



Boletim EPIDEMIOLÓGICO

Ano IX nº 25 - Julho à Dezembro de 2006



Saúde no Paraná

Secretaria de Estado da Saúde - SESA



A Vigilância Epidemiológica do Óbitos Maternos e Infantis no Paraná

pág. 03



Hanseníase

pág. 04



Avaliação da Situação Epidemiológica das Doenças Meningocócicas no PR.

pág. 08



Febre pode ser Malária?

pág. 10



Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)

pág. 11

Ainda nesta edição:

Editorial.....	pág. 02
Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos - SINASC	pág. 05
Sistema de Informações Sobre Mortalidade - SIM	pág. 05
Sistema Nacional de Agravos de Notificações - SINAN	pág. 06
Câncer a Informação Pode Salvar Vidas	pág. 12
Brasil: A cada 12 segundos, uma mulher é estuprada	pág. 12

Editorial

Mais um final de ano e de gestão. Mais uma vez queremos agradecer à grande família da epidemiologia que contribuiu para que este Boletim fosse publicado, retroalimentando nossas fontes geradoras de dados cuja importância é desnecessário comentar.

Neste número apresentamos os dados da vigilância de óbitos maternos e infantis.

As doenças meningocócicas, que exigem sempre medidas urgentes dos profissionais, e a hanseníase, problema de saúde pública há milênios e que ainda merece atenção especial, também são contemplados.

Sobre a malária no Paraná, o artigo alerta os profissionais de saúde da rede de assistência quanto à sensibilidade para o diagnóstico, uma vez que é um agravo com a transmissão sob controle no Estado e a grande maioria dos casos é importada.

Os acidentes e violências vêm se constituindo em grande problema para a saúde coletiva, devido a inúmeras causas, destacando-se a violência doméstica e familiar contra a mulher, para as quais medidas inibidoras vêm sendo implementadas, como o aumento do tempo de reclusão para os agressores de 1 ano para 3 anos.

Desejamos a todos boa leitura e um ano de 2007 com mais qualidade de vida para todos.



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_cids@sesa.pr.gov.br

Secretário de Estado da Saúde

Cláudio Xavier

Diretor Geral

Carlos Manuel dos Santos

Diretora de Vigilância em Saúde e Pesquisa

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
Carla Machado da Trindade
Cléia Beatriz Garcia Lazzarotto
Enéas Cordeiro de Souza
José Luiz S. de Aben Athar
Maria Elizabete Lovera
Nelson Ricetti de Nazareno
Nivera Noemia Stremel
Nilce D. Haida
Roderlei de Araújo
Roque Perinazzo
Rossana C. X. Vianna
Terezinha Leiko Watanabe

Assessoria de Comunicação Social

Silvia Sganzerla

Diagramação e Arte Final

Harim Vicente de Souza

Fotolito e impressão

Neoset

Tiragem

8.000 exemplares

A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS ÓBITOS MATERNOS E INFANTIS NO PARANÁ

É sem dúvida uma vitória estarmos fazendo valer o princípio de que os sistemas de informação devam servir para subsidiar as ações.

Em nosso Estado a vigilância epidemiológica dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) e das crianças menores de um ano é um evento de notificação compulsória nos 399 municípios e é praticada através dos Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna e os de Mortalidade Infantil.

Atualmente estão atuando: um comitê estadual de prevenção da mortalidade materna (criado em 1989) e um infantil (criado em 1994), 22 comitês regionais, 182 comitês municipais e 28 comitês hospitalares.

Com a investigação dos óbitos ocorridos em mulheres em idade fértil e em crianças menores de um ano corrige-se a subnotificação nos atestados médicos de óbito, trabalho este considerado modelo no Brasil. Obtemos assim um real diagnóstico da situação e estes números não podem ser comparados aos de estados e ou municípios que não têm esta atividade consolidada.

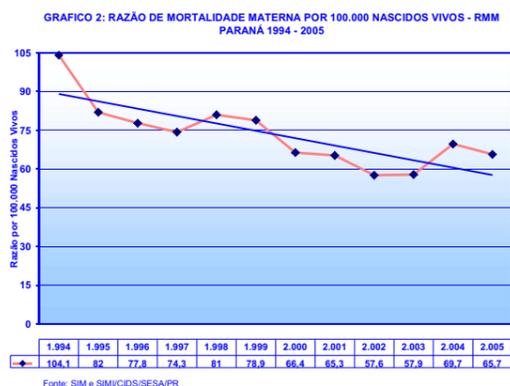
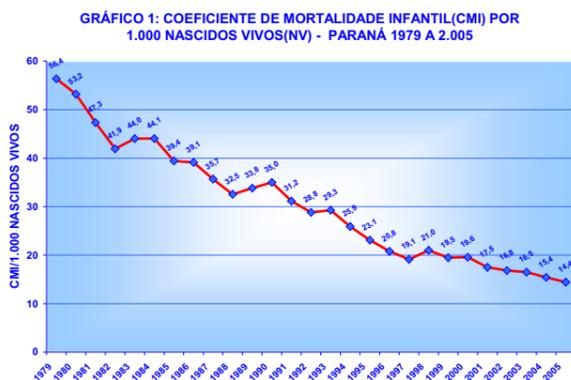
Foram investigados no estado, no triênio 2003-2005, 9.823 dos 10.665 (92,1%) óbitos de mulheres em idade fértil e confirmados 307 óbitos maternos obstétricos e dos 7.348 óbitos infantis ocorridos neste período foram investigados 5.603 (76,2%) (Tabela 1).

ANO	ÓBITOS EM MULHERES (10 A 49 ANOS)			ÓBITOS EM CRIANÇAS (<1ANO)		
	Nº ÓBITOS	Nº INVESTIGADOS	%	Nº ÓBITOS	Nº INVESTIGADOS	%
2.003	3.506	3.216	91,7	2.587	2.032	78,5
2.004	3.675	3.380	92,0	2.453	1.837	74,9
2.005	3.484	3.227	92,6	2.308	1.734	75,1
TOTAL	10.665	9.823	92,1	7.348	5.603	76,2

Fonte: SIM e SIM/CIDS/SESA/PR

Apesar de os indicadores ainda não estarem próximos dos de países desenvolvidos, temos observado uma melhora significativa.

A mortalidade infantil mostra evidente queda ao longo do tempo e no período de 2.003 a 2.005 a redução foi de 12,5%. A taxa era 16,46 em 2.003 e em 2.005 passou a 14,40 a cada 1.000 Nascidos Vivos (gráfico 1). A Razão de Mortalidade Materna neste mesmo período variou de 57,9 a 69,7 mortes a cada 100.000 Nascidos Vivos e obedece a uma tendência descendente (gráfico 2).



Devemos considerar que mesmo em países desenvolvidos a redução da mortalidade materna e infantil é lenta e gradativa. Isto ocorre devido ao grande número de intervenientes nesse processo e também com a investigação de casos a subnotificação diminui e acontece um aumento devido à melhora da coleta de dados e após segue com tendência à estabilização.

Os resultados obtidos ao longo do período se devem ao trabalho integrado entre as equipes técnicas multidisciplinares e interinstitucionais, das secretarias estaduais e municipais, dos comitês municipais, das regionais de saúde e do nível central do Estado.

