



## Editorial

O ano de 2009 foi contemplado com mais um sério problema de saúde pública que atingiu continentes, provocou mudanças de comportamento, congestionou os serviços públicos e privados de saúde, suscitou insegurança na sociedade e que por fim, ainda continua presente em nosso meio: o novo vírus pandêmico Influenza A (H1N1)2009. Nesta edição do Boletim Epidemiológico, apresentamos informações sobre os casos de Influenza A notificados à Divisão de Vigilância Epidemiológica de Cascavel e sobre outras doenças de notificação compulsória. Neste ano, pode-se observar a redução dos casos de algumas delas, como conjuntivite e diarreia, controláveis pelas medidas de higiene que foram adotadas devido à pandemia de Influenza A (H1N1).

Entretanto, algumas doenças persistem vitimando a população, como a tuberculose, cuja taxa de cura está abaixo da preconizada pelo Ministério da Saúde, no município de Cascavel.

Ressaltamos também a mortalidade infantil, suas causas e intervenções necessárias para redução deste importante indicador do nível de saúde de uma população. Entre as intervenções está a imunização em menores de um ano, destaque neste boletim.

Esperamos que estas informações sirvam de alerta aos profissionais de saúde e que possamos refletir sobre a importância do trabalho em equipe para que as medidas coletivas e individuais de prevenção e controle obtenham sucesso na saúde pública.



**Prefeitura de  
Cascavel**  
Secretaria de Saúde  
Responsabilidade e Trabalho

Secretaria Municipal de Saúde - Ano XIX - nº13 - 2009 - Cascavel - Paraná

# Boletim Epidemiológico

Segundo o PNI/MS (Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde), o Brasil é reconhecido nacional e internacionalmente pelo grande êxito na erradicação e controle das doenças preveníveis por vacinação, sendo as Campanhas Nacionais exemplos mundiais destas ações.

As Coberturas Vacinais tem sido estimadas a partir dos dados registrados e enviados mensalmente pelas Unidades Básicas de Saúde e Programas de Saúde da Família do município, para o setor de Imunização da Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde que por sua vez, encaminha para a Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde.

É importante salientar que a homogeneidade vacinal, com elevados índices de cobertura, maiores de 95%, é de extrema importância para garantir uma adequada proteção individual e coletiva.

A última vacina introduzida no Calendário Básico para menores de um ano, foi a vacina contra rotavírus, visando a redução de casos graves de diarreia por este vírus. Para o próximo ano, o Programa Nacional de Imunização se prepara para introduzir

em seu calendário mais duas vacinas, a Pneumocócica 10-Valente e a Meningocócica tipo C.

Em Cascavel, por meio da série histórica da Cobertura Vacinal Básica em menores de 01 ano de idade, descrita na tabela abaixo, observa-se que nos últimos três anos, as metas não foram atingidas para as vacinas contra hepatite B, contra rotavírus e contra febre amarela (gráfico), ficando abaixo de 95%.

Em relação à vacina contra hepatite B, para as faixas etárias preconizadas (até 19 anos completos), alcançou-se a menor meta entre os adolescentes de 15 a 19 anos, indicando a necessidade de priorizar ações voltadas para este público altamente vulnerável nesta fase da vida, com iniciação da vida sexual e, conseqüentemente, exposto às doenças sexualmente transmissíveis.

O sucesso no controle das doenças imunopreveníveis deve ser obtido, diariamente, com as ações desenvolvidas pelas unidades básicas de saúde e programas de saúde da família, entre elas, busca ativa de não vacinados e de faltosos, registro adequado de doses aplicadas e ações educativas sobre imunização para a comunidade.

O sucesso no controle das doenças imunopreveníveis deve ser obtido, diariamente, com as ações desenvolvidas nas unidades básicas de saúde e programas de saúde da família.

## SÉRIE HISTÓRICA DA COBERTURA VACINAL, SEGUNDO TIPO E POPULAÇÃO VACINADA, EM MENORES DE 01 ANO, NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL, NO PERÍODO DE 1992 A 2009

