GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 14/2019

(31/03/2019 a 06/04/2019)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CIEVS
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

EVENTOS ESTADUAIS

Semana Epidemiológica 14/2019

(31/03/2019 a 06/04/2019)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CIEVS
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 05/04/2019
Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

A Secretaria da Saúde do Paraná promoveu no dia 05/04, o VIII Seminário Estadual de Influenza e Síndromes Respiratórias Agudas. O evento, realizado no Auditório da SESA, reuniu gestores e profissionais de saúde que vão atuar na 21ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, que acontecerá entre 10 de abril a 31 de maio, além de representantes da ANVISA, da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, da Fundação Oswaldo Cruz, do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná e do Conselho Estadual de Saúde. Também participaram, por vídeoconferência, representantes das 22 Regionais de Saúde.

O diretor geral da SESA, Nestor Werner Junior, explicou que o Paraná já está preparado e mobilizado para a campanha. “As equipes da Secretaria estão em constante capacitação e já está tudo organizado para esta grande ação de imunização. Recebemos do Ministério da Saúde 25% das doses destinadas ao estado e distribuímos nas Regionais”, afirmou.

“Nosso objetivo é chegar até o final de maio com 90% do público-alvo vacinado e por isso reforçamos hoje as informações e a mobilização de toda nossa equipe”, disse a superintendente de Atenção à Saúde da SESA, Maria Goretti David Lopes.

A Campanha Nacional terá duas fases: a primeira será de 10 a 19 de abril, para a vacinação de crianças de 6 meses até 5 anos, gestantes e puérperas; e a segunda, de 22 de abril até o final de maio, ampliando imunização para todos os grupos. No dia 4 de maio será o Dia Nacional de Mobilização.

Ministério da Saúde – “É muito importante esta iniciativa do Paraná de alinhamento de informações nos dias que antecedem a vacinação”, disse Walquíria Ferreira Almeida, do Grupo Técnico da Influenza do Ministério da Saúde.

Segundo ela, os casos de síndromes respiratórias e óbitos por gripe já começaram a aparecer no Brasil, principalmente na região Amazônica. “Por isso a importância de uma grande mobilização e sensibilização da população sobre a necessidade de receber a dose da vacina. O Brasil já produziu 64 milhões de doses para atender a rede do SUS. No total o Paraná receberá 3 milhões e 300 mil doses”, destacou.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 04/04/2019
Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

A Secretaria da Saúde do Paraná e o departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde concluíram no dia 04 de abril, a ação de campo de combate à febre amarela. Desde o dia 25 de março até esta data, equipes de técnicos do Ministério e da SESA desenvolveram reuniões de alinhamento e na sequência percorreram áreas rurais, matas e reservas ecológicas dos municípios de São José dos Pinhais, Castro, Ponta Grossa, Jaguariaíva, Tibagi, Piraí do Sul, e Carambeí em uma grande operação para buscar pessoas não vacinadas e macacos contaminados.

Foram realizadas entrevistas em 37 locais com 1.836 pessoas atingidas, com orientações e sensibilização para a vacinação contra a doença.

“Agradecemos em nome do governador Ratinho Junior a equipe do Ministério da Saúde, que está aqui no Paraná, junto com as nossas equipes da secretaria da Saúde, e também com as equipes e todos os municípios, que estão fazendo este esforço concentrado para vacinar as pessoas contra a febre amarela. Este é o momento, o assunto é serio e nós todos vamos fazer acontecer a vacinação contra a febre amarela no Paraná”, afirmou o secretário Beto Preto.

“Estamos fazendo de tudo para evitar o avanço da febre amarela em nosso estado. Fizemos um trabalho inédito e um esforço concentrado para o enfrentamento da doença”, informou a superintendente de Atenção à Saúde da SESA, Maria Goretti David Lopes.

O Ministério da Saúde seguirá com análise dos dados sobre a ação. Na avaliação dos técnicos do MS a etapa mais importante foi a sensibilização das pessoas e por esta iniciativa a SESA mostra sua capacidade de enfrentamento.

Trabalho de campo – Durante a investigação no campo as equipes percorreram 1.811 quilômetros em matas fechadas, propriedades rurais e áreas próximas aos municípios. Os técnicos fizeram entrevistas com moradores, coletas de amostras e reconhecimento de macacos e mosquitos transmissores da febre amarela.

Boletim semanal - O boletim epidemiológico semanal divulgado pela SESA apresenta mais um caso da doença, aumentando para 14 casos confirmados, contra 13 na semana anterior. Seguem em investigação 85 ocorrências e 202 já foram descartadas. O caso confirmado esta semana foi notificado em Paranaguá e a pessoa contraiu a febre amarela no próprio município. Os outros municípios com casos confirmados são: Antonina, Morretes, Adrianópolis, Campina Grande do Sul, Curitiba, Piraquara e São José dos Pinhais.

Até o momento foram confirmadas 05 epizootias em Antonina, Morretes, Paranaguá e São José do Pinhais e Castro e 27 estão em investigação.

O secretário de estado da Saúde, Beto Preto, recomendou mais uma vez hoje a importância da vacina contra a febre amarela. “Ela é a forma mais eficaz de estar protegido e está disponível em todas as Unidades de Saúde do Paraná. Todos com idade entre 9 meses e 59 anos devem ser vacinados. O Paraná informa os números com muita transparência pois está realizando ações de combate e de intensificação da vacinação em todos os municípios do Estado”, disse o secretário Beto Preto.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 04/04/2019
Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Vigilância de casos humanos

No período de 01/07/2018 a 02/04/2019 foram notificados 301 casos, sendo 14 confirmados e 85 em investigação. O primeiro óbito por febre amarela ocorreu em 06/03/2019, tendo como município de residência e local provável de infecção o município de Morretes.

Entre os casos confirmados 12 (85,7%) são do sexo masculino, com mediana de idade de 35,5 anos (mínimo 10; máximo 69) e 3 (21,4%) são trabalhadores rurais. Quanto ao local provável de Infecção 6 (42,8%) são nos municípios da 1ª Regional de Saúde (Antonina, Guaraqueçaba, Paranaguá e Morretes), 3 (21,4%) da 2ª Regional de Saúde (São José dos Pinhais e Adrianópolis), 4 (28,5%) importados (Itaóca e Barra do Turvo-SP), e 1 (7,1%) permanece em investigação quanto ao município de residência e local provável de infecção.

Tabela 1. Distribuição dos casos notificados de febre amarela, segundo classificação, Paraná, de 01/07/2018 a 02/04/2019.

Classificação	Casos	óbitos
Confirmados	14	1
Em investigação	85	0
Descartados	202	0
Total	301	1

Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA-PR, 02/04/2019, dados preliminares sujeitos a alterações.

Tabela 2. Distribuição dos casos de febre amarela notificados no período sazonal de 01/07/2018 a 02/04/2019, por município de residência, Paraná.

RS	Município de Residência	Notificados	Em Investigação	Confirmados		Descartados
				n	LPI (Local provável de	
1	Antonina	9	1	3	Guaraqueçaba	5
	Guaraqueçaba	2	1	0		1
	Guaratuba	5	2	0		3
	Matinhos	3	1	0		2
	Morretes	14	5	1	Morretes	8
	Paranaguá	74	11	1	Paranaguá	62
	Pontal do Paraná	2	0	0		2
	Em investigação	1	0	1	Em investigação	0
2	Adrianópolis	3	0	2	Adrianópolis	1
	Almirante Tamandaré	2	1	0		1
	Bocaiúva do Sul	2	1	0		1
	Campina Grande do Sul	10	2	1	Guaraqueçaba	7
	Campo Largo	4	4	0		0
	Campo Magro	3	1	0		2
	Cerro Azul	2	1	0		1
	Colombo	9	1	0		8
	Curitiba	46	10	3	Itaóca-SP São José dos Pinhais Barra do Turvo-SP	33
	Fazenda Rio Grande	2	1	0		1
	Piên	3	0	0		3
	Pinhais	4	3	0		1
	Piraquara	5	2	1	Barra do Turvo-SP	2
	Rio Branco do sul	1	1	0		0
	São José dos Pinhais	47	27	1	Barra do Turvo-SP	19
	Tunas do Paraná	1	1	0		0
3	Castro	3	0	0		3
	Palmeira	5	1	0		4
	Ponta Grossa	2	1	0		1
4	Rebouças	1	1	0		0
7	Chopinzinho	2	0	0		2
8	Ampére	1	0	0		1
	Dois Vizinhos	1	0	0		1
	Francisco Beltrão	3	1	0		2
	Planalto	1	0	0		1
9	Foz do Iguaçu	5	0	0		5
	Itaipulândia	1	0	0		1
10	Boa Vista da Aparecida	1	1	0		0
	Cascavel	5	2	0		3
	Iguatu	1	0	0		1
	Quedas do Iguaçu	2	0	0		2
	Vera Cruz do Oeste	1	0	0		1
15	Maringá	2	0	0		2
	Sarandi	2	0	0		2
16	Arapongas	1	0	0		1
	Rio Bom	1	0	0		1
17	Londrina	1	0	0		1
	Lupionópolis	1	0	0		1
	Primeiro de Maio	1	1	0		0
18	Uraí	1	0	0		1
20	Marechal Cândido Rondon	1	0	0		1
21	Telemaco Borba	1	0	0		1
Total		301	85	14		202

Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA-PR, dados sujeitos a alteração.DBF:02/04/19
*Caso sob tutela de segurança pública

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 04/04/2019
Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Vigilância de Epizootias em Primatas Não Humanos – PNH (macacos)

Neste período de monitoramento 2018/2019, ocorreram epizootias em primatas não humanos (PNH) em 58 municípios. Até o momento, 05 epizootias foram confirmadas, 27 estão em investigação e 28 são indeterminadas (sem coleta de amostra), conforme Tabela 3. Os municípios que registraram epizootias no período de monitoramento de julho/2018 a junho/2019 estão dispostos no Mapa 1. As epizootias confirmadas estão distribuídas em 03 municípios da 1ª Regional de Saúde (Antonina, Morretes e Paranaguá) em 01 município da 2ª Regional de Saúde (São José dos Pinhais) e 01 município da 3ª Regional de Saúde (Castro).

Mapa 1: Epizootias notificadas e confirmadas em PNH, segundo local de ocorrência, Paraná, 01/07/2018 a 03/04/2019

Fonte: SINAN/CIEVS/SESA-PR, dados atualizados em 03/04/19,sujeitos a revisão

Tabela 3. Distribuição das epizootias notificadas, no período de monitoramento de 01/07/2018 a 03/04/2019,por município de ocorrência, Paraná.

RS	Município de ocorrência	01/07/2018 a 30/06/2019				
		Confirmadas	Descartadas	Indeterminadas*	Em investigação	Total
1	ANTONINA	1		2		3
	GUARAQUEÇABA			2		2
	GUARATUBA			1	1	2
	MORRETES	1	1			2
	PARANAGUÁ	1				1
2	ADRIANÓPOLIS			2		2
	ARAUCÁRIA			1		1
	BALSA NOVA				3	3
	BOCAIÚVA DO SUL			2		2
	CAMPINA GRANDE DO SUL			1		1
	CAMPO LARGO			1	1	2
	CERRO AZUL			3		3
	CONTENDA			1		1
	CURITIBA		4	1	2	7
	DOUTOR ULYSSES			3		3
	LAPA		1			1
	PIEN		1			1
	PIRAQUARA		1		2	3
	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	1	2		2	5
	TIJUCAS DO SUL		1			1
3	CASTRO	1	2			3
	CARAMBEÍ				1	1
	JAGUARIAÍVA				1	1
	PALMEIRA				1	1
	PONTA GROSSA				1	1
	SÃO JOÃO DO TRIUNFO			1		1
4	TEIXEIRA SOARES				1	1
6	BITURUNA		1			1
	CRUZ MACHADO				1	1
	PAULO FRONTIN		1			1
	PORTO VITÓRIA				1	1
7	MANGUEIRINHA		1			1
	PALMAS				1	1
8	PRANCHITA			1		1
9	FOZ DO IGUAÇU		2		2	4
	MATELÂNDIA		1			1
	MISSAL		1			1
10	CASCAVEL		2		1	3
11	BOA ESPERANÇA			1		1
	IRETAMA		1			1
	MAMBORÉ				1	1
	PEABIRU			1		1
13	JUSSARA		1			1
	SÃO MANOEL DO PARANÁ		1			1
	TAPEJARA		1			1
14	PLANALTINA DO PARANÁ		1			1
15	MARINGÁ		9	2	1	12
16	APUCARANA		1			1
	JANDAIA DO SUL		1			1
	SÃO PEDRO DO IVAÍ		1			1
17	LONDRINA		1			1
18	SERTANEJA				1	1
19	BARRA DO JACARÉ		2			2
	CARLÓPOLIS		1			1
20	GUAÍRA		1	1		2
	TERRA ROXA				1	1
	TOLEDO				1	1
21	TIBAGI			1		1
Total		5	44	28	27	104

Fonte: SINAN/CIEVS/SESA-PR, dados atualizados em 03/04/2019, sujeitos a alteração.
* Morte de macaco, sem coleta de amostras do animal objeto da notificação.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 04/04/2019
Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Imunização

RS	Cobertura FA (<1 ANO) Cobertura (%)
1	94,47
2	90,66
3	99,49
4	119,49
5	98,27
6	102,33
7	95,27
8	107,95
9	99,52
10	111,75
11	113,32
12	112,39
13	126,56
14	117,82
15	106,71
16	105,47
17	96,68
18	109,87
19	120,48
20	67,25
21	94,76
22	108,81
TOTAL	99,14

Fonte: SIPNI, 03/04/2019, dados preliminares

Tabela 4. Percentual de cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano, fevereiro, 2019, Paraná

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estática (IBGE, 2010) o Estado do Paraná tem uma população estimada em 10.577.755 habitantes distribuídas em 399 municípios. Em fevereiro/2019 a cobertura vacinal em menores de um ano foi de 98,71%. Entre o período de 01 de janeiro a 02 de abril de 2019 foram aplicadas 499.912 doses da vacina contra febre amarela na população de 9 meses a 60 anos, sendo que, o quantitativo maior da população a ser vacinada, encontram-se nos municípios do litoral, Curitiba e Região Metropolitana. Estratégias de intensificação da vacinação seletiva vêm sendo realizada em todo o estado do Paraná, com prioridade nos municípios da 1º, 2º, 3º e 21º Regional de Saúde, por meio da busca ativa seletiva da população. A Secretaria Estadual de Saúde orienta que pessoas nunca vacinadas contra febre amarela, procurem um serviço de saúde para atualização do seu esquema vacinal, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde/Programa Nacional de Imunizações.

Faixa Etária	Doses aplicadas
9M - 11M	34.175
1 ANO	8.372
2 ANOS	5.791
3 ANOS	5.923
4 ANOS	6.153
>=5 a 9 ANOS	28.779
>=10 a 14 ANOS	22.246
>=15 a 59 ANOS	372.619
>=60A	15.708
TOTAL	499.912

Fonte: SIPNI, 03/04/2019, dados preliminares

Tabela 5. Relatório consolidado de doses aplicadas, por faixa etária, Paraná, 01/01/2019 a 03/04/2019

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 08/04/2019
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde – Sala de Situação em Saúde

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2018 (primeira semana de agosto) a 14/2019.

Foram notificados no referido período 24.321 casos suspeitos de dengue, dos quais 12.045 foram descartados. Os demais estão em investigação.

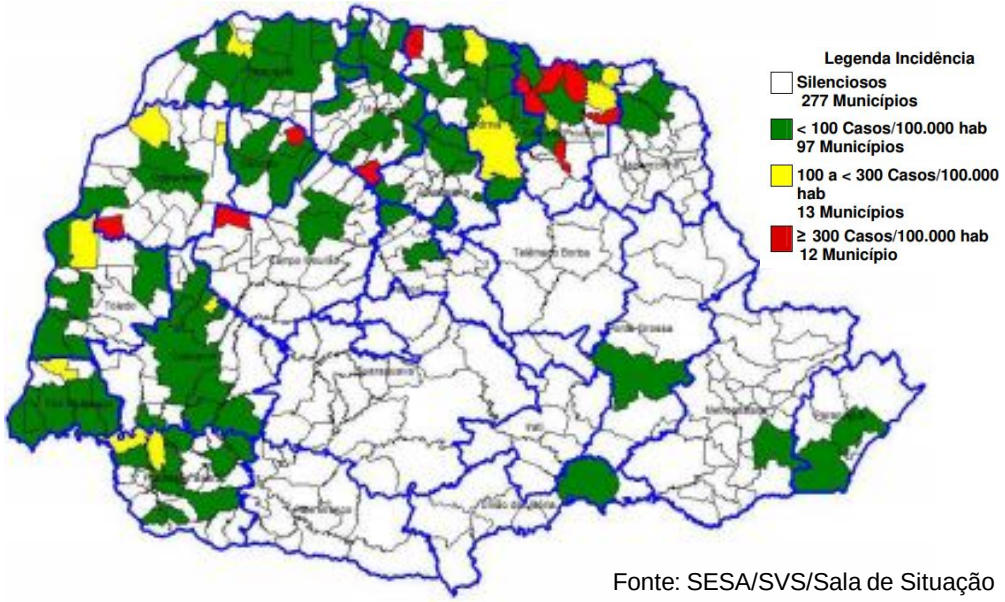
A incidência no Estado é de 21,74 casos por 100.000 hab. (2.569/11.163.018 hab.). O Ministério da Saúde classifica como baixa incidência quando o número de casos autóctones for menor do que 100 casos por 100.000 habitantes.

Os municípios com maior número de casos suspeitos notificados são Londrina (6.301), Foz do Iguaçu (2.234) e Maringá (1.021). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Londrina (584), Foz do Iguaçu (204) e Japurá (188).

DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 14/2019*	PERÍODO 2018/2019
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	306
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	151
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	21
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	122
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (01ª,02ª,03ª,06º,08ª,09ª,10ª, 11ª,12ª,13ª,14ª,15ª,16ª, 17ª, 18ª, 19ª, 20ª e 22ª)	18
TOTAL DE CASOS	**2.553**
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	2.427
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	126
TOTAL DE NOTIFICADOS	**24.321**

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2018 a 14/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 14/2019.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	2.487 (97,4%)	66 (2,6%)	2.553
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	71	-	71
Dengue Grave (D G)	11	-	11
Descartados	-	-	12.045
Em andamento/investigação	-	-	9.641
Total	**2.569 (10,6%)**	**66 (0,3%)**	**24.321**

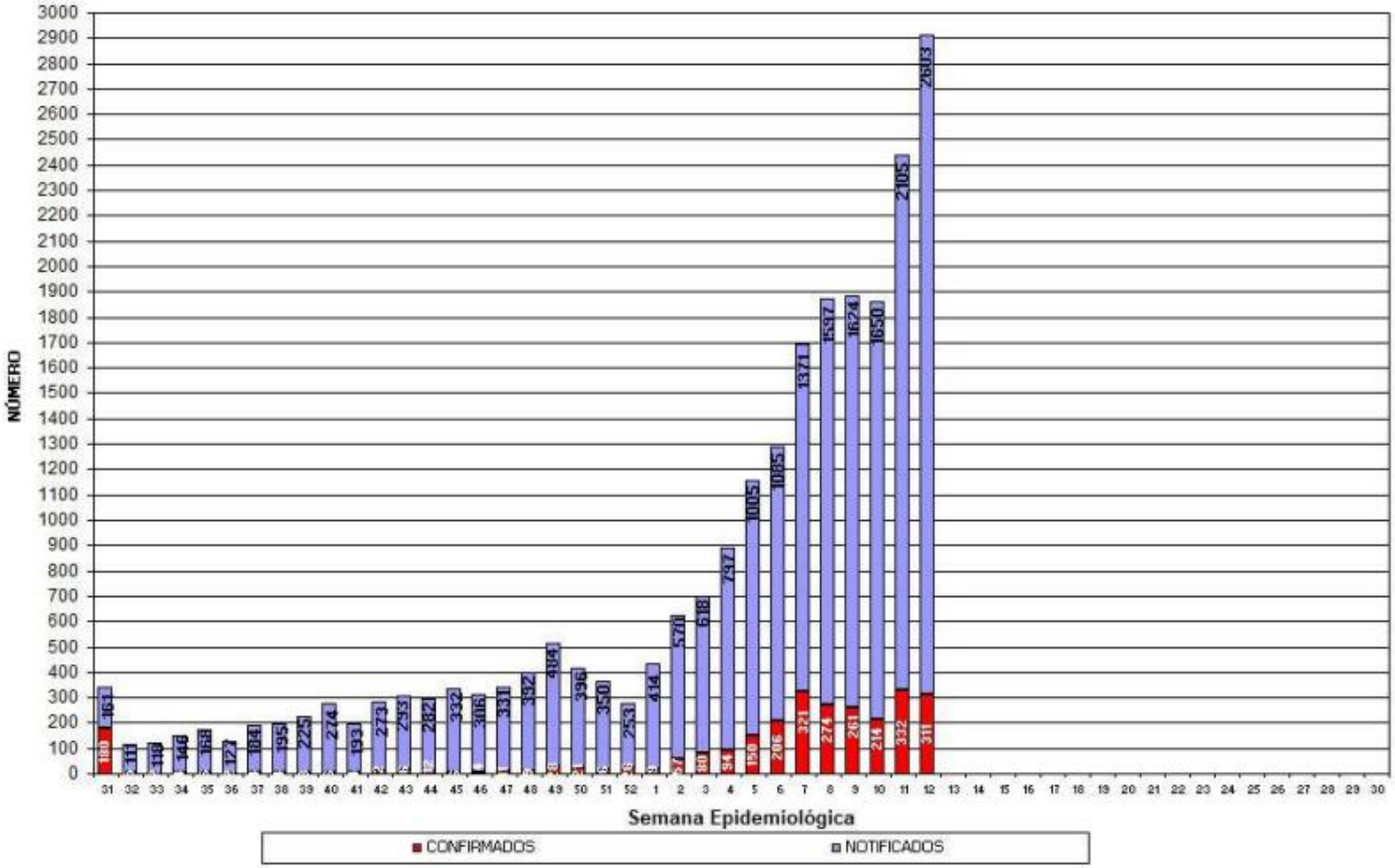
Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 08/04/2019
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

A Figura 1 apresenta a distribuição dos casos notificados e confirmados (autóctones e importados) de Dengue no Paraná.

Figura 1. Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2018 a 14/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

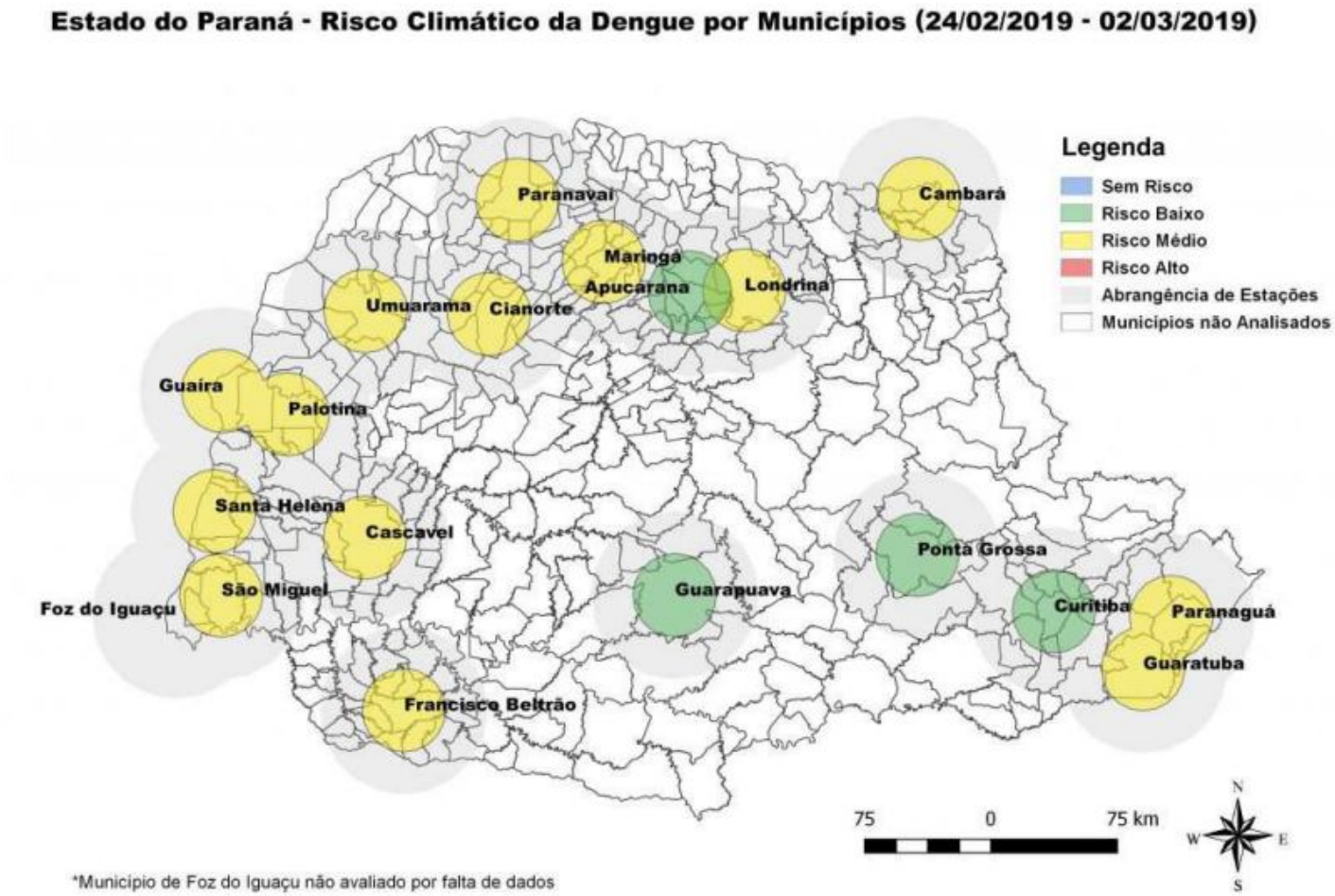
Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 08/04/2019
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

Risco climático para desenvolvimento de criadouros por Estações Meteorológicas. Paraná, 2019.

Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 13/2019 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti :*

- **00 (zero) sem risco;**
- **04 (quatro) com risco baixo**
- **14 (quatorze) com risco médio;**
- **00 (zero) com risco alto e**
- **01 (uma) não foi avaliada.**

A SESA alerta para o fato de que este mapa é atualizado semanalmente.



Fonte: Laboclima/UFPR

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 08/04/2019
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

Tabela 2 – Número de casos de dengue, notificados, dengue grave (DG), dengue com sinais de alarme (DSA), óbitos e incidência por 100.000 habitantes por Regional de Saúde, Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 14/2019*

REGIONAL DE SAÚDE	POPU-LAÇÃO	CASOS			NOTIFI-CADOS	DSA	DG	ÓBI-TOS	INCI-DÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	3	0	3	619	0	0	0	1,05
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	1	10	11	998	0	0	0	0,03
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	2	8	10	74	0	0	0	0,32
4ª RS - Irati	171.453	0	2	2	25	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	6	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	1	0	1	27	0	0	0	0,57
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	2	2	80	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	58	6	64	493	0	0	0	16,31
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	242	36	278	2.836	16	3	0	59,62
10ª RS - Cascavel	540.131	153	8	161	1.351	11	0	1	28,33
11ª RS - Campo Mourão	340.320	73	2	75	928	1	0	0	21,45
12ª RS - Umuarama	277.040	128	2	130	640	6	0	0	46,20
13ª RS - Cianorte	154.374	274	0	274	919	0	0	0	177,49
14ª RS - Paranavaí	274.257	88	1	89	859	0	0	0	32,09
15ª RS - Maringá	799.890	145	6	151	1.838	0	0	0	18,13
16ª RS - Apucarana	372.823	20	6	26	428	0	0	0	5,36
17ª RS - Londrina	935.904	742	6	748	9.475	34	8	2	79,28
18ª RS - Cornélio Procópio	230.231	416	10	426	1.583	1	0	0	180,69
19ª RS - Jacarezinho	290.216	30	4	34	316	2	0	0	10,34
20ª RS - Toledo	385.916	46	14	60	758	0	0	0	11,92
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	1	1	10	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	5	2	7	58	0	0	0	3,62
TOTAL PARANÁ	**11.163.018**	**2.427**	**126**	**2.553**	**24.321**	**71**	**11**	**3**	**21,74**

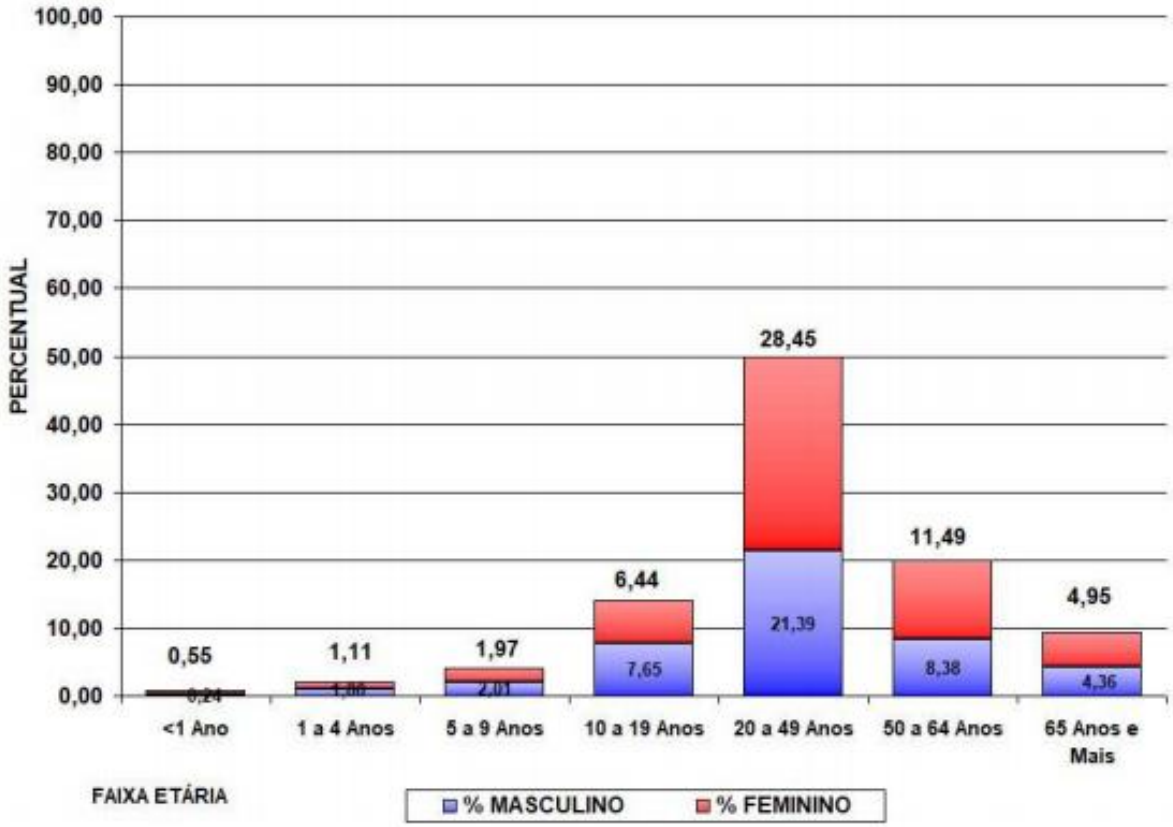
FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA
NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015.

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 08/04/2019
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 49,84% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 50 a 64 anos (19,87%) e 14,09% na faixa etária de 10 a 19 anos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2018 a 14/2019, Paraná – 2018/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

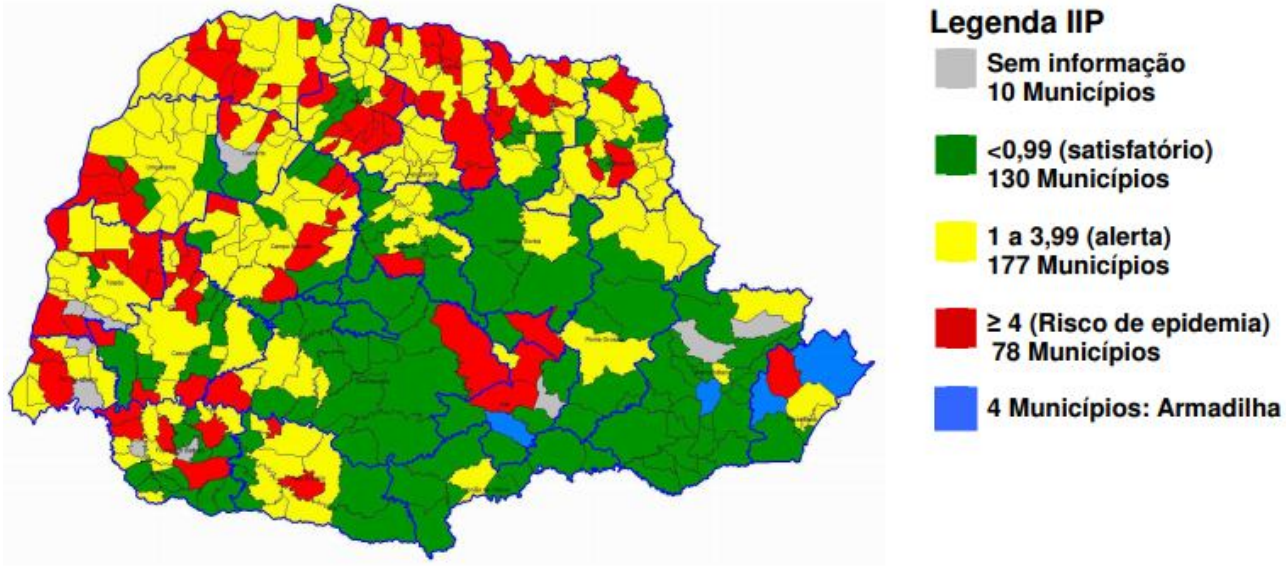
DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 08/04/2019
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

LEVANTAMENTO ENTOMOLÓGICO

Segundo a Resolução nº 12 da CIT, de 26 de janeiro de 2017, torna-se obrigatório o levantamento entomológico de Infestação por Aedes aegypti pelos municípios e o envio da informação para as Secretarias Estaduais de Saúde e destas, para o Ministério da Saúde2 . O índice de infestação predial (IIP) é a relação expressa em porcentagem entre o número de imóveis positivos e o número de imóveis pesquisados. A partir dos indicadores de IIP obtidos os municípios são classificados de acordo com o risco para desenvolvimento de epidemia, sendo os municípios considerados em condições satisfatória quando o IIP fica abaixo de 1%, em condição de alerta quando este índice está ente 1 e 3,99% e em risco de desenvolver epidemia quando o índice atinge 4%. Podemos observar na Figura 6 E Tabela 3, que no período 01º Ciclo de 2019, atualizado em 20/03/2019*, em relação ao IIP, dos 399 municípios do Paraná: • 78 municípios (19,5%) estão classificados em situação em risco de epidemia; • 177 municípios (44,4%) estão em situação de alerta e; • 130 municípios (32,6%) em situação satisfatória; • 10 municípios (2,5%) não enviaram informação referente ao monitoramento entomológico. • 04 municípios (1,0%) realizaram a pesquisa via armadilhas.

Figura 6 – Classificação dos municípios segundo IIP – Paraná – Nota: Dados referentes ao 01º Ciclo de 2019, atualizado em 20/03/2019
(*Dados preliminares, sujeitos a alteração).



