocorreram na faixa etária de 0 a 4 anos; 15% na faixa de 5 a 9 anos e 17% entre os 10 e 14 anos. Não houve diferença significativa de gênero entre as crianças intoxicadas. Quanto à circunstância, verificou-se que 83% dos casos foram classificados como acidentais, 8% como tentativas de suicídio e 1% ocorreram no trabalho. Os produtos responsáveis pelas intoxicações foram os medicamentos (42%), os produtos de limpeza doméstica (14%), os pesticidas domésticos (12%) e os agrotóxicos (9%). Neste período ocorreram 48 óbitos, correspondendo a uma letalidade de 0,6%. Os agrotóxicos foram o agente causador de 46% dos óbitos, que ocorreram principalmente por tentativa de suicídio (41%) e por intoxicações acidentais (40%).

Por se tratar de problema de relevância, propomos ações educativas e de esclarecimento à população utilizando material de fácil compreensão quanto ao armazenamento dos medicamentos e demais produtos nas residências, escolas e creches, uma vez que a principal causa é a acidental, isto é, totalmente prevenível. É necessário implantar uma rotina de capacitações e treinamentos das equipes de saúde para melhorar o diagnóstico das intoxicações, bem como propor a identificação dos produtos que mais causam envenenamentos, para que ações junto à Vigilância Sanitária/Agência Nacional de Vigilância Sanitária possam ser desencadeadas. Os serviços de Saúde devem estar sempre disponibilizando os números de contato com os Centros de Informação/Controle de Envenenamentos para que estes Centros possam auxiliar os médicos no diagnóstico e tratamento das intoxicações.

**Rubio, B. G. G., Paleari da Silva, M.A.;**

Divisão de Zoonoses e Intoxicações, Departamento de Vigilância Sanitária  
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

## EPIDEMIOLOGIA DAS INTOXICAÇÕES AGUDAS NOTIFICADAS NO ESTADO DO PARANÁ, NO PERÍODO DE 1995 A 2005.

A Secretaria Estadual da Saúde do Paraná promove a vigilância epidemiológica das intoxicações por produtos químicos desde a década de 80 por meio de ficha específica para registro e acompanhamento desses casos, que é utilizada por todos os Hospitais e Clínicas do Estado. A notificação dos acidentes toxicológicos (intoxicações e acidentes por animais peçonhentos) é compulsória no Estado, visando conhecer o perfil das intoxicações por diversos produtos.

Foram utilizadas como instrumento Ficha de Ocorrência Toxicológica, Ficha de Investigação de Intoxicação por Agrotóxicos (SINAN), Roteiro de Investigação de Acidentes por Agrotóxicos adotadas pelas 22 Regionais de Saúde e pelos 3 Centros de Controle de Intoxicações/ Envenenamentos (CCE de Curitiba, CCI de Londrina e CCI de Maringá), Declarações de Óbitos e Comunicação de Acidente de Trabalho. Os dados foram trabalhados no programa EPIINFO versão 6.04. Foram avaliados os casos de intoxicações agudas, analisando as seguintes variáveis: sexo, idade, causa e agente causador da intoxicação, evolução, bem como a causa e o agente causador dos óbitos.

Quanto ao agente causador das 28.177 intoxicações, verificou-se que 31% dos casos foram atribuídos aos medicamentos, 25% aos agrotóxicos de uso agrícola e uso veterinário e 14% aos pesticidas domésticos. Com relação à causa desses envenenamentos, 34% foram classificados como tentativas de suicídio, 32% como acidentais e 16% das intoxicações ocorreram no trabalho. A faixa etária mais atingida foi a de menores de 15 anos com 28%, sendo 19% entre 0 a 4 anos de idade. Com relação ao gênero, notificou-se 55% no sexo masculino e 45% no feminino. Na evolução obteve-se 89% de cura e 4% de óbitos. Buscando a causa dos óbitos verificou-se 79% como tentativas de suicídio, sendo que 63% dos óbitos foram atribuídos aos agrotóxicos, 14% aos medicamentos e 7% aos pesticidas domésticos.

A análise das intoxicações agudas sugere que a facilidade na aquisição de medicamentos e produtos químicos em nossa sociedade aumenta as possibilidades de intoxicações, quer por tentativas de suicídio, quer por acidentes. Há necessidade de implementação de ações de Vigilância dos envenenamentos para buscar a origem dos produtos, principalmente os clandestinos, visando à adoção das medidas cabíveis. Também

se faz necessário promover o acesso da população às informações sobre medidas de precaução para armazenagem segura e administração correta destas substâncias.

**Rubio, B. G. G\*.; Araújo, R. C.**  
Divisão de Zoonoses e Intoxicações  
Centro de Saúde Ambiental  
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná



## SAÚDE REALIZA OFICINA DE AVALIAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE

Técnicos de todo o Estado foram capacitados a analisar dados e construir indicadores sobre doenças para que elas sejam monitoradas

A Secretaria da Saúde realizou, de 26 a 30 de setembro, no Hotel Estância Betânia, em Colombo, a Oficina de Avaliação e Construção de Indicadores de Saúde do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Ao todo, 44 pessoas participaram do evento, incluindo os técnicos responsáveis pela alimentação do Sistema e pela epidemiologia das 22 Regionais de Saúde do Estado.

O SINAN é um sistema do Ministério da Saúde que tem como finalidade coletar, transmitir e disseminar dados gerados para Vigilância Epidemiológica de agravos, padronizando a informação em âmbito federal, estadual e municipal. Após a conclusão deste curso, os técnicos estarão capacitados para analisar a consistência dos dados e construir indicadores acerca das doenças para monitoramento, através de tabulações, gráficos, tabelas e mapas, agilizando o fluxo de informações epidemiológicas e auxiliando programas de controle das doenças e de agravos.

O SINAN permite a investigação de doenças e agravos que acometem a população e que constam ou não na lista nacional de doenças de notificação compulsória. Desta maneira, são fornecidas explicações das causas, indicando os riscos a que a população de determinada área geográfica está sujeita, possibilitando tomar medidas específicas e oportunas para cada caso, sendo, portanto, um instrumento importante para auxiliar no planejamento da saúde e para prioridades de intervenção, contribuindo desta forma para a melhoria da saúde da população.