	POP. ALVO		SABIN		B.C.G.		TRÍPLICE BAC (6)		SARAMPO(5)		HEPATITE B (1) (2)		HAEM. INFLUENZAE(3)		TETRAVALENTE(4)		ROTAVÍRUS(7)		FEBRE AMARELA(8)	
	Pop. Vac.	%	Pop. Vac.	%	Pop. Vac.	%	Pop. Vac.	%	Pop. Vac.	%	Pop. Vac.	%	Pop. Vac.	%	Pop. Vac.	%	Pop. Vac.	%	Pop. Vac.	%
1992	4801	5407	112,6%	5413	112,8%	5405	112,6%	6323	131,7%											
1993	4801	5458	113,7%	5458	113,7%	5516	114,8%	5673	118,1%											
1994	4524	5418	119,7%	5794	128,0%	5437	120,4%	5890	130,1%											
1995	4966	5218	105,0%	5930	119,4%	5241	101,0%	5452	109,7%	*2526	50,84%									
1996	4981	5306	106,5%	5519	112,2%	5349	107,3%	5248	105,3%	5848	118,4%									
1997	5253	4756	90,5%	5329	101,4%	4756	90,5%	5291	100,7%	**2296	43,7%									
1998	4772	4889	102,45%	4798	100,54%	4762	99,79%	5900	123,64%	2933	61,46%									
1999	4887	4777	97,75%	4819	98,61%	4729	96,77%	5140	105,18%	5932	121,38%									
2000	5003	5014	100,22%	4623	92,40%	4834	96,62%	4951	98,96%	4390	87,75%	5320	106,34%							
2001	5120	4223	82,48%	4157	81,19%	4115	80,37%	4230	82,61%	4131	80,68%	4054	79,17%							
2002	4.752	4.206	88,51%	4.664	98,15%	1.989	41,86%	3.686	77,57%	3.785	78,85%	1.955	41,14%	1.958	41,20%					
2003	4847	3.641	75,11%	3.953	81,55%					3.500	72,20%			3.727	76,89%					
2004	4.146	3.758	90,64%	4.050	97,69%					3.741	90,23%			3.913	94,38%					
2005	4.077	3.940	96,64%	4.660	114,29%					3.745	91,85%			3.952	96,93%					
2006	4.033	4.429	109,81%	5.043	125,04%					4.385	108,72%			4.561	113,09%	1936	48,00%	2.169	53,78%	
2007	4.311	3.966	91,99%	4.851	112,52%					4.071	94,43%			4.081	94,66%	3083	71,51%	4008	92,97%	
2008	4.134	3.980	96,27%	5.224	126,36%					3.893	94,17%			4.056	98,11%	3468	83,88%	3.775	91,31%	
2009	4.170	4.033	96,71%	5.241	125,68%					3.910	93,76%			4.145	99,40%	3.428	82,20%	3.814	91,46%	

Fonte: Setor de Imunização/PNI-Programa Nacional de Imunização/MS-DVS-Divisão de Vigilância Epidemiológica - SESAU

Nota: (1) A vacina hepatite B foi implantada em Abril de 1995  
 (2) A vacina hepatite B, no ano de 1997, faltou durante 08 meses  
 (3) A vacina Haemophilus influenzae b, foi implantada no mês de agosto/99  
 (4) Vacina tetravalente implantada na rotina em maio de 2002  
 (5) A vacina anti-sarampo, foi excluída do calendário básico de vacinação em dezembro de 2002  
 (6) Vacina triplíce bacteriana aplicada a partir de 1 ano de idade, desde o ano de 2002  
 (7) Vacina rotavírus implantada na rotina em 06 de março de 2006.  
 (8) Vacina febre amarela em menor de 01 ano à partir de 06 de 2006

Para avaliar as condições de saúde de uma população são utilizados indicadores de saúde. Entre os mais importantes pode se citar o coeficiente da mortalidade infantil, que mensura quantas crianças menores de um ano, dentre as que nasceram vivas, morreram em determinado tempo, período e local, permitindo comparar a qualidade de vida de uma região com outra e da mesma região em tempos diferentes.

Segundo dados de 2008 da UNICEF, o coeficiente de mortalidade infantil no Brasil, de 19,3/1000 nascidos vivos, é semelhante a dos países desenvolvidos no final da década de 60, e cerca de três vezes maior do que a de países como o Japão, Canadá, Cuba, Chile e Costa Rica, que apresentam taxas entre 3 e 10/1000 nascidos vivos.

Em Cascavel, no ano de 2009, este coeficiente foi de 13,37/1000 nascidos vivos. Embora esteja dentro do nível esperado pela Organização Mundial da Saúde para países em desenvolvimento, o ideal é que esta taxa diminua para valores ainda menores como é o caso dos países desenvolvidos.

As principais causas de morte de menores de um ano podem ser divididas em três grupos:

**A – Crianças que morrem até 28 dias de vida**  
 As principais causas de óbito nesta faixa etária são as relacionadas ao parto prematuro (de mães com infecção do trato urinário, hipertensas), baixo peso ao nascer (filhos de mães fumantes, alcoolistas ou que tiveram problemas de saúde na gestação), crianças

com má formação congênita, crianças de mães portadoras de doenças infecciosas como sífilis, AIDS, toxoplasmose, etc.

**B – Crianças que morrem entre 28 dias e 1 ano de vida**

Crianças que sobreviveram aos primeiros 27 dias de vida e morreram em consequência de doenças anteriores ou de doenças adquiridas nessa faixa etária como pneumonia, diarreia, desnutrição e outras.