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação e CEVA/DVDTV

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 08/04/2019
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

Número de casos confirmados autóctones, importados, total de confirmados e notificados de CHIKUNGUNYA e ZIKA VÍRUS e incidência (de autóctones) por 100.000 habitantes por município – Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 14/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
1	Guaratuba	35.182	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
1	Paranaguá	150.660	0	0	0	14	-	0	0	0	0	-
2	Campo Largo	124.098	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	Colombo	232.432	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	Curitiba	1.879.355	0	2	2	28	-	0	0	0	7	-
2	Pinhais	127.045	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
2	Quatro Barras	22.048	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	Quitandinha	18.419	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	São José dos Pinhais	297.895	0	0	0	46	-	1	0	1	25	0,34
3	Carambeí	21.590	0	0	0	3	-	0	0	0	3	-
3	Palmeira	33.753	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
3	Ponta Grossa	337.865	0	0	0	4	-	0	1	1	4	-
4	Irati	59.708	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
4	Teixeira Soares	11.495	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
5	Laranjeiras do Sul	32.133	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
6	União da Vitória	56.265	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
7	Honório Serpa	5.769	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
7	Mangueirinha	17.334	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
7	Pato Branco	79.011	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Dois Vizinhos	39.138	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
8	Flor da Serra do Sul	4.802	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Francisco Beltrão	86.499	0	0	0	0	-	0	0	0	2	-
8	Nova Prata do Iguaçu	10.722	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Salto do Lontra	14.539	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Foz do Iguaçu	263.782	0	3	3	41	-	1	0	1	29	0,38
9	Itaipulândia	10.236	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Medianeira	44.885	0	1	1	4	-	0	0	0	2	-
9	São Miguel do Iguaçu	27.197	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
9	Serranópolis do Iguaçu	4.652	0	0	0	0	-	0	0	0	2	-
9	Sta Terezinha Itaipu	22.570	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
10	Cafelândia	16.611	0	0	0	3	-	0	0	0	1	-
10	Campo Bonito	4.259	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
10	Cascavel	312.778	0	0	0	71	-	0	0	0	58	-
10	Corbélia	17.076	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
10	Formosa do Oeste	7.296	0	0	0	4	-	0	0	0	0	-
10	Quedas do Iguaçu	32.982	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
10	Três Barras do Paraná	12.227	0	0	0	1	-	0	0	0	2	-
11	Campo Mourão	92.930	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
11	Roncador	11.065	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Altônia	21.744	0	0	0	20	-	0	0	0	0	-
12	Douradina	8.228	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
12	Maria Helena	5.982	0	0	0	5	-	0	0	0	0	-
12	Mariluz	10.541	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Nova Olímpia	5.782	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Umuarama	108.218	0	0	0	4	-	0	0	0	1	-

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 08/04/2019
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

Número de casos confirmados autóctones, importados, total de confirmados e notificados de CHIKUNGUNYA e ZIKA VÍRUS e incidência (de autóctones) por 100.000 habitantes por município – Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 14/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
14	Alto Paraná	14.518	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
14	Cruzeiro do Sul	4.637	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
14	Loanda	22.603	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
14	Marilena	7.134	0	0	0	12	-	0	0	0	12	-
14	Mirador	2.334	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
14	Paranavaí	86.773	0	0	0	12	-	0	0	0	10	-
14	Planaltina do Paraná	4.277	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
14	Querência do Norte	12.247	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Astorga	25.976	0	0	0	4	-	0	0	0	0	-
15	Colorado	23.678	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
15	Itambé	6.192	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Lobato	4.690	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Mandaguari	34.289	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
15	Marialva	34.388	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Maringá	397.437	0	0	0	14	-	0	0	0	5	-
15	Nova Esperança	27.886	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
15	Paiçandu	39.291	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Paranacity	11.069	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
15	Santa Fé	11.431	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Sarandi	90.376	0	0	0	2	-	0	0	0	1	-
16	Apucarana	130.430	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
16	Arapongas	115.412	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
17	Cambe	103.822	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
17	Jaguapitã	13.174	0	0	0	0	-	0	0	0	5	-
17	Londrina	548.249	0	0	0	6	-	0	0	0	0	-
19	Barra do Jacaré	2.821	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Ibaiti	30.678	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
19	Quatiguá	7.410	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Siqueira Campos	20.094	0	0	0	4	-	0	0	0	4	-
20	Diamante D'Oeste	5.259	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
20	Nova Santa Rosa	8.092	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Palotina	30.859	0	0	0	8	-	0	0	0	0	-
20	São Pedro do Iguaçu	6.388	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Toledo	132.077	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
20	Tupãssi	8.261	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
	TOTAL	**11.163.018**	0	6	6	366	0,00	2	1	3	185	0,02

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA
NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015. *Dados considerados até 08 de Abril de 2019. Alguns municípios apresentaram correção de informações. -Todos os dados deste Informe são provisórios e podem ser alterados no sistema de notificação pelas Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Essas alterações podem ocasionar diferença nos números de uma semana epidemiológica para outra.

GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 14/2019

(31/03/2019 a 06/04/2019)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CIEVS
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

TUBERCULOSE

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 08/04/2019
Fonte da informação: diaonline.r7.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A taxa de incidência de tuberculose preocupa o governo federal – foram 73,2 mil infecções em 2017, média de mais de 200 por dia. E o mais grave: voltou a crescer no País o número de infecções multirresistentes, ou seja, que não respondem aos dois principais medicamentos. Esse número triplicou em uma década, alcançando 1,1 mil naquele ano – três por dia, segundo dados do Ministério da Saúde obtidos pelo jornal O Estado de S. Paulo.

Doença diretamente relacionada às condições socioeconômicas da população, a tuberculose registrou aumento, segundo especialistas, principalmente por causa da crise econômica que atingiu o País nos últimos anos, o que teria diminuído os investimentos no sistema de saúde e piorado a vida da população em aspectos que contribuem para a infecção, como moradias inadequadas e sem circulação de ar.

O próprio Ministério da Saúde destaca a crise, ao lado de melhorias no diagnóstico. "O aumento do coeficiente de incidência da tuberculose nos dois últimos anos pode representar uma ampliação do acesso às ferramentas de diagnóstico. No entanto, também pode estar relacionado aos desafios no controle da doença por determinação social, ao lado de uma importante crise econômica pela qual o país tem passado nos últimos anos", destacou a pasta em boletim epidemiológico publicado no último mês.

O documento mostra que o índice de casos por 100 mil habitantes, que era de 34,1 em 2015, foi para 34,3 em 2016 e alcançou 35,3 em 2017. No ano passado, a taxa teve uma leve queda (ficou em 34,8), mas continua superior ao coeficiente registrado em 2014 e 2015. Somente em 2017, 73,2 mil pessoas foram infectadas pela doença no Brasil, das quais 1,1 mil apresentaram a forma multirresistente da tuberculose, o triplo do registrado em 2009, quando 339 tiveram infecção resistente. O índice de mortalidade por tuberculose permanece estável no País, mas a doença, embora curável e com tratamento gratuito na rede pública, ainda mata cerca de 4,5 mil brasileiros por ano.

Para médicos especialistas no tema e ativistas no combate à doença, o contingenciamento de recursos públicos é determinante para o cenário. "É uma resposta à deterioração dos serviços de saúde. Há muita rotatividade dos profissionais, eles não recebem o treinamento adequado, não há identificação com a comunidade e o diagnóstico é tardio", afirma a pneumologista Margareth Dalcolmo, pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Exemplo de como a tuberculose tem forte ligação com as condições de vida da população é a incidência da doença em favelas cariocas. "Enquanto no Brasil a taxa é de cerca de 35 casos por 100 mil habitantes, na Favela da Rocinha, chega a 300", comenta Margareth.

Segundo a coordenadora do Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde, Denise Arakaki, ainda são necessárias análises mais aprofundadas para verificar as causas do aumento da incidência da tuberculose nos últimos anos. "Um ou dois anos de crescimento na incidência é pouco tempo para dizermos se a doença, de fato, voltou a aumentar ou se cresceu a notificação por causa da melhoria no diagnóstico. De qualquer forma, para não sermos surpreendidos no futuro, vamos realizar uma reunião com especialistas no próximo mês para verificar se esse aumento é real e definir o que fazer", disse ela.

Denise citou ainda, como outro fator que explicaria o aumento, um trabalho mais ativo do ministério nos últimos anos na busca de casos entre a população carcerária, um dos grupos mais afetados.

Sobre as infecções multirresistentes, a coordenadora disse que o número de casos cresceu de forma expressiva por causa da inclusão no SUS, em 2014, de um teste rápido molecular que verifica a resistência da bactéria a um dos principais antibióticos, a rifampicina. "Os casos diagnosticados estão crescendo, mas a resistência no Brasil continua baixa, principalmente porque aqui os remédios só são oferecidos pelo governo, não são vendidos em farmácia, o que evita o uso indiscriminado", destaca Denise.

Para Margareth, no entanto, embora a inclusão do teste rápido tenha, de fato, aumentado o número de diagnósticos de casos multirresistentes, esse não é o único fator que explica a alta. "Tem crescido a resistência a alguns medicamentos e, além disso, a ocorrência de casos multirresistentes é favorecida pelas situações dos doentes ditos crônicos, que ficam rodando na rede sem ter diagnóstico ou acompanhamento. Se a doença não é tratada adequadamente, ela pode voltar mais resistente", diz.

MENINGITE

Local de ocorrência: Santa Catarina
Data da informação: 08/04/2019
Fonte da informação: dive.sc.gov.br

COMENTÁRIOS:

A Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE), vinculada à Superintendência de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde Santa Catarina informa que foi confirmada a morte de uma paciente, de 18 anos, estudante em Lages, por doença meningocócica, meningite causada pela bactéria *Neisseria meningitidis* (meningococo).

A paciente morreu no dia 5 de abril e o diagnóstico foi confirmado pelo Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN-SC) após exames que identificaram como agente causador da morte a bactéria *Neisseria meningitidis*.

Após a confirmação do caso, o município de Lages iniciou a quimioprofilaxia (administração de antibiótico) para todos os contatos íntimos da paciente: pessoas que moram na mesma casa e que tenham compartilhado o mesmo dormitório.

Transmissão

A transmissão da meningite se dá por meio das vias respiratórias, por gotículas e secreções da nasofaringe, contato íntimo (residente da mesma casa, pessoas que compartilham o mesmo dormitório ou alojamento) ou contato direto com as secreções respiratórias do paciente.

O meningococo não sobrevive no meio exterior e a transmissão é de pessoa a pessoa. Geralmente o transmissor do meningococo é um portador sadio, que convive com o caso índice.

Casos de meningite

Este é o primeiro óbito por doença meningocócica registrado em Santa Catarina este ano. Em 2018, foram confirmados 16 óbitos por doença meningocócica.

(Fonte: Google)

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Santa Catarina
Data da informação: 08/04/2019
Fonte da informação: dive.sc.gov.br

COMENTÁRIOS:

A Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina (DIVE/SC), vinculada à Superintendência de Vigilância em Saúde (SUV), da Secretaria de Estado da Saúde, confirma o registro da primeira morte de macaco por febre amarela no estado.

A coleta do material para análise foi feita no dia 20 de março, após um morador encontrar o macaco, da espécie bugio, morto em uma área de mata no município de Garuva, no Norte do estado. As amostras foram encaminhadas para o Laboratório Central de Saúde Pública de Santa Catarina (Lacen) e seguiram para a Fiocruz, do Paraná, laboratório de referência para o estado.

Os macacos não transmitem a febre amarela. Eles são vítimas da doença e sinalizam a circulação do vírus na região. Por isso, ao encontrar um macaco doente ou morto, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve ser comunicada imediatamente.

Na quinta-feira (04/04), a DIVE/SC realizou na sede da Defesa Civil, em Florianópolis, uma videoconferência para discutir propostas de intensificação da vacinação contra a febre amarela, com base na avaliação das principais áreas de risco. Participaram da videoconferência os profissionais de saúde que atuam nas áreas de vigilância epidemiológica e atenção básica das gerências regionais de saúde do estado e dos municípios.

De acordo com o gerente de zoonoses da DIVE/SC, João Fuck, esse trabalho é importante para protegermos a população catarinense da doença "O vírus está aqui, circulando pelo estado, e precisamos trabalhar em conjunto, notificando situações de macacos mortos ou doentes e reforçando as estratégias de vacinação, melhor forma de prevenção da doença", esclareceu.

No dia 28 de março de 2019, Santa Catarina já havia confirmado o primeiro caso de febre amarela autóctone (contraída dentro do estado) em humano, com morte. O paciente era um homem, de 36 anos, que não havia se vacinado. Ele morava em Joinville, no Norte do Estado.

Por isso, Maria Teresa Agostini, diretora da Dive/SC, reforça o pedido: "Todas as pessoas acima de 9 meses devem procurar uma sala de vacina para receber a dose que protege contra a febre amarela para a vida toda".

Reforçando as ações de intensificação da vacinação contra a febre amarela, no dia 11 de abril, às 15h30, será realizado um Fórum Aberto on-line sobre o assunto para profissionais da atenção básica dos municípios. A médica infectologista da Gerência de Vigilância de Zoonoses, Dra. Marise Mattos e a Gerente de Imunização e Doenças Imunopreveníveis, Lia Quaresma Coimbra vão falar sobre os casos suspeitos de febre amarela e estratégias de vacinação.

Devido às baixas coberturas vacinais, em 20 de março o estado de Santa Catarina deu início à Campanha de Vacinação Contra a Febre Amarela que segue até o dia 20 de abril. Nesse período, todos os moradores devem procurar um posto de saúde para tomar a vacina contra a doença.

A DIVE/SC informa que distribuiu o quantitativo de doses da vacina contra a febre amarela para as 17 regionais de saúde do estado até o dia 03 de abril de 2019. O Ministério da Saúde (MS) enviou para o estado um total de 1.300.000 doses (em janeiro de 2019, 500 mil doses; em fevereiro de 2019, o quantitativo foi de 200 mil doses; e em março de 2019, recebeu 600 mil doses).

Até o momento a cobertura vacinal está em 61,47%, considerando doses aplicadas entre 1994 e 2019. A previsão de recebimento da próxima remessa enviada pelo MS é de 300 mil doses até o dia 14 de abril.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Local de ocorrência: Amazonas
Data da informação: 08/04/2019
Fonte da informação: saude.am.gov.br

COMENTÁRIOS:

A 19ª edição do Boletim Epidemiológico da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), elaborado pela Fundação de Vigilância em Saúde (FVS-AM), divulgado na segunda-feira (08/04), informa que permanecem 998 casos notificados de SRAG, os 120 positivos para o Vírus da Influenza A (H1N1), os 170 para Vírus Sincicial Respiratório (SRV). Ainda na edição, continua 33 o número de óbitos por H1N1 no Estado mencionado na edição anterior do dia (05/4) - sendo 26 em Manaus. No interior, seguem os três em Manacapuru, e Parintins, Itacoatiara, Japurá e Urucurituba com um caso por município.

A atualização é em relação ao vírus sincicial, que passou dos 17 óbitos para 19 óbitos no Amazonas. São 17 mortes na capital, um em Borba e outro em Manacapuru. Em relação a óbitos por outros vírus respiratórios, não houve alteração - Manaus um óbito por Parainfluenza tipo 3 e um pelo vírus Metapneumovírus. No interior, um óbito por Influenza A não subtipável, no município de Maués.

Dos 55 pacientes graves que evoluíram para óbitos, entre fevereiro e março de 2019, 47 deles faziam parte de grupo de risco mais suscetíveis, ou seja, 85%, com destaque para crianças menores de cinco anos, idosos, pessoas com diabetes, pneumopatas, pessoas com obesidade e neuropatas.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 29/03/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

A vigilância da influenza no Brasil é composta pela vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG), e pela vigilância sentinela de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes hospitalizados.

A vigilância sentinela conta com uma rede de unidades distribuídas em todas as regiões geográficas do país e tem como objetivo principal identificar os vírus respiratórios circulantes, permitir o monitoramento da demanda de atendimento dos casos hospitalizados e óbitos para orientar na tomada de decisão em situações que requeiram novos posicionamentos do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais.

Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas de informação online Sivep-gripe. As informações apresentadas nesse informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 11 de 2019 ou seja, casos com início de sintomas de 30/12/2018 a 16/03/2019.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas de SG foi de 20,3% (534/2.626).

As informações sobre a vigilância sentinela de influenza apresentadas neste informe baseiam-se nos dados inseridos no Sivep-gripe pelas unidades sentinelas distribuídas em todas as regiões do país. A vigilância sentinela continua em fase de ampliação e nos próximos boletins serão incorporados, de forma gradativa, os dados das novas unidades sentinelas.

Fonte: google.com.br

INFLUENZA

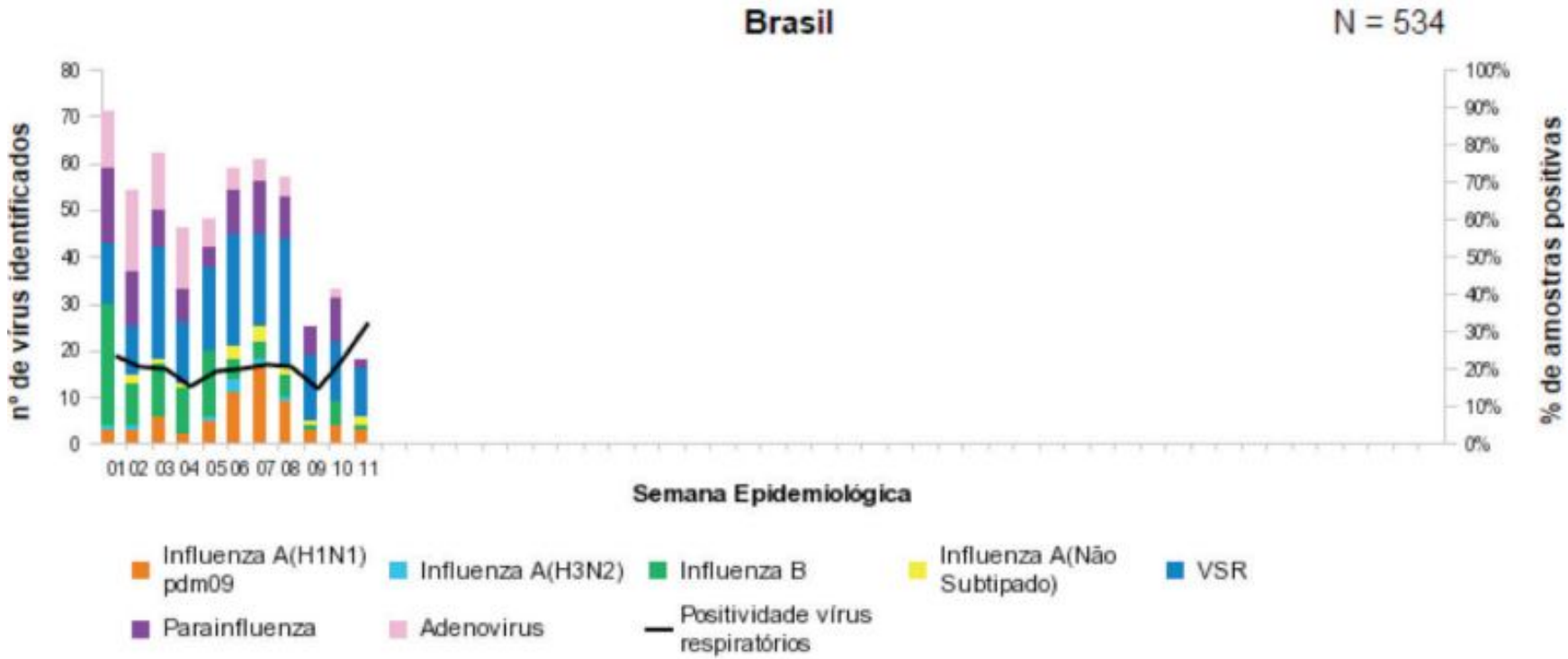
Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 29/03/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Síndrome Gripal

Até a SE 11 de 2019, as unidades sentinelas de SG coletaram 4.150 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Dessas, 63,3% (2.626/4.150) possuem resultados inseridos no sistema, 20,3% (534/2.626) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 33,5% (178/534) foram positivos para influenza e 66,7% (356/534) para outros vírus respiratórios (Vírus Sincicial Respiratório, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 37,0% (66/178) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 50,5% (90/178) de influenza B, 7,8% (14/178) de influenza A não subtipado e 4,5% (8/178) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação de Vírus Sincicial Respiratório (VSR), 52,5% (187/356) (Figura 1). Em relação às regiões, observa-se o predomínio da identificação de vírus influenza A(H1N1) pdm09 na região Norte (Anexo 1).