Nesta primeira oficina a Secretaria abordou com prioridade os seguintes agravos: hepatites, meningites, coqueluche e tétano acidental, doenças exantemáticas, raiva, hanseníase, tuberculose, dengue, leptospirose e animais peçonhentos, malária e leishmaniose. Atualmente existem no Paraná 3.886 fontes notificadoras do SINAN, entre elas hospitais, unidades de saúde e outros serviços de saúde públicos e privados, que enviam ao sistema cerca de 100 mil notificações por ano.

O fluxo das notificações é verificado da seguinte maneira: as fontes enviam os dados dos agravos às secretarias municipais de Saúde, que semanalmente enviam às Regionais de Saúde do Estado, que enviam também a cada semana à Secretaria de Estado da Saúde na Divisão de Sistemas e Informação em Saúde do Centro de Informações e Diagnóstico em Saúde, que, por sua vez, tem um prazo de 15 dias para enviar ao Ministério. Mesmo que não tenha havido nenhum agravo na semana, as fontes notificadoras enviam notificação negativa, que registra que não houve caso novo.

Equipe G. T. SINAN/PR  
Ayako Matono Casagrande,  
Paulo Collodel Junior,  
Raul Júnior Bely.

## SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS - SINASC

Número de nascidos vivos, por Regional de Saúde de residência no Paraná  
Ano 2004\* e 2005\* por mês

Regional de Saúde e Município de Residência	2004	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
1. Paranaguá	4.676	361	347	423	469	425	429	406
2. Metropolitana	48.852	3.942	3.724	3.998	3.907	4.352	4.008	3.208
3. Ponta Grossa	10.110	826	765	954	699	877	838	619
4. Irati	2.703	230	190	225	232	251	242	223
5. Guarapuava	8.571	717	645	762	749	752	621	760
6. União da Vitória	2.868	207	200	265	216	243	276	252
7. Pato Branco	4.227	338	303	372	372	381	400	377
8. Francisco Beltrão	4.762	383	345	443	392	425	408	384
9. Foz do Iguaçu	7.074	584	573	636	556	753	620	565
10. Cascavel	7.510	663	624	697	660	700	673	695
11. Campo Mourão	5.004	403	387	435	401	453	448	445
12. Umuarama	3.651	281	284	315	286	350	298	307
13. Cianorte	1.830	153	131	185	166	193	149	140
14. Paranavai	3.712	290	299	333	324	353	319	233
15. Maringá	9.172	715	760	874	801	765	772	745
16. Apucarana	4.736	388	400	420	428	425	401	386
17. Londrina	11.840	944	990	1.131	856	1.090	994	775
18. Cornélio Procópio	3.637	271	268	326	292	363	327	300
19. Jacarezinho	4.094	339	314	366	347	396	368	359
20. Toledo	4.876	391	427	435	253	447	406	366
21. Telêmaco Borba	3.027	253	230	285	275	292	265	250
22. Ivaiporã	2.251	189	181	215	160	159	188	149
Reg. Saúde Ignorado	0							
<b>Total</b>	<b>159.183</b>	<b>12.868</b>	<b>12.387</b>	<b>14.095</b>	<b>12.841</b>	<b>14.445</b>	<b>13.450</b>	<b>11.944</b>

FONTE: SINASC/DVSI/CIDS/SESA-PR/ISEP -

\* Dados preliminares

## SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE - SIM

Número de óbitos geral e em menores de 1 ano  
por Regional de residência no Paraná - 2004\* e  
por Regional de Saúde de residência e por mês - Ano 2005\*

Regionais de Saúde	2004		Jan		Fev		Mar		Abr		Mai		Jun		Jul	
	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano	geral	<1ano
1. Paranaguá	1.559	98	122	4	106	4	119	8	143	8	113	3	108	7	103	5
2. Metropolitana	17.073	659	1.301	54	1.130	42	1.283	57	1.193	46	1.369	56	1.325	48	1.132	17
3. Ponta Grossa	3.498	179	240	16	202	9	252	10	254	11	299	15	176	12	158	8
4. Irati	1.046	43	73	1	76	1	90	9	69	1	100	7	93	4	76	4
5. Guarapuava	2.618	208	201	11	170	8	187	12	175	14	212	14	193	13	176	25
6. União da Vitória	1.004	33	69	4	83	3	83	6	87	3	76	2	68	2	76	4
7. Pato Branco	1.400	97	99	8	92	7	105	6	111	5	127	6	104	4	95	8
8. Francisco Beltrão	1.703	80	131	13	131	4	145	8	116	4	160	9	146	7	111	6
9. Foz do Iguaçu	2.047	89	168	13	155	9	198	8	149	7	153	12	160	11	45	3
10. Cascavel	2.569	110	190	4	185	6	200	8	184	7	239	11	204	7	191	9
11. Campo Mourão	2.219	79	146	1	148	9	176	4	162	5	183	9	196	6	166	8
12. Umuarama	1.770	67	137	1	125	2	113	3	126	8	131	2	132	4	58	2
13. Cianorte	758	26	57	2	61	3	75	3	59	5	50	0	57	1	56	1
14. Paranavai	1.563	57	95	3	124	2	116	4	103	3	133	5	114	5	100	3
15. Maringá	3.933	106	288	5	296	13	323	10	268	7	273	11	330	12	233	8
16. Apucarana	2.087	86	151	9	161	9	179	6	156	6	176	8	145	5	142	7
17. Londrina	4.881	125	364	14	375	9	399	10	370	10	325	10	170	5	101	2
18. Cornélio Procópio	1.859	72	116	4	170	6	116	2	122	6	146	6	116	0	129	2
19. Jacarezinho	1.996	76	150	2	164	6	148	7	163	8	170	8	165	7	123	0
20. Toledo	1.967	59	156	7	126	5	161	3	147	8	155	4	135	2	142	3
21. Telêmaco Borba	1.099	68	74	2	80	7	70	4	89	7	75	7	60	2	58	6
22. Ivaiporã	976	35	61	3	68	1	63	4	51	2	56	4	46	0	59	1
<b>Total</b>	<b>59.690</b>	<b>2.453</b>	<b>4.391</b>	<b>181</b>	<b>4.230</b>	<b>165</b>	<b>4.604</b>	<b>192</b>	<b>4.298</b>	<b>181</b>	<b>4.722</b>	<b>209</b>	<b>4.244</b>	<b>164</b>	<b>3.530</b>	<b>132</b>