As vigilâncias epidemiológicas da mortalidade materna e infantil têm-se mostrado um importante instrumento de monitoramento para definir o perfil dos fatores determinantes, a avaliação da efetividade das ações e a orientação na tomada de decisões à saúde da mulher e da criança. Tem demonstrado também que a manutenção na redução da mortalidade materna e infantil exige um processo de trabalho inerente a cada óbito no seu local de ocorrência. Ao identificar os fatores determinantes de cada óbito é preciso trabalhar concomitantemente as medidas específicas para cada caso, nas circunstâncias como ele ocorreu, nos níveis de complexidade de atenção que se fizerem necessários e com o envolvimento das equipes técnicas de trabalho, instituições e comunidade.

Para maiores detalhes consulte: www.saude.pr.gov.br

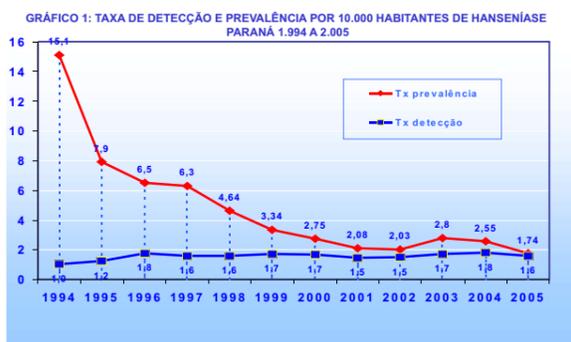
Terezinha Leiko Watanabe
 Enfermeira do CIDS/SESA/Assessoria dos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil
 Rossana C. X. Vianna
 Médica pediatra do CIDS/SESA/Assessoria dos Comitês de Mortalidade Infantil
 Inês Vian
 Enfermeira - Diretora do Centro de Informações e Diagnóstico em Saúde

HANSENÍASE NO PARANÁ

Este texto relata de forma sintética a situação da Hanseníase no Paraná e as ações desenvolvidas frente à endemia.

A meta do Programa Estadual de Hanseníase é desenvolver ações de Vigilância Epidemiológica de maneira integral e humanizada a todas as pessoas com hanseníase no Estado, com o objetivo de alcançar um caso da doença para cada 10.000 habitantes e até 2.010 uma taxa de prevalência de 1,0/10.000 habitantes.

Nos últimos 11 anos (1.994 - 2.005) foram diagnosticados em média 1.551 casos novos ano, o equivalente a uma **taxa de detecção** média de 1,55 a cada 10.000 habitantes. A menor taxa foi 1,02 em 1.994 e a maior em 1999 de 1,7. Em 2.005 essa taxa foi de 1,57 (gráfico 1) e a meta para este ano era 1,59/10.000 habitantes. Considerando os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde para classificar a taxa de detecção, o índice alcançado por Regional de Saúde em 2.005 foi: **taxa de detecção média** 1ª e 2ª R.S.; **alta** 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 15ª, 16ª e 17ª e **muito alta** 5ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª, 13ª, 14ª, 18ª, 19ª, 20ª, 21ª e 22ª.



A **taxa de prevalência** vem diminuindo progressivamente, passando de 15,1 em 1.994 para 1,74 por 10.000 habitantes em 2005 (prevalência de ponto) (gráfico 01). Segundo critérios de classificação, por Regional de Saúde, essa taxa foi **baixa** para a 1ª e 2ª e **média** para as outras 20 regionais, variando de 1,37 (3ª RS) a 4,10 (9ª RS). A meta média do Estado era alcançar, em 2.005, 2,0/10.000 habitantes e até 2.010 chegar a 1,0/10.000 habitantes.

Outros indicadores também analisados foram: o **modo de detecção dos casos novos por demanda espontânea**, que teve um acréscimo de 31,3%, passando de 25,3% em 2.001 para 36,8% em 2.004; os casos em **abandono ao tratamento** tiveram um decréscimo de 35,4% em 2.001 para 7,8% em 2.005, o que corresponde a uma redução de 80,0%. A meta para este ano era reduzir para 20% e a **taxa de cura** em 2.005 foi de 80,7% e a prevista era 85%.

Outro aspecto a ser considerado são os **casos novos** descobertos já com **alto grau de incapacidades físicas**. Nos últimos seis anos o índice médio foi de 29,3% e no ano 2.005 de 32,2% (gráfico 2), o que sugere uma descoberta dos casos tardiamente.

Ações desenvolvidas

Citamos algumas atividades que vêm sendo desenvolvidas a partir de junho de 2.005:

Fortalecimento das equipes regionais e municipais por meio de capacitações e multiplicação das ações que contemplam o Programa de Controle de Hanseníase, tais como: Gerência em Hanseníase com enfoque em Prevenção de Incapacidades Físicas; Gerência com Enfoque em Supervisão; Treinamento Como Reconhecer e Tratar Reações Hansênicas; Otimização

dos Procedimentos Laboratoriais em Baciloscopia e Sensibilização de Lideranças Comunitárias e da Pastoral da Saúde.

Por ocasião da capacitação para profissionais médicos, enfermeiros das equipes do PSF e PACS foi criada Carta Aberta aos senhores prefeitos e secretários municipais de saúde solicitando apoio às equipes locais de atenção básica para o controle do agravo.

Sensibilização das equipes técnicas para a realização do exame dermato neurológico nos comunicantes dos casos novos com hanseníase diagnosticados nos últimos 5 anos.

Avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico, na alta médica do caso novo e acompanhamento pós alta.

Campanha educativa e de divulgação pelos meios de comunicação dos sinais e sintomas com participação dos 399 municípios; Formação do grupo teatral FERA por macroregião do Estado.

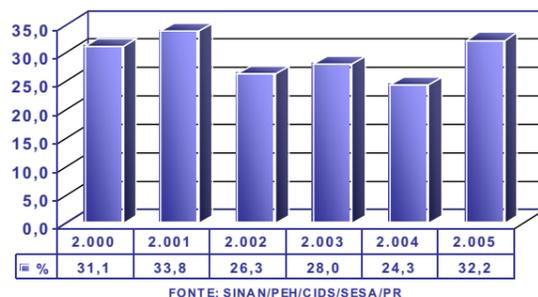
O fortalecimento do SINAN em hanseníase nos últimos cinco anos e a melhora significativa da qualidade de dados informados e divulgados foi relevante para aperfeiçoar o monitoramento e acompanhamento epidemiológico da hanseníase, oportunizando a visualização da real situação da endemia, bem como a implantação do programa de software Hanswin em 2005.

É importante destacar que, para o desenvolvimento dessas atividades, contamos com as parcerias: NLR Brasil (Netherlands Leprosy Relief Brasil), Congregação Franciscana, MORHAN (Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase), Grupo FERA, lideranças comunitárias, universidades, a participação dos gestores municipais e da sociedade organizada no processo de discussão e busca de meios para a efetiva eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no estado do Paraná.

Fazem parte da programação 2.007:

- A continuidade das ações relacionadas ao gerenciamento do programa, com ênfase na área de análise epidemiológica, capacitações e descentralização das ações do programa, e,
- na área da intervenção, as ações voltadas à descoberta de casos novos precocemente e busca em menores de 15 anos, ao estabelecimento de procedimento diagnóstico, controle dos comunicantes, fornecimento de medicamentos PQT/OMS, à educação permanente, a prevenção de incapacidades e reabilitação, ao monitoramento dos pacientes após o tratamento e a manutenção do monitoramento dos dados epidemiológicos.

