



# Boletim EPIDEMIOLOGICO

Ano IX nº 24 - Janeiro a Junho de 2006



Saúde no Paraná

Secretaria de Estado da Saúde - SESA



## Monitoramento de gestantes com toxoplasmose

pág. 03



## Herpes

pág. 04



## Doença de Creutzfeldt - JACOB (DCJ)

pág. 08



## Parvovírus B19

pág. 09



## Pacto Pela Vida

pág. 11

### Ainda nesta edição:

Editorial.....	pág. 02
Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos - <b>SINASC</b> .....	pág. 03
Sistema de Informações Sobre Mortalidade - <b>SIM</b> .....	pág. 05
Sistema Nacional de Agravos de Notificações - <b>SINAN</b> .....	pág. 05
Detalhamento da Doença de Creutzfeldt - <b>JACOB (DCJ)</b> .....	pág. 09
Relato Sobre Gravidez na Adolescência.....	pág. 10
Informação Sobre os Sistemas <b>SINAN Net, SIM e SINASC - WEB</b> .....	pág. 12

## Editorial

Neste número o boletim volta a trazer assuntos da área mais tradicional de saúde pública enfocando:

- a prevenção da gravidez na adolescência: um relato das atividades desenvolvidas pela equipe da 20ª regional de saúde: Toledo e os demais 17 municípios com bons resultados;
- o monitoramento de gestantes com Toxoplasmose como problema relevante nas gestantes mostrando que como perfil sorológico na gestação é possível a adoção de medidas profiláticas e terapêuticas para minimizar a transmissão vertical e a ocorrência de danos ao desenvolvimento fetal.
- Parvovirose B19 que envolve os diferenciais clínicos entre as síndromes exantemáticas como sarampo, dengue, rubéola, escarlatina entre outras. Não tem vacina e também existem riscos potenciais para o feto.

Traz ainda a inclusão da Doença de Creutzfeldt - Jacob (doença da vaca louca) na lista de agravos de notificação compulsória em 2005, atentando aos profissionais sobre a notificação de caso suspeito por telefone (41) 3330-3836 ou 3330-4471, (dado a importância da doença, causadas por prions e sua extrema resistência a métodos convencionais de inativação).

E avançando nas questões de saúde coletiva apresenta um resumo do PACTO PELA VIDA, EM DEFESA DO SUS E DE GESTÃO, cujo conteúdo integral se encontra regulamentado na Portaria nº 699 de 30 de março de 2006. BOALEITURA!



**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

Vera Lúcia F. G. Drehmer

#### 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 (DDI)

Mirian Marques Woiski

#### Equipe Técnica

Ayako Matono Casagrande  
Beatriz Bastos Thiel  
Carla Machado da Trindade  
Cléia Beatriz Garcia Lazzarotto  
Elizabeth de Souza  
José Luiz S. de Aben Athar  
Nelson Ricetti de Nazareno  
Nilce D. Haida

#### Assessoria de Comunicação Social

Silvia Sganzerla

#### Diagramação e Arte Final

Harim Vicente de Souza

#### Fotolito e impressão

Neoset

#### Tiragem

8.000 exemplares

## MONITORAMENTO DE GESTANTES COM TOXOPLASMOSE EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.

MONITORING OF PREGNANT WOMEN WITH TOXOPLASMOSIS IN PUBLIC HEALTH SERVICES.

### RESUMO

É discutido o monitoramento de 290 gestantes com suspeita de toxoplasmose aguda atendidas em serviços públicos. Em 69% um único teste (ELISA-IgM) conduziu ao tratamento. De 112 tratadas, o sistema não disponibilizou medicamento para 24%. Em 12,1% houve aumento progressivo de IgM e IgG. Em 48,2%, o tratamento foi iniciado trinta dias após o diagnóstico laboratorial.

**Palavras-chaves:** Gestantes. Toxoplasmose. Pré-natal. Monitoramento.

### ABSTRACT

The monitoring of 290 pregnant women with suspicion of acute toxoplasmosis attended by Public Health Services is discussed. In 69% a single test (Elisa-IgM) led to the treatment. Of 112 treated, the system did not offer any drug to 24%. In 12.1% there was a progressive increase of IgM and IgG. In 48.2% the treatment was begun thirty days after the laboratorial diagnosis.

**Key-words:** Pregnant women. Toxoplasmosis. Pre-natal routine. Monitoring.

A toxoplasmose é um agravo de distribuição mundial e sua importância clínica está no risco que representa aos organismos imunocomprometidos, à gestante, conceito no potencial de causar lesões oculares tardias<sup>4</sup>.

A primoinfecção pelo *Toxoplasma gondii* frequentemente evolui de forma assintomática<sup>4</sup>. É detectada pela pesquisa laboratorial de marcadores sorológicos durante o acompanhamento pré-natal ou em estudos de soroprevalência<sup>3</sup>. A importância de estabelecer o perfil sorológico de gestantes reside na possibilidade de adoção de medidas profiláticas e terapêuticas para minimizar a transmissão vertical e a ocorrência de danos ao desenvolvimento fetal<sup>4,9</sup>.

O diagnóstico laboratorial constitui um desafio para os profissionais de saúde envolvidos na assistência à gestante e ao conceito com suspeita de infecção pelo *T.gondii*<sup>7</sup>. Além da complexidade de interpretação de marcadores de fase aguda, as modernas técnicas laboratoriais nem sempre estão disponíveis nos serviços de saúde pública do país.

O objetivo do trabalho foi discutir as dificuldades no monitoramento dado às gestantes com suspeita de toxoplasmose aguda, atendidas em serviços públicos de saúde do noroeste do Estado do Paraná.

O estudo foi observacional, longitudinal e retrospectivo, de janeiro de 2001 a dezembro de 2003. Foram incluídas mulheres em qualquer idade gestacional com imunoglobina M (IgM) anti-*T.gondii* reagente, atendidas nos serviços públicos da 15ª Regional de Saúde do Paraná (15ª RS), que compreende 30 municípios do noroeste do Estado. Foi utilizado um questionário estruturado abordando dados laboratoriais, clínicos e seguimento das gestantes no pré-natal. As informações foram coletadas em laboratórios e serviços públicos de saúde, prontuários clínicos e complementadas por entrevista materna, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá. Os dados foram analisados estatisticamente pelo *Statistical Analysis System* (SAS), versão 8.2, utilizando os testes do qui-quadrado de Pearson e Z.

Foram detectadas 290 gestantes IgM anti-*T.gondii* reagentes, sendo que 264 apresentaram informação sobre o pré-natal após busca ativa em seis diferentes serviços. Em 222 (76,5%) registros ambulatoriais e hospitalares os dados clínicos e laboratoriais estavam incompletos.