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

\* Dados preliminares

SISTEMA NACIONAL DE AGR...  
Número e coeficientes de agravos confirmados em 2004 e número de agr...  
por Regional de Saúde

REGIONAIS AGRAVOS	2004	2004	1ª		2ª		3ª		4ª		5ª		6ª		7ª		8ª		9ª		10ª	
	CASOS	INC/100.000 HAB	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C
ACID. ANIM. PEÇON.	11126	111.09	115	101	3430	3033	541	514	380	380	305	322	195	185	318	313	152	146	54	51	228	21
AT ANTI-RÁBICO	32840	327.89	388	369	6035	5857	464	455	187	185	315	308	208	201	344	342	237	230	524	524	601	60
AIDS <13 ANOS	38	0.37	...	0	...	6	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0
AIDS > 13 ANOS	1002	10.00	...	15	...	141	...	9	...	2	...	3	...	3	...	2	...	3	...	15	...	19
CISTICERCOSE	81	0.81	0	0	6	6	5	5	0	0	14	10	1	1	2	2	0	0	0	0	1	1
CÓLERA	0	0,00	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COQUELUCHE	48	0.48	3	1	11	5	0	0	1	1	3	2	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0
DENGUE	105	1.05	13	3	40	10	3	0	1	1	2	0	1	0	5	1	11	2	1033	384	79	12
DIFTERIA	0	0,00	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
DOENÇA CHAGAS	25	0.25	100	0	52	2	36	1	2	0	137	2	95	0	142	1	24	0	129		318	0
DOENÇA MENINGO.	266	2.65	...	2	...	27	...	8	...	1	...	4	...	5	...	0	...	1	...	2	...	4
ESQUISTOSSOM.	234	2.34	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FEBRE AMARELA	1	0.01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HANTAVÍRUS	10	0.09	1	0	2	0	0	0	2	1	6	2	4	0	0	0	1		0	0	1	0
HANSENIASE**	1874	18.71	...	9	...	61	...	40	...	10	...	56	...	5	...	20	...	26	...	56	...	53
HEPATITE A	1501	14.98	...	29	...	293	...	38	...	35	...	175	...	211	...	8	...	9	...	51	...	16
HEPATITE B	202	2.01	...	2	...	25	...	5	...	0	...	11	...	3	...	1	...	8	...	5	...	3
HEPATITE C	16	0.15	...	0	...	2	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0
HIV GESTANTE	168	1.67	...	2	...	24	...	5	...	3	...	4	...	2	...	1	...	0	...	7	...	2
INTOX. POR AGROT.	461	4.60	1	1	12	7	26	10	31	30	18	14	11	11	29	10	12		7	4	27	25
INTOX. POR MEDI.	1293	12.91	4	3	287	277	0	0	17	15	18	18	3	3	23	22	4		5	5	65	64
LEISH TEG AME	370	3.69	...	0	...	17	...	0	...	0	...	41	...	0	...	1	...	6	...	3	...	2
LEPTOSPIROSE	197	1.97	18	4	369	131	12	7	12	3	8	4	4	1	4	1	27	16	21	5	16	8
MALÁRIA	170	1.70	2	0	13	10	1	1	0	0	6	4	2	2	0	0	5	3	102	13	8	7
MENING NE	194	1.93	...	2	...	62	...	8	...	0	...	4	...	0	...	3	...	2	...	1	...	7
MENING H	9	0.08	...	0	...	2	...	0	...	1	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0
MENING OE	625	6.24	...	8	...	126	...	4	...	0	...	1	...	0	...	4	...	6	...	12	...	9
MENING TB	21	0.20	...	0	...	5	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	2
MENING VIRAIS	1095	10.93	...	9	...	269	...	8	...	2	...	0	...	0	...	7	...	7	...	12	...	28
PARACOCCIDIOID.	162	1.62	0	0	4	2	3	3	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	25	23	7	7
PFA/PÓLIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
RUBÉOLA	0	0,00	...	0	...	2	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0
SARAMPO	0	0,00	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0
SÍFILIS CONGÊNITA	30	0.18	1	1	22	17	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	2	0	0	5	5
S RUBE CONG.	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0
TÉTANO ACIDENTAL	25	0.25	1	1	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	2	2	0	0	1	1	1	1
TÉTANO NEONATAL	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUBERCULOSE	2716	27.11	...	120	...	461	...	73	...	10	...	36	...	20	...	11	...	19	...	82	...	44

FONTE: SESA/ISEP/CIDS/DVSI/SINAN/PR

OBSERVAÇÕES:

(...) dado numérico não disponível

Nas meningites por outras etiologias determinadas estão incluídas as meningites bacterianas não especificadas, por pneumococos e outras etiologias determinadas.

OS DE NOTIFICAÇÕES - SINAN

os notificados e confirmados nas semanas epidemiológicas 1 a 26 de 2005\*,  
de residência - Paraná