GRÁFICO 2: PERCENTUAL DE CASOS COM INCAPACIDADE FÍSICA ENTRE OS CASOS NOVOS DETECTADOS E AVALIADOS PARANÁ, 2000 A 2005 - PARANÁ

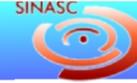


Nivera Noemia Stremel
Maria Elizabete Lovera

Coordenação Estadual de Controle de Hanseníase - SESA-PR



SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS - SINASC



Número de nascidos vivos, por Regional de Saúde de residência da Mãe
Ano 2005 e 2006 por mês

Regional de Saúde e Município de Residência	2005	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
1. Paranaguá	4.775	348	356	408	428	456	390	382	380
2. Metropolitana	48.194	3.951	3.769	4.399	4.069	4.307	3.969	3.953	3.970
3. Ponta Grossa	10.327	902	809	869	846	887	862	660	403
4. Irati	2.732	209	229	245	258	236	210	216	196
5. Guarapuava	8.709	627	672	689	625	735	691	644	602
6. União da Vitória	2.950	219	230	240	240	250	225	222	220
7. Pato Branco	4.413	365	355	361	385	377	340	313	381
8. Francisco Beltrão	4.664	410	370	381	377	366	328	305	226
9. Foz do Iguaçu	7.199	537	597	640	642	646	584	558	564
10. Cascavel	7.798	651	627	691	656	697	630	641	562
11. Campo Mourão	4.937	324	332	421	395	407	292	266	234
12. Umuarama	3.504	252	255	313	308	264	298	284	278
13. Cianorte	1.917	143	160	186	166	169	184	132	155
14. Paranavaí	3.705	264	270	301	314	373	327	322	282
15. Maringá	9.124	716	750	869	769	884	809	712	669
16. Apucarana	4.815	400	370	429	441	426	443	404	344
17. Londrina	11.773	923	931	1.084	1.029	1.016	944	898	863
18. Cornélio Procopio	3.586	256	266	348	287	275	270	254	193
19. Jacarezinho	3.974	306	347	368	378	374	357	337	326
20. Toledo	4.792	396	419	405	425	438	371	281	275
21. Telêmaco Borba	3.146	235	236	256	249	256	227	268	273
22. Ivaiporã	2.286	150	166	210	165	174	156	157	148
Reg. Saúde Ignorado	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Total	159.320	12.584	12.516	14.113	13.454	14.013	12.907	12.209	11.544

FONTE: SINASC-DVSI-CIDS-DVS-SESA-PR

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE - SIM



Número de ÓBITOS GERAL E MENOR DE 1 ANO por Regional de residência no Paraná - 2005
e por Regional de Saúde de Residência e por mês - Ano 2006

Regional de Saúde	2005		Jan		Fev		Mar		Abr		Mai		Jun		Jul		Ago	
	Geral	<1ano	Geral	<1ano	Geral	<1ano	Geral	<1ano	Geral	<1ano	Geral	<1ano	Geral	<1ano	Geral	<1ano	Geral	<1ano
1. Paranaguá	1.453	66	147	6	126	9	134	3	108	9	138	6	125	8	159	12	128	9
2. Metropolitana	16.576	637	1.379	36	1.272	42	1.434	66	1.410	38	1.584	49	1.541	56	1.505	54	1.392	10
3. Ponta Grossa	3.450	167	258	11	229	6	254	13	233	8	297	12	281	20	231	7	204	16
4. Irati	1.011	45	85	6	56	6	61	3	93	1	91	4	103	3	96	3	72	1
5. Guarapuava	2.500	177	188	7	144	6	185	11	170	10	247	14	229	13	259	13	240	11
6. União da Vitória	1.050	44	70	4	63	5	71	1	76	0	85	3	82	3	95	3	64	0
7. Pato Branco	1.314	79	118	10	91	9	119	9	105	4	111	8	116	7	127	6	128	11
8. Francisco Beltrão	1.766	76	147	3	124	5	116	5	144	4	120	5	146	8	121	3	95	2
9. Foz do Iguaçu	2.056	116	215	9	136	6	173	6	138	5	166	11	166	9	211	8	192	6
10. Cascavel	2.566	100	230	8	193	4	219	9	220	7	276	5	232	7	239	12	263	9
11. Campo Mourão	2.146	70	172	6	164	6	148	4	141	5	191	3	153	7	126	6	107	2
12. Umuarama	1.672	49	157	4	99	3	149	5	122	3	132	5	135	4	136	3	177	1
13. Cianorte	747	27	75	1	63	2	61	1	71	3	59	3	50	1	68	3	66	2
14. Paranavaí	1.550	43	145	5	117	3	147	5	121	3	174	9	139	7	153	6	156	5
15. Maringá	3.771	103	293	8	281	7	300	5	317	4	324	13	380	10	360	11	312	6
16. Apucarana	2.033	84	168	10	150	9	164	3	177	2	196	5	187	7	198	6	193	7
17. Londrina	4.766	130	407	13	338	5	388	9	353	6	420	15	450	13	427	7	412	9
18. Cornélio Procopio	1.693	59	162	4	118	2	155	2	130	3	135	8	133	2	119	2	111	2
19. Jacarezinho	2.057	76	162	3	118	10	161	11	154	5	198	4	157	0	188	5	151	2
20. Toledo	1.884	55	149	6	152	5	139	9	127	8	143	7	138	7	159	2	110	4
21. Telêmaco Borba	987	64	73	6	77	5	79	4	87	4	98	6	82	2	106	4	81	2
22. Ivaiporã	878	30	80	6	57	1	65	3	65	1	76	1	90	2	85	1	77	2
Total	57.959	2.297	4.881	172	4.172	156	4.726	187	4.568	133	5.264	196	5.123	196	5.180	177	4.736	150

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

SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE N
Numero e coeficientes de agravos confirmados em 2005 e número de agravos
Por Regional de Saúde de