O método laboratorial empregado na rotina do diagnóstico pré-natal foi o Imunoensaio Enzimático de Micropartículas (MEIA) para IgM e IgG anti-*T.gondii* (Abbott Diagnostics AxSYM®

SYSTEM), considerados reagentes quando os índices resultaram  $\geq 0,600$  e  $> 3\text{UI/ml}$ , respectivamente. Em 200 (69%) casos a decisão para o tratamento foi baseada no resultado de um único teste realizado para IgM com resultado positivo. Destas, 90 gestantes foram acompanhadas sorologicamente com duas amostras e 38 acompanhantes com três amostras. Das 290 gestantes estudadas, 86 (29,6%) foram encaminhadas para o serviço de infectologia, sendo que 68 destas residiam em Maringá, município sede da 15ª RS do Paraná. Em 35 (12,1%) gestantes, o seguimento sorológico evidenciou aumento progressivo nos índices de IgM e IgG. Os serviços de saúde foram procurados por 195 (73,9%) gestantes no primeiro trimestre da gravidez.

De 290 gestantes IgM reagentes, 112 (49,3%) receberam quimioprofilático, incluindo 13 das 35 gestantes que apresentaram aumento progressivo nos índices de IgM e IgG. Em 54 (48,2%) das que receberam quimioprofilático, o início do tratamento ocorreu trinta dias após a realização de sorologia inicial. Em 27 (24%) de 112 casos de prescrição quimioprofilática não foi disponibilizada pelos serviços públicos de saúde, sendo custeada pela família da paciente ou comunidade.

Trinta e sete gestantes relataram queixas, principalmente cefaléia frontal ou periorbital intensa, distúrbios visuais emialgia. O exame ultra-sonográfico foi realizado em 204 (70,3%) gestantes; 13 (6,4%) destes evidenciaram alterações placentárias, de volume do líquido amniótico e/ou do concepto.

A necessidade de complementação dos prontuários por busca ativa evidenciou a deficiência de informações sobre a suspeita de toxoplasmose aguda nos registros de atendimento obstétrico e nos serviços de referência para a gestação de alto risco da rede pública de saúde. Em um grande percentual dos prontuários as ferramentas disponíveis não foram suficientes para a conclusão do diagnóstico. Da mesma forma, a dispersão de informações no sistema não permitiu realizar adequado monitoramento do risco gestacional para a toxoplasmose congênita, embora a maioria das gestantes procurasse os serviços públicos de saúde no primeiro trimestre de gravidez.

Na maioria dos casos, uma única sorologia foi utilizada para a conduta terapêutica, indicando que o protocolo não estava sendo seguido na rotina de pré-natal dos serviços públicos. Na época do estudo, o protocolo estadual de gestação de alto risco preconizava o acompanhamento da gestante com duas ou três amostras, seguidas da pesquisa de IgA<sup>5</sup>. Além disso, o teste ELISA-MEIA utilizado na rotina do pré-natal é muito sensível e pode acarretar dificuldades de interpretação de da fase aguda pela tendência da IgM em manter-se elevada por longos meses<sup>1</sup>.



Atualmente, para conclusão do diagnóstico de fase aguda em gestantes é recomendável a inclusão de outros marcadores (IgA, IgE, teste de avidéz da IgG ou PCR) para comprovação dos resultados iniciais<sup>12</sup>. Associado aos dados laboratoriais, o exame tomográfico pode ser útil para detectar calcificações que podem ser advindas da infecção<sup>7</sup>.

O perfil sorológico detectado evidenciou a existência do risco de toxoplasmose aguda entre as gestantes da região estudada, semelhante ao observado em estudos nacionais de soroprevalência<sup>3,6</sup>. Embora exista monitoramento preconizado para a toxoplasmose na gestação<sup>5</sup>, nem sempre este está disponível no sistema público de maneira rápida e eficiente. Destaca-se que 78 (69,6%) das 112 gestantes tratadas não tiveram seguimento laboratorial algum após a primeira reação sorológica IgM reagente.

O planejamento em saúde e a tomada de decisões dependem da qualidade da informação disponibilizada. As taxas de transmissão congênita e as manifestações clínicas variam de forma acentuada entre os indivíduos com infecção por *T.gondii*<sup>7</sup>. Nesta trabalho evidenciou-se a necessidade de investimento em melhoria de técnicas laboratoriais, a fim de otimizar a assistência às gestantes e filhos expostos, uma vez que a indicação terapêutica pode ser onerosa ao serviço, apesar de saber-se que a utilização de quimioterápico pode reduzir a transmissão ou as seqüelas ao feto<sup>6</sup>. Há necessidade também de intervir na qualidade das informações obtidas bem como sistematizá-las no sentido de facilitar a tomada de decisões.

É fundamental integrar e agilizar os serviços prestados às gestantes por parte dos diferentes profissionais de saúde. A falta de consenso, a fragmentação da assistência e o não

seguimento do preconizado no protocolo dificultam a caracterização do risco gestacional e o desencadeamento de ações de monitoramento pela equipe multiprofissional de saúde que acompanha o pré-natal, o que influencia, sobretudo, o acompanhamento da saúde da criança exposta à transmissão vertical.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Couto JCF, Leite JM, Rodrigues MV. Diagnóstico laboratorial da toxoplasmose na gestação. *Femina* 30:731-737, 2002.
2. Leão PRD. Toxoplasmose e gravidez. *Femina* 30:99-101, 2002.
3. Mozzato L, Soibelman Procionoy R. Incidência da Toxoplasmose congênita no sul do Brasil: estudo prospectivo. *Revista Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* 45: 147-151, 2003.
4. Remington JS, Mcleod R, Thulliez P, Desmonts G. Toxoplasmosis. In: Remington JS, Klein JO (eds). *Infectious diseases in the fetus and newborn infant*. 5th edition, WB Saunders Company, Philadelphia, p. 205-346, 2001.
5. Secretaria de Estado da Saúde. Natural é o parto normal: Gestação de alto risco. 3rd edição, Secretaria de Saúde do Paraná, Curitiba, p. 79, 2002.
6. Segundo GRS, Silva DAO, Mineo JR, Ferreira MS. A comparative study of congenital toxoplasmosis between public and private hospitals from Uberlândia, MG, Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 99:13-17, 2004.
7. Spalding SM, Amendoeira MR, Ribeiro LC, Silveira C, Garcia AP, Camillo-Coura L. Estudo prospectivo de gestantes e seus bebês com risco de transmissão de toxoplasmose congênita em município do Rio Grande do Sul. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 36:483-491, 2003.
8. Wong SY, Remington JS. Toxoplasmosis in pregnancy. *Clinical Infectious Diseases* 18:853-862, 1994.

#### COMUNICAÇÃO/COMMUNICATION

Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, nov e dez, 2005

Autores

Marcela Peres Castilho-Pelloso,  
Dina Lúcia Morais Falavinha,  
Silvana Marques de Araújo  
Ana Lúcia Falavinha -Guilherme

## HERPES

São conhecidos dois sorotipos de herpes simples tipo I e II.