Figura 1 • Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2019 até a SE 11.



INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 29/03/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – HOSPITALIZADO

Perfil Epidemiológico dos Casos

Até a SE 11 de 2019 foram notificados 3.776 casos de SRAG hospitalizados. Desses, 6,1% (232/3.776) foram classificados como SRAG por influenza e 13,2% (499/3.776) como outros vírus respiratórios (Tabela 1). Dentre os casos de influenza subtipado até o momento, 7,8% (145/184) eram influenza A(H1N1)pdm09, 3,8% (7/184) influenza A(H3N2), 2,2% (4/184) influenza A não subtipado e 15,2% (28/184) influenza B (Tabela 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 16 anos, variando de 0 a 90 anos. Até o período estudado (2019) nota-se uma circulação de vírus influenza com maior intensidade no estado do Amazonas, de forma localizada, pois até o momento, não se observa a mesma intensidade de circulação de vírus influenza em outras unidades federadas do país.

Na Figura 2, observa-se que a positividade para vírus influenza em casos de SRAG encontra-se decrescente nas últimas semanas epidemiológicas. Ressalta-se a necessidade da oportuna notificação dos casos para uma boa resposta epidemiológica e orientação da tomada de decisão dos gestores, no que se refere as ações de prevenção e controle da influenza.

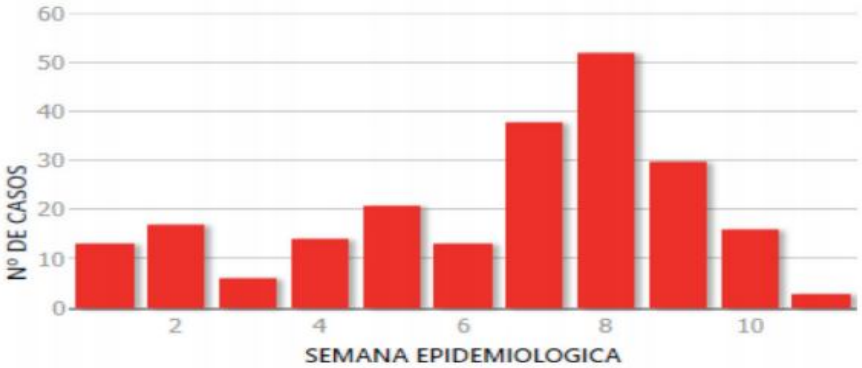


Figura 2 • Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, confirmados para influenza, por semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2019 até a SE 11.

Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

Região/ Unidade Federada	SRAG Influenza		SRAG Outros vírus respiratórios		SRAG por outro agente respiratório		SRAG não especificado		Em investigação	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
NORTE	125	38	121	12	3	1	319	23	290	2
RONDÔNIA	3	3	0	0	0	0	5	2	5	0
ACRE	0	0	0	0	0	0	0	0	38	0
AMAZONAS	113	31	119	12	3	1	282	14	201	1
RORAIMA	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1
PARÁ	7	3	2	0	0	0	20	4	38	0
AMAPÁ	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0
TOCANTINS	2	1	0	0	0	0	9	2	4	0
NORDESTE	17	2	42	3	0	0	160	17	762	10
MARANHÃO	0	0	0	0	0	0	8	2	17	1
PIAUÍ	0	0	0	0	0	0	2	0	65	2
CEARÁ	4	0	18	1	0	0	41	9	50	1
RIO GRANDE DO NORTE	0	0	1	0	0	0	5	2	21	2
PARAÍBA	0	0	1	1	0	0	3	1	23	1
PERNAMBUCO	8	0	0	0	0	0	58	0	554	3
ALAGOAS	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0
SERGIPE	2	0	4	0	0	0	16	1	10	0
BAHIA	1	0	18	1	0	0	27	2	21	0
SUDESTE	60	2	57	2	7	0	432	67	352	6
MINAS GERAIS	9	0	9	1	1	0	115	22	60	0
ESPÍRITO SANTO	0	0	1	0	0	0	8	0	16	0
RIO DE JANEIRO	2	0	13	1	1	0	51	11	25	1
SÃO PAULO	49	2	34	0	5	0	258	34	251	5
SUL	23	7	70	4	2	1	300	55	86	1
PARANÁ	11	5	57	4	2	1	182	38	63	0
SANTA CATARINA	5	1	5	0	0	0	52	6	4	0
RIO GRANDE DO SUL	7	1	8	0	0	0	66	11	19	1
CENTRO OESTE	7	1	209	10	0	0	200	20	132	6
MATO GROSSO DO SUL	1	1	54	6	0	0	41	2	20	0
MATO GROSSO	1	0	0	0	0	0	1	0	13	4
GOIÁS	1	0	59	4	0	0	50	13	54	2
DISTRITO FEDERAL	4	0	96	0	0	0	108	5	45	0
BRASIL	232	50	499	31	12	2	1411	182	1622	25

Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alteração.

Tabela 1 • Distribuição de casos e óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave hospitalizados, por classificação final. Brasil, regiões e unidades federadas (UF), até a SE 11 de 2019.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 29/03/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Perfil Epidemiológico dos Óbitos

Até a SE 11 de 2019, foram notificados 290 óbitos por SRAG, o que corresponde a 7,7% (290/3.776) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 17,2% (50/290) foram confirmados para vírus influenza. Dos óbitos que foram subtipados, 97,4% (38/39) foram por influenza A(H1N1)pdm09 e 2,6%(1/39) por influenza B (Tabela 2). Dos indivíduos que evoluíram ao óbito por influenza, a mediana da idade foi de 41 anos, variando de 0 a 86 anos. Dentre os fatores de risco houve destaque para adultos ≥ 60 anos, cardiopatas, crianças < 5anos, diabetes mellitus e pneumopatas. Quanto à administração de tratamento, 80,0% (40/50) dos casos de SRAG que evoluíram ao óbito foi referido o uso do medicamento antiviral Fosfato de Oseltamivir. A mediana de dias entre a data do início dos sintomas e o início do tratamento antiviral foi de quatro dias, variando de 0 a 28 dias (Tabela 3). Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas.

Óbitos por Influenza (N=50)	n	%
Adulto ≥ 60 anos	11	22,0
Doença cardiovascular crônica	9	18,0
Diabetes mellitus	9	18,0
Pneumopatias crônicas	6	12,0
Obesidade	2	4,0
Criança < 5 anos	9	18,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	4	8,0
Doença neurológica crônica	0	0,0
Doença renal crônica	0	0,0
Doença Hematológica crônica	2	4,0
Doença hepática crônica	0	0,0
Gestante	0	0,0
Síndrome de Down	1	2,0
Indígena	0	0,0
Puérpera (até 42 dias do parto)	0	0,0
Que utilizaram Antiviral	40	80,0

Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

Tabela 3 • Distribuição dos óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave por influenza, segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2019 até a SE 11.

REGIÃO/ Unidade Federada	SRAG Influenza por subtipo*										
	Casos				Óbitos				Total Casos	Total Óbitos	Em investigação
	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	A Não Subtipado	Influenza B	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	A Não Subtipado	Influenza B			
NORTE	117	3	2	4	33	0	0	0	154	33	595
RONDÔNIA	2	2	2	0	2	0	0	0	6	2	5
ACRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38
AMAZONAS	110	0	0	0	28	0	0	0	138	28	506
RORAIMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
PARÁ	5	0	0	4	3	0	0	0	9	3	38
AMAPÁ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TOCANTINS	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4
NORDESTE	2	1	0	10	0	0	0	0	13	0	762
MARANHÃO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17
PIAUÍ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	65
CEARÁ	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	50
RIO GRANDE DO NORTE	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	21
PARAÍBA	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	23
PERNAMBUCO	0	0	0	7	0	0	0	0	7	0	554
ALAGOAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
SERGIPE	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	10
BAHIA	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	21
SUDESTE	9	2	0	10	0	0	0	0	21	0	352
MINAS GERAIS	7	0	0	2	0	0	0	0	9	0	60
ESPÍRITO SANTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
RIO DE JANEIRO	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	25
SÃO PAULO	2	2	0	7	0	0	0	0	11	0	251
SUL	13	1	1	4	5	0	0	1	19	6	86
PARANÁ	7	0	0	4	4	0	0	1	11	5	63
STA CATARINA	4	1	0	0	1	0	0	0	5	1	4
RIO GRANDE DO SUL	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0	19
CENTRO OESTE	4	0	1	0	0	0	0	0	5	0	132
MATO GROSSO DO SUL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
MATO GROSSO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
GOIÁS	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	54
DISTRITO FEDERAL	3	0	1	0	0	0	0	0	4	0	45
BRASIL	145	7	4	28	38	0	0	1	212	39	1927

Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alteração. Acesso dia 22/03/2019 10h.

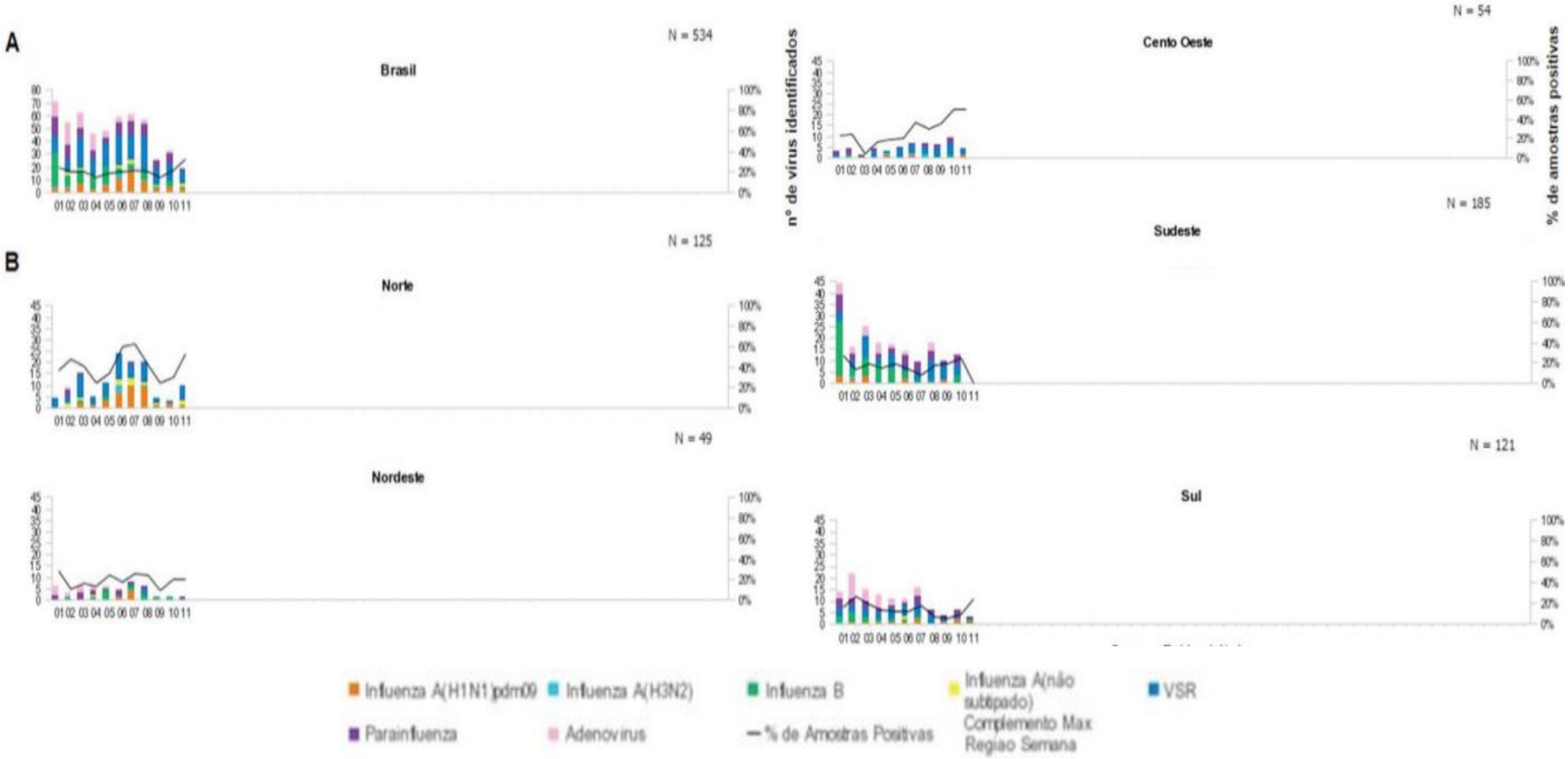
*Casos de SRAG que possuem resultados de influenza por rt-PCR em tempo real no sistema de informação Sivep-gripe; não foram compilados os dados de casos SRAG com diagnóstico pela técnica de Imunofluorescência (ou outra) e com fechamento clínico-epidemiológico; por isso eventualmente os dados podem diferir da Tabela 1.

Tabela 2 • Distribuição dos casos e óbitos por subtipo de influenza. Brasil, regiões e unidades federadas (UF), até a SE 11 de 2019.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 29/03/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

Anexo 1 • Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal por semana epidemiológica do início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2019 até a SE 11.



Fonte: Sivep-Gripe. Dados atualizados em 21/03/2019, sujeitos a alteração.

DENGUE / ZIKA / CHIKUNGUNYA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: Março/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Dengue

Em 2019, até a SE 11 (30/12/2018 a 16/03/2019), foram registrados 229.064 casos prováveis de dengue no país, com uma incidência de 109,9 casos/100 mil hab. (Figura 1 e Tabela 1). No mesmo período de 2018, foram registrados 62.904 casos prováveis. A região Sudeste apresentou o maior número de casos prováveis (149.804 casos; 65,4 %) em relação ao total do país, seguida das regiões Centro-Oeste (40.336 casos; 17,6 %), Norte (15.183 casos; 6,6 %), Nordeste (17.137 casos; 7,5 %) e Sul (6.604 casos; 2,9 %) (Tabela 1). A análise da taxa de incidência de casos prováveis de dengue (número de casos/100 mil hab.) em 2019, até a SE 11, segundo regiões geográficas, evidencia que as regiões Centro-Oeste e Sudeste apresentam os maiores valores: 250,8 casos/100 mil hab. e 170,8 casos/100 mil hab., respectivamente (Tabela 1). Na análise das Unidades da Federação (UFs), destacam-se Tocantins (602,9 casos/100 mil hab.), Acre (422,8 casos/100 mil hab.), Mato Grosso do Sul (368,1 casos/100 mil hab.), Goiás (355,4 casos/100 mil hab.), Minas Gerais (261,2 casos/100 mil hab.) e Espírito Santo (222,5 casos/100 mil hab.) (Tabela 1).

Tabela 1 Número de casos prováveis, variação percentual e incidência de dengue (/100mil hab.), até a Semana Epidemiológica 11, por região e Unidade da Federação, Brasil, 2018 e 2019

Região/Unidade da Federação	Semanas Epidemiológicas 1 a 11					
	Casos (n)			Incidência (casos/100 mil hab.)		
	2018	2019	% Variação	2018	pop est. IBGE	2019
Norte	4.043	15.183	275,5	22,2	18.182.253	83,5
Rondônia	198	115	-41,9	11,3	1.757.589	6,5
Acre	1.109	3.675	231,4	127,6	869.265	422,8
Amazonas	735	761	3,5	18,0	4.080.611	18,6
Roraima	3	200	6.566,7	0,5	576.568	34,7
Pará	1.280	1.013	-20,9	15,0	8.513.497	11,9
Amapá	227	42	-81,5	27,4	829.494	5,1
Tocantins	491	9.377	1.809,8	31,6	1.555.229	602,9
Nordeste	9.670	17.137	77,2	17,0	56.760.780	30,2
Maranhão	543	749	37,9	7,7	7.035.055	10,6
Piauí	575	254	-55,8	17,6	3.264.531	7,8
Ceará	1.119	2.034	81,8	12,3	9.075.649	22,4
Rio Grande do Norte	2.248	1.352	-39,9	64,6	3.479.010	38,9
Paraíba	1.034	963	-6,9	25,9	3.996.496	24,1
Pernambuco	1.824	3.418	87,4	19,2	9.496.294	36,0
Alagoas	382	937	145,3	11,5	3.322.820	28,2
Sergipe	29	125	331,0	1,3	2.278.308	5,5
Bahia	1.916	7.305	281,3	12,9	14.812.617	49,3
Sudeste	16.414	149.804	812,7	18,7	87.711.946	170,8
Minas Gerais	6.586	54.961	734,5	31,3	21.040.662	261,2
Espírito Santo	1.470	8.838	501,2	37,0	3.972.388	222,5
Rio de Janeiro	4.624	2.960	-36,0	26,9	17.159.960	17,2
São Paulo	3.734	83.045	2.124,0	8,2	45.538.936	182,4
Sul	508	6.604	1.200,0	1,7	29.754.036	22,2
Paraná	399	6.084	1.424,8	3,5	11.348.937	53,6
Santa Catarina	54	371	587,0	0,8	7.075.494	5,2
Rio Grande do Sul	55	149	170,9	0,5	11.329.605	1,3
Centro-Oeste	32.269	40.336	25,0	200,6	16.085.885	250,8
Mato Grosso do Sul	999	10.116	912,6	36,4	2.748.023	368,1
Mato Grosso	3.538	2.154	-39,1	102,8	3.441.998	62,6
Goiás	27.180	24.599	-9,5	392,7	6.921.161	355,4
Distrito Federal	552	3.467	528,1	18,6	2.974.703	116,5
Brasil	62.904	229.064	264,1	30,2	208.494.900	109,9

Fonte: Sinan Online (banco de dados de 2018 atualizado em 21/01/2019, de 2019, em 18/03/2019). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (população estimada em 01/07/2018).
Dados sujeitos a alteração.