**C – Causas mal definidas, violência e acidentes**

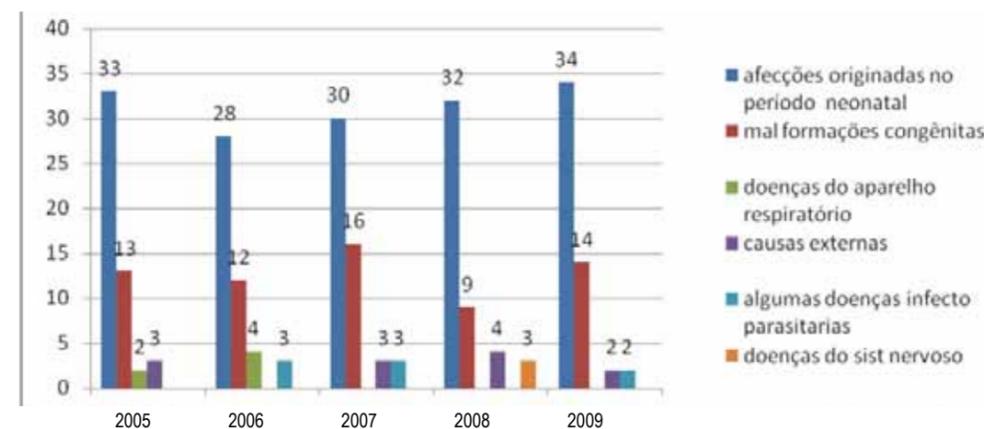
Atualmente, muitas crianças morrem em decorrência de maus tratos, acidentes domésticos e de trânsito, além de outras violências.

Após a década de 90, como resultado de uma maior atenção à saúde da mãe e da criança, a mortalidade vem caindo como um todo no Brasil, principalmente a de crianças de 28 dias a 1 ano, cujas causas principais são passíveis de redução desde que sejam adotadas medidas de atenção básica de saúde (saneamento, estímulo ao aleitamento materno, vacinação, etc.) e de melhoria das condições socioeconômicas da população.

Em Cascavel, as principais causas são as chamadas afecções perinatais (aquelas que ocorrem nas crianças de até 28 dias de vida). Portanto, atenção à gravidez e ao parto, aleitamento materno exclusivo e identificação do recém-nascido de risco são fatores primordiais na luta contra a mortalidade.

Na luta contra a mortalidade infantil, o papel das comunidades, das famílias, dos profissionais de saúde, da educação, da assistência social e especialmente das mães, é fundamental.

## SÉRIE HISTÓRICA DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO INFANTIL DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL-PR, 2005 A 2009.



Fonte: SMS/DVS/DVE - SIM

Expediente

Município de Cascavel  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Av. Brasil, 7482 - Centro  
 85810 000 - Cascavel -PR

**Prefeito**  
 Edgar Bueno  
**Secretário de Saúde**  
 Ildemar Marino Canto  
**Diretora de Atenção a Saúde**  
 Mara Lucia Renostro Zachii  
**Diretora Administrativa**  
 Sheila Marcia Eller  
**Diretora de Vigilância em Saúde**  
 Maria Vilma S. Aguirre  
**Gerente de Divisão de Vigilância Epidemiológica**  
 Beatriz Tambosi

**Elaboração**  
 Amélia Aoki Akutsu  
 Clevenice Felício Schaeffer  
 Elisabete Nagi  
 Helenara Osório Cavalli  
 Maria Cristina Bonatto  
 Maria Fernanda A. P. L. Ferreira  
 Patricia de Aguiar Dias  
 Simone Villas Bôas Estrela

**Organização**  
 Maria Fernanda A.P.L. Ferreira

**Vigilância Epidemiológica**  
 45 3321 2156/2157  
 vip@cascavel.pr.gov.br  
 sinan@cascavel.pr.gov.br

Há alguns anos as instituições mundiais de saúde se preparavam para enfrentar uma nova pandemia de Influenza. Todas as atenções se voltavam para o Continente Asiático, onde o vírus aviário H5N1 fazia vítimas fatais.

Em 2009, o mundo realmente se deparou com este grave problema de saúde, entretanto, em uma região completamente oposta à esperada, causando imensos transtornos em quase todos os continentes. O surgimento deste novo vírus, consequente a uma mutação do vírus Influenza A, ocorrida em suínos, aconteceu no México e foi revelada ao mundo no dia 24 de abril de 2009, pela Organização Mundial de Saúde.

A partir deste momento, ações de prevenção e controle foram desencadeadas em todos os países. Em Cascavel, iniciou-se processo de capacitação para profissionais de saúde tanto de instituições públicas quanto privadas, além da elaboração do Protocolo Municipal de Prevenção e Controle de Influenza A (H1N1), definição de um Centro de Referência para assistência e coleta de amostra dos casos suspeitos, implantação de fluxogramas de atendimento, de monitoramento de casos e de comunicantes, de encaminhamento dos casos graves para internação hospitalar e de dispensação do medicamento Fosfato de Oseltamivir pela Farmácia Básica I, além de ações educativas e preventivas com a população.

Inicialmente, como não havia comprovação de transmissão sustentada do vírus em território nacional, para a definição do caso como suspeito era necessário história de viagem para países onde a transmissão estava ocorrendo. Esta situação se modificou após a segunda quinzena de

julho, com a constatação de casos autóctones, no Brasil.

O primeiro caso suspeito notificado à Divisão de Vigilância Epidemiológica, em Cascavel, foi em 30/04/2009. Tratava-se de um adulto jovem, do sexo masculino e que havia retornado do México, onde estava a trabalhar. Este caso foi descartado laboratorialmente.