- O tipo I usualmente provoca infecções de face, pele acima da cintura e respiratórios.
- O tipo II predomina nas infecções genitais e pele abaixo da cintura.

Ambos provocam as seguintes e principais formas clínicas:

**Primoinfecção** - forma aguda que se apresenta geralmente como gengivo-estomatite herpética ou herpes genital primária.

**Infecção recorrente** - manifestação intermitente do vírus nas suas mais várias formas.

**Infecção latente** - o vírus permanece em estado latente no gânglio do nervo sensorial, no intervalo entre as recorrências.

A vacina atualmente desenvolvida é constituída das sub unidades do HSV (vírus Herpes Simples), com capacidade imunogênica, porém não se tem uma comprovação de sua eficácia clínica.

Pessoas sem história de infecção por Herpes vírus tem tido contato com o vírus sem apresentar a doença, que foi debelada pelo organismo de alguma forma. Este grupo de pessoas pode apresentar a manifestação do HSV em alguma época da vida.

O modelo ideal de vacinas anti HSV I e II ainda está em estudo. Para evitar a transmissão é prudente lembrar que o HSV da lesão oral sobrevive 2 horas na pele, 3 horas na roupa e 4 em superfícies plásticas.

Os antivirais têm sido utilizados para tratamento e com fins profiláticos, com o propósito de reduzir o número de recorrência, acelerar a cicatrização das lesões, disseminação, diminuição de duração dos sintomas e transmissão do vírus, com uso de antivirais orais, parenterais e de uso tópicos, sempre com acompanhamento, orientação e indicação médica. O tratamento do HSV genital apresenta poucos benefícios, mesmo se iniciado precocemente.

Portanto, com o fim de erradicação do vírus em pessoas já infectadas, estudos ainda encontram-se em andamento e, atualmente o que se tem são as indicações de medida de controle para evitar a transmissão para outros indivíduos e principalmente a infecção neonatal.

Nilce K. Haida  
Doenças Imunopreveníveis  
CIDS/DVP/SESA/PR

**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	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
1. Paranaguá	4.676	368	347	426	476	435	435	419	405	404	359	353	348	4.775
2. Metropolitana	48.852	3.946	3.739	4.217	4.273	4.364	4.034	4.181	4.111	4.041	3.852	3.688	3.748	48.194
3. Ponta Grossa	10.110	828	767	971	896	883	842	864	884	891	844	808	849	10.327
4. Irati	2.703	231	190	225	234	252	242	225	233	254	241	195	210	2.732
5. Guarapuava	8.571	722	652	761	756	774	732	779	766	737	758	682	590	8.709
6. União da Vitória	2.868	207	201	267	226	244	277	265	255	301	223	251	233	2.950
7. Pato Branco	4.227	341	304	373	381	383	401	382	424	379	354	346	345	4.413
8. Francisco Beltrão	4.762	386	350	445	393	426	412	397	403	407	351	341	353	4.664
9. Foz do Iguaçu	7.074	590	578	639	620	756	631	575	595	618	519	525	553	7.199
10. Cascavel	7.510	665	622	702	674	701	672	711	680	626	594	569	582	7.798
11. Campo Mourão	5.004	404	393	438	423	454	451	461	397	397	402	332	385	4.937
12. Umuarama	3.651	278	285	317	288	350	298	309	283	263	280	261	292	3.504
13. Cianorte	1.830	153	134	187	167	194	150	140	193	156	151	134	158	1.917
14. Paranavai	3.712	291	301	359	348	360	336	308	292	290	287	267	266	3.705
15. Maringá	9.172	716	766	880	815	767	773	751	807	760	687	692	710	9.124
16. Apucarana	4.736	388	403	422	436	426	401	393	385	397	380	383	401	4.815
17. Londrina	11.840	945	991	1.134	1.035	1.110	1.013	945	991	963	906	835	905	11.773
18. Cornélio Procopio	3.637	271	268	328	301	363	330	320	298	311	291	260	245	3.586
19. Jacarezinho	4.094	340	316	366	376	396	369	368	330	322	321	263	207	3.974
20. Toledo	4.876	397	427	438	405	450	408	386	392	385	378	359	367	4.792
21. Telêmaco Borba	3.027	255	232	286	288	292	265	267	285	272	244	218	242	3.146
22. Ivaiporã	2.251	190	194	217	185	185	191	185	223	215	170	167	164	2.286
Reg. Saude Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>159.183</b>	<b>12.912</b>	<b>12.460</b>	<b>14.398</b>	<b>13.996</b>	<b>14.565</b>	<b>13.663</b>	<b>13.631</b>	<b>13.632</b>	<b>13.389</b>	<b>12.592</b>	<b>11.929</b>	<b>12.153</b>	<b>159.320</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\*