11ª		12ª		13ª		14ª		15ª		16ª		17ª		18ª		19ª		20ª		21ª		22ª		PARANÁ 2005		
N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	
29	120	4	4	40	40	91	90	81	79	174	170	128	97	58	58	164	162	40	39	65	64	53	51	6985	6238	
14	412	130	129	251	250	361	359	909	903	605	601	1552	1542	303	302	537	518	438	431	183	177	77	77	15063	14773	
...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	6	
...	3	...	5	...	1	...	9	...	36	...	4	...	48	...	8	...	6	...	8	...	0	...	3	...	343	
0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33	27
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0
1	0	0	0	0	0	1	0	11	2	1	1	8	4	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	45	16	
37	8	17	1	19	9	378	113	595	230	46	7	851	16	79	9	18	0	283	9	10	0	2	0	3523	815	
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	
3	0	39	1	36	0	40	3	94	0	0	0	629	1	1	0	1	0	96	0	1	1	13	6	1988	18	
...	0	...	0	...	0	...	0	...	3	...	1	...	9	...	1	...	0	...	0	...	0	...	0	...	68	
0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	13	7	69	32	101	91	0	0	0	0	0	0	186	132	
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	1	0	0	0	0	28	4	
...	34	...	19	...	19	...	26	...	42	...	20	...	59	...	32	...	19	...	33	...	23	...	34	...	696	
...	23	...	5	...	0	...	19	...	10	...	21	...	194	...	8	...	4	...	8	...	2	...	5	...	1164	
...	1	...	1	...	1	...	1	...	1	...	6	...	8	...	3	...	0	...	2	...	1	...	1	...	89	
...	0	...	0	...	0	...	0	...	1	...	0	...	0	...	0	...	0	...	1	...	0	...	0	...	4	
...	0	...	0	...	0	...	0	...	2	...	0	...	0	...	2	...	0	...	1	...	1	...	0	...	56	
22	17	2	2	4	2	28	18	28	20	15	12	27	18	32	31	6	6	6	4	4	3	10	8	358	253	
39	29	0	0	1	1	34	29	108	11	74	47	2	2	16	14	6	2	26	26	2	1	0	0	734	569	
...	8	...	1	...	27	...	5	...	10	...	9	...	13	...	7	...	13	...	2	...	0	...	7	...	172	
5	1	0	0	1	1	2	0	19	5	8	3	22	5	8	5	2	0	19	8	6	3	5	2	588	213	
5	3	8	3	1	1	6	5	14	7	3	2	6	5	1	1	2	2	11	10	0	0	1	1	197	80	
...	1	...	0	...	1	...	2	...	2	...	4	...	2	...	4	...	0	...	2	...	1	...	1	...	109	
...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	3	
...	2	...	1	...	1	...	5	...	19	...	12	...	30	...	6	...	8	...	3	...	2	...	7	...	266	
...	0	...	0	...	0	...	0	...	1	...	1	...	1	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	10	
...	7	...	1	...	8	...	7	...	39	...	22	...	49	...	12	...	12	...	1	...	1	...	15	...	516	
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	45	37	
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	2	
...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	
0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0	0	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41	32	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	1	1	0	0	2	2	1	1	2	1	18	15	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
...	27	...	32	...	9	...	21	...	51	...	41	...	91	...	30	...	49	...	34	...	13	...	13	...	1287	

\*dados preliminares

população PR 2004  
Nascidos Vivos 2004

10.015.425  
159.268

**N = NOTIFICADO**  
**C = CONFIRMADO**

## RATADA

É um fenômeno natural que ocorre a cada 30 anos, em decorrência da floração da taquara (espécie de bambu). As sementes, produzidas em abundância, servem de alimento para roedores silvestres, causando a chamada "Ratada", que é o aumento exacerbado da população desses ratos. Quando essa oferta diminui ou termina, os roedores tendem a buscar outras fontes de alimento fora de seu habitat, invadindo paióis de armazenamento de grãos, hortas, residências rurais ou áreas peridomiciliares.

Foi registrada a floração da taquara em vários municípios do Estado desde setembro de 2004 e a ratada em alguns municípios como Telêmaco Borba, Pinhão, Guarapuava, Bituruna, General Carneiro, Cruz Machado, Inácio Martins.

Uma grave consequência advinda do processo de migração desses roedores é o aumento do risco de transmissão da Hantavirose. Foram confirmados quatro casos no primeiro semestre: em Mallet, Palotina e Pinhão(2), sem óbitos. Neste mês a Secretaria está investigando nove casos com três óbitos.

É importante salientar que esse fenômeno traz prejuízos econômicos relativos à agricultura, uma vez que a tendência desses roedores é invadir as plantações, à medida que a oferta das sementes de taquara diminui. Tais prejuízos estendem-se também às áreas de criação de animais, pois os depósitos de ração podem ser invadidos pelos roedores. As principais medidas indicadas para o controle de roedores silvestres são as preventivas, por meio de antirratização:

1. Manter a casa e os arredores limpos (lixo doméstico acondicionado adequadamente);
2. Ambientes que permaneceram fechados por algum tempo e apresentam sinais de infestação de roedores devem ser abertos e ventilados por, no mínimo, 30 minutos antes de qualquer tipo de limpeza;
3. Evitar o contato direto com roedores ou suas fezes e urina. Não tentar matá-los;
4. Caso sejam observados ninhos, fezes ou roedores vivos ou mortos dentro de casa, não mexer. Primeiro, deve-se descontaminar o local com uma solução de água sanitária a 10% (misturar 1 litro de água sanitária em 9 litros de água) e pulverizar (com um frasco aspersor, tipo os de molhar samambaia) todos os locais e objetos contaminados. Deixar agir por no mínimo 30 minutos, para depois então remover com pano úmido (com solução de água sanitária a 10%) as fezes, ninhos ou roedores mortos. Evitar varrer ou usar

aspirador nestes locais (ao ventilar ou limpar ambientes fechados, recomenda-se usar máscara respiratória com filtro P3);

5. Os alimentos armazenados no interior dos domicílios devem ser conservados em recipientes fechados à prova de roedores e a 40 cm do solo;
6. Vedar fendas e outras aberturas superiores a 0,5 (meio) cm para evitar o ingresso de roedores no interior da casa, da seguinte forma;
7. Em áreas onde haja plantio, deve-se sempre respeitar uma distância mínima de 50 metros da casa;
8. O produto colhido (grãos em especial), assim como os restos de colheita, não devem pemoitar no campo;
9. Armazenar instrumentos e produtos agrícolas (grãos e hortifrutigranjeiros) sobre estrados com 40 cm de altura do piso, em depósitos (silos e paióis) situados a uma distância mínima de 30 metros de casa ou de áreas de plantio, pastagem e matas nativas;
10. O silo ou paiol deverá estar suspenso a uma altura de 40 cm do solo com escada removível e rateiras dispostas em cada suporte;
11. Rateiras ou golas metálicas com 30 cm de aba ("chapéu chinês") devem ser colocadas em esteios ou pilastra de sustentação de paióis ou galinheiros;
12. O armazenamento em estabelecimentos comerciais deve seguir as mesmas orientações que o armazenamento em domicílio e em silos de maior porte.