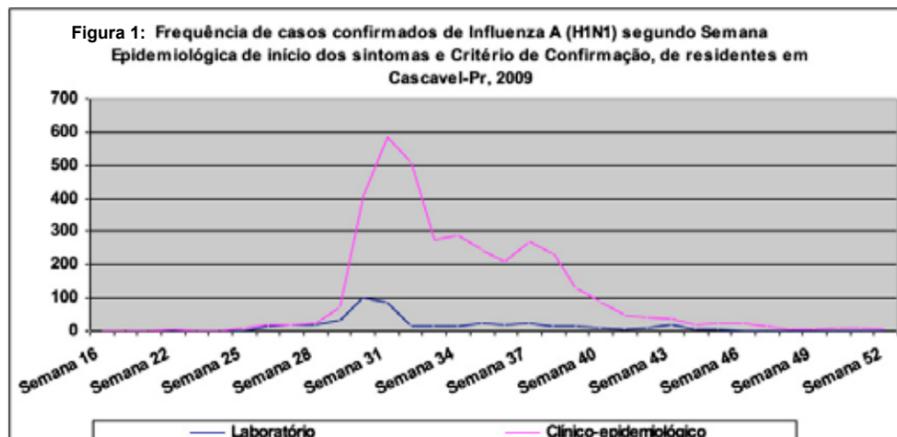
A partir da semana epidemiológica 25 (21 a 27/06/2009), houve um aumento do número de casos suspeitos, atingindo o ápice na semana 31 (02 a 08/08/09). No período de abril a dezembro de 2009 foram notificados 5.087 casos suspeitos à Divisão de Vigilância Epidemiológica, sendo que 4.080 foram confirmados, conforme

Em 2009, o mundo realmente se deparou com este grave problema de saúde, entretanto, em uma região completamente oposta à esperada, causando imensos transtornos em quase todos os continentes.

Figura 1, distribuídos por semana epidemiológica de início de sintomas. Destes, houve comprovação laboratorial em 464 (11,37%) e 3.616 (88,63%) foram considerados positivos por critério clínico-epidemiológico (figura 2), resultando em um coeficiente de incidência de 1.377,25 casos para cada 100 mil habitantes. Em relação à faixa etária, observou-se que os adultos jovens entre 20 a 29 anos foram os mais acometidos, atingindo 25,22% dos casos confirmados (figura 3). Das gestantes, 72% estavam no segundo e terceiro trimestre da gravidez (figura 4) na época do diagnóstico e uma delas, com diagnóstico por critério clínico-epidemiológico, evoluiu para óbito. Elas representaram aproximadamente 3, 5% do total de casos confirmados.

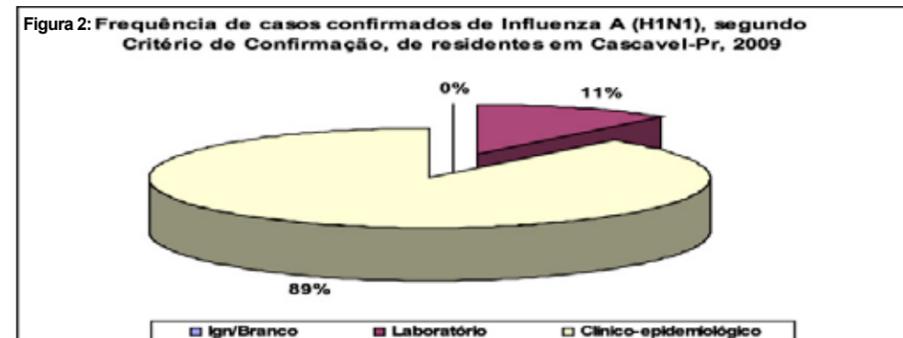
Entre os meses de julho e outubro ocorreram 25 óbitos por Influenza A(H1N1), sendo que a maioria deles, nos meses de julho e agosto (figura 5).

Entre os meses de julho e outubro ocorreram 25 óbitos por Influenza A(H1N1), sendo que a maioria deles, nos meses de julho e agosto (figura 5).