Regional de Saúde	2004		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
1. Paranaguá	1.559	98	123	5	108	4	124	8	147	8	115	3	111	8	115	7	132	4	106	2	121	1	135	9	116	7	1.453	66
2. Metropolitana	17.073	659	1.334	55	1.183	44	1.332	61	1.237	50	1.452	60	1.427	63	1.560	54	1.537	53	1.385	48	1.432	56	1.389	52	1.308	41	16.576	637
3. Ponta Grossa	3.498	179	271	16	229	9	280	11	267	11	324	18	272	19	326	15	304	13	297	17	278	10	318	20	284	8	3.450	167
4. Irati	1.046	43	73	1	76	1	92	9	69	1	100	7	95	5	103	4	76	1	81	3	88	4	83	4	75	5	1.011	45
5. Guarapuava	2.618	208	208	12	173	8	195	12	185	16	222	16	201	14	231	30	231	15	240	14	224	16	198	7	194	17	2.500	177
6. União da Vitória	1.004	33	69	4	85	4	87	6	95	4	89	3	82	3	118	5	92	1	84	3	92	4	81	3	76	4	1.050	44
7. Pato Branco	1.400	97	99	7	95	7	106	6	112	5	132	7	108	4	122	8	94	5	108	8	106	7	120	11	112	4	1.314	79
8. Francisco Beltrão	1.703	80	134	13	133	4	145	7	118	4	167	9	163	7	182	7	144	3	161	2	151	6	139	6	129	8	1.766	76
9. Foz do Iguaçu	2.047	89	169	13	158	9	196	8	151	7	156	10	162	11	201	12	177	10	177	16	190	7	167	4	152	9	2.056	116
10. Cascavel	2.569	110	191	4	186	6	201	8	185	7	242	12	205	7	219	9	241	9	219	5	246	13	219	10	212	10	2.566	100
11. Campo Mourão	2.219	79	147	1	149	10	179	4	163	5	187	9	205	7	208	9	181	11	195	4	178	5	160	2	194	3	2.146	70
12. Umuarama	1.770	67	137	1	127	2	114	3	127	8	134	2	140	5	168	5	159	4	162	9	128	3	148	2	128	5	1.672	49
13. Cianorte	758	26	57	2	62	3	75	3	59	5	50	0	57	1	64	1	63	0	57	4	72	2	75	2	56	4	747	27
14. Paranavai	1.563	57	96	3	126	2	119	4	108	5	140	4	121	5	150	5	157	1	149	2	133	5	123	3	128	4	1.550	43
15. Maringá	3.933	106	288	5	299	13	324	10	272	9	278	11	343	12	349	9	373	6	301	12	350	5	283	4	311	7	3.771	103
16. Apucarana	2.087	86	152	9	163	9	181	6	156	6	180	9	158	9	191	7	177	5	165	6	180	7	176	3	154	8	2.033	84
17. Londrina	4.881	125	370	14	375	8	409	10	386	10	385	12	408	11	459	16	425	7	383	9	395	6	385	17	386	10	4.766	130
18. Cornélio Procopio	1.859	72	116	4	171	6	116	2	123	6	153	6	139	3	169	9	157	4	155	4	122	5	140	4	132	6	1.693	59
19. Jacarezinho	1.996	76	157	2	167	6	153	7	168	8	177	9	187	8	194	3	179	9	171	5	174	7	167	8	163	4	2.057	76
20. Toledo	1.967	59	157	7	128	5	162	3	149	8	158	4	135	2	175	3	182	6	158	5	162	4	154	6	164	2	1.884	55
21. Telêmaco Borba	1.099	68	75	2	80	7	70	4	92	7	77	7	62	2	94	9	75	6	101	4	94	6	85	8	82	2	987	64
22. Ivaiporã	976	35	63	3	71	1	67	4	57	2	72	4	80	1	94	2	85	4	67	2	74	4	76	0	72	3	878	30
<b>Total</b>	<b>59.690</b>	<b>2.453</b>	<b>4.486</b>	<b>183</b>	<b>4.346</b>	<b>168</b>	<b>4.730</b>	<b>196</b>	<b>4.427</b>	<b>192</b>	<b>4.491</b>	<b>222</b>	<b>4.863</b>	<b>207</b>	<b>5.495</b>	<b>229</b>	<b>5.243</b>	<b>177</b>	<b>4.925</b>	<b>184</b>	<b>4.994</b>	<b>183</b>	<b>4.825</b>	<b>185</b>	<b>4.634</b>	<b>171</b>	<b>57.959</b>	<b>2.297</b>

FONTE: SIM-DVSI-CIDS-DVS-SESA-PR  
\* Dados preliminares



SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE N  
 Numero e coeficientes de agravos confirmados em 2004 e número de agravos  
 Por Regional de Saúde de

REGIONAIS AGRAVOS	2004 CASOS	2004 INC/100.000 HAB	1ª		2ª		3ª		4ª		5ª		6ª		7ª		8ª		9ª		10ª	
			N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C
ACID. ANIM. PEÇON.	11276	112,59	220	204	6425	5804	1126	1117	633	633	548	544	358	326	508	500	247	245	110	103	437	432
AT ANTI-RÁBICO	33064	330,13	758	738	13789	13516	1586	1581	384	381	665	662	452	448	791	789	549	544	1366	1360	1415	1413
AIDS < 13 ANOS	44	...	...	0	...	12	...	2	...	1	...	0	...	0	...	0	...	0	...	3	...	1
AIDS > 13 ANOS	1137	11,35	...	56	...	413	...	56	...	9	...	12	...	8	...	8	...	7	...	41	...	54
CISTICERCOSE	83	0,83	0	0	20	17	21	10	2	2	34	23	3	2	2	2	1	1	0	0	2	2
CÓLERA	0	0,00	46	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COQUELUCHE	47	0,47	2	1	26	7	1	1	1	0	6	5	0	0	2	0	0	0	4	1	1	0
DENGUE	105	1,05	16	3	72	10	6	0	5	0	2	0	2	0	5	2	18	3	1387	432	116	17
DIFTERIA	0	0,00	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
DOENÇA CHAGAS	2,5	0,25	102	0	98	3	41	0	3	0	137	4	97	1	135	2	25	1	135	8	316	1
DOENÇA MENINGO.	269	2,68	...	5	...	89	...	39	...	7	...	4	...	5	...	1	...	2	...	4	...	8
ESQUISTOSSOM.	237	2,37	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FEBRE AMARELA	1	0,01	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
HANTAVÍRUS	11	0,11	2	1	5	0	7	1	15	10	67	18	22	13	10	3	1	0	1	0	11	4
HANSENIASE**	1887	1,88	...	20	...	168	...	74	...	27	...	141	...	20	...	34	...	57	...	127	...	125
HEPATITE A	1548	15,45	...	43	...	583	...	130	...	66	...	277	...	336	...	15	...	22	...	75	...	29
HEPATITE B	209	2,08	...	4	...	49	...	15	...	0	...	18	...	4	...	2	...	6	...	14	...	13
HEPATITE C	14	0,13	...	0	...	5	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0
HIV GESTANTE	184	5,60	...	4	...	68	...	11	...	3	...	4	...	3	...	2	...	1	...	15	...	7
INTOX. POR AGROT.	467	4,66	1	1	38	31	55	38	54	50	47	39	17	16	36	21	24	19	13	7	47	42
INTOX. POR MEDI.	1376	13,74	6	4	879	855	3	3	51	49	41	40	17	17	42	39	9	4	11	11	162	161
LEISH TEG AME	389	3,88	...	0	...	30	...	1	...	1	...	52	...	0	...	2	...	8	...	12	...	2
LEPTOSPIROSE	195	1,95	33	10	672	210	18	11	9	5	14	7	9	2	8	1	30	15	31	5	38	17
MALÁRIA	170	1,70	6	0	57	42	3	3	0	0	16	13	1	1	3	3	12	10	164	26	21	20
MENING NE	197	1,96	...	8	...	129	...	24	...	1	...	15	...	1	...	7	...	2	...	11	...	15
MENING H	9	0,08	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0
MENING OE	639	6,38	...	12	...	308	...	19	...	2	...	9	...	3	...	6	...	6	...	29	...	29
MENING TB	21	0,20	...	0	...	10	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	4
MENING VIRAIS	1121	11,19	...	19	...	658	...	25	...	5	...	3	...	0	...	21	...	19	...	54	...	57
PARACOCCIDIOID.	161	1,61	0	0	9	6	6	6	1	1	...	0	1	0	1	0	1	0	18	17	8	8
PFA/PÓLIO	0	0,00	0	0	7	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	2	0
RUBÉOLA	0	0,00	...	0	...	0	...	0	...	0	...	1	...	0	...	0	...	0	...	1	...	0
SARAMPO	0	0,00	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0
SÍFILIS CONGÊNITA	37	0,23	3	2	45	39	1	1	0	0	2	2	1	0	4	4	3	3	2	1	9	9
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	0
TÉTANO ACIDENTAL	25	0,25	2	2	1	0	3	3	0	0	1	1	0	0	2	2	1	1	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	2762	27,57	...	221	...	1013	...	140	...	27	...	76	...	49	...	23	...	40	...	173	...	108

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.

**DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÕES - SINAN**  
**Curso de agravos notificados e confirmados nas semanas epidemiológicas 1 a 52 de 2005\*,**  
**Saúde 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	N	C
202	198	17	10	70	70	157	151	406	400	285	275	181	142	104	99	243	238	57	55	125	124	80	79	12543	11763		
852	846	330	323	493	493	685	681	1791	1779	1226	1225	4023	3999	662	661	1097	1079	914	908	457	453	171	169	34457	34049		
...	0	...	0	...	0	...	0	...	1	...	0	...	2	...	0	...	1	...	1	...	1	...	0	...	25		
...	9	...	7	...	3	...	15	...	67	...	7	...	122	...	19	...	19	...	19	...	6	...	6	...	963		
0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	0	0	0	0	94	63		
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	49	0	
4	2	2	0	0	0	5	2	13	1	4	4	50	7	6	3	2	0	1	1	2	0	1	1	133	36		
58	12	25	1	28	8	469	126	761	242	60	7	1304	18	87	9	21	1	371	99	11	0	3	1	4827	991		
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	3	
3	0	42	3	38	0	46	2	93	0	0	0	634	5	1	0	26	0	103	2	1	1	17	4	2067	37		
...	1	...	0	...	0	...	1	...	7	...	1	...	11	...	3	...	1	...	2	...	2	...	0	...	193		
0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	35	29	157	155	76	68	0	0	0	0	0	0	0	271	254	
0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	
2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	1	0	0	0	0	0	157	51	
...	86	...	57	...	37	...	63	...	82	...	66	...	145	...	67	...	60	...	66	...	52	...	52	...	1616		
...	70	...	5	...	3	...	26	...	14	...	35	...	417	...	18	...	33	...	28	...	34	...	24	...	2283		
...	10	...	1	...	3	...	3	...	2	...	9	...	14	...	4	...	3	...	6	...	2	...	1	...	183		
...	0	...	0	...	0	...	0	...	2	...	2	...	1	...	0	...	0	...	1	...	0	...	0	...	11		
...	0	...	3	...	0	...	1	...	6	...	0	...	6	...	2	...	1	...	1	...	2	...	0	...	140		
45	43	3	3	9	9	45	33	84	70	41	37	34	23	51	50	22	21	15	15	8	8	21	15	713	594		
77	65	0	0	7	2	75	47	384	18	150	88	7	5	40	39	26	19	59	57	10	8	2	1	2058	1532		
...	18	...	1	...	56	...	15	...	21	...	10	...	43	...	14	...	24	...	4	...	5	...	10	...	329		
9	3	1	0	2	1	5	1	34	6	18	8	32	11	11	7	3	1	21	10	6	3	5	2	1009	336		
13	11	13	7	1	1	9	7	18	14	8	6	7	7	1	1	3	3	21	19	0	0	2	2	379	196		
...	1	...	0	...	1	...	5	...	11	...	10	...	2	...	6	...	5	...	3	...	1	...	3	...	261		
...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	2	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	2		
...	9	...	3	...	2	...	5	...	44	...	17	...	61	...	13	...	16	...	6	...	11	...	9	...	619		
...	1	...	0	...	0	...	0	...	2	...	1	...	4	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	22		
...	22	...	2	...	22	...	18	...	132	...	45	...	228	...	22	...	20	...	1	...	2	...	33	...	1408		
1	0	3	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	2	0	0	1	1	0	0	0	0	54	42		
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3	0	2	0	0	0	1	0	0	0	23	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		
2	1	1	1	0	0	1	1	4	4	0	0	10	7	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	90	76		
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	
2	1	1	1	0	0	2	1	1	0	2	0	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1	29	21		
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	
...	63	...	77	...	20	...	47	...	101	...	71	...	227	...	61	...	93	...	60	...	46	...	23	...	2759		

\* dados preliminares

Ano 2004

População PR 10.015.245  
 Nascidos Vivos 159.268  
 População Feminina de 10 - 49 anos 3.283.525

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

## DOENÇA DE CREUTZFELDT - JACOB (DCJ)

A portaria nº33, de 14 de julho de 2005, inclui à Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória os casos suspeitos ou confirmados de Doença de Creutzfeldt Jacob (DCJ) entre outras.

A DCJ, descrita em 1920-21 por Creutzfeldt e Jacob, ganha a notoriedade mundial em 1996 com a ameaça de epidemia de sua nova variante (DCJ), sugerindo uma relação à encefalopatia espongiforme bovina (EEB), em decorrência do consumo ou outra exposição a tecidos bovinos infectados por EEB. Definida como encefalopatia espongiforme transmissível (EET) estas doenças atacam tanto animais quanto seres humanos podendo apresentar-se sob várias formas. Em humanos dentre as mais comuns destacam-se a doença de Creutzfeldt-Jacob (vDCJ), uma nova variante de Creutzfeldt Jacob (vDCJ) e o kurú. Entre os animais são relatados a encefalopatia espongiforme bovina (EEB), comumente conhecida como a doença da "vaca louca", a encefalopatia felina e o "scrapie" diagnosticada em ovinos e caprinos.

Tem-se indicado como agente causal um "vírus não convencional", hoje conhecido por prion. As doenças causadas por **prions** são decorrentes do acúmulo e/ou metabolismo anormais de proteínas, denominadas prions (PrP), capazes de determinar, tanto de modo infeccioso quanto geneticamente, as EET as quais pertencem a DCJ, a vDCJ e a EEB entre outras.

Prions, do inglês proteinaceous infections particles, isto é, partículas em forma de "moedas", produzem doenças naturais com infecções lentas, processo neurodegenerativo, o agente causal transmissível permanece em silêncio durante um período de incubação de meses a anos com o aparecimento de sintomas a clínica é progressiva e termina meses depois em profunda incapacidade ou morte.

Estudos epidemiológicos e clínicos indicam que as doenças humanas causadas por prions podem ser: esporádicas - a DCJ; genética - a DCJ, a insônia familiar fatal (IFF), a Gerstmann-Sträussler-Scheinker (GSS) e a adquirida ou infecciosa, DCJ iatrogênica ou acidental e a vDCJ.

Os exames laboratoriais são úteis para excluir outras causas de demência rapidamente progressiva. O LCR é atípico, com proteína ligeiramente elevada.