REGIONAIS AGRAVOS	2005* Nº DE CASOS	2005 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.	11.722	114,27	194	169	3.810	3.398	626	613	414	412	428	414	218	211	339	385	212	200	116	111	308	304
AT ANTI-RÁBICO	34.821	339,52	507	505	8.294	8.182	924	919	285	284	338	385	309	305	486	483	449	435	796	795	1.168	1.158
AIDS<13 ANOS	28	0	...	1	...	0	...	0	...	0	...	1	...	0	...	0	...	0	...	0
AIDS > 13 ANOS	1.110	10,81	...	33	...	296	...	43	...	3	...	12	...	4	...	6	...	8	...	23	...	24
CISTICERCOSE	73	0,71	0	0	18	16	13	4	1	1	6	4	2	2	0	0	0	0	0	0	2	0
CÓLERA	0	0,00	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COQUELUCHE	39	0,38	1	0	3	0	7	2	0	0	4	3	0	0	4	2	1	0	0	0	0	0
DENGUE	994	9,68	21	3	79	12	10	1	8	0	7	2	0	0	1	1	5	0	909	259	142	37
DIFTERIA	3	0,02	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
DOENÇA CHAGAS	36	0,35	3	0	5	1	3	0	1	0	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	14	1
DOENÇA MENINGO.	204	1,98	...	4	...	77	...	39	...	6	...	1	...	5	...	0	...	0	...	4	...	2
ESQUISTOSSOM.	290	2,82	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
FEBRE AMARELA	0	0,00	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
HANTAVÍRUS	51	0,49	0	0	4	0	0	0	11	4	12	0	8	3	4	2	0	0	0	0	7	0
HANSENIASE**	1.629	1,58	...	9	...	88	...	46	...	16	...	68	...	9	...	29	...	48	...	103	...	70
HEPATITE A	2.331	22,71	...	7	...	142	...	124	...	13	...	61	...	33	...	10	...	4	...	4	...	11
HEPATITE B	198	1,92	...	2	...	21	...	3	...	0	...	6	...	1	...	2	...	5	...	1	...	8
HEPATITE C	11	0,10	...	0	...	6	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0
HIV GESTANTE	154	4,57	...	1	...	21	...	9	...	0	...	1	...	1	...	0	...	1	...	0	...	1
INTOX. POR AGROT.	609	5,93	2	0	28	20	23	11	31	29	26	21	19	14	15	7	17	12	6	4	12	9
INTOX. POR MEDI.	1.527	14,88	15	13	755	737	4	3	25	24	36	36	20	20	46	45	4	4	13	13	90	88
LEISH TEG AME	315	3,06	...	0	...	38	...	0	...	0	...	5	...	0	...	1	...	2	...	7	...	1
LEPTOSPIROSE	333	3,24	32	11	345	97	22	9	5	2	13	4	5	1	9	2	7	2	17	6	48	16
MALÁRIA	204	1,98	4	2	49	26	0	0	0	0	2	2	0	0	3	3	8	5	120	25	11	10
MENING NE	270	2,63	...	8	...	33	...	10	...	4	...	5	...	2	...	6	...	0	...	17	...	9
MENING H	1	0,00	...	0	...	3	...	1	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0
MENING OE	624	6,08	...	9	...	301	...	22	...	5	...	9	...	4	...	7	...	9	...	23	...	29
MENING TB	21	0,20	...	1	...	5	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	1	...	1
MENING VIRAIS	1.382	11,19	...	20	...	809	...	22	...	6	...	7	...	2	...	13	...	71	...	87	...	75
PARACOCCIDIOID.	61	1,61	0	0	3	2	0	0	1	0	0	0	3	3	0	0	0	0	31	20	3	2
PFA/PÓLIO	0	0,00	3	0	11	0	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0
RUBÉOLA	0	0,00	...	0	...	3	...	1	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0
SARAMPO	0	0,00	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0
SÍFILIS CONGÊNITA	79	0,49	1	1	35	28	1	1	1	1	0	0	0	0	2	0	5	4	4	4	8	8
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	21	0,20	1	0	6	5	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
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	2.781	27,10	...	121	...	613	...	85	...	19	...	52	...	30	...	20	...	36	...	104	...	73

FONTE: DVSI-CIDS-DVS-SESA/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

* dados preliminares

** hanseníase por 10.000 hab

DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÕES - SINAN
 Número de agravos notificados e confirmados nas semanas epidemiológicas 1 a 35 de 2006*,
 Saúde de residência - Paraná

11ª		12ª		13ª		14ª		15ª		16ª		17ª		18ª		19ª		20ª		21ª		22ª		PARANÁ 2006*			
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		
133	127	5	5	47	44	102	93	119	100	238	233	124	96	73	71	165	152	54	48	133	118	47	35	7.558	7.339		
659	651	184	174	328	326	452	446	1.199	1.173	809	807	1.831	1.815	559	557	663	629	592	576	288	278	112	112	21.282	20.995		
...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	1	...	0	...	0	...	1	...	1	...	0	...	0	...	5		
...	2	...	12	...	3	...	3	...	45	...	6	...	40	...	2	...	6	...	4	...	2	...	2	...	579		
0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	48	30	
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	0
3	1	2	0	0	0	2	1	3	3	3	1	59	10	4	1	8	5	2	2	3	2	0	0	109	33		
770	425	42	9	34	5	210	20	451	102	40	5	1.378	68	42	9	22	4	153	34	8	0	21	6	4.353	1.002		
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	0	
1	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	13	1	0	0	0	0	4	1	0	0	2	0	65	4		
...	0	...	0	...	0	...	0	...	4	...	2	...	4	...	1	...	8	...	1	...	5	...	1	...	164		
0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	14	1	140	75	40	28	0	0	0	0	0	0	0	198	106	
0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	
2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	53	9	
...	58	...	37	...	21	...	41	...	43	...	34	...	85	...	56	...	39	...	53	...	37	...	21	...	1.011		
...	27	...	0	...	12	...	3	...	6	...	20	...	229	...	10	...	7	...	3	...	126	...	34	...	886		
...	1	...	0	...	1	...	2	...	7	...	0	...	6	...	1	...	1	...	2	...	2	...	1	...	73		
...	0	...	0	...	0	...	1	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	7		
...	2	...	0	...	0	...	1	...	1	...	0	...	0	...	0	...	0	...	2	...	0	...	0	...	41		
33	27	6	6	3	3	23	20	18	17	21	19	20	18	17	17	9	7	5	4	4	3	4	3	342	271		
63	53	0	0	1	0	32	29	74	8	105	56	5	2	26	25	15	15	38	38	5	5	1	1	1.364	1.215		
...	11	...	1	...	37	...	1	...	19	...	6	...	22	...	9	...	13	...	2	...	0	...	0	...	175		
9	4	0	0	2	1	6	1	13	0	13	7	17	6	10	4	3	1	6	2	10	6	0	0	592	182		
3	3	5	3	0	0	14	8	6	5	2	2	1	1	0	0	4	2	11	10	2	1	0	0	245	108		
...	2	...	0	...	1	...	0	...	5	...	3	...	2	...	2	...	0	...	10	...	1	...	4	...	124		
...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	4		
...	10	...	4	...	2	...	13	...	28	...	14	...	19	...	6	...	10	...	8	...	6	...	4	...	542		
...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	1	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	9		
...	8	...	1	...	11	...	8	...	68	...	19	...	93	...	18	...	8	...	4	...	3	...	18	...	1.371		
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	0	0	2	2	0	0	0	0	44	32		
0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	0	
...	0	...	0	...	0	...	2	...	0	...	1	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	7		
...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0	...	0		
2	2	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	65	55
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
2	2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	2	2	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	23	19
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
...	39	...	39	...	6	...	37	...	70	...	32	...	148	...	42	...	65	...	44	...	40	...	10	...	1.725		

Ano 2004

População PR 10.261.840
 Nascidos Vivos 159.868
 Pop. Fem. 10 - 49 anos 3.367.055

N = NOTIFICADO
 C = CONFIRMADO

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS MENINGOCÓCICAS NO PARANÁ - 2005

HISTÓRICO

Os primeiros informes datam de 1805, por Vieusseux, durante uma epidemia ocorrida em Genebra, Suíça. O agente etiológico só foi identificado em 1887, período em que já se detectava casos no continente africano, na região subsahariana e exacerbada nas últimas décadas na zona da Meca, na Arábia Saudita. No século XX ocorreram grandes epidemias durante a Primeira e Segunda Guerra Mundial.

A meningite bacteriana, em particular a infecção causada por *Neisseria meningitidis*, continua sendo uma das grandes preocupações em Saúde Pública tanto nos países subdesenvolvidos como nos desenvolvidos. Apresenta-se sob forma endêmica e epidêmica.