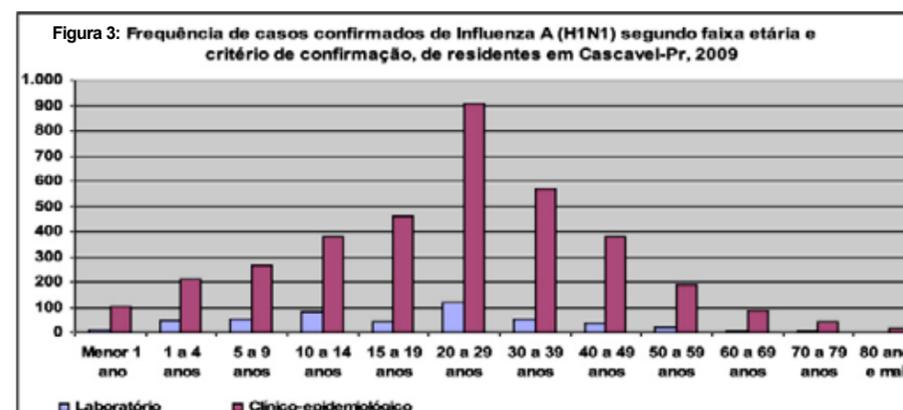


Fonte: SMS/DVS/DVE - SINAN NET

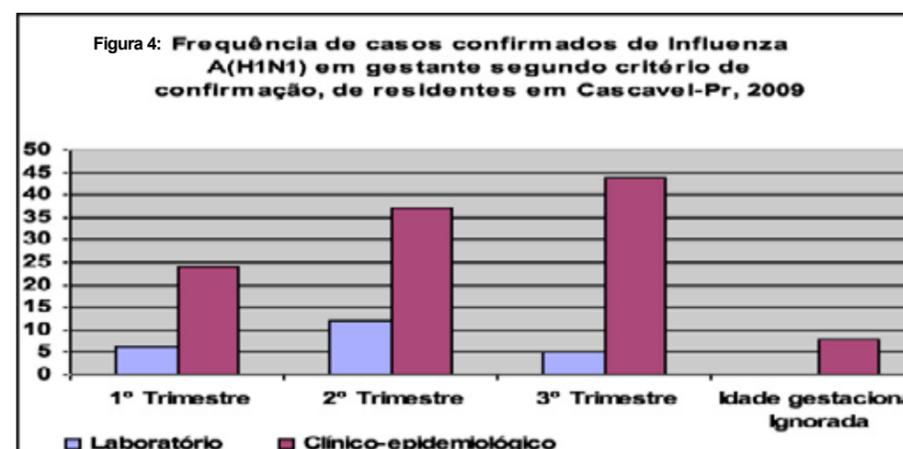
Todos os dados obtidos pela Divisão de Vigilância Epidemiológica sobre esta primeira onda da pandemia de Influenza A (H1N1) no município de Cascavel, no ano de 2009 são preliminares, uma vez que as revisões ainda estão acontecendo tanto em nível estadual quanto federal.



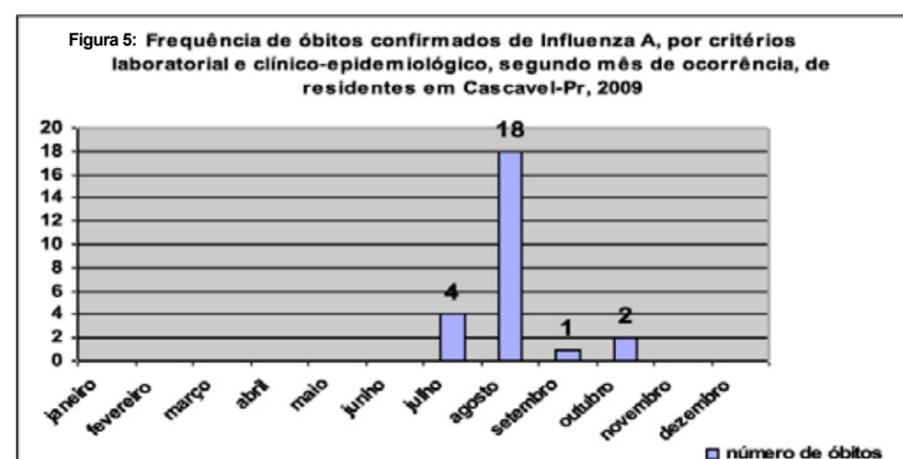
Fonte: SMS/DVS/DVE - SINAN NET



Fonte: SMS/DVS/DVE - SINAN NET



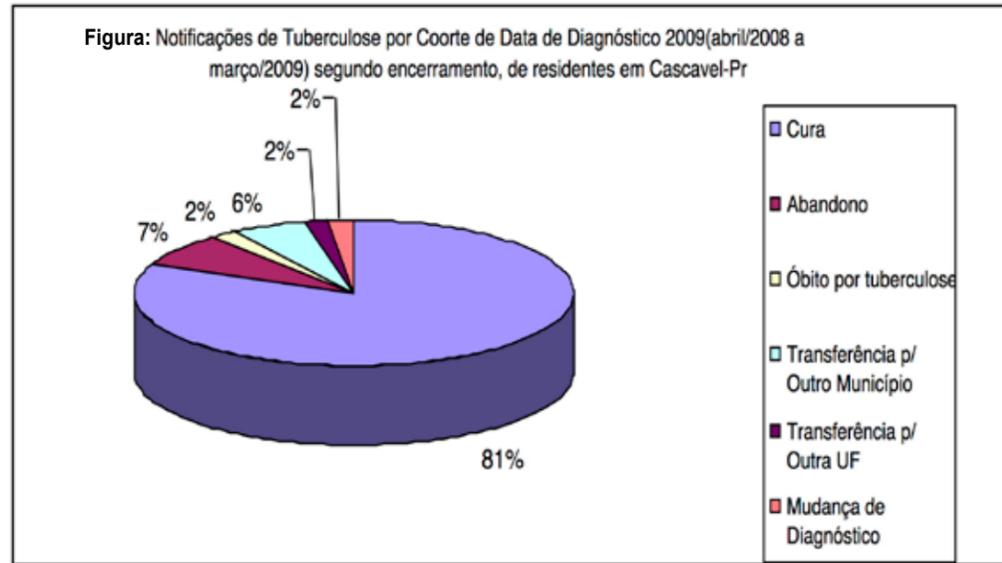
Fonte: SMS/DVS/DVE - SINAN NET



Fonte: SMS/DVS/DVE - SINAN NET

A Tuberculose continua sendo um grave problema de Saúde Pública, atinge as pessoas, principalmente na idade mais produtiva e vincula-se às baixas condições socioeconômicas, ao uso de álcool e drogas. Desde a década de 80, destaca-se como importante co-infecção em pacientes com AIDS. Aliado a estes problemas, muitos pacientes deixam de usar a medicação de modo adequado, podendo levar ao abandono de tratamento ou ao surgimento de casos de multirresistência à quimioterapia. O Ministério da Saúde preconiza meta de, no