As características histopatológicas básicas da DCJ consistem em alterações espongiformes (pequenos vacúolos redondos) e ausência de inflamação significativa.

No início da evolução da doença, deve-se excluir outras etiologias de demência, no caso doenças tratáveis como as da tireóide, deficiência de vitamina, tumor cerebral, intoxicação por drogas e medicamentos, depressão e doença de Alzheimer (DA) que figura como o principal diagnóstico diferencial. No caso da DA, os fatores de risco mais importantes são: a idade avançada e uma história familiar positiva. Nos casos com manifestação de mioclonia, reflexos tendinosos hiperativos e reflexos primitivos podem levar a pensar em DCJ, mas salienta-se a evolução da DA que é muito longa. Estudos de pesquisa nos casos de DA indicam uma redução geral nos níveis de acetilcolina e amiloide AB no líquido com aumento da proteína tau. Na DCJ, a fração protéica 14-3-3 está presente no líquido e imunocitoquímica para PrPsc na biópsia de tonsila. Ainda não há até o momento nenhum teste laboratorial pre-mortem específica e de revelação prática, o valor diagnóstico dos testes, acima citados devem ser

avaliados com cautela. Os complexos periódicos ao EEG, quando presentes, são de aparecimento tardio e seu valor diagnóstico só é considerado em conjunto com outros sintomas clínicos (demência e mioclonias).

A biópsia cerebral constitui-se praticamente, no único meio de diagnóstico através da revelação do quadro histopatológico típico. Devido às limitações impostas pelos riscos de contaminação, pelas razões éticas e intrínsecas ao quadro neurológico, a biópsia cerebral deverá ser realizada somente quando alternativas diagnósticas tratáveis estiverem sob séria consideração.

Deve-se lembrar que, devido à ausência virtual da resposta imune ao agente, não há aplicabilidade de outras técnicas de imunensaio relacionadas com fatores humorais.

Com a necessidade de estabelecer o perfil epidemiológico da DCJ, destaca-se a importância da notificação e diagnóstico. Nesse sentido o protocolo atual envolve e estabelece normas e procedimentos para a investigação das doenças priônicas no Brasil que constam de: Caderno técnico Encefalopatia Espongiforme Transmissível/ANVISA/Brasília 2004 (disponível em todas as Regionais de Saúde); ficha de notificação Doenças Priônicas, Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº306, de 7 de dezembro de 2004 (Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde), com enfoque às medidas preventivas e de precaução a serem adotadas face ao reconhecimento da "virulência" do agente e sua extrema resistência a métodos convencionais de inativação em relação a quaisquer microorganismo conhecidos (anexo do Caderno Técnico).

**Seguir todas as recomendações contidas no Caderno Técnico no manejo e condutas para coleta de amostra, resíduos entre outros conforme a orientação.** Para subsidiar a investigação e o diagnóstico, está definido como referência 3 serviços laboratoriais e de anatomia patológica colaboradores, conforme o fluxo proposto para doenças priônicas Doenças emergentes e reemergentes Ministério da Saúde (anexo). Como estes serviços estão localizados no Estado de São Paulo e Rio de Janeiro, as amostras deverão ser encaminhadas ao LACEN **em caixa para transporte conforme o nível de segurança exigida, com embalagem tríplice de acordo com as recomendações para material biológico de alto risco**, a exemplo da Síndrome Respiratória Aguda Grave SRAG, devidamente identificada na parte externa (rótulo com indicação de risco biológico e o símbolo) disponibilizado pelo LACEN.

Informamos que já foram notificados e investigados 4 casos entre 2004 e 2005 no Estado.

Curitiba, novembro de 2005.

### FONTE:

Caderno técnico Encefalopatia Espongiforme Transmissível/ANVISA Brasília 2004. Material apresentado no Seminário Nacional de Doenças Priônicas Brasília/DF 08 de junho de 2005.

Harrison, Medicina Interna, 14ª edição, editora Mc Graw Hill

Tratado de Infectologia, Editora atheneu, 2ª reimpressão - 1999  
Veronesi, Ricardo; Focaccia, Roberto

Nilce K. Haida  
Controle de Doenças Imunopreveníveis - SESA/PR

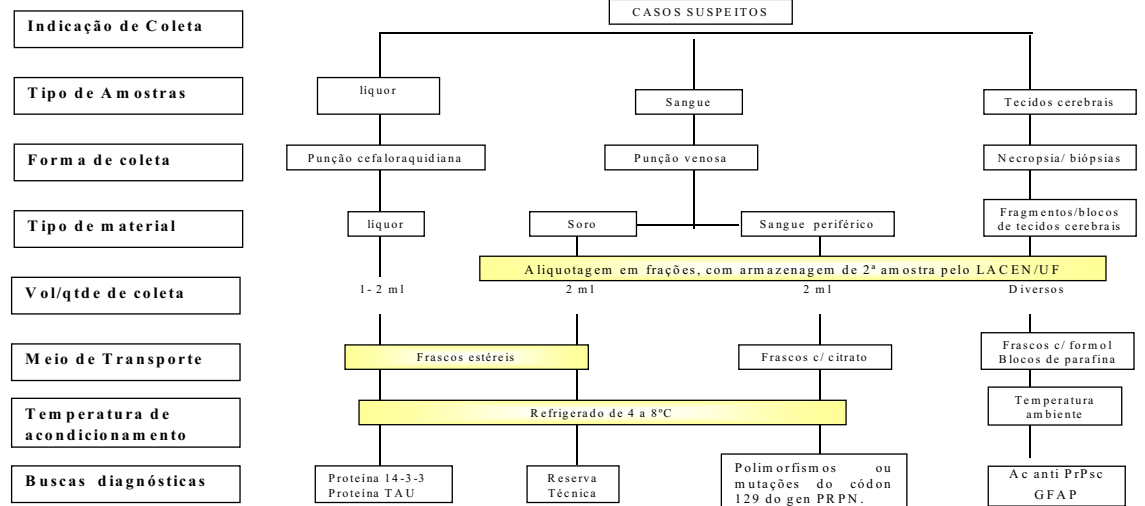


## DOENÇA DE CREUTZFELDT



Secretaria de Vigilância em Saúde

### DETALHAMENTO



## PARVOVÍRUS B19

Caracteriza-se por uma infecção maculopapular eritematosa.

**Etiologia:** Parvovírus B19 humano.

**Epidemiologia:** Os seres humanos constituem os únicos hospedeiros conhecidos. Transmissão e disseminação através das secreções respiratórias e o sangue. Podem se apresentar sob forma de surto na comunidade. Com frequência atingem crianças na faixa etária escolar e nos meses de primavera. A disseminação também atinge os membros familiares suscetíveis, incluindo os adultos.