O controle químico de roedores através do uso de raticidas deverá ser realizado por técnicos habilitados para essa atividade. Além disso, estes roedores são animais silvestres e toda atividade relacionada ao seu controle deverá ter orientações técnicas do IBAMA. Esse tipo de controle realizado de forma errônea ou insuficiente pode, além de não matar os roedores, expor pessoas, principalmente crianças e animais domésticos, ao risco de contaminação acidental de raticidas, bem como aos mananciais, podendo causar intoxicação grave e levar à morte.

Outra situação preocupante é a dos taquarais secos. Eventualmente, as pessoas podem imaginar que, ateando fogo nessa vegetação, o problema estaria resolvido. Deve-se lembrar que essa medida, além de perigosa, pois pode provocar o começo de um grande incêndio, pode tornar-se ineficaz, pois os roedores seriam dispersos e a maioria não morreria. Finalmente, este é um fenômeno sazonal que pode durar até dois anos, dependendo da oferta de alimento. A população de ratos irá entrar em declínio com a falta destes alimentos cometendo, inclusive, canibalismo.

A Vigilância Epidemiológica deverá alertar as Unidades Básicas de Saúde bem como Hospitais para a possibilidade do surgimento de casos de Hantavirose na região. Lembrar que este agravo é de notificação compulsória imediata aos níveis superiores. A Vigilância Sanitária deverá proceder às orientações de prevenção do agravo e da ocorrência dos roedores silvestres. Lembrar que as inspeções locais são muito importantes para dimensionar a situação, porém, caso o local apresente situação de risco, os técnicos que não possuírem máscaras de segurança não deverão entrar no ambiente.

**Divisão de Zoonoses e Intoxicações  
da Secretaria de Estado da Saúde**





## VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO PARANÁ

### 1. INTRODUÇÃO

O "movimento sanitário" e as lutas sociais das décadas de 70 e 80 foram capazes de criar constitucionalmente o SUS em 1988. Surgiu uma estrutura legal que deu suporte às ações de implantação do novo sistema de saúde, com avanços indiscutíveis em todo o País. A organização do modelo de saúde implantado no Brasil teve como pano de fundo a área da assistência individual em detrimento das atividades de prevenção e promoção à saúde e conseqüente fonte de financiamento voltada prioritariamente para esta assistência.

As atividades de Vigilância à Saúde foram sendo implementadas aos poucos devido à menor compreensão do papel dos serviços que envolvem essas áreas. Há maior pressão popular, das forças de mercado e políticas, para criar/ampliar serviços de assistência como: ambulância, posto 24 horas e mais leitos. Os municípios de menor porte têm dificuldade de implantar e manter adequada equipe técnica para todas as rotinas dos sistemas das vigilâncias.

A mudança do Modelo Assistencial recomenda o crescimento quantitativo e qualitativo da rede básica, visando manter a saúde, detectar precocemente e tratar adequadamente os agravos/doenças em serviços de acesso próximo à população com visão integrada do processo saúde/doença com garantia de acesso aos níveis mais complexos de tratamento e reabilitação, se necessário (do qual o PSF é um exemplo).

### 2. CARACTERIZAÇÃO DO PARANÁ

A população do Paraná estimada para o ano de 2005 é de 10.261.840 habitantes, sendo que 81,3% vivendo em área urbana (em 1970 a população urbana correspondia a 36,2% do total) e 39,4% em área metropolitana. A taxa de fertilidade declinou de 6,3 filhos por mulher para 1,7, entre 1970 e 2000. Neste mesmo período a expectativa de vida ao nascer para ambos os sexos aumentou de 47,9 para 72,2 anos. A mortalidade infantil caiu de 53,2/mil nascidos vivos em 1980 para 16,4/mil em 2003 e no mesmo período as doenças infecciosas e parasitárias reduziram sua participação na mortalidade de 9,1% para 3,5%.

O censo de 2000 mostrou ainda que, dos 2.664.276 domicílios existentes, 83,6% possuem acesso à rede de distribuição de água, 37,6% têm acesso à rede coletora de esgoto, 53,0% possuem acesso à rede coletora de esgoto mais fossa séptica e 83,2% contam com acesso à coleta regular de lixo.

Quanto às características do sistema de saúde, encontram-se organizadas em uma rede hierarquizada e regionalizada. A atenção básica está estruturada no Paraná com 874 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1.060 Postos de Saúde, 405 Unidades de Saúde da Família e 24 unidades mistas (Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde CNES abril/2004). Dos 399 municípios existentes no Estado, 351 (87,9%) têm equipes de Saúde da Família implantadas (1.307 equipes), correspondendo a uma cobertura populacional estimada de 41% do total de habitantes. No Paraná há 512 hospitais, sendo que 90,8% atendem pelo SUS.

Para as ações de vigilância em saúde (vigilância epidemiológica e ambiental), 100% (399) dos municípios estão certificados e para as ações de vigilância sanitária de alta e média complexidade 38,0% (152) estão habilitados.

### 3. ORGANIZAÇÃO DAS VIGILÂNCIAS NA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

A estrutura está organizada em uma Diretoria de Vigilância em Saúde e Pesquisa - DVP, diretamente ligada ao Secretário de Saúde.

A Diretoria de Vigilância e Pesquisa é constituída dos seguintes serviços:

- **CIDS - Centro de Informações e Diagnóstico em Saúde:** Doenças Imunopreveníveis e Programa de Imunizações; Sistemas de Informação; Vigilância da Mortalidade Materna e Infantil e Assessoria de Comitês; Coordenação Estadual das Hepatites Virais e Doenças e Agravos Não Transmissíveis.
- **CESA - Centro Estadual de Saúde Ambiental:** Vigilância Ambiental; Zoonoses e Envenenamentos e Doenças Transmitidas por Vetores.
- **DEVS - Departamento de Vigilância Sanitária:** Vigilância Sanitária de Alimentos, Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde e de Interesse à Saúde e Vigilância Sanitária de Produtos.
- **LACEN - Laboratório Central do Estado:** Biologia Médica e produtos de interesse da Vigilância em Saúde.
- **CPPI - Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos:** Produção e pesquisa de imunobiológicos e insumos.
- **CEST - Centro Estadual de Saúde do Trabalhador:** Coordenação da Política Estadual em Saúde do Trabalhador.

