



Proposta de Vigilância da Influenza no PR pág. 03

Epidemiologia das Intoxicações no Estado pág. 08



Avaliação do Surto de Meningite Aguda Linfocitária pág. 09

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 Notificação - **SINAN**.....pág. 06

Avaliação do Surto de Meningite Aguda Linfocitária no
Município de Cianorte.....pág. 09

Perigos da Hantavirose.....pág. 10

Síndrome Respiratória Aguda Severa - **SARS**.....pág. 11

Epi-notas.....pág. 12



Editorial

Um sistema de vigilância epidemiológica só se completa quando se cumprem as funções básicas de levantar informações que orientam os profissionais e os serviços de saúde sobre as variáveis relevantes para o efetivo controle das doenças, agravos e problemas de saúde objetos de vigilância. Isto implica não apenas na implantação de um mecanismo de coleta e análise de dados, mas, também, a divulgação das informações.

A produção de conhecimentos que não se faz acompanhar de sua socialização, mas que, pelo contrário, permanece restrita a um grupo, corre sérios riscos de se tornar uma atividade estéril na medida em que marginaliza extensos segmentos sociais que dela se beneficiam. Ao invés de servir, essas informações, com freqüência, tendem a acabar esquecidas em arquivos, sem que sejam convenientemente exploradas todas as suas potenciais utilizações. É a difusão do conhecimento do perfil epidemiológico das doenças o fator essencial que permite à comunidade como um todo acompanhar, discutir, opinar, enfim participar de modo ativo no esforço comum voltado à redução dos danos causados à sociedade por certos agravos.

O Boletim Epidemiológico deve servir como ponto de referência entre os profissionais de saúde em todos os níveis de atenção e a comunidade. Por isso, ele deve retratar a transformação da estrutura epidemiológica na sociedade e o processo evolutivo dos sistemas de saúde.

Hoje vemos que o processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil tem contemplado a implantação de um conjunto de estratégias de mudança do financiamento, gestão e organização da produção de serviços. Nesse processo a Vigilância em Saúde é entendida como um enfoque que pode contribuir para a atualização das concepções que orientam a reorganização das práticas de saúde. Em sua essência, ela leva em conta a realidade de cada município, tanto do ponto de vista político e cultural, quanto do ponto de vista social, epidemiológico e sanitário e tem como eixo central o trinômio "informação-decisão e ação".

Esperamos que, na continuidade da edição do

boletim, possa ser registrado através do tempo, o avanço gradativo do sistema de saúde num processo de construção das práticas de vigilância em saúde em nosso Estado.

Os principais sistemas de informação em saúde - SIM, SINAN, SINASC - tiveram uma grande evolução tanto na sensibilidade como na qualidade das informações. Mesmo assim, nem sempre elas são utilizadas pelos profissionais e nos serviços nas áreas: administrativa, financeira e técnica, como prática, para direcionar o planejamento e a programação em todos os níveis de atenção e nos diferentes graus de complexidade dos serviços prestados a população.

Entende-se que os dados coletados devem servir não só para algumas doenças, mas sim, para monitorar e gerenciar os serviços no alcance de suas metas e objetivos e no direcionamento das políticas de saúde em todos os níveis de atenção.

Esta edição contempla informações coletadas através dos sistemas de informação SIM, SINAN e SINASC.

Esperamos que o Boletim contribua para divulgar as informações epidemiológicas a todos os profissionais de saúde e a comunidade e, de modo especial, aos que participam no processo de notificação (gatilho inicial para desencadear todo o processo) de doenças, agravos, mortes e nascimentos. Estes estão presentes em todos os lugares de uma comunidade e são informações essenciais para estabelecer o diagnóstico da situação de saúde. De modo especial, desejamos, que ele se transforme num instrumento vivo de informação sobre um assunto do qual todos nós fazemos parte.

Boa leitura!

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: (041) 330 4567 330-4570

Fax: (041) 330 4571

www.saude.pr.gov.br

e-mail: sesa@pr.gov.br

Secretário de Estado da Saúde

Cláudio Xavier

Diretor Geral

Carlos Manuel dos Santos

Diretor de Vigilância em Saúde e Pesquisa

José Francisco Konolnsaisen

Centro de Informações

e Diagnóstico em Saúde

Inês Vian

Assessoria do CIDS

Carlos Ricardo Bostelmann Neto

Departamento de Sistemas de

Informações de saúde:

Alice Eugênia Tisserant

Departamento de Doenças

Imunopreveníveis

Mirian Marques Woiski

Equipe Técnica

Anita Entres

Ayako Matono Casagrande

Beatriz Bastos Thiel

Cléia Beatriz Garcia Lazzarotto

Elizabeth de Souza

Marlene Sera Wille

Nilce Haida

Nelson R. X. Nazareno

Marli Madalena Perozin

Rosana Ribeiro dos Santos

Rossana Xavier

Terezinha Leiko Watanabe

Colaboradores

Maria Elizabet Lovera

Carla Machado da Trindade

Wagner Mendes Voltz

Assessoria de Comunicação Social

Adriana Taques Mussi Endres

Tiragem: 4.200 exemplares.