Pode-se manifestar com clínica e é muito frequente a forma assintomática. Inicia-se com erupção e outros sintomas estão associados (mal estar, febre pode estar presente, mialgias e artralgias).

Paciente com crise de aplasia (anemia falciforme) são muito propensos a manifestar a forma grave da doença.

O período de inoculação está entre 4 a 14 dias, podendo durar 20 dias.

**Manifestação clínica:** Normalmente os sintomas são leves, febre pode estar presente e o exantema é característico. No rosto este exantema apresenta-se arroxeadado com aspecto de "bochecha esbofetada" e palidez perioral.

O exantema aparece nos braços, troncos e nádegas. A erupção pode recidivar e aumentar de intensidade com a elevação da temperatura

ambiente e exposição à luz solar, durante semanas e às vezes meses.

**Complicações:** anemia crônica em paciente imunodeprimidos, crises aplásicas que duram de 7 a 10 dias em indivíduos com anemias hemolíticas crônicas.

A infecção na gravidez pode provocar hidropsia fetal e morte, na primeira metade da gestação. Não se tem comunicado de anomalias congênitas entre os recém-nascidos.

O LACEN dispõe do diagnóstico pelo método de Elisa (anticorpos IgM) pela amostra de soros.

Os pacientes que necessitarem de hospitalização deverão ser isolados e os profissionais devidamente paramentados. As profissionais grávidas deverão conhecer o potencial de risco para o feto, principalmente no cuidado com os pacientes com crises aplásicas, que são muito contagiosas.

A importância da doença também envolve os diferenciais clínicos entre as síndromes exantemáticas como sarampo, dengue, rubéola, escarlatina entre outras. **Não há vacina.**

Nilce K. Haida

Controle de Doenças Imunopreveníveis - SESA/PR

## RELATO SOBRE O PROJETO DE PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Em maio de 1999, em decorrência das atividades e ações de prevenção da Mortalidade Materna; os componentes dos Comitês Regionais, foram convidados pelo Comitê Estadual do Paraná (SESA), juntamente com os representantes dos Núcleos Regionais de Educação. Nesse momento, participamos de oficinas de discussões e informações. O tema principal era definir ações de prevenção pelo alto índice de gravidez em adolescentes no estado do Paraná, que representava 14% de óbitos em jovem sendo a 5ª causa de morte em adolescentes de 10 a 19 anos.

Para o sexo masculino, a primeira causa de mortalidade em jovens, eram as mortes violentas na mesma faixa etária. Motivados, retornamos para a Regional, onde fizemos a primeira reunião com os profissionais de saúde dos 18 municípios de nossa abrangência, juntamente com os representantes de Núcleo Regional de Educação, com as 90 escolas da Rede Estadual, juntamente com os municípios da jurisdição do NRE (Núcleo Regional de Educação).

Nesse momento, ficou definido a forma de trabalho: Organizamos oficinas com as escolas, as quais foram divididas por pólos e desta forma podendo estar com todas as escolas.

No início do ano 2000, reiniciamos nossos trabalhos reunindo todos os diretores e orientadores de todas as escolas do município de Toledo, ficou definido que iríamos trabalhar diretamente com os jovens; o que veio coincidir com o tema sugerido pelo Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Materna, trabalhar com a prevenção da gravidez na adolescência. Nesse primeiro momento trabalhamos só com as escolas de Toledo.

Partimos para a segunda etapa envolvendo os alunos dos 18 municípios, para sensibilizá-los com palestras e oficinas (1200 alunos participaram). Após esse encontro a nossa preocupação era como desenvolver o projeto nas escolas. Em reunião com os coordenadores, ficou decidido que a coordenadoria do NRE, encaminharia um ofício para as escolas estaduais, municipais e particulares, informando que 10 alunos por escola poderiam participar.

Após o cerimonial de abertura, teve início a palestra com o tema: Protagonismo Juvenil e o papel do Líder na Escola. Na programação da tarde, os alunos trabalharam com oficinas com as temáticas: relacionamento familiar, gravidez na adolescência, protagonismo juvenil, auto estima, namoro, ficar, liderança e prevenção de drogas. Tendo como apoio a equipe de coordenação dos jovens do Eco Clube, que são responsáveis pela organização das oficinas, recepção e as dinâmicas realizadas. Dividimos os município de quatro a cinco pólos, dependendo do número de escolas.

A coordenação do PPGA, está acreditando nesse projeto, estamos caminhando para o sexto ano de trabalho e com a responsabilidade de voltarem para as suas escolas e desenvolver o projeto com os demais alunos em forma de oficinas e palestras. Todas essas atividades são organizadas pelos próprios alunos com o apoio de professor e orientador escolar.

Contamos hoje com aproximadamente 6000 alunos envolvidos, sendo PROTAGONISTAS E MULTIPLICADORES nas escolas. A coordenação participa ativamente desde a organização dos encontros, apoio aos alunos envolvendo todos os profissionais: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, ministrando palestras e dando subsídios para que dessa forma os jovens possam estar desenvolvendo seu trabalho nas escolas com maior segurança e com qualidade.

O projeto realiza dois encontros anuais, o primeiro com o objetivo de motivar os jovens e estar discutindo mais tecnicamente todos os temas que serão trabalhados durante o ano com os demais alunos das escolas. No final do ano, acontece um segundo encontro onde os participantes das oficinas no início do ano, apresentam um trabalho desenvolvido nas suas escolas, como facilitadores e ou multiplicadores de informação, experiência esta que os jovens levam muito a sério; eles mesmos reconhecem que este trabalho está representando um grande crescimento para as suas vidas. Muitos relatam: "Como eu mudei!"

## SÉRIE HISTÓRICA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA - 2000 a 2004

MUNICÍPIO	2000		2001		2002		2003		2004
Assis Chateaubriand	103	21,64%	105	22,05%	113	25,39%	86	20,80%	110
Diamante D'Oeste	16	33,33%	28	35,44%	14	24,13%	30	36,00%	30
Entre Rios D'Oeste	10	20,83%	13	23,63%	9	21,42%	14	13,20%	7
Guaira	138	25,05%	148	27,15%	172	35,24%	135	30,90%	123
Marechal Cândido Rondon	113	15,92%	140	21,37%	158	25,69%	139	23,50%	147
Maripá	15	16,30%	19	33,33%	9	15,00%	13	19,40%	7
Mercedes	8	12,12%	13	23,21%	7	13,72%	11	22,00%	10
Nova Santa Rosa	18	20,45%	21	24,41%	14	15,05%	22	28,50%	22
Ouro Verde D'Oeste	23	31,08%	22	24,71%	28	32,18%	27	32,90%	19
Palotina	83	19,35%	110	27,98%	106	26,43%	88	22,50%	85
Pato Bragado	8	15,38%	12	20,00%	8	13,11%	9	17,60%	13
Quatro Pontes	8	15,38%	5	14,70%	12	34,28%	5	13,50%	7
Santa Helena	102	27,64%	92	25,13%	101	29,61%	96	31,00%	101
São José das Palmeiras	9	22,50%	20	30,76%	25	37,87%	21	40,00%	17
São Pedro do Iguaçu	28	26,42%	35	37,23%	29	25,21%	27	29,60%	26
Terra Roxa	64	26,34%	61	26,52%	64	27,46%	62	27,80%	57
Toledo	325	18,20%	393	25,20%	409	27,52%	358	24,00%	339
Tupãssi	32	25,00%	16	15,23%	32	30,76%	23	21,40%	26
20ª Regional de Saúde	1.103	20,59%	1.253	25,03%	1.310	27,40%	1.166	25,30%	1.146