### 4. PRINCIPAIS PAPÉIS DAS VIGILÂNCIAS NA REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE

Redefinição das práticas sanitárias e no modo como se deve pensar em saúde adotando o conceito de risco, com "olhar epidemiológico", do planejamento à operacionalização das ações, promovendo uma ação intersetorial e articulada resultando numa nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde, bem-estar e apoio ao desenvolvimento social da população.

### 5. PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES DE CADA VIGILÂNCIA NAS ESFERAS DE GOVERNO

- Fortalecer o papel indutor do Estado para que se intensifique a Vigilância à Saúde nos municípios com condições técnicas e financeiras, exercendo o apoio técnico, assessoria e monitoramento às várias instâncias;
- Implementar análises e disseminar informações sobre o perfil de morbi-mortalidade da população (por estado, região e município, por sexo e faixa etária), medidas ambientais, sanitárias e de assistência recomendadas para minimizar ou eliminar os riscos e promover a saúde coletiva;
- Subsidiar o Planejamento, Monitoramento, Avaliação e Acompanhamento das atividades de assistência e de programas especiais, servindo como suporte ou modelo para os gestores municipais e
- Promover, nas várias instâncias de governo, políticas intersetoriais que permitam articulação nos estados e municípios, ações integradas de saúde e desenvolvimento social.

### 6. PRINCIPAIS AVANÇOS

- Mudança na estrutura e funcionamento (organograma) refletindo na prática o pensar epidemiológico;
- Articulação entre as ações de promoção, proteção, prevenção e

assistência à saúde;

- Ações relacionadas às vigilâncias descentralizadas e municipalizadas e geridas pelos municípios;
- Intervenções sob forma de operações conjuntas de atividades articuladas para programas específicos como: a redução da mortalidade materna e infantil, a qualificação de pessoal, a regionalização, investigação de casos, surtos e agravos, sistemas de informações e as avaliações das pactuações.

**7. PROBLEMAS OU OBSTÁCULOS**

- Insuficiência e alta rotatividade de recursos humanos;
- Insuficiente integração das vigilâncias, atenção básica, programas especiais e assistência;
- Burocracia dos trâmites administrativos e financeiros;
- Pouca compreensão dos gestores e dos profissionais de saúde da inserção das vigilâncias no modelo assistencial de saúde;
- Fragmentação e insuficiente aporte de recursos financeiros e
- Não adoção do planejamento estratégico.

**8. ESTRATÉGIAS PARA A INTEGRAÇÃO DAS VIGILÂNCIAS EVITANDO O PARALELISMO, A FRAGMENTAÇÃO E A DUPLICIDADE DE AÇÕES.**

A estratégia mais eficaz é aquela em que as ações são planejadas e programadas de forma conjunta e são estabelecidas as competências e interfaces para sua operacionalização partindo-se da real situação de cada município e/ou instância.

• A principal estratégia de integração foi a avaliação e a pactuação da PPI-VS em 2004 feita em conjunto (três vigilâncias, grupo de planejamento e escola de saúde) e em 2005 foi integrado à PPI-VS o PAB como instrumento único. Foram efetuadas oficinas com os técnicos e gestores do nível estadual e municipal. O ponto inovador foi o modo como deveria ser visto o instrumento e a pactuação e que estes fossem entendidos como instrumento de gestão e ferramenta importante de monitoramento e avaliação, de forma que: permitisse vigiar e medir a competência de executar os indicadores e metas pactuadas; apontasse se os “caminhos” e/ou estratégias adotadas estão certas e fosse uma importante oportunidade de trabalhar com o

planejamento e a programação.

- A regionalização dos Serviços em fase de discussão e consolidação e que redefine o papel do estado, com a participação de todas as instâncias, o que terá reflexos nas ações de Vigilância em Saúde;
- As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas na Agenda em Saúde e no Plano Estadual;
- Fortalecimento da intersectorialidade das ações com as Secretarias de Educação, Agricultura, Ambiente, Cultura e Ministério Público, entre outras;
- Mecanismos de controle social e visibilidade das políticas de Vigilância em Saúde através do Conselho Estadual de Saúde (CES), Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB);
- Reestruturação das vigilâncias buscando a adequação conforme o nível de desenvolvimento do modelo assistencial no Estado e nos municípios;
- Integração das Regionais de Saúde via intranet; e
- Criação da Rádio Saúde e Programa Qualidade de Vida.

**9. EXPERIÊNCIAS BEM SUCEDIDAS EM QUE AS AÇÕES DAS VIGILÂNCIAS FORAM DESENVOLVIDAS DE FORMA INTEGRADA**

Na operacionalização das ações, tais como investigação de casos, surtos, epidemias, calamidades, acidentes com produtos tóxicos, entre outros, a equipe técnica e administrativa composta de profissionais ligados à saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, pedagogos e outros profissionais), do nível central e regionais de saúde participam integralmente (“in loco”) nas diversas atividades relacionadas à Vigilância em Saúde. Exemplo: Trabalho de Controle e Prevenção da Hantavirose desenvolvido em conjunto pelas vigilâncias na região sul do Estado.

Luís A. Erthal, Inês Vian, Maria A. Meda e Natal J. de Camargo  
Curitiba, 06 de setembro de 2005

**PANENCEFALITE ESCLEROSANTE SUBAGUDA PÓS-SARAMPO - PEESA**

**Investigação e acompanhamento de 4 casos no Estado do Paraná 2003/2004**

A panencefalite esclerosante subaguda - PEESA é descrita como uma infecção “lenta”, resultante da persistência do vírus de sarampo de forma alterada no organismo. A PEESA faz parte de um grupo de doenças neurodegenerativas que envolvem uma diversidade de agentes que causam essas infecções “lentas”, caracterizadas por um longo período de latência, um estabelecimento gradual e uma evolução progressiva e invariavelmente fatal. É importante salientar que o termo “lento” se refere à evolução da doença e não à velocidade de replicação dos agentes causadores.