Epidemiologia:

A *Neisseria meningitidis* é um patógeno exclusivamente humano. A doença meningocócica pode se manifestar clinicamente com quadro de meningismo e também na forma fulminante de meningococemia (presença de erupção peteal, máculas róseas, equimoses e vesículas com coleção sangüínea e leucocitose).

A persistência da doença no nosso meio se deve ao grande percentual de portadores e da dinâmica de transmissão da bactéria.

Os fatores de transmissibilidade identificados têm sido o tabagismo ativo ou passivo, a presença de infecções virais do trato respiratório superior, clima seco e aglomerações. Outros fatores determinantes permitem a invasão sistêmica como lesão nasofaringea, cepas virulentas com produção de cápsulas, ausência de anticorpos bactericidas e deficiência do sistema de complemento.

Durante a metade do século XX, o sorogrupo A foi predominante e os sorogrupos B, C, Y, W135, têm estado presentes atualmente. As circunstâncias que levam à epidemia não são esclarecidas e têm sido relacionadas com diversos fatores como aglomeração, aumento da população, fatores climáticos e circulação de cepas virulentas.

A região do cinturão africano, diversos países do continente americano, asiático e europeu convivem com surtos repetidos e ocorrência de doenças durante todas as estações do ano.

Dos 13 sorogrupos existentes, os do tipo A, B e C produzem a maioria dos casos em escala mundial, sendo os sorogrupos B e C os prevalentes atualmente tanto na Europa como na América.

Os sorogrupos A e C vêm predominando na Ásia e África. Na última década têm sido detectado o sorogrupo Y nos Estados Unidos, Suécia e Israel, ainda assim os surtos nestas localidades tem sido pelo sorogrupo C.

No Brasil foram descritos diversos surtos desde 1971. Nesse período a grande epidemia iniciou-se pelo sorogrupo C com sobreposição do sorogrupo A na sequência. Atualmente os surtos pontuais são causados pelo sorogrupo C e desde então (década de 80, 90 e 2000) a maioria dos casos tem sido causada pelo sorogrupo B na forma esporádica.

O mecanismo de transmissão está relacionado ao contato com os indivíduos portadores da bactéria na nasofaringe. A taxa de portadores é muito baixa durante a infância e muito alta nos adolescentes e adultos jovens. Os portadores podem ser crônicos, intermitentes e transitórios. A colonização desencadeia em alguns indivíduos um processo imunizante, prevenindo-se a doença através da produção de anticorpos protetores. A maioria

dos portadores permanece assintomática e em uma porcentagem menor o meningococo penetra na mucosa causando a infecção sistêmica. Vários estudos têm demonstrado claramente que a ausência de anticorpos bactericidas em presença de colonização nasofaríngea com a *Neisseria meningitidis* leva ao desenvolvimento da doença, além dos indivíduos esplenectomizados ou com asplenia funcional e deficiência do sistema de complemento.

No entanto, indivíduos que apresentaram a doença ou são portadores e que adquirem anticorpos específicos, ou seja, anticorpo bactericida antimeningocócica não assegura uma imunidade permanente. Já foi demonstrada a ocorrência de doença meningocócica em indivíduos que possuíam, antes de adoecer, títulos de anticorpos considerados protetores.

O diagnóstico diferencial da doença meningocócica (meningite meningocócica e meningococemia) se faz principalmente com outros patógenos que podem ocasionar meningites bacterianas como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e o *Haemophilus influenzae aegyptius* (Febre Purpúrica Brasileira).

A doença meningocócica é potencialmente prevenível através de vacinação e quimioprofilaxia em circunstâncias específicas. O objeto da quimioprofilaxia é prevenir a aparição de casos secundários e eliminar o estado de portador.

Estudos iniciados por Goldschneider, Gtschlich e Artenstein a partir de 1966 sobre a imunidade humana frente ao meningococo possibilitaram a obtenção da primeira vacina polissacarídica para o sorogrupo C (1969) e a detecção dos anticorpos bactericidas.

Os principais responsáveis da doença meningocócica no mundo são pelos sorogrupos B, A, C, Y e W135. As vacinas existentes hoje protegem frente a quatro destes cinco sorogrupos. O problema reside no sorogrupo B, que está entre os mais identificados no mundo. Este sorogrupo tem baixa imunogenicidade frente às infecções naturais, não sendo detectada a presença de anticorpos anti-B, mesmo depois da doença. Devido a esta baixa imunogenicidade se tem buscado várias estratégias na produção de uma vacina, conjugando a outros componentes da superfície bacteriana, ligando a toxóide tetânica, ferro, e imunoglobulinas.

A utilização de vacinas conjugadas que induzem memória imunológica celular oferece provavelmente a melhor opção de imunoprofilaxia com nível adequado de proteção, associadas à diminuição do índice de portadores na população.

Atualmente a única vacina conjugada de *Neisseria meningitidis* disponível é para o sorogrupo C, amplamente utilizada pelo Reino Unido, e em discussão para implantação pelo Programa Nacional de Imunização.

Doença Meningocócica no Paraná

No Brasil, somente após a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica - SNVE, em 1975, é que dados mais precisos puderam ser obtidos com relação à etiologia das meningites bacterianas. Nesse grupo enfocaremos as doenças meningocócicas que continuam sendo importantes em todo o mundo, acometendo principalmente crianças e adultos jovens.

No Brasil e no Paraná, uma das maiores epidemias registradas foi entre 1971 e 1975, causada inicialmente pelo sorogrupo C e seguida seqüencialmente pelo sorogrupo A, apresentando um coeficiente muito mais elevado. Os dados do Estado do Paraná datam de 1972 para as doenças meningocócicas e a partir de 1982 para todas as meningites, segundo as classificações.

A série histórica das ocorrências da doença meningocócica foi organizada em 1982, através de dados retrospectivos contidos nos formulários de notificação semanal, onde se pode constatar os indicadores vividos nos 4 anos consecutivos da grande epidemia. O surto iniciou com os primeiros casos detectados no município de Guaraniaçu e logo se alastrou por todo o Estado. Ainda que se tenha de concreto o envolvimento do sorogrupo C e do A nesse episódio, lamentavelmente não foi possível a obtenção dessas informações no banco de dados do Estado.

Ao final da década de 70, após um coeficiente de incidência de 36,2 por 100.000 habitantes passa para 5 por 100.000 habitantes, provavelmente mantido pelo sorogrupo C, até o final da década de 80, quando o período é marcado com a introdução do sorogrupo B, intercalado com a circulação do sorogrupo C, por toda a década de 90 e de 2000 a 2005.

No quadro 1, temos a representação com os índices de sorogrupagem e o percentual por sorogrupos em circulação no Estado.

Na série dos anos, uma média de 53,8% dos casos chega a ser sorogrupados no Estado, das amostras do LCR, soro e sangue (cultura, aglutinação pelo látex e hemocultura), obtidos pelos serviços de bacteriologia dos laboratórios particulares e universidades e pelas amostras processadas no LACEN (Laboratório Central do Estado).

De 1990 a 1995, o sorogrupo C mantinha-se em evidência. A inversão para o sorogrupo B ocorre em 1996, quando se chegou a detectar índices superiores a 80% entre os sorogrupados.