VIGILÂNCIA

DA INFLUENZA NO PARANÁ

Histórico

Há relatos de epidemias de influenza desde Hipócrates, em 412 a C. A partir de 1580 há registros de 31 possíveis pandemias, sendo as mais expressivas: a Gripe Espanhola (1918 a 1920), causada pelo vírus Influenza A/H1 N1, e que resultou entre 20 a 40 milhões de óbitos no mundo (WHO, 1999); a gripe Asiática (de 1957 até 1960), causada pelo vírus influenza A/H2 N2; a de Hong Kong (de 1968 até 1972) causada pelo vírus A/H3 N2 e da Rússia (de 1977 e 1978), pelo vírus A/H1 N1.

Mais recentemente, no ano de 2002, ocorreram mais de 27.000 casos e 800 óbitos durante uma epidemia de influenza, causada pelo vírus A/Panamá/H3 N2 em Madagascar, na África (letalidade em torno de 3,0%). Há ainda o registro de transmissão direta do vírus da influenza de aves para humanos em Hong Kong (A/H5 N1), no ano de 1997, quando foram

acometidas 18 pessoas, com 6 óbitos (letalidade de 33%). Em março de 2003, foi identificado o vírus da influenza A/H7 N7 em aves, com casos secundários em humanos na Bélgica. Este último foi identificado também em secreções conjuntivais de alguns pacientes.

Os Laboratórios de Referência (FIOCRUZ/MS; IAL/SES SP e IEC/MS) identificaram em 2003 cepas do vírus A/H3 N2, A/H1 N1 e S/H1 N2 e cepas do vírus B em surto acontecido em Santa Catarina e no Rio Grande do Sul. Em uma avaliação pelo Instituto Evandro Chagas, verificou-se um padrão sazonal entre janeiro e



Campanha de vacinação do idoso
Balsa Nova - 2004

março do vírus influenza A/H1 N2; entre março e maio do vírus A/H3 N2 e do B a partir de maio, o que corresponde a 59% dos vírus isolados. O vírus sincicial respiratório foi detectado a partir de abril, com ocorrência de 27% e o adenovírus correspondendo a 14% de identificação.

Epidemiologia

Os vírus influenza são subdivididos nos tipos A, B, e C, de acordo com perfis antigênicos característicos. Apenas os dois primeiros tem importância epidemiológica. Há infecção e complicações por aproximadamente 140 internações/ano no período de 1995 a 2001, na faixa de 60 anos e mais.

Os vírus tem como característica a alta transmissibilidade, principalmente no que se refere à influenza A. A gravidade da doença é determinada conforme o grupo

de risco (idosos, crianças imunodeprimidos, cardiopatas, pneumopatas, etc.) e a rápida variação antigênica do vírus da influenza apresenta-se como zoonose entre aves selvagens e domésticas, suínos focas e eqüinos que, desse modo, constituem-se em reservatórios de vírus.

As taxas de urbanização, aglomeração e ainda o aumento da expectativa de vida da população contribuem para o potencial de infecções e suas complicações. A velocidade dos meios de transporte va

favorece o rápido deslocamento de pessoas e produtos econômicos comerciais entre diferentes lugares do mundo, compondo como um fato primordial no processo de transmissibilidade, proporcionando a fácil disseminação mundial a partir de uma nova cepa viral.

Há que se valorizar o alto custo social e econômico frente a surtos e epidemias devido ao aumento da demanda assistencial e óbitos pela doença.

Situação Atual

Em 1999 foi introduzida a vacinação anual no Brasil, contemplando a faixa etária de 60 anos e mais e ainda a população indígena. Em concomitância, foi implantada a vigilância deste agravo, com monitorização da circulação do vírus, visando a integração do Brasil à rede mundial de vigilância da Organização

Mundial da Saúde.

A rede de unidades sentinelas está implantada em 12 estados das 5 macro-regiões do Brasil, onde são colhidas amostras clínicas para diagnóstico laboratorial e monitoramento de casos clínicos ambulatoriais, além dos estudos sobre o impacto da vacinação e

mortalidade por influenza e causas atribuíveis.