Este é um grupo heterogêneo que compreende tanto agentes virais convencionais quanto agentes não convencionais. Em alguns casos as infecções são acompanhadas de alterações histopatológicas inflamatórias, porém em vários casos não há

sintomas e sinais típicos das encefalites agudas, e esses lembram clínica e histopatologicamente as doenças degenerativas ou hereditárias do sistema nervoso. São caracterizadas como infecções do sistema nervoso central por vírus lento humano:

Doença	Agente etiológico	
	Agente	Grupo
Complexo demencial da AIDS	Vírus da imunodeficiência humana tipo I	Retrovírus (ARN)
Paraparesia espástica tropical	Vírus linfotrópico da célula T humana tipo I	Retrovírus (ARN)
Leucoencefalopatia multifocal progressiva (PML)	Vírus JC	Papovavírus (ADN)
Panencefalite esclerosante subaguda (PEESA)	Vírus do sarampo	Paramixovírus (ARN)
Panencefalite progressiva da rubéola	Vírus da rubéola	Togavírus (ARN)
Doença de Creutzfeldt - Jacob (DCJ)	—	Agentes de encefalopatia espongiforme (prions) doenças causadas por agentes não convencionais.
Doenças de Gerstmann - Straüssler - Scheinker (GSS)	—	
Kuru	—	

A PEESA é uma doença rara, verificada em crianças que foram infectadas pelos vírus do sarampo muitos anos antes. De maneira geral, há uma referência de história de sarampo nos primeiros dois anos de vida. A baixa faixa etária de exposição ao vírus do sarampo parece estar relacionada ao surgimento de uma replicação defeituosa e persistente do vírus, por uma variante do vírus do sarampo que não é capaz de completar o seu ciclo replicativo. O insuficiente desenvolvimento de mecanismos de defesa pode estar relacionado, o que permitiria a entrada do vírus do sarampo no sistema nervoso.

Do ponto de vista clínico, inicia-se com alterações cognitivas e comportamentais, evolui para disfunção motora com mioclonia. A evolução é progressiva, com deterioração constante durante um a três anos, acabando em tetraparesia rígida e estado vegetativo.

Os títulos de anticorpos IgG no soro e liquor contra o vírus do sarampo aparecem elevados e, em relação à análise das proteínas totais, ocorre aumento de  $\alpha$ -globulina. O EEG revela complexos periódicos de ondas lentas (complexos de Radermecker). Técnicas de neuroimagem como a ressonância magnética ou tomografia computadorizada podem fornecer subsídios para o diagnóstico, conforme os estágios da doença, porém estas técnicas auxiliam mais no acompanhamento da doença do que no prognóstico.

Vários tratamentos foram testados com resultados não convincentes e também com resultados nulos. Atualmente terapêuticas com isoprenosina, ribavirina e alfa-interferon com uso isolado ou associados têm sido utilizadas.

Entre outubro de 2003 e dezembro de 2004 foram notificados 4 casos de PEESA no Estado do Paraná. A seguir, um breve relato desses casos.

**Caso 1:** paciente de 5 anos, sexo masculino, foi internado no Hospital de Clínicas em Curitiba, com suspeita de meningoencefalite, apresentando distúrbios de comportamento. O caso foi notificado no SINAN em outubro de 2003.

Foram coletadas amostras de liquor e submetidas a provas quimiocitológicas e bacteriológicas que se apresentaram negativas. Outras hipóteses diagnósticas foram aventadas, como encefalite por herpes vírus (manifestação de herpes labial dois meses antes do início dos sintomas), neurocisticercose e suspeita de PEESA.

As amostras foram encaminhadas ao Laboratório Central do Estado (LACEN-PR), com solicitação de pesquisa para anticorpos de sarampo. Os técnicos da seção de virologia, de imediato, comunicaram à Vigilância Epidemiológica de Doenças Exantemáticas/SESA-PR e a investigação foi iniciada. Amostras de liquor e plasma foram submetidas a reação em cadeia de polimerase PCR, no LACEN-PR, para pesquisa de herpes e se apresentaram negativas.

Na detecção de anticorpos para sarampo através do método Elisa, a pesquisa resultou em IgM não reagente e IgG reagente, tanto no soro quanto no liquor. Para detecção do vírus do sarampo foi utilizado o método de PCR executado pela FIOCRUZ, com resultado negativo.

Na investigação obtiveram-se as seguintes informações: o menor teve sarampo aos 8 meses de vida, em 1998, quando houve o último surto de sarampo em Curitiba, com um total de 873 casos. Foi identificada a notificação, investigação e confirmação laboratorial (LACEN-PR) do caso na época da doença. As primeiras manifestações começaram após cinco anos da infecção, com perda de equilíbrio e da força motora, regressão da fala, desatenção, lentificação de respostas a comandos e perda da consciência.

Hoje, faz uso de anticonvulsivante, está com 7 anos de idade, 16 kg de peso e usando dieta enteral (acompanhada por nutricionista) e realizando fisioterapia três vezes por semana.

**Caso 2:** paciente de 8 anos de idade, sexo masculino, que vinha sendo acompanhado desde 2000 pelo Hospital Universitário de Londrina, porém a Vigilância Epidemiológica só teve conhecimento desse caso no ano de 2004, quando o paciente foi reinternado com convulsões compatíveis e degeneração neurológica, sendo solicitada pesquisa sorológica para detecção de anticorpos para sarampo.

Os resultados apresentados foram: IgM não reagente e IgG reagente. Pelo PCR executado pela FIOCRUZ, o resultado foi negativo.

O menor teve sarampo aos 5 meses devido a contato com a mãe que desenvolveu a doença na época. Os casos não foram notificados, no entanto, o prontuário hospitalar registra o internamento devido a broncopneumonia pós-sarampo. O município de Londrina encontrava-se em surto em 1991, época da infecção do menor.

Este caso refere as primeiras manifestações aos 8 anos após a infecção, iniciado pela lentidão da fala, dificuldade de deambulação, movimentos involuntários, convulsão focal com movimentos clônicos e sialorréia. No período, foi indicado tratamento com uso de alfa-interferon, que não foi aceito pela família. Hoje a criança está com 14 anos, encontra-se no leito, não se comunica, apresenta atrofia muscular severa, recebe alimentação enteral e fisioterapia duas vezes por semana (não estava realizando no último contato).