A doença meningocócica tem sido detectada praticamente em todo o Estado, com baixa prevalência em

algumas das regiões, principalmente na região norte e noroeste. Grande parte dos casos são responsabilizados pelo sorogrupo B, ainda que nas regionais como a 2ª - Curitiba, a 3ª - Ponta Grossa e a 17ª - Londrina, comecem a despontar a *Neisseria meningitidis* do sorogrupo C.

Outros sorogrupos como o W135 em evidência em alguns dos países, também têm sido identificados no nosso meio.

Desde 1990, o Paraná participa do estudo epidemiológico das cepas de *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* e do *Haemophilus influenzae*, junto ao Centro Nacional para meningites, o Instituto Adolfo Lutz, no sentido de mapear e acompanhar a prevalência dos mesmos em nosso Estado.

As cepas são avaliadas levando em conta as suas características fenotípicas dadas pela sorogrupagem, sorotipagem, subtipagem e determinação do clone epidêmico pela técnica de multilocus enzimático, das neisserias B,C, Y e W135.

Há em circulação no Estado uma variável de cepas B. Em relação à cepa C, temos um montante ainda em identificação nos 2 anos consecutivos.

Entre os municípios com o maior coeficiente de risco encontram-se os de Prudentópolis, superando 32.0/100.000 hab., Guamiranga, Imbituva, Ponta Grossa, Colombo, São José dos Pinhais e Londrina. Os sorogrupos envolvidos são correspondentes ao tipo B e começa a aparecer o sorogrupo C, na Capital, Londrina e principalmente em Ponta Grossa, em 2005.

Devemos garantir sistematicamente a identificação dos sorogrupos, informando e buscando as amostras de LCR, soro e sangue, conforme a recomendação deste serviço, uma vez que, além das indicações precisas do uso de quimioprofilático, é a única maneira para definir qualquer ação frente a uma emergência, como o uso da vacina que é sorosubtipo específico.

BIBLIOGRAFIA

Guia de Vigilância Epidemiológica, FUNASA, Ministério da Saúde, Volume II, Brasília, agosto de 2002.

LEVINSON W., JAWETZ E., Microbiologia Médica e Imunologia, 4ª edição, editora Artmed.

Enfermedad por meningococo, *Neisseria Meningitidis*: perspectiva epidemiológica, clínica y preventiva, artículo de revision, salud pública de México/Vol.46/ septiembre octubre de 2004.

ANO	DOENÇA MENINGOCÓCICA		SOROGRUPOS								NÃO SOROGRUPADOS			
	C	O	A		B		C		Outros		Total		Num.	%
			Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%		
1989	167	32	-	0,0	25	64,1	13	33,3	1	2,6	39	23,4	128	76,6
1990	458	76	1	0,5	48	25,8	136	73,1	1	0,5	186	40,6	272	59,4
1991	441	63	1	0,5	52	24,6	158	74,9	-	0,0	211	47,8	230	52,2
1992	376	61	1	0,5	63	33,3	124	65,6	1	0,5	189	50,3	187	49,7
1993	390	65	-	0,0	74	34,9	137	64,6	1	0,5	212	54,4	178	45,6
1994	427	89	-	0,0	71	31,7	153	68,3	-	0,0	224	52,5	203	47,5
1995	342	67	-	0,0	75	42,4	100	56,5	2	1,1	177	51,8	165	48,2
1996	378	82	-	0,0	104	51,2	99	48,8	0	0,0	203	53,7	174	46,0
1997	402	89	-	0,0	135	61,6	78	35,6	6	2,7	219	54,5	183	45,5
1998	395	74	-	0,0	115	55,6	87	42,0	5	2,4	207	52,4	188	47,6
1999	318	68	-	0,0	113	67,7	43	25,7	11	6,6	167	52,5	151	47,5
2000	253	52	-	0,0	92	76,0	23	19,0	6	5,0	121	47,8	132	52,2
2001	248	41	-	0,0	103	80,5	16	12,5	9	7,0	128	51,6	120	48,4
2002	196	41	-	0,0	82	88,2	8	8,6	3	3,2	93	47,4	103	52,6
2003	236	48	-	0,0	111	79,3	28	20,0	1	-	140	59,3	96	40,7
2004*	252	55	-	0,0	115	75,2	33	21,6	5	-	153	60,7	99	39,3
2005*	200	38	-	0,0	60	65,2	30	32,6	2	2,2	92	46,0	108	54,0

FONTE: SESACIDS/DDI

*DADOS PRELIMINARES

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

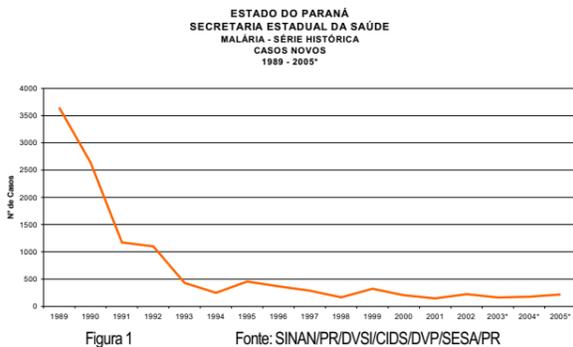
FEBRE PODE SER MALÁRIA?

A malária é uma infecção aguda, produzida pelo protozoário Plasmodium. Transmitida por vetor, através da picada do mosquito Anopheles, encontra-se com sua transmissão atualmente sob controle no Estado do Paraná. Porém, as ações da Vigilância Epidemiológica continuam sendo necessárias devido à presença do vetor em toda a região noroeste (divisa com Paraguai e Mato Grosso do Sul) e litoral do Estado.

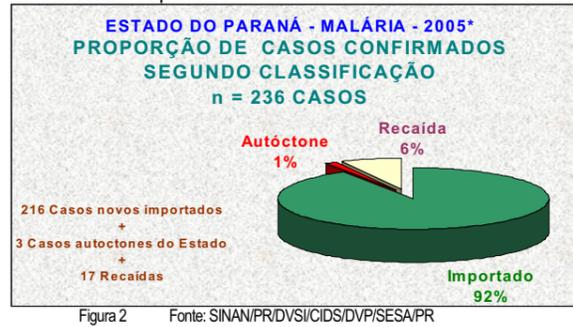
Por ser um agravo com sua transmissão sob controle no Estado, a rede de assistência não o tem como principal diagnóstico diferencial nos casos de quadro febril agudo. Sendo os casos importados, pode haver baixa sensibilidade ao seu diagnóstico, favorecendo sua evolução para as formas graves da doença e óbito.

Medidas de prevenção através de informação a todos que possam vir a estar expostos, como caminhoneiros, atividades de ecoturismo e pescaria em áreas endêmicas de malária, são fundamentais. Diferente da Febre Amarela (amarelão) que possui uma vacina eficaz para sua prevenção, a malária, que também pode ser contraída nas mesmas regiões, não possui vacina.

Está representada na figura 1 a série histórica do número de casos de malária no estado desde 1989, época que seguiu o fechamento da represa da Itaipu, que com o alagamento da região, houve desequilíbrio ambiental, propiciando um aumento do número de criadouros para o Anopheles, contribuindo para o aumento importante no número de casos de malária naquele momento. Com as medidas de intervenção efetuadas, conseguiu-se o controle da transmissão da mesma no estado.