mínimo, 85% de cura dos casos bacilíferos e que o abandono de tratamento seja reduzido a menos de 5% deles. As ações de prevenção e controle desenvolvidas pelos profissionais de saúde são fundamentais para que se obtenha sucesso nestas metas. Em Cascavel, na coorte de 2008 (abril/2008 a março /2009), observa-se na figura e tabela abaixo, que 81,49% dos casos bacilíferos foram curados e que 7,41% abandonaram o tratamento, demonstrando o não cumprimento da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde.



Fonte: SMS/DVS/DVE/SINAN NET

**TABELA: CASOS NOVOS BACILÍFEROS POSITIVOS DE TUBERCULOSE, NA COORTE DE DATA DE DIAGNÓSTICO 2009 (ABRIL/2008 A MARÇO/2009) SEGUNDO SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO, DE RESIDENTES EM CASCAVEL - PR**

Situação de encerramento	PULMONAR	PULMONAR + EXTRAPULMONAR	Total	%
Cura	43	1	44	81,49%
Abandono	4	0	4	7,41%
Óbito por tuberculose	1	0	1	1,85%
Transferência p/ Outro Município	3	0	3	5,55%
Transferência p/ Outra UF	1	0	1	1,85%
Mudança de Diagnóstico	1	0	1	1,85%
Total	53	1	54	100%

Fonte: SMS/DVS/DVE/SINAN NET/TAWIN

Para que se tenha um controle da tuberculose é necessário intensificar a busca de sintomáticos respiratórios em pelo menos 1% da população, realizando exame de baciloscopia. Com isso, é possível fazer um diagnóstico precoce, iniciar o tratamento e diminuir o risco de transmissão da doença, principalmente, para os contatos mais próximos. O Tratamento Diretamente Observado (DOTS) é uma estratégia essencial para aumentar a cura e diminuir o abandono de tratamento, uma vez que preconiza o acompanhamento domiciliar de tomada de medicamento, pelos profissionais das unidades básicas de saúde e das unidades de saúde da família.

## SÉRIE HISTÓRICA DOS CASOS CONFIRMADOS DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA, DE MONITORAMENTO E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA POR 100.000 HABITANTES, DE RESIDENTES EM CASCAVEL - PR, 1999-2009

Ano/população	1999/237.510	2000/243.139	2001/248.797	2002/256.391	2003/261.504	2004/266.604	2005/278.182	2006/284.086	2007/289.928	2008/291.747	2009/296.241
DOENÇAS											
AC. TRAB. COM MATERIAL BIOLÓGICO											
AC. TRAB. GRAVE E FATAIS											
AC-ANIMAL PEÇONH.											
AIDS	165	157	239	225	147	129	142	98	91	65	148
ATEND. ANTI TRAB. HUMANO	44	58	69	69	48	36	50	43	43	58	15
CAXUMBA	521	677	621	737	640	735	823	1110	1138	1034	882
CISTICERCOSE	2	3	3	3	1	1	2	1	2	1	1
COLERA											
CONJUNTIVITE											
COQUELUCHE											
CORRIMENTOS (10)	1114	1247	166	202	333	433	1373	695	401	122	131
D.S.T.11	169	298	705	312	48(10)	2*	10*	11(3)	74(20)	21(10)	20(20)
DENGUE	5*	18(7)	452	2766	1.079,60	2.305	2165	2516	1672	2286	1834
DIARREIA		3450	1.418,94	3864	1.331,52	2305	864,57	778,26	576,69	783,55	619,09
DIFTERIA											
DOENÇAS EXANTEMÁTICAS											
ESQUISTOSOMOSE	1*	0,43	2*	1	0,39					1	0,34
FEBRE AMARELA											
FEBRE TIFÓIDE											
HANSENÍASE (16)	58	2,44	51	73	2,85	44	46	47	34	43	37
HANTAVIROSE											
HEPATITE VIRAL	221	95,29	228	266	103,74	190	187	136	164	132	98
INFLUENZA A (H1N1) 2009											
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	138	59,5	194	220	85,8	270	357	187	269	190	165
OUTRAS INTOX. ALIMENTARES											
LEISHMANIOSE	5(1)	1,26	8(15)	9(1)	4(3)	5(15)	5(1)	5*	5*	4(15)	21
LEPTOSPIROSE											
MALARIA	116	50,02	78	108	42,12	71	81	120	114	84	59
MENINGITE											
PARACOCIDIOMICOSE											
PARALISIA FLÁC. AGUDA (21)	3	0,29	1	1	0,39	1	2	3	2	5	3
PÊNFIGO											
RAIVA HUMANA											
RELAÇÃO VAGINAL	30	12,93	18	32	12,48	66	33	38	27	27	10
RUBÉOLA	1	0,43	21	44	16,64	218	11,86	13,38	9,31	9,25	3,37
SARAMPO											
SÍFILIS	144	62,09	67	50	19,5	37	9	43	20	18	19
SÍFILIS CONGÊNITA (20)	28	5,47	5	7	1,69	5	6	7	3	4	2
SÍFILIS EM GESTANTE (19)	13	5,6	4	2	0,78	1	1	2	2	7	9
TENÍASE	1	0,43	4	1	0,38	1	1	2	2	1	2
TÉTANO ACIDENTAL											
TOXOPLASMOSE											
TUBERCULOSE	73	30,73	52	44	17,16	60	68	62	58	68	65
VARICELA											