Em Curitiba, atualmente, mantém-se 3 unidades sentinelas localizadas nas US Concórdia, US Cajuru e US Boa Vista, onde se processa a coleta de amostras de secreções (aspirado nasal) entre os sintomáticos de gripe (5 por semana em

cada US) e dados ambulatoriais por faixa etária de ocorrência de casos de síndrome gripal atendida. Profissionais de cada US e um do Laboratório Central do Estado - LACEN foram treinados para a coleta do material, incluindo a responsabilidade técnica do encaminhamento das amostras

aos laboratórios conforme a exigência de conservação e tempo.

Os Laboratórios definidos como referência para nosso estado são o LACEN e o Laboratório de Virologia da UFPR que identificam os casos através da Imunofluorescência Direta (Influenza A e B, VSR e Adenovírus).

Amostras dos vírus influenza A e B em cultivo celular são remetidos ao Laboratório de Referência Nacional para análise filogenética (hemaglutinina e neuraminidase) através da biologia molecular (método de reação em cadeia de polimerase PCR).

PLANO de CONTINGÊNCIA para enfrentamento da pandemia de influenza, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS

Utilizando modelos estatísticos baseados em estudos de epidemias, a OMS estima a ocorrência em um período de 2 anos, para países industrializados, de 57 a 132 milhões de consultas ambulatoriais, 1 a 2,3 milhões de hospitalizações e 280.000 a 650.000 óbitos. Supõem-se que este impacto seria bem maior nos países em desenvolvimento.

É neste contexto que a OMS conclama os países a desenhar um Plano de Contingência, considerando as seguintes fases (WHO, 1999), de alerta a um novo vírus, alerta pandêmico, pandemia iminente, fase pandêmica e finalização da epidemia através do:

- Estabelecimento de mecanismos de gestão e gerenciamento do Plano;
- Implementação da Vigilância Epidemiológica;
- Estratégias para utilização de drogas antivirais;
- Organização da Assistência aos casos mais graves e
- Informação, educação e comunicação em saúde.

Propostas e Encaminhamentos da Coordenação Nacional da Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória / COVER / MS

- Oficializar a articulação com o Ministério da Agricultura e Secretaria de Estado da Agricultura para notificar situações em que se detecte surtos de influenza na população residente próxima a criadouros de aves;
- Articular com a Secretaria de Estado da Agricultura para oficializar a notificação perante detecção de influenza aviária ou em outra espécie animal no Brasil;
- Garantir a sustentabilidade da Vigilância Epidemiológica;
- Definir indicadores e implementar a análise de dados secundários;
- Reforçar a coleta de dados clínicos baseado em dados clínicos ou CID (Código Internacional de Doenças);
- Avaliar o funcionamento da Unidade Sentinela e/ou remanejá-la, se necessário;
- Garantir a sustentabilidade da rede de laboratórios;
- Revisar o protocolo de técnica de coleta de amostra (swab nasal e aspirado de nasofaringe);
- Incentivar a notificação e investigação (com a assessoria direta do CENEPI) da ocorrência de surtos, independente da participação da rede sentinela;
- Definir grupos de risco prioritários para administração da vacina contra influenza em casos de pandemia;
- Expandir a rede sentinela para áreas de fronteiras, asilos e outros;
- Viabilizar a expansão da planta física do Laboratório para produção de vacinas no Brasil;
- Divulgar a vigilância da influenza, no site das Secretarias Estaduais de Saúde.

Proposta da Vigilância da Influenza no Paraná

No Estado do Paraná a proposta acima foi definida em reunião conjunta com a Coordenação Nacional de Vigilância da Gripe, Centro de Informações e Diagnóstico em Saúde - CIDS / SESA, Secretarias Municipais de Saúde,

Laboratório Central do Estado - LACEN, Laboratório de Virologia - UFPR, Centro de Saúde Ambiental e Secretaria de Estado da Agricultura. A Divisão de Doenças Imunopreveníveis vem monitorando e desenvolvendo a

investigação epidemiológica e laboratorial de influenza por ocasião de surtos em todas as regiões do Estado. O acompanhamento das atividades desenvolvidas nos Estado do Paraná encontra-se no site www.saude.pr.gov.br.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS - SINASC

Número de nascidos vivos, por Regional de Saúde de residência no Paraná - 2002
e número de nascidos vivos por mês no Paraná - 2003