Bernadete das Gassas Ribeiro  
Chefe da Seção de Epidemiologia - 20ª Regional de Saúde - Toledo

## PACTO PELA VIDA

O Ministro da Saúde em 30 de março de 2006, pela portaria nº 699 regulamentou as diretrizes operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006. A portaria especifica os três pactos que compõem o Pacto pela Saúde 2006. São eles :

### I) Pacto pela Vida.

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise de situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com explicação inequívoca dos compromissos orçamentário e financeiros para o alcance desses resultados.

As prioridades do Pacto pela Vida e seus objetivos para 2006 são:

#### 1) Saúde do Idoso

Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

#### 2) Câncer do colo do útero e da mama.

Contribuir para a redução da mortalidade por câncer do colo de útero e da mama.

#### 3) Mortalidade infantil e materna:

Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias.

#### 4) Doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.

Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.

#### 5) Promoção da saúde:

Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

#### 6) Atenção básica à saúde.

Consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde do SUS.

### II) Pacto em defesa do SUS.

O Pacto em defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os

limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

#### As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são :

1) Implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de :

- Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;
- Alcançar , em curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;
- Garantir, em longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde;
- Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão , explicitando o compromisso de cada um delas.

2) Elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

### III) Pacto de Gestão

O Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Este Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da deburocratização dos processos normativos.

Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

#### As prioridades do Pacto de Gestão são:

1) Definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS : federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.

Estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento;

2) Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.



O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 12 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país de mundo em número de transplantes, é internacionalmente reconhecido pelo seu progresso no atendimento relativo à Atenção Básica. Tem uma avaliação positiva dos que o utilizam rotineiramente e está presente em todo território nacional.

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudança, pela via das reformas incrementais. Contudo este modelo parece ter se esgotado, de um

lado, pela dificuldade de imporem normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratado, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público, da construção de um **Pacto pela Saúde 2006**, anualmente revisado, que tenha como base os princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas sob a forma de três pactos : **Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS**.

## INFORMES DE ATUALIZAÇÃO SOBRE OS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA DIVISÃO DE SISTEMAS E INFORMAÇÃO DO CIDS

**SINAN Net** No período de 28 a 30 de junho será realizada uma oficina para o lançamento da primeira versão do SINAN-Net (Sistema de Informação de Agravos de Notificação versão net) no MS-DF (Ministério da Saúde-Brasília). Com esta nova plataforma pretende-se otimizar o fluxo e a melhoria da qualidade dos dados. Nesta oficina serão definidas as estratégias para implantação do referido sistema em todo o território nacional. Inicialmente o SINAN-Net abrangerá os 11 agravos da saúde do trabalhador, gestante com sífilis, febre maculosa, botulismo, esquistossomose em área não endêmica. Paralelamente será dada continuidade dos trabalhos de rotina referentes aos demais agravos com o SINANW.

**SIMI** No mês de junho de 2006, foram realizados alguns aprimoramentos no Sistema de Investigação de Mortalidade Infantil (SIMI), com a conseqüente atualização do sistema em todas as Regionais de Saúde. Este trabalho teve como objetivo melhorar as estratégias de intervenção e redução de óbitos infantis, sendo aprimorados: os critérios de evitabilidade, as medidas de prevenção, bem como, adicionadas algumas CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde décima revisão) referentes à mortalidade infantil. Com esta medida definem-se melhor estes critérios facilitando assim a delimitação das ações necessárias para que possamos diminuir a mortalidade infantil no Estado Paraná.

**SISRHC** O INCA desenvolveu um sistema para ser utilizado pelos RHC dos seus hospitais (Sistema de Registro Hospitalar de Câncer SISRHC), o qual vem sendo disponibilizado para outros hospitais que realizam atendimentos oncológicos, visando o desenvolvimento de ações no sentido de padronizar, implementar, garantir a continuidade operacional e divulgar os dados dos Registros Hospitalares de Câncer. A Secretaria de Estado de Saúde do Paraná SESA - PR, através da Divisão de Informação em Saúde DVSI/Centro de Informação e Diagnóstico em Saúde CIDS, em parceria com o INCA, vem assessorando tecnicamente na implantação, desenvolvimento, manutenção e atualização dos registros de base hospitalar e respectiva base de dados dos hospitais até então credenciados como CACONS pela Portaria nº 3.535 de 02 de setembro de 1998. Já realizou treinamento para capacitar profissionais, destes hospitais, para implantar e gerenciar Registros de Câncer, disponibilizou a última versão do SISRHC (versão 2.0) para todos os CACONS do Paraná, assim como, enviou exemplares da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID O) 3ª Edição e da Classificação de Tumores Malignos (TNM) 6ª Edição, instrumentos estes usados na realização dos Registros.

**SIM / SINASC WEB** - Os Sistemas SIM e SINASC versão 1.8 foram desenvolvidos para serem utilizados pelos pontos de digitação que possuem, ou não, "Internet" estável a fim de permitir que os mesmos cadastrem e acompanhem as Declarações de Nascidos Vivos (DNs) e Declarações de Óbito (Dos) localmente. Viabilizando o acesso em tempo real dessas informações e permitindo a obtenção de um conhecimento geral do perfil do município. Os sistemas SIM e SINASC sofreram mudanças estruturais nos seus programas o que implicou em treinamento dos operadores que os alimentam. Devido a colaboração de servidores regionais (4ª, 5ª, 6ª, 7ª, 9ª, 12ª, 14ª, 18ª, 20ª RS) envolvidos com os sistemas, exercendo a função de multiplicadores para instalação e treinamento, foi possível a implantação do aplicativo em 505 (quinhentos e cinco) microcomputadores e habilitação de 521 (quinhentos e vinte e um) profissionais de saúde, em 100% (339) dos municípios.

Críticas, sugestões e envio de matérias para o Boletim Epidemiológico, favor remeter para:  
dvsí@sesa.pr.gov.br ou alicet@sesa.pr.gov.br, ou pelo fax (41) 3330-4571 a/c Boletim Epidemiológico