Fonte: SMS/DVS/VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

(1) 3 casos autóctones

(2) 1 caso autóctone

(3) 2 casos autóctones

(4) 8 casos autóctones

(5) 30 casos autóctones

(6) 1 caso autóctone

(7) Estimativa do nº de gestantes e de 2,5% da população com 1.000 gestantes

(8) coeficiente de incidência de Sífilis Congênita/ 1.000 Nascidos Vivos

(9) 3 casos importados e 2 indeterminados

(10) 49 casos autóctones

(11) 49 casos autóctones

(12) 10 casos autóctones

(13) 3 casos importados e 2 indeterminados

(14) 3 casos importados

(15) 3 casos importados e 2 indeterminados

(16) 3 casos importados e 2 indeterminados

(17) 3 casos importados e 2 indeterminados

(18) 3 casos importados e 2 indeterminados

(19) 3 casos importados e 2 indeterminados

(20) 3 casos importados e 2 indeterminados

(21) 3 casos importados e 2 indeterminados

(22) 3 casos importados e 2 indeterminados

(23) 3 casos importados e 2 indeterminados

(24) 3 casos importados e 2 indeterminados

(25) 3 casos importados e 2 indeterminados

(26) 3 casos importados e 2 indeterminados

(27) 3 casos importados e 2 indeterminados

(28) 3 casos importados e 2 indeterminados

(29) 3 casos importados e 2 indeterminados

(30) 3 casos importados e 2 indeterminados

(31) 3 casos importados e 2 indeterminados

(32) 3 casos importados e 2 indeterminados

(33) 3 casos importados e 2 indeterminados

(34) 3 casos importados e 2 indeterminados

(35) 3 casos importados e 2 indeterminados

(36) 3 casos importados e 2 indeterminados

(37) 3 casos importados e 2 indeterminados

(38) 3 casos importados e 2 indeterminados

(39) 3 casos importados e 2 indeterminados

(40) 3 casos importados e 2 indeterminados

(41) 3 casos importados e 2 indeterminados

(42) 3 casos importados e 2 indeterminados

(43) 3 casos importados e 2 indeterminados

(44) 3 casos importados e 2 indeterminados

(45) 3 casos importados e 2 indeterminados

(46) 3 casos importados e 2 indeterminados

(47) 3 casos importados e 2 indeterminados

(48) 3 casos importados e 2 indeterminados

(49) 3 casos importados e 2 indeterminados

(50) 3 casos importados e 2 indeterminados

(51) 3 casos importados e 2 indeterminados

(52) 3 casos importados e 2 indeterminados

(53) 3 casos importados e 2 indeterminados

(54) 3 casos importados e 2 indeterminados

(55) 3 casos importados e 2 indeterminados

(56) 3 casos importados e 2 indeterminados

(57) 3 casos importados e 2 indeterminados

(58) 3 casos importados e 2 indeterminados

(59) 3 casos importados e 2 indeterminados

(60) 3 casos importados e 2 indeterminados

(61) 3 casos importados e 2 indeterminados

(62) 3 casos importados e 2 indeterminados

(63) 3 casos importados e 2 indeterminados

(64) 3 casos importados e 2 indeterminados

(65) 3 casos importados e 2 indeterminados

(66) 3 casos importados e 2 indeterminados

(67) 3 casos importados e 2 indeterminados

(68) 3 casos importados e 2 indeterminados

(69) 3 casos importados e 2 indeterminados

(70) 3 casos importados e 2 indeterminados

(71) 3 casos importados e 2 indeterminados

(72) 3 casos importados e 2 indeterminados

(73) 3 casos importados e 2 indeterminados

(74) 3 casos importados e 2 indeterminados

(75) 3 casos importados e 2 indeterminados

(76) 3 casos importados e 2 indeterminados

(77) 3 casos importados e 2 indeterminados

(78) 3 casos importados e 2 indeterminados

(79) 3 casos importados e 2 indeterminados

(80) 3 casos importados e 2 indeterminados

(81) 3 casos importados e 2 indeterminados

(82) 3 casos importados e 2 indeterminados

(83) 3 casos importados e 2 indeterminados

(84) 3 casos importados e 2 indeterminados

(85) 3 casos importados e 2 indeterminados

(86) 3 casos importados e 2 indeterminados

(87) 3 casos importados e 2 indeterminados

(88) 3 casos importados e 2 indeterminados