Regional de Saúde	Total 2002	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
01. RS Paranaguá	4.725	370	350	399	417	455	418	439	399	346	380	326	352	4.651
02. RS Metropolitana	51.508	4.019	3.836	4.141	4.267	4.286	4.072	4.166	4.020	4.193	3887	3685	3.969	48.541
03. RS Ponta Grossa	10.428	858	757	851	824	880	828	827	854	805	803	805	780	9.872
04. RS Irati	2.802	210	211	228	209	215	220	254	234	223	242	193	192	2.631
05. RS Guarapuava	8.942	709	682	763	719	753	722	720	723	739	722	676	661	8.589
06. RS União da Vitória	3.218	256	246	235	252	247	255	261	242	251	239	232	219	2.935
07. RS Pato Branco	4.425	381	334	388	348	416	387	416	371	369	324	313	334	4.381
08. RS Francisco Beltrão	5.086	385	399	438	402	469	399	429	403	407	374	356	349	4.810
09. RS Foz do Iguaçu	7.508	566	561	657	677	624	620	561	589	557	494	495	522	6.923
10. RS Cascavel	7.631	608	594	657	617	662	631	651	614	593	571	593	602	7.393
11. RS Campo Mourão	5.192	411	434	456	406	438	434	435	420	406	427	359	346	4.972
12. RS Umuarama	3.729	266	289	338	307	334	252	299	280	312	284	245	244	3.450
13. RS Cianorte	1.803	146	155	148	159	152	162	142	154	157	146	150	138	1.809
14. RS Paranavaí	3.698	278	276	346	302	316	292	299	299	265	266	244	279	3.462
15. RS Maringá	9.093	689	732	876	838	741	724	731	674	771	686	635	710	8.807
16. RS Apucarana	4.793	379	402	468	394	458	368	379	391	404	354	325	384	4.706
17. RS Londrina	12.016	909	957	1.039	1.043	1.022	980	927	952	948	886	858	966	11.487
18. RS Cornélio Procopio	3.721	290	274	304	319	346	303	275	280	265	243	248	269	3.416
19. RS Jacarezinho	4.157	328	351	363	350	354	335	348	370	345	282	288	340	4.054
20. RS Toledo	4.909	368	407	430	450	408	390	441	386	388	363	319	370	4.720
21. RS Telêmaco Borba	2.989	259	237	225	277	246	239	257	234	243	245	204	228	2.894
22. RS Ivaiporã	2.438	185	177	210	208	183	200	179	166	202	178	179	170	2.237
RS Ignorado	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	164.812	12.870	12.661	13.960	13.785	14.005	13.231	13.436	13.055	13.189	12.396	11.728	12.424	156.740

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

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE - SIM

Número de óbitos geral e em menores de 1 ano
por Regional de Saúde de residência no Paraná - 2003
e de janeiro a março no Paraná - 2004

REG. SDE SAÚDE	2003		JAN		FEV		MAR		TOTAL	
	GERAL	<1ANO	GERAL	<1ANO	GERAL	<1ANO	GERAL	<1ANO	GERAL	<1ANO
01. RS Paranaguá	1.521	88	110	12	121	5	96	5	327	22
02. RS Metropolitana	16.474	751	1.186	41	1.046	40	1.051	19	3.329	100
03. RS Ponta Grossa	3.252	170	232	14	175	10	163	10	570	34
04. RS Irati	952	51	90	7	60	4	62	1	213	12
05. RS Guarapuava	2.618	184	207	15	126	9	183	20	516	44
06. RS União da Vitória	896	42	54	1	59	2	41	0	154	3
07. RS Pato Branco	1.322	102	100	10	103	6	84	6	287	22
08. RS Francisco Beltrão	1.617	82	140	11	136	8	118	6	394	25
09. RS Foz do Iguaçu	1.962	110	160	7	139	5	155	11	454	23
10. RS Cascavel	2.442	129	220	4	177	9	139	10	536	23
11. RS Campo Mourão	2.090	77	184	4	143	3	167	8	494	15
12. RS Umuarama	1.671	67	142	7	117	5	105	10	364	22
13. RS Cianorte	678	19	57	4	50	1	53	1	160	6
14. RS Paranavaí	1.474	37	112	2	95	2	114	6	321	10
15. RS Maringá	3.499	95	334	10	259	8	271	7	864	25
16. RS Apucarana	1.905	81	169	6	132	3	137	11	438	20
17. RS Londrina	4.676	147	365	13	371	9	293	5	1.030	27
18. RS Cornélio Procopio	1.676	56	136	4	119	5	95	2	350	11
19. RS Jacarezinho	1.960	79	116	6	123	6	110	5	349	17
20. RS Toledo	1.867	71	162	9	136	1	138	5	436	15
21. RS Telêmaco Borba	892	54	72	3	77	5	80	4	231	12
22. RS Ivaiporã	838	40	65	3	67	2	38	1	170	6
Total	56.339	2.533	4.419	194	3.836	148	3.697	153	12.002	495

FONTE: SIM - DVSI - CIDS - DVP - SESA - ISEP/PR

EPIDEMIOLOGIA DAS INTOXICAÇÕES NO ESTADO DO PARANÁ, NO PERÍODO DE 1998 A 2003

Uma reflexão sobre as tentativas de suicídio.