DENGUE / ZIKA / CHIKUNGUNYA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: Março/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

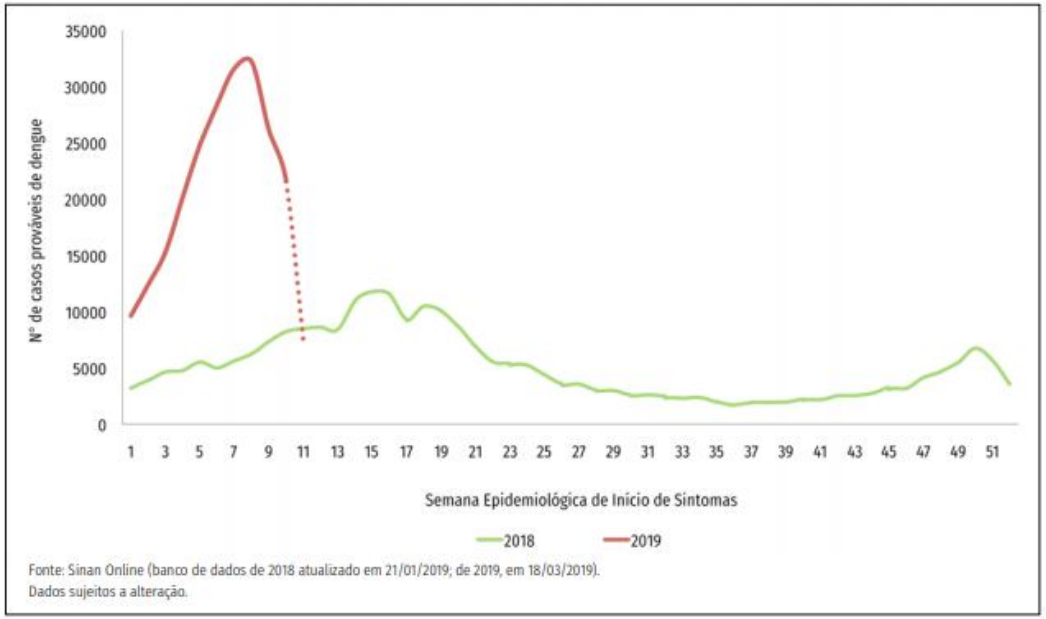


FIGURA 1 **Casos prováveis de dengue, por semana epidemiológica de início de sintomas, Brasil, 2018 e 2019**

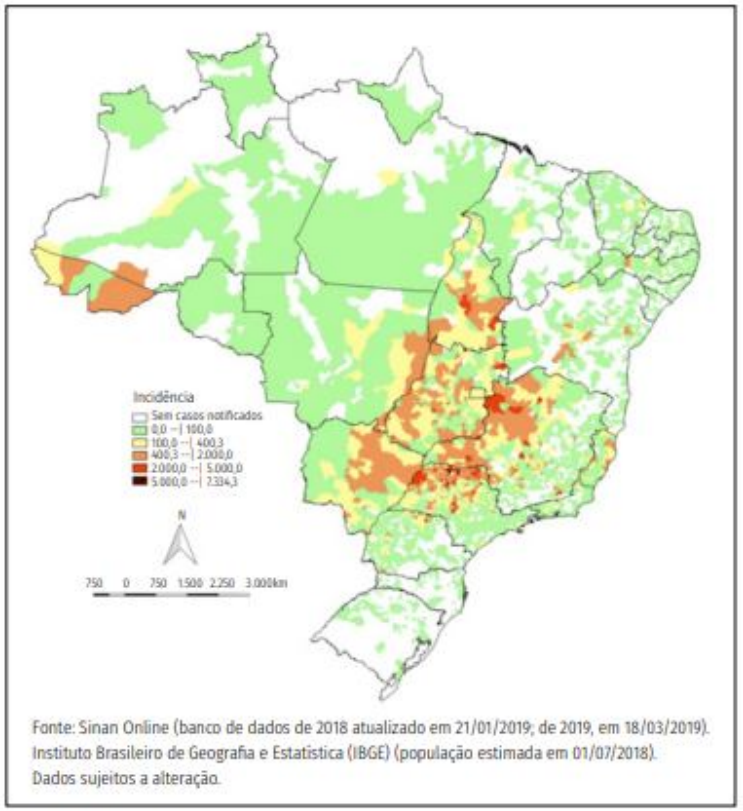


FIGURA 2 **Distribuição de incidência de casos prováveis de dengue, até a Semana Epidemiológica 11, Brasil, 2019**

DENGUE / ZIKA / CHIKUNGUNYA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: Março/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Chikungunya

Em 2019, até a SE 11 (30/12/2018 a 16/03/2019), foram registrados 12.942 casos prováveis de chikungunya no país, com uma incidência de 6,2 casos/100 mil hab. (Figura 3 e Tabela 2). Em 2018, até a SE 11, foram registrados 23.484 casos prováveis. Em 2019, até a SE 11, a região Sudeste apresentou o maior número de casos prováveis de chikungunya (8.536 casos; 66,0%) em relação ao total do país. Em seguida, aparecem as regiões Norte (2.139 casos; 16,5%), Nordeste (1.786 casos; 13,8 %), CentroOeste (293 casos; 2,3 %) e Sul (188 casos; 1,5 %) (Tabela 2). A análise da taxa de incidência de casos prováveis de chikungunya (número de casos/100 mil hab.) em 2019, até a SE 11, segundo regiões geográficas, evidencia que as regiões Norte e Sudeste apresentam as maiores taxas de incidência: 11,8 casos/100 mil hab. e 9,7 casos/100 mil hab., respectivamente (Tabela 2). Na análise das UFs, destacam-se Rio de Janeiro (39,4 casos/100 mil hab.), Tocantins (22,5 casos/100 mil hab.), Pará (18,9 casos/100 mil hab.) e Acre (8,6 casos/100 mil hab.) (Tabela 2).

Óbitos por chikungunya

Em 2019, não foram confirmados óbitos por Chikungunya e existem 14 óbitos em investigação. No mesmo período de 2018, foram confirmados 9 óbitos (1 na Paraíba, 4 no Rio de Janeiro, 4 no Mato Grosso).

Tabela 2 Número de casos prováveis, variação percentual e incidência de chikungunya (/100 mil hab.), até a Semana Epidemiológica 11, por região e Unidade da Federação, Brasil, 2018 e 2019

Região/Unidade da Federação	Semanas Epidemiológicas 1 a 11					
	Casos (n)			Incidência (casos/100 mil hab.)		
	2018	2019	% Variação	2018	pop est. IBGE	2019
Norte	1.916	2.139	11,6	10,5	18.182.253	11,8
Rondônia	23	18	-21,7	1,3	1.757.589	1,0
Acre	44	75	70,5	5,1	869.265	8,6
Amazonas	8	27	237,5	0,2	4.080.611	0,7
Roraima	6	46	666,7	1,0	576.568	8,0
Pará	1.720	1.606	-6,6	20,2	8.513.497	18,9
Amapá	40	17	-57,5	4,8	829.494	2,0
Tocantins	75	350	366,7	4,8	1.555.229	22,5
Nordeste	2.378	1.786	-24,9	4,2	56.760.780	3,1
Maranhão	212	125	-41,0	3,0	7.035.055	1,8
Piauí	170	31	-81,8	5,2	3.264.531	0,9
Ceará	567	494	-12,9	6,2	9.075.649	5,4
Rio Grande do Norte	297	113	-62,0	8,5	3.479.010	3,2
Paraíba	173	158	-8,7	4,3	3.996.496	4,0
Pernambuco	179	471	163,1	1,9	9.496.294	5,0
Alagoas	32	66	106,3	1,0	3.322.820	2,0
Sergipe	7	19	171,4	0,3	2.278.308	0,8
Bahia	741	309	-58,3	5,0	14.812.617	2,1
Sudeste	8.990	8.536	-5,1	10,2	87.711.946	9,7
Minas Gerais	2.854	716	-74,9	13,6	21.040.662	3,4
Espírito Santo	94	186	97,9	2,4	3.972.388	4,7
Rio de Janeiro	5.882	6.765	15,0	34,3	17.159.960	39,4
São Paulo	160	869	443,1	0,4	45.538.936	1,9
Sul	94	188	100,0	0,3	29.754.036	0,6
Paraná	66	77	16,7	0,6	11.348.937	0,7
Santa Catarina	17	86	405,9	0,2	7.075.494	1,2
Rio Grande do Sul	11	25	127,3	0,1	11.329.605	0,2
Centro-Oeste	10.106	293	-97,1	62,8	16.085.885	1,8
Mato Grosso do Sul	72	88	22,2	2,6	2.748.023	3,2
Mato Grosso	9.968	100	-99,0	289,6	3.441.998	2,9
Goiás	51	51	0,0	0,7	6.921.161	0,7
Distrito Federal	15	54	260,0	0,5	2.974.703	1,8
Brasil	23.484	12.942	-44,9	11,3	208.494.900	6,2

Fonte: Sinan Online (banco de dados de 2018 atualizado em 21/01/2019; de 2019, em 18/03/2019). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (população estimada em 01/07/2018).
Dados sujeitos a alteração.

DENGUE / ZIKA / CHIKUNGUNYA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: Março/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

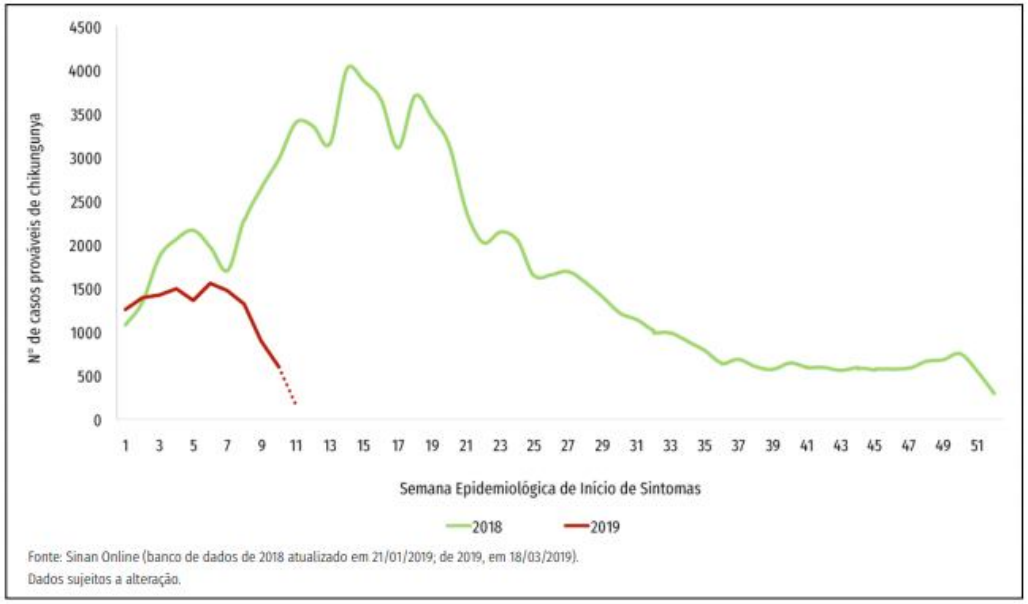


FIGURA 3 **Casos prováveis de chikungunya, por semana epidemiológica de início de sintomas, Brasil, 2018 e 2019**

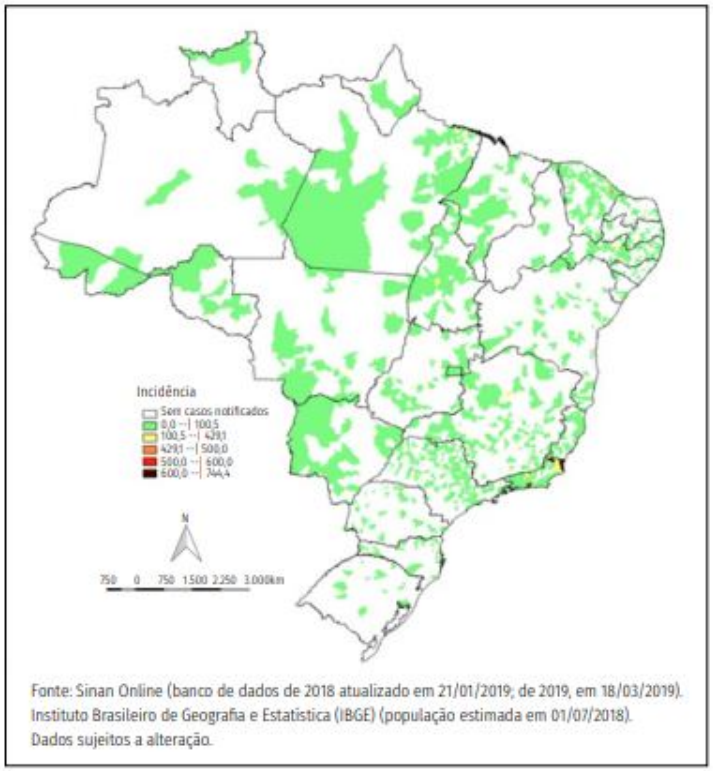


FIGURA 4 **Distribuição de incidência de casos prováveis de chikungunya, até a Semana Epidemiológica 11, Brasil, 2019**

(Continua na próxima página)

DENGUE / ZIKA / CHIKUNGUNYA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: Março/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Zika

Em 2019, até a SE 9 (30/12/2018 a 02/03/2019), foram registrados 2.062 casos prováveis de Zika no país, com incidência de 1,0 caso/100 mil hab. (Figura 5 e Tabela 3). Em 2018, no mesmo período, foram registrados 1.908 casos prováveis. Em 2019, até a SE 9, a região Norte apresentou o maior número de casos prováveis (912 casos; 44,2%) em relação ao total do país. Em seguida, aparecem as regiões Sudeste (584 casos; 28,3 %), Centro-Oeste (176 casos, 8,5%), Nordeste (343 casos; 16,6 %), e Sul (47 casos, 2,3%) (Tabela 3). A análise da taxa de incidência de casos prováveis de Zika (número de casos/100 mil hab.), segundo regiões geográficas, demonstra que a região Norte apresenta a maior taxa de incidência: 5,0 casos/100 mil hab. Entre as UFs, destacam-se Tocantins (47,0 casos/100 mil hab.) e Acre (9,5 casos/100 mil hab.) (Tabela 3).

Óbitos por Zika

Em 2019, até a SE 9, não foram registrados óbitos.

Zika em Gestantes

Em 2019, foram registrados 270 casos prováveis, sendo 50 casos confirmados. Todos os dados referentes a esse agravo são provenientes do Sinan- NET. Em relação às gestantes no país, em 2018 (até a SE 9), foram registrados 224 casos prováveis, sendo 88 confirmados por critério clínico-epidemiológico ou laboratorial. Ressalta-se que os óbitos em recém-nascidos, natimortos, abortamento ou feto, resultantes de microcefalia possivelmente associada ao vírus Zika, são acompanhados pelo Boletim Epidemiológico intitulado Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas.

Tabela 3 Número de casos prováveis e incidência de Zika, por região e Unidade da Federação, até a Semana Epidemiológica 9, Brasil, 2018 e 2019

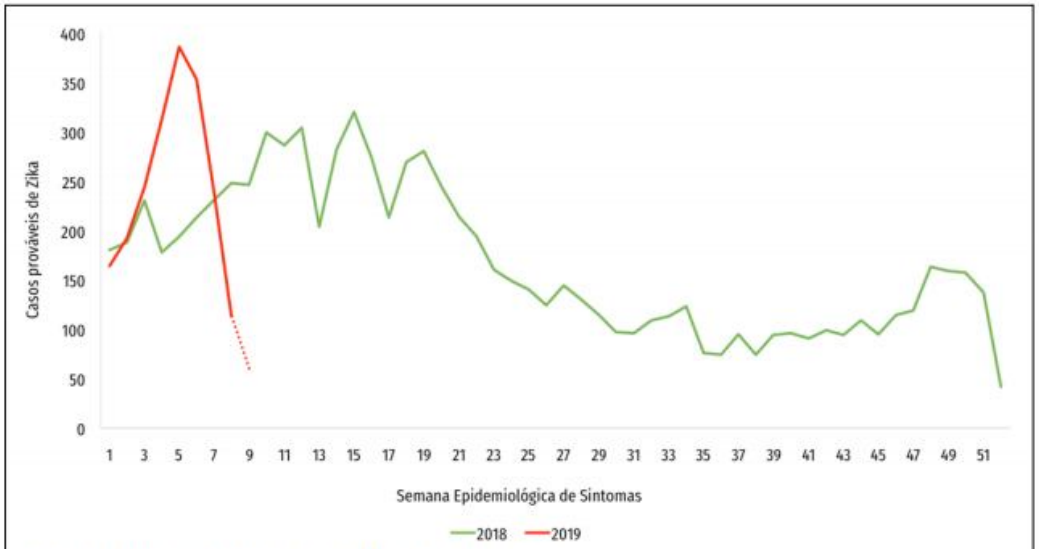
Região/Unidade da Federação	Semanas Epidemiológicas 1 a 9					
	Casos (n)			Incidência (casos/100 mil hab.)		
	2018	2019	% Variação	2018	pop est. IBGE	2019
Norte	183	912	398,4	1,0	18.182.253	5,0
Rondônia	9	10	11,1	0,5	1.757.589	0,6
Acre	5	83	1.560,0	0,6	869.265	9,5
Amazonas	62	7	-88,7	1,5	4.080.611	0,2
Roraima	2	16	700,0	0,3	576.568	2,8
Pará	76	62	-18,4	0,9	8.513.497	0,7
Amapá	6	3	-50,0	0,7	829.494	0,4
Tocantins	23	731	3.078,3	1,5	1.555.229	47,0
Nordeste	411	343	-16,5	0,7	56.760.780	0,6
Maranhão	36	27	-25,0	0,5	7.035.055	0,4
Piauí	1	3	200,0	0,0	3.264.531	0,1
Ceará	30	28	-6,7	0,3	9.075.649	0,3
Rio Grande do Norte	102	28	-72,5	2,9	3.479.010	0,8
Paraíba	38	24	-36,8	1,0	3.996.496	0,6
Pernambuco	5	51	920,0	0,1	9.496.294	0,5
Alagoas	23	41	78,3	0,7	3.322.820	1,2
Sergipe	1	5	400,0	0,0	2.278.308	0,2
Bahia	175	136	-22,3	1,2	14.812.617	0,9
Sudeste	659	584	-11,4	0,8	87.711.946	0,7
Minas Gerais	40	146	265,0	0,2	21.040.662	0,7
Espírito Santo	30	92	206,7	0,8	3.972.388	2,3
Rio de Janeiro	513	117	-77,2	3,0	17.159.960	0,7
São Paulo	76	229	201,3	0,2	45.538.936	0,5
Sul	7	47	571,4	0,0	29.754.036	0,2
Paraná	3	18	500,0	0,0	11.348.937	0,2
Santa Catarina	3	17	466,7	0,0	7.075.494	0,2
Rio Grande do Sul	1	12	1.100,0	0,0	11.329.605	0,1
Centro-Oeste	648	176	-72,8	4,0	16.085.885	1,1
Mato Grosso do Sul	26	23	-11,5	0,9	2.748.023	0,8
Mato Grosso	301	31	-89,7	8,7	3.441.998	0,9
Goiás	317	110	-65,3	4,6	6.921.161	1,6
Distrito Federal	4	12	200,0	0,1	2.974.703	0,4
Brasil	1.908	2.062	8,1	0,9	208.494.900	1,0

Fonte: Sinan NET (banco de dados de 2018 atualizado em 09/01/2019; de 2019, em 15/03/2018). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (população estimada em 01/07/2018).
Dados sujeitos a alteração.