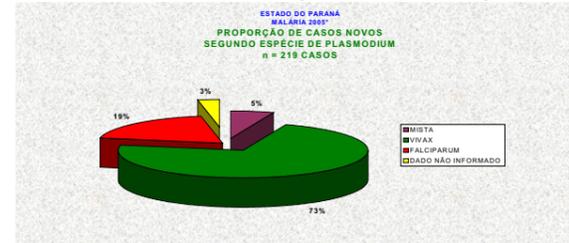
Foram 236 casos confirmados de malária no Paraná, com data de primeiros sintomas no ano de 2005 (Figura 2). Na sua quase totalidade importada, ou seja, pacientes que adquiriram a doença em outros estados ou países.



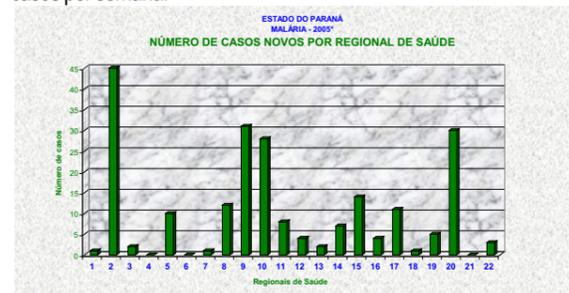
Duas principais espécies de Plasmodium são encontradas em nosso País, o P. vivax e P. falciparum. O tratamento é feito com esquema terapêutico diferente para cada uma das espécies. Ainda que a malária pelo P. falciparum seja mais agressiva, ambas podem evoluir para as formas graves da doença se não diagnosticadas e tratadas corretamente e precocemente.

Um mesmo paciente pode ser infectado pelas duas espécies

de Plasmodium (malária mista). Na figura 3 visualizamos a proporção de casos novos no ano de 2005 segundo as espécies diagnosticadas.



Os pacientes, ao contraírem a malária pelo Plasmodium vivax, devem ser informados da possibilidade de recaída da doença, devido a formas que permanecem alojadas no fígado, sendo tratados como uma nova malária, ainda que o paciente não tenha retornado às áreas endêmicas da doença. Em média são diagnosticados 3 a 5 casos por semana.



A figura 5 mostra o número de casos novos diagnosticados por Regional de Saúde do Estado. A Regional de Saúde Metropolitana (2ª RS) é a de maior número; seguem as Regionais de Foz do Iguaçu (9ª RS), Toledo (20ª RS), Cascavel (10ª RS), Maringá (15ª RS) e Londrina (17ª RS), por serem os maiores centros populacionais do Estado. Porém, a atenção ao diagnóstico deve ser considerada em todos os municípios.

Dos 219 casos novos de malária confirmados, 52% tiveram como provável local de infecção o estado de Rondônia, 20% o Pará, 19% o Mato Grosso, 18% o Amazonas, 12% o Acre, 8% o Paraguai, 4% Roraima, 3% a África, 2% a Guiana Francesa, 1% o Suriname e com dados não informados 15%, na sua maioria, são homens (82%), com idade entre 30 e 60 anos (65,4%). Foi necessária Internação Hospitalar em 36% dos casos, seja pelas formas graves da doença, seja para esclarecimento diagnóstico de caso febril de origem não determinada no atendimento inicial, tendo ficado a taxa de mortalidade no ano de 2005 em 1,3%.

Em 49% dos casos, os pacientes referiram que já tiveram malária anteriormente. Esta última informação, dentro de um estado que está com a transmissão da malária sob controle, nos permite afirmar que se faz necessário orientações junto aos pacientes com diagnóstico de malária, para que estes possam ser esclarecidos sobre as medidas preventivas.

Foi disponibilizado para todos os municípios do estado, via Regionais de Saúde, um Protocolo de Tratamento de Malária, seguindo orientações do Ministério da Saúde, para ser distribuído para a rede de assistência médica. A medicação específica é gratuita, via Sistema Único de Saúde (SUS).

Enéas Cordeiro de Souza Filho - Médico
Roderlei de Araújo - Microscopista revisor
Equipe técnica da DVTV/CVSA/DVP/SESA/PR

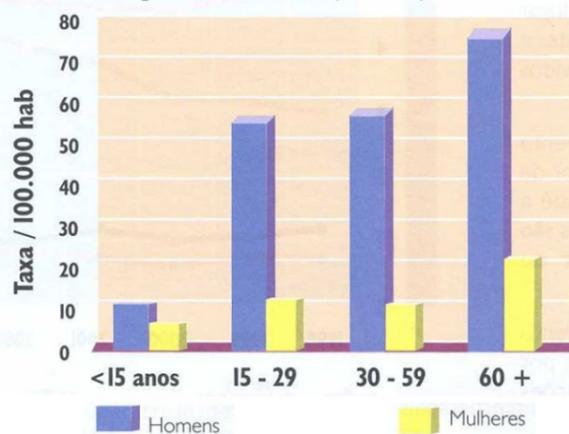


SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS ACIDENTES E VIOLÊNCIAS.

Em todo o planeta as causas externas de óbito ocupam lugar importante de morbi-mortalidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 1,2 milhão de pessoas morrem anualmente e 20 a 50 milhões sofrem lesões em acidentes a motor. Essas mortes correspondem a 2,3 % de todos os óbitos 90% deles ocorrem em países não desenvolvidos. Além do desfecho fatal, contabilizam-se aos acidentes, 2,8% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. No Estado do Paraná, o grupo de causas externas de óbitos, ocupa o terceiro lugar, na mortalidade, 12,8% do total, frequência menor do que a média nacional e a maior da Região Sul. Dentro do grupo, os acidentes de transporte, (38%) e as violências, (28%) são as duas principais causas de morte por causa externa.

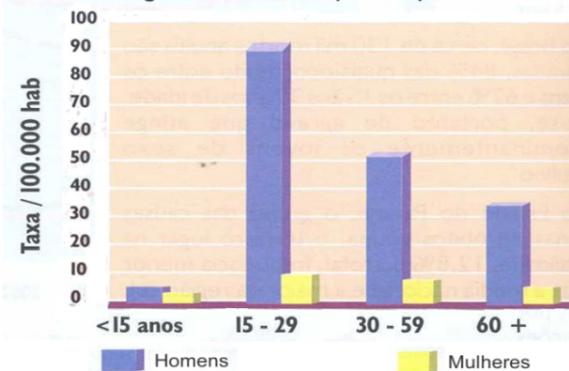
Nos gráficos seguintes podem ser observadas as taxas de mortalidade por acidentes, violência e suicídio segundo sexo e faixa etária. Inicialmente pode-se observar que estas ocorrências entre as mulheres são menores para qualquer das três causas: acidente, violência ou suicídio. (figuras 5.2, 5.3, 5.4 e 5.5)

Figura 5.2 - Taxas de mortalidade por acidentes segundo sexo e idade, Paraná, 2003



Fonte : Sistema de Informações de Mortalidade - SESA/PR

Figura 5.3 - Taxas de mortalidade por violência segundo sexo e idade, Paraná, 2003