Introdução

A gravidade das intoxicações por substâncias tóxicas levou a Secretaria Estadual da Saúde do Paraná a implantar um sistema de vigilância epidemiológica deste agravo, criando uma Ficha específica para registro e acompanhamento destes casos sendo utilizada por todos os Hospitais e Clínicas do Estado desde a década de 1980.

Objetivo

O presente trabalho visa conhecer o perfil das intoxicações por diversos produtos, ocorridas no período de 1998 a 2003, com ênfase nas intoxicações com causa "tentativa de suicídio" no Estado do Paraná, tendo em vista que neste período totalizaram 33% das 13.813 notificações de intoxicações.

Metodologia

Foram utilizados como instrumento, Ficha de Ocorrência Toxicológica, Ficha de Investigação de Intoxicação por Agrotóxicos (SINAN), Roteiro de Investigação de Acidentes por Agrotóxicos adotados pelas 22 Regionais de Saúde e pelos 3 Centros

de Controle de Intoxicações/Envenenamentos (CCE de Curitiba, CCI de Londrina e CCI de Maringá) e Declarações de Óbitos. Os dados foram trabalhados no programa EPIINFO versão 6.04. Foram avaliados os casos de tentativas de suicídio, analisando as seguintes variáveis: sexo, idade, agente causador da intoxicação, ocupação, evolução do caso, faixa etária e agente causador dos casos que evoluíram a óbito.

Resultados

Quanto à causa das 13.813 intoxicações, verificou-se que 33% dos casos foram classificados como tentativas de suicídio, 31% como acidentais e 14% das intoxicações ocorreram no trabalho. Com relação à idade 62% ocorreram na faixa etária de 10 a 29 anos de idade. Houve predominância no sexo feminino com 64% das tentativas de suicídio, porém nas intoxicações que evoluíram a óbito, 68% acometeram o sexo masculino. Os produtos utilizados para tentativa de suicídio foram os medicamentos (47%), os agrotóxicos (7%) e pesticidas domésticos (18%), porém os agentes que mais

causaram os óbitos foram os agrotóxicos (70%), os medicamentos com 11% e 8% para os pesticidas domésticos. Segundo a ocupação 17% eram donas de casa que tentaram suicídio, 14% foram estudantes e 11% eram agricultores. Entretanto, nos casos que evoluíram a óbito tivemos 39% de agricultores, 15% das donas de casa e 3,4% de estudantes. Com relação à evolução, 82% dos casos tiveram cura e 11% evoluíram a óbito.

Conclusões

Os dados avaliados apontam a necessidade de aprofundar os estudos das intoxicações nas tentativas de suicídio e revelam o fácil acesso da população em geral (dona de casa, estudantes) aos agrotóxicos, pesticidas domésticos e demais produtos responsáveis pelas intoxicações. Dessa forma evidencia-se a necessidade de medidas mais restritivas na venda e uso desses produtos. Também é preciso criar estratégias no sentido de oferecer aos pacientes acometidos por esses agravos uma assistência integral, contemplando a área de saúde mental.

AVALIAÇÃO DO SURTO DE MENINGITE AGUDA LINFOCITÁRIA

No Município de Cianorte - PR, em 2002.

Introdução

A meningite linfocitária também é denominada meningite asséptica, serosa, viral ou abacteriana. Caracteriza-se por início súbito, com manifestação febril e sinais e sintomas de comprometimento meníngeo.

Envolve múltiplas etiologias, mais comumente viral, e raramente é fatal. O líquido normalmente tem um aspecto límpido, com achado linfocitário, presença de proteína e com glicose normal.

A doença ativa raramente excede 10 dias, podendo ocorrer manifestações encefálicas e paresia transitória; a paralisia é rara, com recuperação geralmente completa. Alguns tipos de vírus causam erupção cutânea, vesicular e petequeal.

Sintomas gastrointestinais e/ou respiratórios podem estar associados à infecção por enterovírus. Os enterovírus frequentemente envolvidos nos surtos são os vírus Echo e Coxsackie.

Várias doenças causadas por agentes não virais podem simular a meningite asséptica, tais como meningite tuberculosa, criptocócica, por outros fungos, por sífilis, meningites piogênicas inadequadamente tratadas, e ainda reação pós infecciosa e pós vacinais por sarampo, caxumba e varicela.