DENGUE / ZIKA / CHIKUNGUNYA

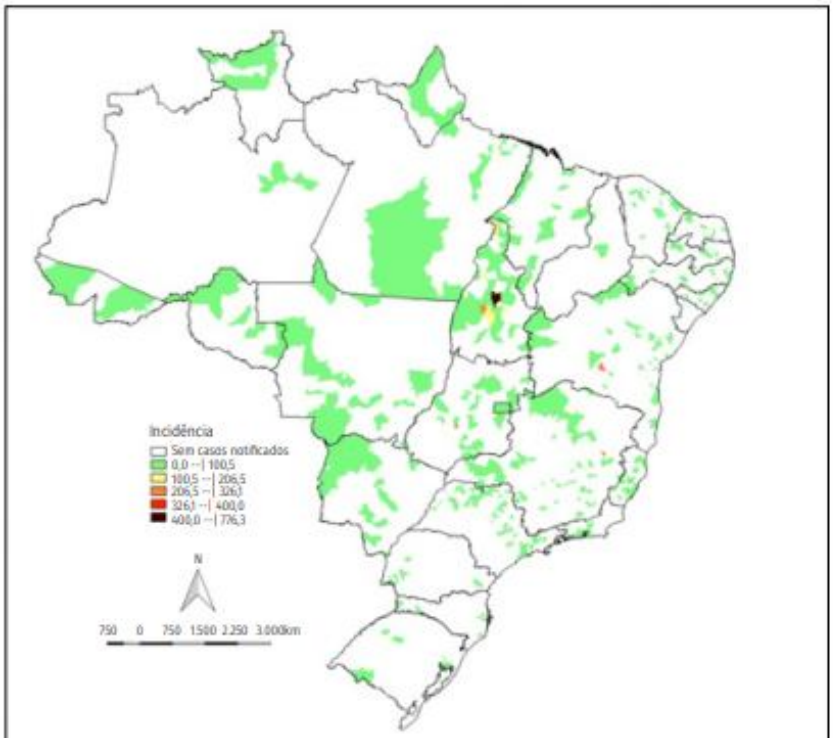
Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: Março/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:



Fonte: Sinan NET (banco de dados de 2018 atualizado em 09/01/2019; de 2019, em 07/03/2019).
Dados sujeitos a alteração.

FIGURA 5 Casos prováveis de Zika, por semana epidemiológica de início de sintomas, Brasil, 2018 e 2019



Fonte: Sinan NET (banco de dados de 2018 atualizado em 09/01/2019; de 2019, em 15/03 /2019). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (população estimada em 01/07/2018)
Dados sujeitos a alteração.

FIGURA 6 Distribuição de incidência de casos prováveis de Zika, até a Semana Epidemiológica9, Brasil, 2019

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 29/03/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

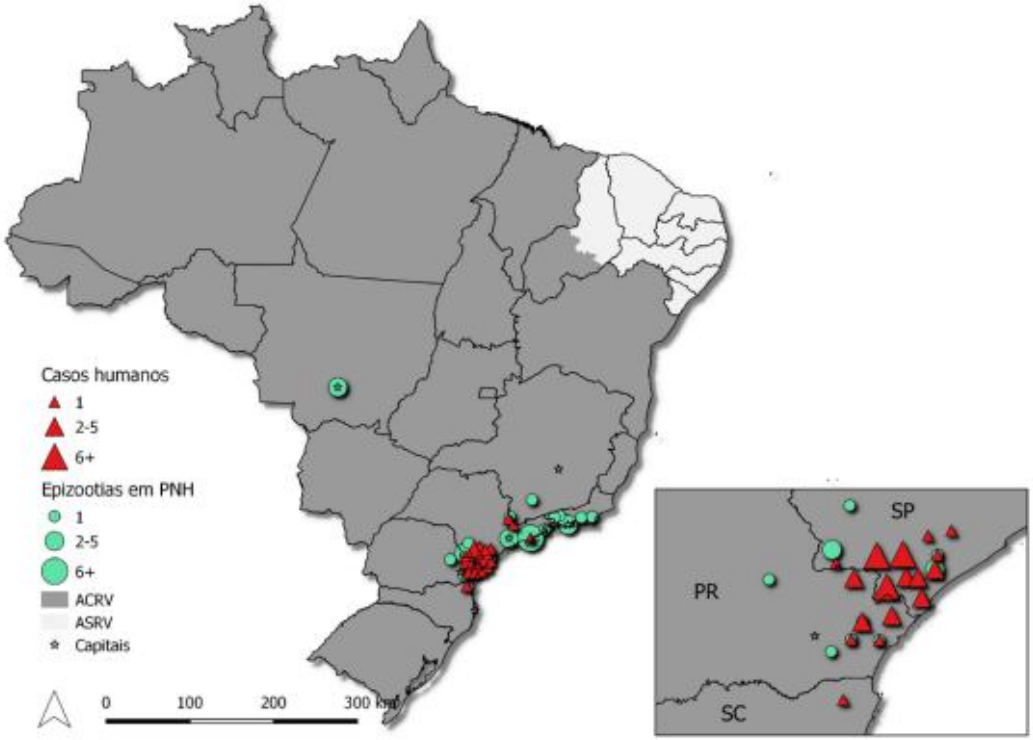
COMENTÁRIOS:

Situação Epidemiológica:

MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA FEBRE AMARELA NO BRASIL*	
Período de monitoramento: 01/07/2018 a 30/06/2019	**Atualização:** 29/03/2019
Casos humanos notificados: 1.580	**Epizootias em PNH notificadas: 2.237**
75 confirmados (17 óbitos)	**36 confirmadas**
268 em investigação	**198** em investigação e **898** indeterminadas
1.237 descartados	**1.105** descartadas

Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos à alteração.

FIGURA 1 • Distribuição dos casos humanos e epizootias em PNH confirmados para Febre Amarela, por município do local provável de infecção e/ou de ocorrência, período de monitoramento 2018/2019 (julho/18 a junho/19), Brasil, entre as semanas epidemiológicas 27/2018 e 13/2019.



FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 29/03/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Vigilância de Casos Humanos

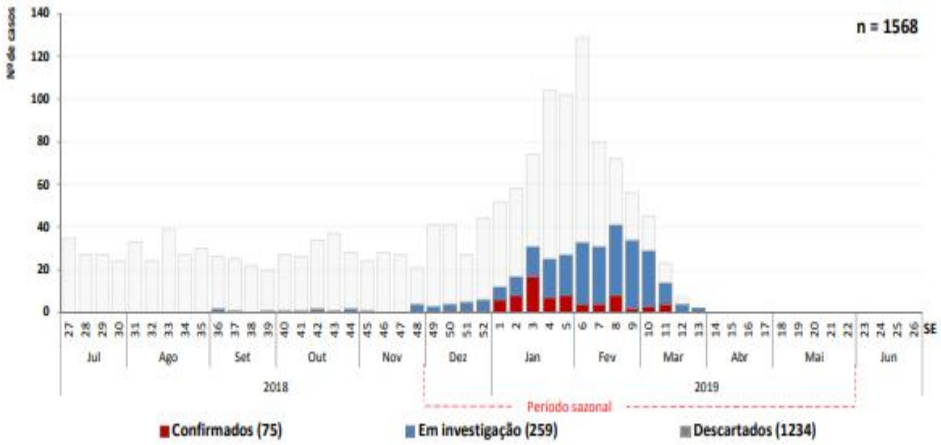
Foram registrados casos humanos confirmados nos estados de São Paulo (62), do Paraná (12) e Santa Catarina (01) (Tabela 1). A maior parte dos casos eram trabalhadores rurais e/ou com exposição em área silvestre, sendo 67 do sexo masculino, com idades entre 08 e 87 anos. O primeiro caso confirmado no Paraná teve data de início dos sintomas em janeiro/2019 (SE-04), dentro do período sazonal da doença (dezembro a maio), quando foram registrados 74 dos 75 casos confirmados. Em março/2019 (SE-13), foi confirmado o primeiro caso de febre amarela no estado de Santa Catarina. Entre os casos confirmados, 17 evoluíram para o óbito.

REGIÃO	UF (LPI)	CASOS NOTIFICADOS	CASOS DESCARTADOS	CASOS EM INVESTIGAÇÃO	CASOS CONFIRMADOS			
					TOTAL	CURAS	ÓBITOS	LETALIDADE (%)
Norte	Acre	3	3					
	Amapá	0						
	Amazonas	6	5	1				
	Pará	22	13	9				
	Rondônia	12	11	1				
	Roraima	2	2					
	Tocantins	14	8	6				
Nordeste	Alagoas	2	2					
	Bahia	15	14	1				
	Ceará	1		1				
	Maranhão	2	2					
	Paraíba	2	2					
	Pernambuco	2	2					
	Piauí	0						
	Rio Grande do Norte	1	1					
	Sergipe	2	1	1				
Centro-Oeste	Distrito Federal	104	101	3				
	Goiás	50	44	6				
	Mato Grosso	8	8					
	Mato Grosso do Sul	3	2	1				
Sudeste	Espírito Santo	44	34	10				
	Minas Gerais	112	95	17				
	Rio de Janeiro	57	53	4				
	São Paulo	**729**	**565**	**102**	**62**	**47**	**15**	**24,2**
Sul	**Paraná**	**344**	**235**	**97**	**12**	**11**	**1**	**8,3**
	Rio Grande do Sul	20	16	4				
	Santa Catarina	**23**	**18**	**4**	**1**		**1**	**100,0**
TOTAL		**1580**	**1237**	**268**	**75**	**58**	**17**	**22,7**

Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos à revisão.

TABELA 1 • Distribuição dos casos humanos suspeitos de Febre Amarela notificados à SVS/MS por UF do local provável de infecção e classificação, período de monitoramento 2018/2019 (julho/2018 a junho/2019), Brasil, entre as semanas epidemiológicas 27/2018 e 13/2019*

FIGURA 2 • Distribuição dos casos humanos suspeitos de Febre Amarela notificados à SVS/MS, por semana epidemiológica de início dos sintomas e classificação, período de monitoramento 2018/2019 (julho/2018 a junho/2019), Brasil, entre as semanas epidemiológicas 27/2018 e 13/2019*.



Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. Dados preliminares e sujeitos à revisão. A Data de início dos sintomas não estava registrada em 12 das notificações.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 29/03/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Vigilância de Epizootias em Primatas Não Humanos – PNH (macacos)

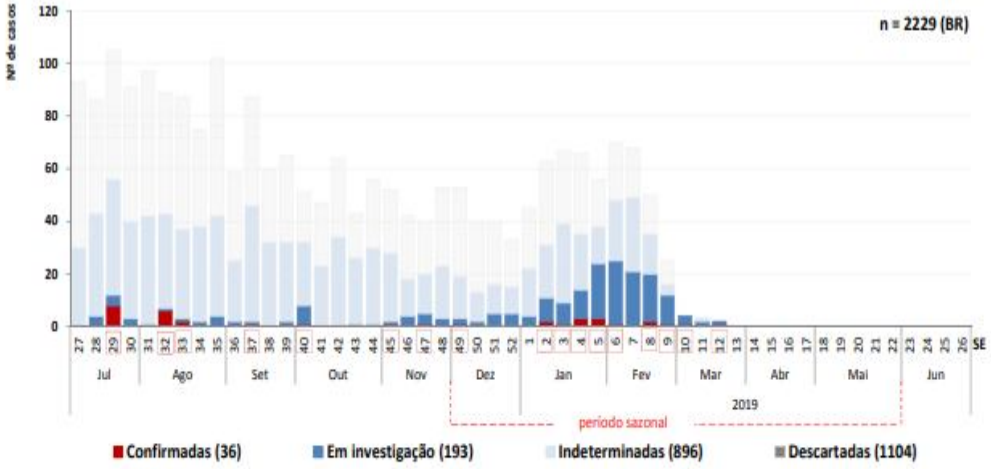
Foram registradas epizootias de PNH confirmadas em São Paulo (20), no Rio de Janeiro (08), em Minas Gerais (01), no Mato Grosso (02), no Paraná (05). O maior número de epizootias confirmadas foi registrado na região Sudeste (80,5%; 29/36), embora atualmente a transmissão esteja avançando na região Sul, principalmente no Paraná, a partir de janeiro de 2019 (SE-04). (Tabela 2).

TABELA 2 • Distribuição das epizootias em primatas não humanos notificadas à SVS/MS, por UF do local de ocorrência e classificação, período de monitoramento 2018/2019 (julho/2018 a junho/2019), Brasil, entre as semanas epidemiológicas 27/2018 e 13/2019

Região	UF	EPIZOOTIAS				
		NOTIFICADAS	DESCARTADAS	INDETERMINADAS	EM INVESTIGAÇÃO	CONFIRMADAS
Norte	Acre					
	Amapá	1		1		
	Amazonas	1		1		
	Pará	25	3	15	7	
	Rondônia	26	3	14	9	
	Roraima					
	Tocantins	33	20	11	2	
Nordeste	Alagoas	4	2	1	1	
	Bahia	138	22	108	8	
	Ceará	1		1		
	Maranhão	2		2		
	Paraíba	2		2		
	Pernambuco	16	8	6	2	
	Piauí					
	Rio Grande do Norte	25	4	15	6	
	Sergipe					
Centro-Oeste	Distrito Federal	14	13	1		
	Goiás	85	30	48	7	
	Mato Grosso	**11**	**3**	**6**		**2**
	Mato Grosso do Sul	3		3		
Sudeste	Espírito Santo	34	15	14	5	
	Minas Gerais	**459**	**135**	**290**	**33**	**1**
	Rio de Janeiro	**299**	**190**	**62**	**39**	**8**
	São Paulo	**843**	**528**	**252**	**43**	**20**
Sul	**Paraná**	**88**	**57**	**19**	**7**	**5**
	Rio Grande do Sul	10	5	2	3	
	Santa Catarina	117	67	24	26	
Total		**2237**	**1105**	**898**	**198**	**36**

Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos à revisão.

FIGURA 3 • Distribuição das epizootias em primatas não humanos notificadas à SVS/MS, por semana epidemiológica de ocorrência e classificação, período de monitoramento 2018/2019 (julho/2018 a junho/2019), Brasil, entre as semanas epidemiológicas 27/2018 e 13/2019.



Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. Dados preliminares e sujeitos à revisão. A Data de ocorrência não estava registrada em 8 das notificações.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 29/03/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Áreas de risco

Diante desse cenário, é fundamental que os municípios das áreas de risco ampliem as coberturas vacinais (no mínimo 95%), com o objetivo de garantir a proteção da população contra a doença, reduzindo o risco de óbitos e surtos, além do risco de reurbanização da transmissão (por Aedes aegypti).

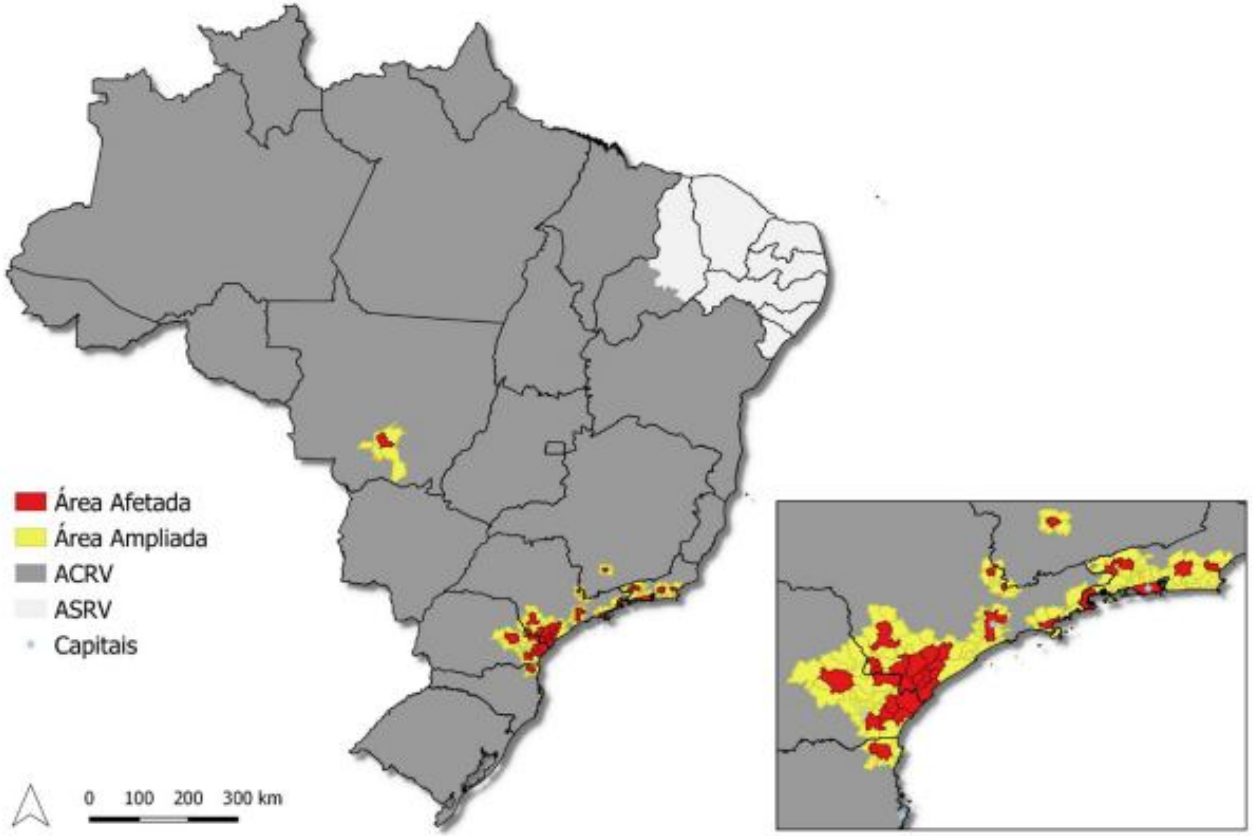


FIGURA 4 • Áreas afetadas (com evidência de circulação viral) e ampliadas (limítrofes àquelas afetadas), que compõem as áreas de risco de transmissão de FA e onde as ações de vigilância e resposta devem ser intensificadas.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 29/03/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Orientações para a intensificação da vigilância:

O Ministério da Saúde ressalta a necessidade de alertar a rede de serviços de saúde de vigilância epidemiológica e ambiental para antecipar a resposta e prevenir a ocorrência da doença em humanos.