**Caso 3:** paciente de 7 anos de idade, sexo masculino, residente em Curitiba. Em 1998, com 55 dias de vida, adquiriu sarampo, juntamente com seu irmão gêmeo, ambos contatos da mãe. Foi internado por pneumonia pós-sarampo. O caso foi investigado e confirmado laboratorialmente, durante o último surto em Curitiba. Inicialmente atendido em Curitiba com hipótese diagnóstica de PEESA, hipótese confirmada em São Paulo, apresentando exames laboratoriais e EEG compatíveis com esta doença.

As manifestações de PEESA iniciaram-se seis anos após a ocorrência de sarampo. Os exames sorológico e do liquor também se encontram compatíveis ao quadro e o tratamento foi composto por alfa-interferon, ribavirina e isoprenosina.

O caso foi notificado em junho de 2004 pela neurologista que o atendeu em consultório particular à Vigilância Epidemiológica das Doenças Exantemáticas do nível central.

**Caso 4:** paciente de 7 anos de idade, sexo masculino, residente em Curitiba. A criança teve sarampo aos 5 meses de idade, notificado e confirmado por vínculo epidemiológico, enquanto a mãe também teve sarampo investigado e confirmado laboratorialmente, em 1998.

Este caso foi notificado pelo Serviço de Neurologia do Hospital das Nações/Curitiba, em dezembro de 2004, quando o paciente tinha 6 anos. A Vigilância das Doenças Exantemáticas/SESA-PR foi comunicada através do LACEN-PR, quando foram solicitados marcadores para sarampo.

Para o tratamento foram prescritos os antivirais alfa-interferon, ribavirina e isoprenosina, e o quadro clínico permaneceu estabilizado no estágio em que ocorreu o diagnóstico, no qual o paciente apresentava dificuldade para atender comandos simples e confusão mental, embora fisicamente estivesse bem, não apresentando crises convulsivas. Até abril de 2005 o paciente permanecia com esta clínica e mantinha o tratamento medicamentoso. Foi reavaliado pelo médico que atua no grupo de monitorização de PEESA, da Coordenação dos Institutos de Pesquisa do Centro de Vigilância Epidemiológica de São Paulo, que reafirmou a suspeita, determinando a continuidade da conduta do tratamento. No início de junho de 2005 o paciente apresentou pneumonia e complicações neurológicas, foi

hospitalizado com decréscimo do quadro geral, permanecendo até o presente momento em UTI.

A PEESA não faz parte da notificação obrigatória, portanto não existe uma ficha epidemiológica para investigação dos casos conhecidos, pois é entendida como uma complicação da infecção pelo vírus do sarampo. Desta forma, frente ao conhecimento de um caso suspeito, deverá haver investigação, acompanhamento do caso com solicitação de exames específicos para validar a hipótese diagnóstica, orientação à família no sentido de possível utilização de medicamentos especiais, nutrição adequada e suporte fisioterápico.

Mirian Marques Woiski e Nilce D. K. Haida

Divisão de Doenças Imunopreveníveis

Gisleine de F. Z. Carvalho

Consultora Estadual de Doenças Exantemáticas

## MINISTÉRIO DA SAÚDE ALERTA CONTRA POLIOMIELITE

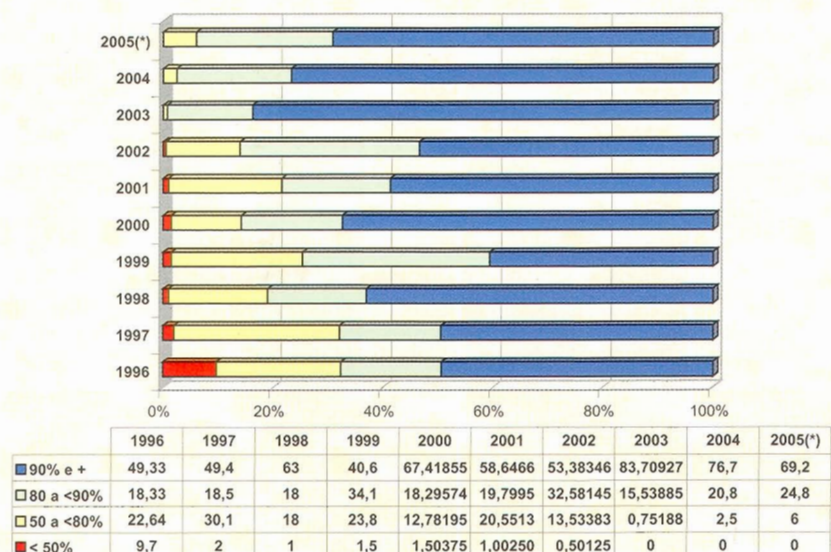
A notificação do caso de Poliomielite ocorrido recentemente em uma criança de 8 meses de idade residente em uma pequena comunidade Amish, localizada na parte central do estado americano de Minnesota, nos Estados Unidos, coloca em alerta os países das Américas.

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde alerta as equipes de Vigilância Epidemiológica dos estados e municípios para a possibilidade de circulação do vírus da poliomielite no continente americano com conseqüente reintrodução da doença em países onde não há mais registro da mesma. O Brasil não registra casos de Poliomielite desde 1989.

O Ministério da Saúde ressalta a importância de que os médicos dos serviços de saúde públicos e privados que atenderem a qualquer paciente menor de 15 anos com os sinais e sintomas sugestivos de paralisia flácida aguda notifiquem de forma imediata à Secretaria de Saúde do seu município. Lembrando que a cobertura vacinal adequada deve ser de 95%, faz-se necessária a sensibilização dos dirigentes do Sistema Único de Saúde, em suas diferentes

esferas de governo, para a importância do país ter alcançado o nível de erradicação da poliomielite e a necessidade de sua manutenção. No caso específico da poliomielite dispomos de uma arma simples e eficaz, a vacina oral, que aliada a uma vigilância adequada, pode nos garantir a sustentabilidade da erradicação da doença. Por esse motivo, as ações de vigilância e de vacinação precisam ser realizadas de forma permanente e oportuna. Abaixo o gráfico com a situação do Paraná.

PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS POR NÍVEL DE COBERTURA COM PÓLIO (3ª DOSE) EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO, PARANÁ 1996 - 2005(\*)



Fonte: SESA/ISEP/CIDS/DVDI