Fonte : Sistema de Informações de Mortalidade - SESA/PR

Figura 5.4 - Taxas de mortalidade por suicídio segundo sexo e idade,Paraná, 2003

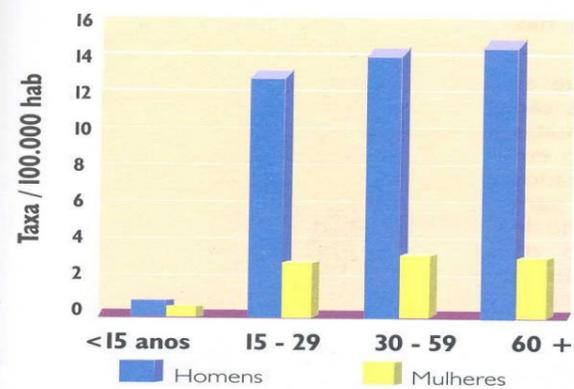
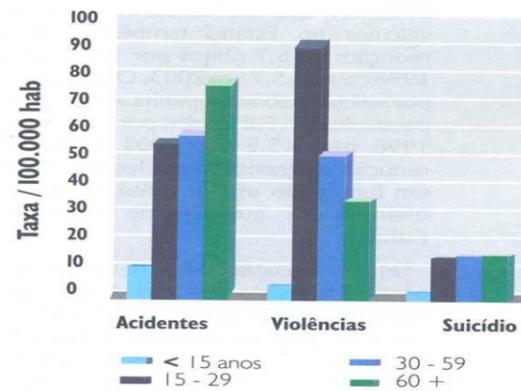


Figura 5.5 - Taxas de mortalidade por causas externas entre homens e mulheres, segundo idade, Paraná, 2003



Fonte : Sistema de Informações de Mortalidade - SESA/PR

Muitas iniciativas têm demonstrado que as possibilidades de redução destes agravos são reais. Em relação às mortes por violência, muitas iniciativas têm possibilitado a sua redução em cidades brasileiras: projetos sociais direcionados a jovens de baixa renda, voltados para a capacitação profissional, inserção no mercado de trabalho, projetos culturais, aumento da escolaridade, programas de implementação da cultura e intermediação de conflitos.

A continuidade da análise destes dados, a avaliação de sua tendência e o aprofundamento da análise de seus determinantes, deverá contribuir para as políticas de redução destes agravos já em curso ou a serem implementadas em nível local no Estado do Paraná.

Doenças e Agravos não Transmissíveis no Estado do Paraná
1ª Edição - 2006

0800-7226001 - DISQUE NACIONAL DE INTOXICAÇÃO

Faz a busca automática do Centro de Informação Toxicológica (CIT) mais próximo da cidade onde a pessoa estiver falando

VIOLÊNCIA À MULHER Brasil: a cada 12 segundos, uma mulher é estuprada

A cada 12 segundos uma mulher é violentada no Brasil. A partir desde dado alarmante, Ana Maria Rattes, presidente do Conselho Estadual de Direitos da Mulher (Cedim), iniciou o debate "Violência, abuso e exploração sexual contra a mulher", promovido pelo Instituto Ary Carvalho, na capital do Rio de Janeiro, em 24/11/2

"Não concordo com o ditado 'em briga de marido e mulher não se mete a colher'. Temos de meter sim!", alertou Ana Maria. "Setenta por cento dos incidentes ocorrem dentro de casa. Mas as mulheres têm medo de ir à polícia e as queixas nas delegacias não são proporcionais (à violência cometida)", afirmou a senadora Patrícia Saboya (PPS/CE). Também participaram da discussão, mediada por Marcos Ribeiro, coordenador do Centro de Orientação e Educação Sexual (Cores), a escritora Rose Marie

Muraro, e o coordenador da rádio comunitária Rede Jovem Brasil, Fábio ACM, que usa a música em trabalhos educativos sobre o tema.

Nova legislação é mais dura

As punições para agressores endureceram com a Lei nº 11.340, batizada de Maria da Penha, e sancionada em agosto. Agora, a pena de detenção para crimes de violência doméstica triplicou: era de, no máximo, um ano e agora pode chegar a três. A Justiça tem 48 horas, a partir da queixa, para afastar o agressor da vítima.

O Dia
© Copyright Editora O DIA S.A.

**180 - DISQUE ATENDIMENTO À MULHER
SUA VIDA RECOMEÇA QUANDO A VIOLÊNCIA TERMINA**

É o disque da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República.

27/11/2006 - DIA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER: com o tema CÂNCER A INFORMAÇÃO PODE SALVAR VIDAS

Câncer: Problema de Saúde Pública

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 200 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas.

No Brasil, a mortalidade por câncer na população aumentou em 30%, de 1979 a 2003. São mais de 130 mil óbitos e 470 mil novos casos anuais. O câncer já corresponde à segunda causa de morte mais freqüente em nosso país, e também no Paraná, com mais de 7.000 óbitos em 2006, com taxas de mortalidade variando de 12,50/100.000 na regional de Jacarezinho a 21,58/100.000 hab. na regional de Irati, e do Pr, 17,42/100.000 habitantes.

Uma Rede para o Controle do Câncer

A Política Nacional de Atenção Oncológica, lançada pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2005, reconhece que o câncer é um problema de saúde pública e determina que as ações para o seu controle no Brasil sejam realizadas através de uma Rede de Atenção Oncológica, com a participação direta e indireta do Governo Federal, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, das universidades, dos serviços de saúde, dos centros de pesquisa, das organizações não governamentais e da sociedade de forma geral.

Os principais objetivos da Rede são a geração, disseminação, articulação e implantação de políticas e ações de atenção oncológica. Para isso, deve compreender projetos, instituições e pessoas interessadas na viabilização de estratégias de âmbito nacional, regional ou local que venham a contribuir para a consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social.

A construção destas diferentes parcerias tem como principal característica o trabalho cooperativo, em que os

diferentes atores envolvidos compartilham conhecimento e recursos visando reduzir a incidência do câncer, a mortalidade por esta doença e garantir qualidade de vida aos pacientes. No Paraná como coordenador da rede está o Dr. Irvando Carula na SESA.

A União Internacional Contra o Câncer (UICC) comemorou a eleição da Dra. Margaret Chan para o cargo de diretora geral da Organização Mundial da Saúde. Ela assumirá o cargo em janeiro de 2007.

A razão foi o anúncio da Dra. Chan, em sua apresentação ao Conselho Executivo da OMS na semana passada, de **concentrar esforços no controle do tabaco, incluindo a implementação integral da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, da qual o Brasil também faz parte, e acelerar a estratégia global para ações de dieta, atividade física e saúde. Segundo a UICC, essas prioridades são essenciais na prevenção e controle global do câncer, assim como em outras de doenças de peso na morbidade e mortalidade como diabetes, hipertensão e outras.**

A UICC apóia o compromisso da Dra. Chan em priorizar as ações integradas na saúde primária, uma vez que esta é a chave para a prevenção e detecção precoce do câncer, especialmente em países com poucos recursos. A colaboração internacional para atingir as metas na saúde pública não é apenas uma vantagem, mas atualmente uma necessidade crítica.

A Dra. Chan iniciou sua trajetória na OMS em 2003 como diretora do Departamento para Proteção ao Meio Ambiente e tornou-se diretora assistente para Doenças Transmissíveis e representante do diretor geral para a Gripe Pandêmica. Nos nove anos anteriores ela trabalhou como diretora de saúde de Hong Kong. A Dra. Chan é graduada em medicina pela University of Western Ontário, do Canadá, e é mestre em saúde pública pela National University, de Cingapura. **Genebra (Suíça)**

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