1. Avaliar as coberturas vacinais nos municípios da Área com recomendação de Vacina (ACRV) e vacinar as populações prioritárias.
2. Orientar viajantes com destino à ACRV e áreas afetadas sobre a importância da vacinação preventiva (pelo menos 10 dias antes da viagem), sobretudo aqueles que pretendem realizar atividades em áreas silvestres ou rurais.
3. Sensibilizar instituições e profissionais dos setores de saúde e extra saúde (meio ambiente, agricultura/pecuária, entre outros) sobre a importância da notificação e investigação da morte de primatas não humanos.
4. Aprimorar o fluxo de informações e amostras entre Secretarias Municipais da Saúde, órgãos regionais e Secretarias Estaduais da Saúde, visando à notificação imediata ao Ministério da Saúde (até 24 horas), a fim de garantir oportunidade para a tomada de decisão e maior capacidade de resposta.
5. Notificar e investigar oportunamente os casos humanos suspeitos de FA, atentando para o histórico de vacinação preventiva, deslocamentos para áreas de risco e atividades de exposição para definição do Local Provável de Infecção (LPI).
6. Notificar e investigar oportunamente todas as epizootias em PNH detectadas, observandose os protocolos de colheita, conservação e transporte de amostras biológicas, desde o procedimento da colheita até o envio aos laboratórios de referência regional e nacional, conforme Nota Técnica N°5 SEI/2017 CGLAB/DEVIT/SVS.
7. Utilizar recursos da investigação entomológica, ampliando-se as informações disponíveis para compreensão, intervenção e resposta dos serviços de saúde, de modo a contribuir com o conhecimento e monitoramento das características epidemiológicas relacionadas à transmissão no Brasil.

Ressalta-se que a FA compõe a lista de doenças de notificação compulsória imediata, definida na Portaria de Consolidação nº 4, capitulo I. art 1º ao 11. Anexo 1, do Anexo V; (Origem: PRT MS/ GM 204/2016) e capitulo III. art 17 ao 21. Anexo 3, do Anexo V; (Origem: PRT MS/GM 782/2017).

Tanto os casos humanos suspeitos quanto as epizootias em PNH devem ser notificados em até 24 horas após a suspeita inicial.

Informações adicionais acerca da febre amarela estão disponíveis em: http://portalms.saude. gov.br/saude-de-a-z/febre-amarela-sintomas-transmissao-e-prevencao

GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 14/2019

(31/03/2019 a 06/04/2019)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CIEVS
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

CANDIDA AURIS

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 09/04/2019

Fonte da informação: saude.estadao.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Em maio, um idoso foi internado no Mount Sinai Hospital, no Brooklyn, para se submeter a uma cirurgia abdominal. Um teste sanguíneo revelou que ele estava infectado com um germe recém-descoberto, misterioso e letal. Os médicos isolaram o paciente, que foi mantido numa unidade de terapia intensiva.

O fungo Candida auris ataca pessoas com seu sistema imunológico debilitado e vem se espalhando silenciosamente pelo globo. Nos últimos cinco anos, atingiu uma unidade neonatal na Venezuela e se propagou em um hospital na Espanha, obrigou um famoso centro médico britânico a fechar a UTI e se desenvolveu em Índia, Paquistão e África do Sul. Recentemente chegou a Nova York, New Jersey e Illinois, o que levou os centros federais do Departamento de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) a adicioná-lo na lista de germes qualificados como “ameaças urgentes”.

O idoso internado no Mount Sinai Hospital morreu depois de 90 dias, mas o C.auris não. Testes mostraram que ele estava por toda a parte no quarto do paciente, e é tão invasivo que o hospital precisou de equipamentos de limpeza especiais e teve de remover alguns azulejos do teto e do chão para erradicá-lo. “Tudo estava tomado pelo fungo - paredes, o leito, as portas, cortinas, telefones, pia, colchão”, disse o Dr. Scott Lorin, presidente do hospital.

O C.auris é muito tenaz em parte porque é imune a medicamentos contra fungos e é um novo exemplo de uma das ameaças à saúde mais incontroláveis do mundo, o aumento de infecções resistentes a medicamentos. “É um enorme problema”, disse Matthew Fisher, professor de epidemiologia no Imperial College London. O C. auris, que infectou o homem no Mount Sinai Hospital, é uma das dezenas de bactérias e fungos perigosos que desenvolveram resistência. Mas, como muitos, é uma ameaça praticamente desconhecida da população.

Outras cepas do fungo Candida - uma das causas mais comuns de infecções de corrente sanguínea nos hospitais - não desenvolveram uma resistência significativa a medicamentos, mas mais de 90% das infecções do C.auris são resistentes a pelo menos uma droga, e 30% a duas ou mais drogas, afirmou o CDC.

O fungo Candida auris ataca pessoas com seu sistema imunológico debilitado
Foto: Centers for Disease Control and Prevention via The New York Times

SARAMPO

Local de ocorrência: Estados Unidos
Data da informação: 04/04/2019
Fonte da informação: Centers for Disease Control and Prevention - CDC

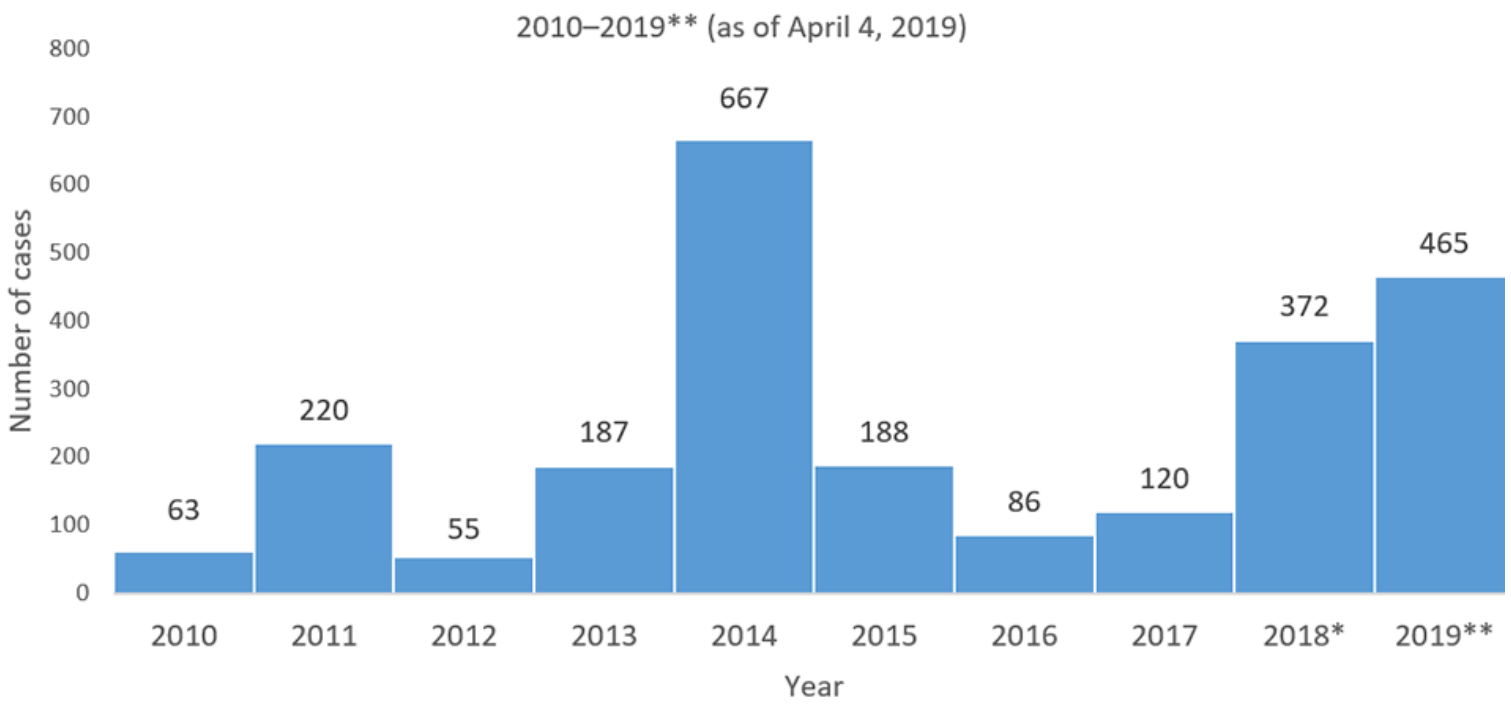
COMENTÁRIOS:

Casos de sarampo em 2019

De 1º de janeiro a 4 de abril de 2019, 465 casos de sarampo foram confirmados em 19 estados. Este é o segundo maior número de casos relatados nos EUA desde que o sarampo foi eliminado em 2000.

Os estados que relataram casos ao CDC são Arizona, Califórnia, Colorado, Connecticut, Flórida, Geórgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Massachusetts, Michigan, Missouri, Nevada, Nova Hampshire, Nova Jersey, Nova York, Oregon, Texas e Washington.

Número de casos de sarampo relatados por ano



* Casos em 29 de dezembro de 2018. A contagem de casos é preliminar e sujeita a alterações.
** Casos até 4 de abril de 2019. A contagem de casos é preliminar e está sujeita a alterações. Os dados são atualizados a cada segunda-feira.

SARAMPO

Local de ocorrência: Uruguai

Data da informação: 09/04/2019

Fonte da informação: agenciabrasil.ebc.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde do Uruguai confirmou no dia 9/04 o segundo caso de sarampo no país. O Uruguai não registrava casos da doença desde 1999. Neste ano, 85 mil uruguaios receberam a vacina tríplice viral, que previne contra o sarampo, a caxumba e a rubéola.

Desde a semana passada, após a confirmação do primeiro caso da doença, o Ministério da Saúde uruguaio está realizando uma intensa campanha de vacinação para a população. Na primeira semana de abril, mais de 20 mil pessoas foram vacinadas. O país, com uma população de 3,5 milhões de habitantes, possui 400 postos de vacinação. A imunização é gratuita.

Os sintomas da doença são febre, erupções cutâneas, conjuntivite, tosse e coriza. O sarampo é uma doença infecciosa aguda, de natureza viral, grave, transmitida pela fala, tosse e espirro, e extremamente contagiosa.

A vacinação é a única maneira de prevenir a doença, que pode trazer complicações principalmente para crianças desnutridas e menores de um ano.

Quem deve se vacinar

No Uruguai, todas as pessoas maiores de 15 meses e nascidas a partir de 1967 (menores de 52 anos) devem se vacinar contra o sarampo – receber a segunda dose.

Os bebês de 12 a 15 meses devem ter recebido uma dose e partir dos 15 meses receber a segunda.

Menores de 6 meses, mulheres grávidas e pessoas com alergia severa ao ovo ou pacientes imunocomprometidos não podem ser vacinados.

Brasil

Após o registro de um caso de sarampo endêmico no Pará, o Ministério da Saúde anunciou em março que o Brasil vai perder o certificado de eliminação da circulação do vírus do sarampo, concedido pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), em 2016.

(Fonte: Google)

ÉBOLA

Local de ocorrência: República Democrática do Congo

Data da informação: 28/03/2019

Fonte da informação: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

COMENTÁRIOS:

Resumo epidemiológico

Desde o início do surto e em 27 de março de 2019, houve 1.044 casos de doença do vírus Ébola (978 confirmados, 66 prováveis), incluindo 652 mortes (586 confirmadas, 66 prováveis), de acordo com o Ministério da Saúde da República Democrática do Congo.

Em 27 de março de 2019, 80 profissionais de saúde foram infectados, dos quais 27 morreram.

Vinte e uma zonas de saúde em duas províncias foram confirmadas com prováveis casos de DVE, incluindo Beni, Biena, Butembo, Lubero, Mabalako, Manguredjipa, Masereka, Mutwanga, Musienene, Oicha, Kalunguta, Katwa, Kayna, Kyondo e centros de saúde de Vuhovi na província do Kivu do Norte e nos centros de saúde de Bunia, Nyankunde, Komanda, Mandima, Rwampara e Tchomia na província de Ituri.

Avaliação do ECDC

As medidas de resposta continuam a ser um desafio nas áreas afetadas devido à prolongada crise humanitária, situação de segurança instável e resistência entre a população. O fato do surto estar em curso em áreas com doenças transfronteiriças com fluxo populacional com Ruanda, Sudão do Sul e Uganda continua sendo uma preocupação especial.

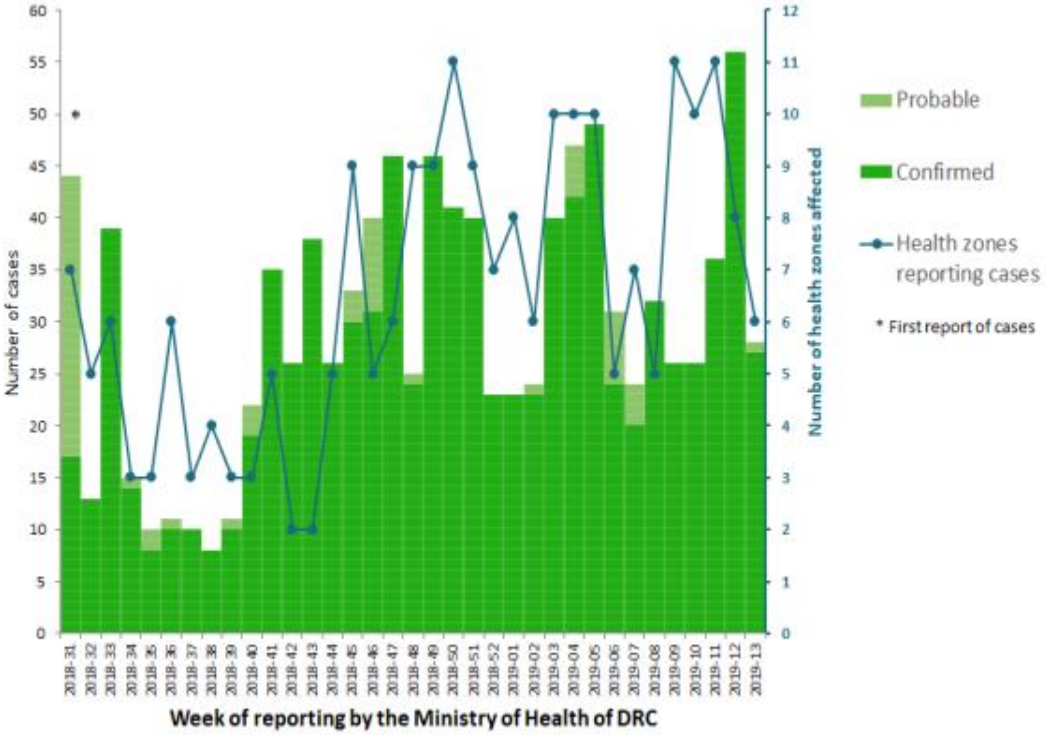
Uma proporção substancial de casos continua entre os indivíduos não previamente identificados como contatos, destacando a necessidade de manter uma vigilância reforçada para identificar as cadeias de transmissão.

O risco global de introdução e propagação da doença do vírus Ébola na UE / EEE é muito baixo. No entanto, o risco somente será eliminado parando a transmissão no nível local.

Avaliação da OMS: Até 7 de fevereiro de 2019, a avaliação da OMS indica que o risco de propagação é baixo a nível global, mas permanece muito alto a nível nacional e regional.

Ações

O ECDC publicou uma atualização epidemiológica em 25 de janeiro de 2019 e a terceira atualização de uma avaliação rápida dos riscos em 13 de fevereiro de 2019.



The MoH of DRC are currently conducting data cleaning. Thus, these figures are likely to change over coming days as cases are being reclassified.

Distribuição de casos confirmados e prováveis de Doença do Vírus Ebola e zonas de saúde casos de denúncia, Kivu do Norte e Ituri, República Democrática do Congo, em 27 de março 2019

MERS-CoV

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 29/03/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

De 1 a 28 de fevereiro de 2019, o Ponto Focal Nacional da RSI da Arábia Saudita relatou 68 casos adicionais de infecção por coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV), incluindo 10 mortes. Dos 68 casos de MERS relatados em fevereiro, 19 casos ocorreram em cidades diferentes de Wadi Aldwasir.

Esta atualização de notícias de surto de doença descreve os 19 casos. Entre esses casos, quinze foram esporádicos e quatro foram relatados como parte de dois grupos não relacionados. O grupo 1 envolveu dois casos na cidade de Buridah; e o grupo 2 envolveu dois casos na cidade de Riyadh.

Uma notícia separada sobre surtos de doenças irá fornecer uma atualização sobre o surto em Wadi Aldwasir, que afetou 49 casos e resultou em sete mortes em fevereiro, totalizando 52 casos desde o início do surto.

De 2012 a 28 de fevereiro de 2019, o número total de casos de MERS confirmados por laboratório, relatados globalmente à OMS, é de 2.374, com 823 mortes associadas. O número global reflete o número total de casos confirmados por laboratório relatados à OMS sob o RSI até o momento. O número total de mortes inclui as mortes que a OMS está ciente até o momento através do acompanhamento com os estados membros afetados.

Avaliação de risco da OMS

A infecção pelo MERS-CoV pode causar uma doença grave, resultando em alta morbidade e mortalidade. Humanos são infectados com MERS-CoV de contato direto ou indireto com camelos dromedários infectados. O MERS-CoV demonstrou a capacidade de ser transmitida entre humanos, especialmente de contato próximo desprotegido com pacientes infectados. Até agora, a transmissão não sustentada de humano para humano observada ocorreu principalmente em ambientes de cuidados de saúde.

A notificação desses casos adicionais não altera a avaliação de risco geral da OMS da MERS. A OMS espera que casos adicionais de MERS sejam relatados no Oriente Médio e que os casos continuem sendo exportados para outros países por indivíduos que possam adquirir a infecção após exposição a camelos dromedários, produtos de origem animal (por exemplo, consumo de leite cru de camelo), ou por humanos (por exemplo, em um ambiente de cuidados de saúde). A OMS continua monitorando a situação epidemiológica e conduz uma avaliação de risco com base nas últimas informações disponíveis.