(89) 3 casos importados e 2 indeterminados

(90) 3 casos importados e 2 indeterminados

(91) 3 casos importados e 2 indeterminados

(92) 3 casos importados e 2 indeterminados

(93) 3 casos importados e 2 indeterminados

(94) 3 casos importados e 2 indeterminados

(95) 3 casos importados e 2 indeterminados

(96) 3 casos importados e 2 indeterminados

(97) 3 casos importados e 2 indeterminados

(98) 3 casos importados e 2 indeterminados

(99) 3 casos importados e 2 indeterminados

(100) 3 casos importados e 2 indeterminados

(101) 3 casos importados e 2 indeterminados

(102) 3 casos importados e 2 indeterminados

(103) 3 casos importados e 2 indeterminados

(104) 3 casos importados e 2 indeterminados

(105) 3 casos importados e 2 indeterminados

(106) 3 casos importados e 2 indeterminados

(107) 3 casos importados e 2 indeterminados

(108) 3 casos importados e 2 indeterminados

(109) 3 casos importados e 2 indeterminados

(110) 3 casos importados e 2 indeterminados

(111) 3 casos importados e 2 indeterminados

(112) 3 casos importados e 2 indeterminados

(113) 3 casos importados e 2 indeterminados

(114) 3 casos importados e 2 indeterminados

(115) 3 casos importados e 2 indeterminados

(116) 3 casos importados e 2 indeterminados

## SÉRIE HISTÓRICA DOS PRINCIPAIS INDICADORES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL - PARANÁ

ANO	Mortalidade Geral por 1.000 Habitantes		Mortalidade Infantil por 1.000 Nascidos Vivos		Mortalidade Proporcional				Mortalidade Doenças Transmissíveis por 100.000 Habitantes (1)		Mortalidade Materna por 100.000 Nascidos Vivos (2)		Natalidade por 1.000 Habitantes		
	Número	Coeficiente	Número	Coeficiente	< de 1 ano		50 e +		Número	Coeficiente	Número	Coeficiente	Nascidos Vivos (3)	População (4)	Coeficiente
					Número	%	Número	%							
1995	1.142	5,58	130	24,11	130	11,38	672	58,84	48	23,44	3	55,69	5.392	204.808	26,33
1996	1.153	5,25	117	23,19	117	10,15	688	59,67	49	22,31	2	39,66	5.046	219.652	22,97
1997	1.079	4,77	100	18,84	100	9,27	650	60,24	48	21,21	2	37,71	5.309	226.300	23,46
1998	1.023	4,41	83	16,12	83	8,11	646	63,15	43	18,54	2	38,85	5.150	231.901	22,21
1999	1.181	5,09	83	16,23	83	7,02	704	59,61	42	18,11	3	58,66	5.114	231.901	22,05
2000	1.207	4,96	62	13,10	62	5,13	764	63,29	35	14,39	4	84,53	4.732	243.139	19,46
2001	1.237	4,97	62	14,44	62	5,01	791	63,94	51	20,49	1	23,28	4.295	248.797	17,26
2002	1.161	4,52	46	11,11	46	3,96	770	66,32	35	13,65	1	24,17	4.142	256.391	16,16
2003	1.223	4,67	66	16,20	66	5,39	793	64,84	52	19,88	4	98,25	4.075	261.504	15,58
2004	1.366	5,12	56	13,89	56	4,09	882	64,56	33	12,37	2	49,72	4.031	266.604	15,12
2005	1.396	5,02	56	13,01	56	4,01	930	66,62	46	16,54	1	23,24	4.303	278.182	15,47
2006	1.438	5,06	50	12,24	50	3,48	921	64,05	47	16,54	3	73,42	4.086	284.086	14,38
2007	1.348	4,65	52	12,54	52	3,86	931	69,07	44	15,18	5	120,54	4.148	289.928	14,31
2008	1.453	4,98	55	13,19	55	3,79	997	68,62	37	12,68	3	71,96	4.169	291.747	14,29
2009*	1.553	5,24	55	13,37	55	3,54	1065	68,58	38	12,83	2	48,61	4.114	296.241	13,89

FONTE: SESA/ISEP/CIDS/DNIS - Divisão de Informação e Estatística Vital  
2007 - 2009 - SMS/DVS/DVE - SIM

\*2009 - Dados Preliminares

**Nota:** (1) 1989 a 95 - Utilizado o agrupamento da 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças 96 a 99 - Utilizado o agrupamento da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

(2) Incluídos Óbitos Maternos, Jardidos

1995-99 - Nascidos Vivos em Hospital e domicílios, por residência da mãe (Sistema de Informação de Nascimentos - SINASC/SESA)

(3) O SINASC foi implantado em 1994, passando a partir de 1995 a ser considerado pela SESA como dado oficial sobre nascidos vivos

(4) Dados Populacionais:

1991 e 1996 - Resultados finais do Censo - IBGE

1995 Estimativa do IBGE, com base no Censo de 1991 - IBGE

1997 a 1999 - Estimativa do IBGE, com base no Censo 1996 - IBGE