Atualmente, os serviços de diagnóstico laboratorial vêm gradualmente sendo incrementados na pesquisa de agentes inclusive não bacterianos, pelos serviços de virologia, imunologia e de biologia molecular. Os dados do

Estado, a partir da série histórica de 1989, mostram que perto de 45% das meningites são linfocitárias. Até a implantação da vacina tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) na rotina, e da dupla viral (sarampo e rubéola), em 1996, e devido à ausência da circulação do vírus do sarampo dada a vacinação efetiva desde o final da década de 1970, responsabilizava-se esses agentes por grande parte de ocorrência de meningites, principalmente pela caxumba. Entre as doenças imunopreveníveis, atualmente, restam as complicações causadas pelo vírus da varicela. Acredita-se que a maior parte dos óbitos nesse grupo de meningite esteja relacionado às complicações causadas pelos herpes vírus.

Com o incremento de casos que ocorreu em Cianorte, foi viabilizada uma vigilância com pesquisa de agentes virais. Os materiais de eleição foram líquido e fezes, particularmente orientadas para possibilitar o isolamento viral através do método de cultivo celular. O sucesso do resultado está diretamente relacionado à coleta e qualidade de conservação.

O Laboratório Central do Estado LACEN não está com a técnica implantada no momento (cultivo celular e biologia molecular) face à limitação da infra-estrutura física e insuficiência de recursos humanos no quadro, ainda que profissionais que atuam na virologia e na biologia molecular estejam aptos a realizar tais exames.

Foram coletadas amostras de 10 pacientes, sendo 3 de líquido e 9 de fezes, que foram encaminhadas ao Laboratório de Referência Nacional para Enterovirose da Fundação Oswaldo Cruz FIOCRUZ/RJ. Este Laboratório é referência para análise de poliovírus. As amostras foram submetidas aos testes de rotina para isolamento de poliovírus, bem como identificação de outro vírus. Das amostras, em 5 houve positividade, com isolamento de vírus não pólio. Através de técnicas de biologia molecular e sequenciamento foi identificado o vírus Coxsackie B2 em uma amostra, Echo 9 em 3 das amostras e 1 indeterminado até o momento.

A doença em nosso meio ocorre durante todo ano e ocasionalmente sob forma epidêmica, conforme as



Histórico do Surto

No município de Cianorte ocorrem em média 10 casos anuais de meningites assépticas (CI de 1,7/100.000 hab.)

O período atípico começou no ano de 2002, com distribuição de casos durante todo o ano.

Os meses com maior ocorrência de casos foram janeiro (5), agosto (8), novembro (8) e dezembro (5). A média de ocorrência nos demais meses foi de 2 casos, totalizando 38 no ano (CI de 6,3/100.000 hab.).

Em todo o mundo, não é rotina pesquisar laboratorialmente (isolamento viral) casos individuais, dada a complexidade e a imensa gama

experiências de investigações em Londrina, Cascavel, Ponta Grossa e Paranaguá, com confirmação dos vírus Cocksackie e Echo como responsáveis pelos surtos. A sua incidência real é desconhecida e está relacionada a tipos específicos, variando com a localização geográfica e a época.

Meningites por enterovírus ocorrem normalmente no fim do verão e início de outono, acometendo principalmente crianças em idade escolar, onde a síndrome é mais freqüente.

Neste surto, a evolução clínica foi satisfatória em 100% dos casos, com nenhum deles apresentando complicações graves. No período em

que apareciam os casos na cidade e municípios vizinhos, verificou-se grande preocupação em uma escola de ensino infantil e fundamental, uma vez que, sendo a de maior porte na cidade, também concentrou o maior número de casos na sua população escolar. Os casos ocorreram somente nas crianças do ensino infantil, indicando que provavelmente os estudantes de idade mais avançada já tivessem tido contato com os vírus em outro momento, durante a fase da primeira infância.

Foram feitas reuniões para informar os dirigentes da escola, pais e familiares, recomendando a aplicação de precauções entéricas com orientação

de higienização das mãos após utilizar os sanitários, lavagem das mãos ao preparar ou consumir alimentos principalmente os de consumo cru, desinfecção dos utensílios e objetos contaminados pelas secreções e excreções do paciente.

Em 2003, até o mês de agosto ocorreram mais 15 casos de meningites assépticos em Cianorte.

A investigação foi realizada pela Vigilância Epidemiológica do CIDS, 13ª Regional de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Cianorte, Lacen Paraná e Fundação Osvaldo Cruz FIOCRUZ/RS.

Nilce Haida

Divisão de Doenças Imunopreveníveis / DVDI - CIDS
Revisão: Dr. Afonso Diniz de Costa Passos

OS PERIGOS DA HANTAVIROSE

Em janeiro de 2004, a Secretaria de Estado da Saúde repassou para as 22 Regionais de Saúde a orientação para intensificarem as ações de prevenção da hantavirose, doença transmitida pela urina dos roedores silvestres e que já contaminou 99 pessoas desde que foi descoberta na Paraná, em 1998. Em 2004 um caso já foi confirmado. Um dos principais transmissores é o "rato do arroz", que habita regiões do interior, como milharais e plantação de pinos, áreas de maior incidência da doença. O processo de infecção ocorre quando o rato urina em locais onde o homem também passa. A urina seca e, durante o trabalho em paióis ou barracas de acampamento dos lenhadores, sobe o pó que pelo canal nasal se aloja nos pulmões, contaminando o indivíduo. A principal causa da contaminação são as instalações precárias de trabalho e de repouso. "As barracas e paióis devem sempre ficar um metro acima do solo, isso evita que o rato entre e assim a doença é

facilmente evitada" disse, na ocasião, o chefe da Divisão de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), Natal Jataí de Camargo. Outra ação é evitar manter alimentos e lixo em locais abertos, para



Roedor Silvestre

não atrair os roedores. Para este ano a Secretaria irá intensificar a fiscalização dessas construções, com o apoio do Instituto Ambiental do Paraná (IAP) e também do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). O objetivo é assegurar que a norma de manter as casas pelo menos 1 metro acima do chão seja

cumprida. A Secretaria também ministra cursos nas regiões de risco, que detém plantação de pinos, como na 4ª Regional da Saúde (Irati), 5ª (Guarapuava) e 6ª (União da Vitória). Além disso, houve cursos de reciclagem e atualização dos médicos e enfermeiros de 10 regionais e distribuição de material educativo em todo o Estado. Os principais sintomas da hantavirose se assemelham aos da gripe, como dor de cabeça, febre, dores pelo corpo, desconforto, tosse seca e falta de ar. A maior exposição à doença ocorre em agricultores, pescadores, trabalhadores de áreas de reflorestamento, pessoas que vivem ou trabalham no campo e quem varre locais fechados, como galpões, paióis, armazéns, entre outros. A hantavirose causa, rapidamente, um deslocamento de água para os pulmões, o que leva à falta de ar e pode matar em poucos dias ou até mesmo horas. Por isso, nos primeiros sintomas, deve-se procurar um serviço de saúde rapidamente.

A SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA SEVERA - SARS

E AS AÇÕES PARA SEU CONTROLE NO PARANÁ

Representantes da OMS (Organização Mundial da Saúde) em relatório sobre a doença afirmaram que a SARS foi apenas uma das cerca de 50 epidemias internacionais importantes que se enfrentam todos os anos.

Foi um vírus do século XXI, com a importante diferença em relação as pestes do passado, de que agora os cientistas tinham novas tecnologias para combatê-la. Porém o vírus foi derrotado com ferramentas bem antigas: HIGIENE E QUARENTENA.

A SARS provavelmente foi transmitida por um vírus de um tipo de gato apreciado como comida no sul da China, região de onde surgiram todas as grandes epidemias de gripe que se conhecem.

ASARS provou que hoje em dia é muito fácil para um microorganismo pegar um avião e aparecer em um outro lugar do mundo. No mundo foram cerca de 8 mil casos e 812 mortes, a maior parte na Ásia.

Desde o alerta dado no dia 12 de março de 2003, pela OMS sobre a ocorrência de uma pneumonia atípica que teve início em algumas províncias da China e se propagou a outros países, a Secretaria de Saúde do Estado desenvolveu ações para coibir a entrada e conseqüente disseminação da doença em nosso Estado, em consonância com o Ministério da Saúde.

As ações para a contenção de doenças nas fronteiras, portos e aeroportos cabem à Coordenação de Portos, Aeroportos e Fronteiras do Paraná CVPF/ANVISA que vêm, junto com a SESA, desenvolvendo medidas para contenção da Síndrome Respiratória Aguda Grave SRAG, desde o alerta mundial. No que se refere às ações de prevenção nos portos, o tempo médio estimado para chegada a portos

brasileiros de qualquer embarcação procedente de países com a ocorrência de Síndrome Respiratória Aguda Grave SRAG, como o Canadá e China (Beijing e Taiwan), é de 6 dias para embarcações vindas do Canadá até Fortaleza e 15 dias até o Rio de Janeiro; e para as embarcações vindas da China, o tempo médio é 25 dias até Fortaleza e 20 a 25 dias até o Rio de Janeiro. O tempo gasto por embarcações oriundas de outros países até o Rio de Janeiro é de no mínimo 10 dias (Itália) e no máximo de 35 dias (Tailândia).

Os Hospitais de Referência foram escolhidos obedecendo o risco epidemiológico de cada região do Estado.

Hospital de Clínicas (Curitiba) 1ª (Paranaguá), 2ª (Metropolitana de Curitiba), 3ª (Ponta Grossa), 4ª (Irati), 5ª (Guarapuava), 6ª (União da Vitória) Regionais de Saúde;

Hospital Universitário de Londrina (Londrina) 11ª (Campo Mourão), 12ª (Umuarama), 13ª (Cianorte), 14ª (Paranavaí), 15ª (Maringá), 16ª (Apucarana), 17ª (Londrina), 18ª (Cornélio Procópio), 19ª (Jacarezinho), 21ª (Telêmaco Borba) e 22ª (Ivaiporã) Regionais de Saúde;

Hospital Ministro Costa Cavalcanti (Foz do Iguaçu) 7ª (Pato Branco), 8ª (Francisco Beltrão), 9ª (Foz do Iguaçu), 10ª (Cascavel) e 20ª (Toledo) Regionais de Saúde.

Telefones para receber a notificação de um caso suspeito no horário comercial ((41) 330 4559, 330 4560, 330 4561, e fone / fax 333 3836) e para noites, finais de semana e feriados ((41) 9979 0905, com Mirian e 9961 5633, com Márcia).

Fonte: Divisão de Doenças Imunopreveníveis e Divisão de Sistemas e Informação em Saúde / CIDS

EPI-NOTAS

Doenças de animais atingem cada vez mais o homem, alerta a ONU

GENEBRA (Reuters) - Doenças que afetam os animais estão atingindo cada vez mais os seres humanos, mas até o momento os cientistas não podem prever como e quando vão se manifestar, diz um especialista da Organização das Nações Unidas (ONU). As zoonoses, doenças que são transmitidas dos animais para o homem, incluem a gripe do frango, o vírus Ebola e a febre do Nilo. Um dos vírus mais letais do mundo, o HIV, também foi inicialmente transmitido ao ser humano por animais.

"As doenças zoonóticas estão se tornando um grave problema tanto regional como globalmente", disse François Meslin, coordenador para o

controle de zoonoses da Organização Mundial da Saúde (OMS).

"Mas por enquanto não podemos dizer nem quando nem sob que circunstâncias elas vão ocorrer", disse ele à imprensa, depois de uma conferência de três dias sobre o tema.

Meslin integra uma equipe formada um ano atrás pela OMS, pela Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO) e pela Agenda Internacional de Epizootia.

As zoonoses são geralmente transmitidas pelo comércio de animais provenientes de regiões tropicais e subtropicais, mas bens e produtos também servem de hospedeiros.

Segundo Meslin, os principais fatores

que provocam as zoonoses são a degradação ambiental nos países em desenvolvimento e a migração das populações rurais para os grandes centros urbanos.

As regiões tropicais, porém, não são as únicas responsáveis pelo fenômeno, como mostra a recente epidemia de SARS (síndrome respiratória aguda grave), que matou 800 pessoas no mundo todo, e a doença da vaca louca, que teria começado na Europa.

Para Meslin, os governos têm de lançar campanhas públicas alertando para o risco dessas doenças, além de manter sobre controle estrito o comércio nacional e internacional de animais.

(Por Robert Evans)

Segurança no trânsito foi tema do Dia Mundial da Saúde: 7/04/2004

A segurança no trânsito foi o tema deste ano do Dia Mundial da Saúde. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência no trânsito mata anualmente cerca de 1,2 milhão de pessoas em todo o mundo, o que resulta em alto custo para os sistemas de saúde, além dos danos psicológicos aos familiares e amigos e conseqüências econômicas para os países. No Brasil, os acidentes de trânsito provocaram, em 2002, a morte de mais de 32 mil pessoas, de acordo com dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde.

O governo brasileiro marcou as comemorações do Dia Mundial da Saúde com extensa programação em Brasília. Parte da programação contou com as presenças dos ministros da Saúde, Humberto Costa, e das Cidades, Olívio Dutra, do secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa,



e do diretor do Denatran, Ailton Pires, entre outras autoridades.

No Paraná foram gastos R\$ 2,58 milhões de dinheiro do SUS em 2003 para atender as vítimas de acidentes de trânsito. Este valor poderia custear:

- 1032 válvulas cardíacas ou
- 234 transplantes de rim, ou
- 57 transplantes de fígado

A definição pela OMS do tema segurança no trânsito teve por objetivo gerar o debate em torno dos impactos e custos sociais causados pelas seqüelas e mortes provocadas por acidentes nas ruas e estradas. De acordo com a OMS, somente um esforço coordenado dos governos e instâncias associadas para melhorar a segurança viária poderá alterar significativamente a situação.