Conselho da OMS

Com base na situação atual e nas informações disponíveis, a OMS incentiva todos os Estados Membros a continuar sua vigilância para infecções respiratórias agudas e a rever cuidadosamente quaisquer padrões incomuns. A identificação precoce, o gerenciamento de casos e o isolamento, juntamente com medidas adequadas de prevenção e controle de infecção, podem impedir a transmissão de MERS-CoV entre humanos.

A OMS recomenda que a identificação abrangente, o acompanhamento e o teste de todos os contatos de pacientes com MERS sejam conduzidos, se possível, independentemente do desenvolvimento dos sintomas, já que aproximadamente 20% de todos os casos relatados de MERS foram relatados como leves ou assintomáticos. O papel da infecção assintomática por MERS-CoV na transmissão não é bem compreendido. No entanto, relatos de transmissão de um paciente MERS assintomático para outro indivíduo foram documentados.

A MERS causa uma doença mais grave em pessoas com condições médicas crônicas subjacentes, como diabetes mellitus, insuficiência renal, doença pulmonar crônica e sistema imunológico comprometido. Portanto, pessoas com essas condições médicas subjacentes devem evitar o contato desprotegido com animais, especialmente camelos dromedários, quando visitam fazendas, mercados ou áreas de celeiros onde se sabe que o vírus está potencialmente circulando. Medidas gerais de higiene, como lavar as mãos regularmente antes e depois de tocar nos animais e evitar o contato com animais doentes, devem ser seguidas.

As práticas de higiene alimentar devem ser observadas. As pessoas devem evitar beber leite cru de camelo ou comer carne de camelo que não tenha sido devidamente cozida. A OMS não aconselha a triagem especial nos pontos de entrada em relação a este evento, nem recomenda atualmente a aplicação de quaisquer restrições de viagem ou comércio.

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 03/04/2019
Origem da informação: The Global Polio Erradication Initiative e OPAS

COMENTÁRIOS

O Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (SAGE) reuniu-se de 2 a 4 de abril de 2019 em Genebra, Suíça. Entre outros tópicos de imunização, o SAGE recebeu uma atualização sobre a mais recente epidemiologia global sobre os esforços de erradicação da pólio e uma visão geral da Estratégia de Jogo Final do GPEI 2019-2023. Além disso, o SAGE endossou as diretrizes para a vigilância de poliovírus derivados de vacinas em pessoas com doenças de imunodeficiência primária.

O Laboratório Regional de Pólio do Paquistão está em fase de conclusão com financiamento da Agência de Cooperação Internacional do Japão.

Resumo de novos vírus nesta semana: Afeganistão - um caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1); **Paquistão** - seis amostras ambientais positivas para WPV1; **Nigéria** - dois isolados ambientais positivos para poliovírus tipo 2 derivados de vacina (cVDPV2) circulantes.

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

Total cases	Year-to-date 2019		Year-to-date 2018		Total in 2018	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	9	4	8	3	33	105
- in endemic countries	9	4	8	0	33	34
- in non-endemic countries	0	0	0	3	0	71

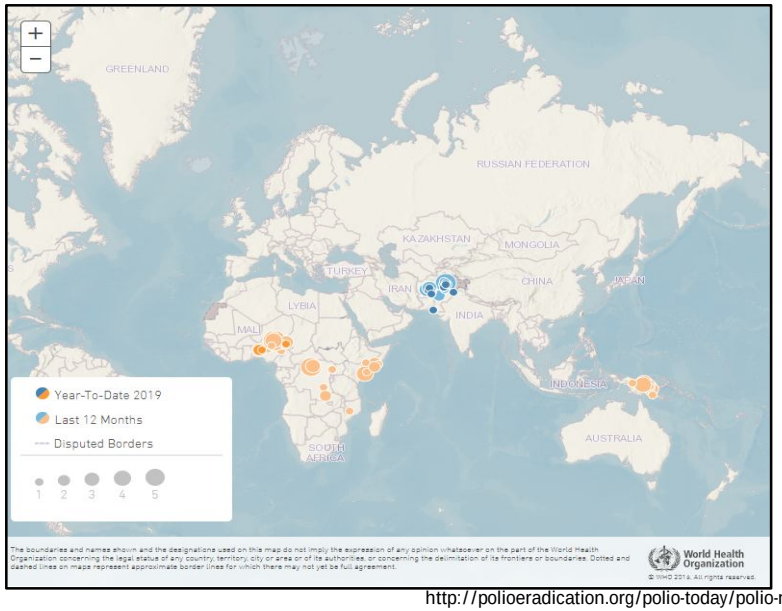
http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS

Countries	Year-to-date 2019		Year-to-date 2108		Total in 2018		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afeganistão	3	0	7	0	21	0	25-Feb-2019	NA
Rep Dem Congo	0	0	0	3	0	20	NA	7-Oct-2018
Mozambique	0	0	0	0	0	1	NA	21-Oct-2018
Niger	0	0	0	0	0	10	NA	5-Dec-2018
Nigeria	0	4	0	0	0	34	NA	20-Feb-2019
Paquistão	6	0	1	0	12	0	25-Feb-2019	NA
Papua Nova Guiné	0	0	0	0	0	26	NA	18-Oct-2018
Somália	0	0	0	0	0	13	NA	7-Sep-2018

http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/

Poliovírus selvagem global e casos de poliovírus circulantes derivados da vacina - últimos 12 meses - em 09 de abril de 2019



http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/

INFLUENZA

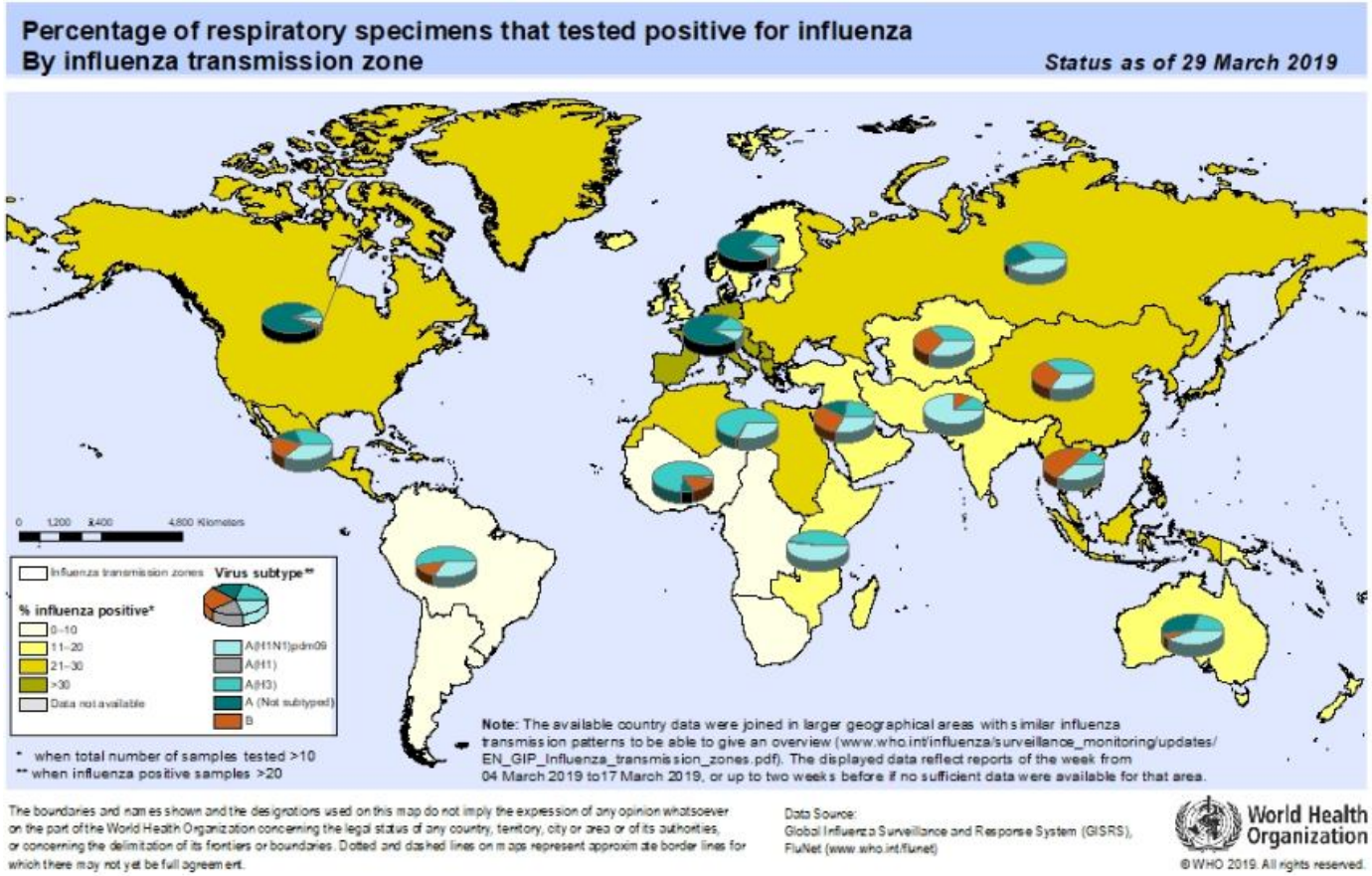
Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 01/04/2019
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

Na América do Norte, a atividade da influenza pareceu diminuir com o vírus influenza A (H3N2), seguido pelo vírus influenza A (H1N1) pdm09. Na Europa, a atividade da influenza diminuiu em todo o continente. Ambos os vírus influenza A co-circularam. No norte da África, a atividade da gripe ainda foi relatada em alguns países. Na Ásia Ocidental, a atividade da influenza pareceu diminuir no geral, com exceção de alguns países onde a atividade permaneceu elevada. Na Ásia Oriental, embora a diminuição da atividade da influenza continuasse a ser relatada. Detecções aumentadas de vírus da gripe A (H3N2) e B (linhagem Victoria) foram relatadas nas últimas semanas. No sul da Ásia, a influenza pareceu diminuir com o predomínio do vírus influenza A (H1N1) pdm09. No Caribe, nos países da América Central e nos países tropicais da América do Sul, a atividade de influenza e VSR foi baixa em geral.

Nas zonas temperadas do hemisfério sul, a atividade da gripe permaneceu em níveis inter-sazonais, com exceção de algumas partes da Austrália onde a atividade da influenza permaneceu acima dos níveis inter-sazonais.

Em todo o mundo, os vírus sazonais da gripe A foram responsáveis pela maioria das detecções. Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de influenza de 115 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 04 de março de 2019 a 17 de março de 2019 (dados em 2019-03-29 03:30:56 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 176.726 espécimes durante esse período de tempo. 43.084 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 39.652 (92%) foram tipificados como influenza A e 3.432 (8%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 8.769 (49,9%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 8.795 (50,1%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 119 (5,1%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 2.193 (94,9%) à linhagem B-Victoria.



World Health Organization

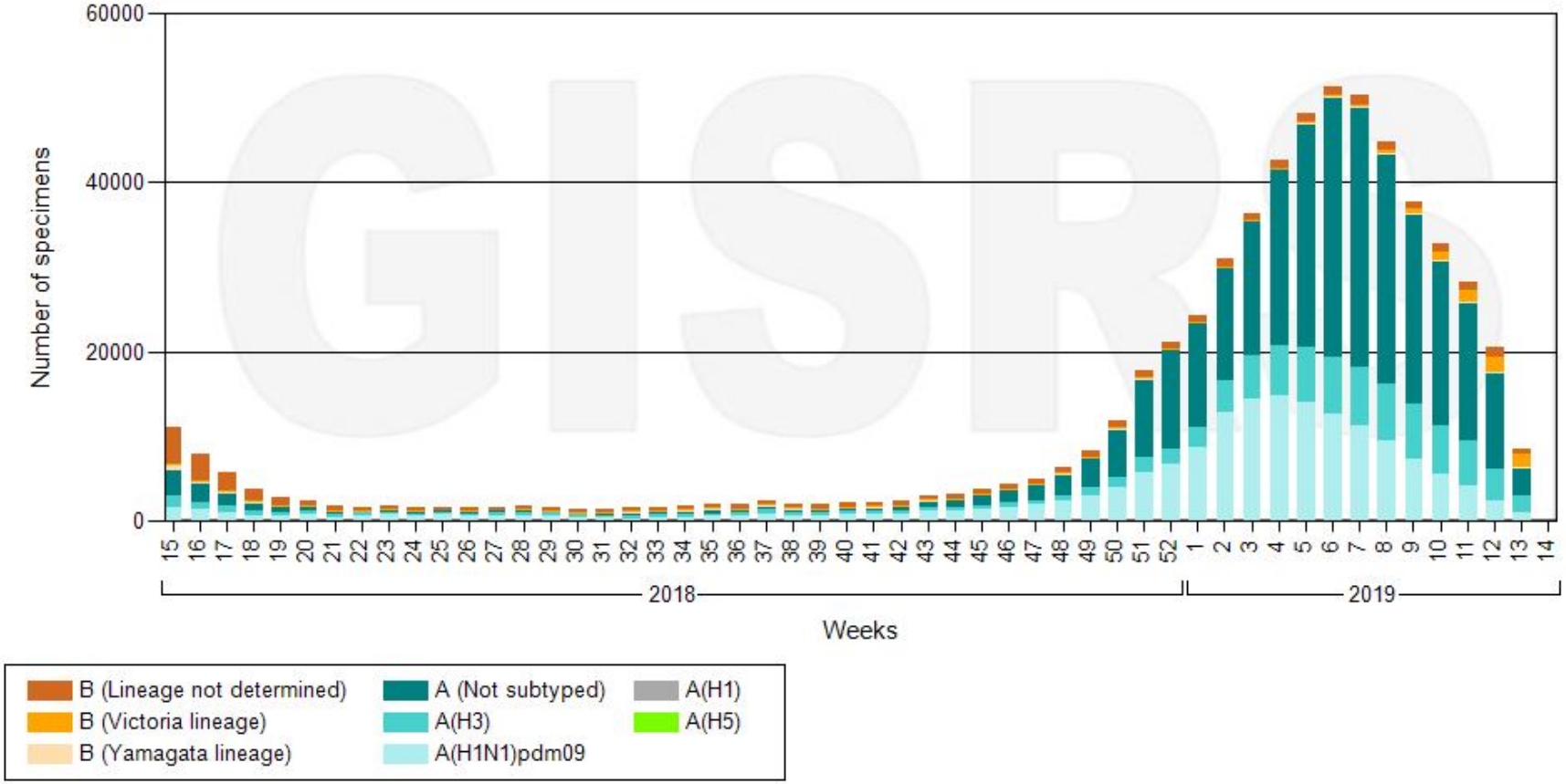
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 09/04/2019 13:25:58 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



Data source: FluNet (www.who.int/flunet), GISRS

© World Health Organization 2019

World Health Organization

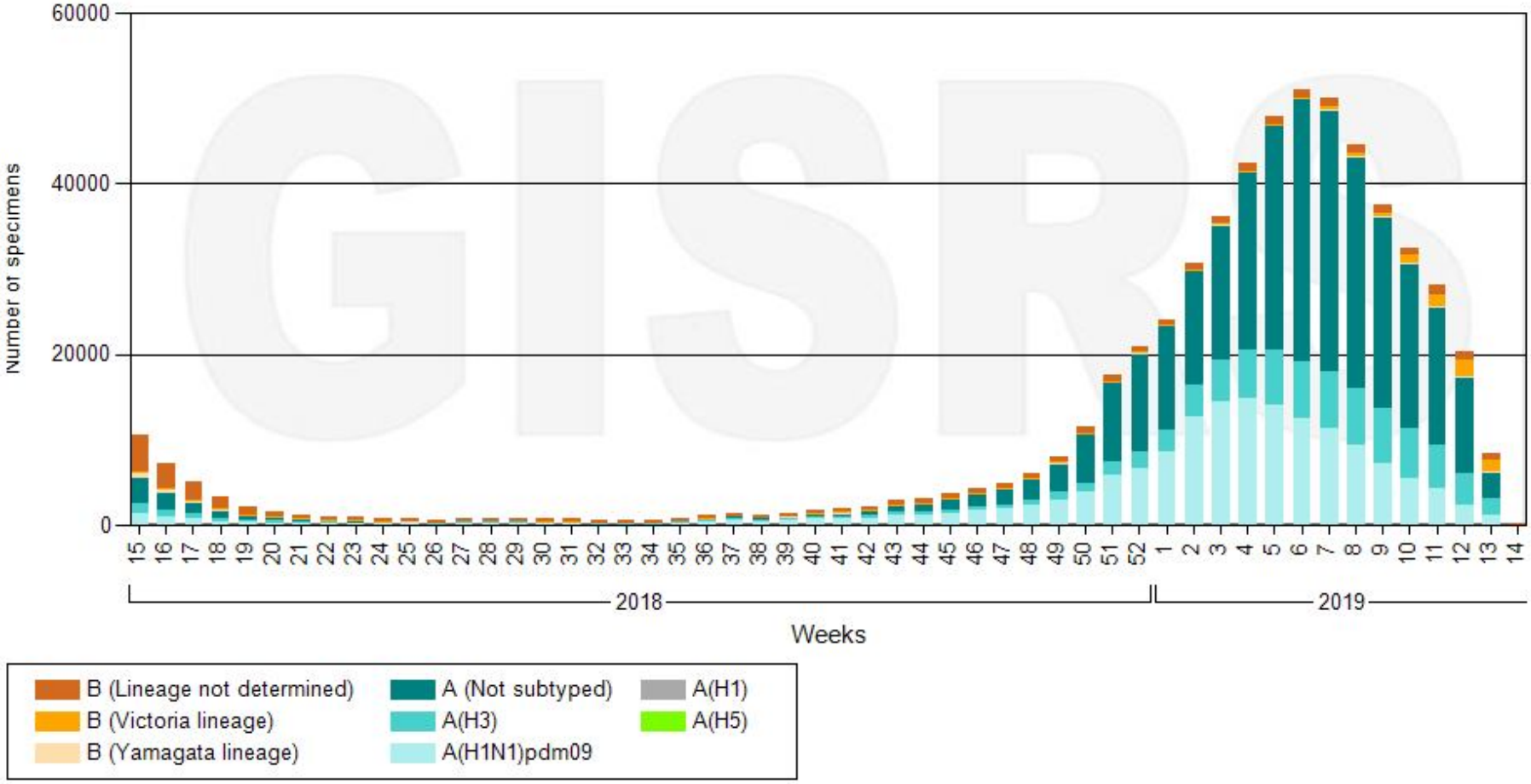
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 09/04/2019 13:27:04 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Northern hemishere

Number of specimens positive for influenza by subtype



Data source: FluNet (www.who.int/flunet), GISRS

© World Health Organization 2019

World Health Organization

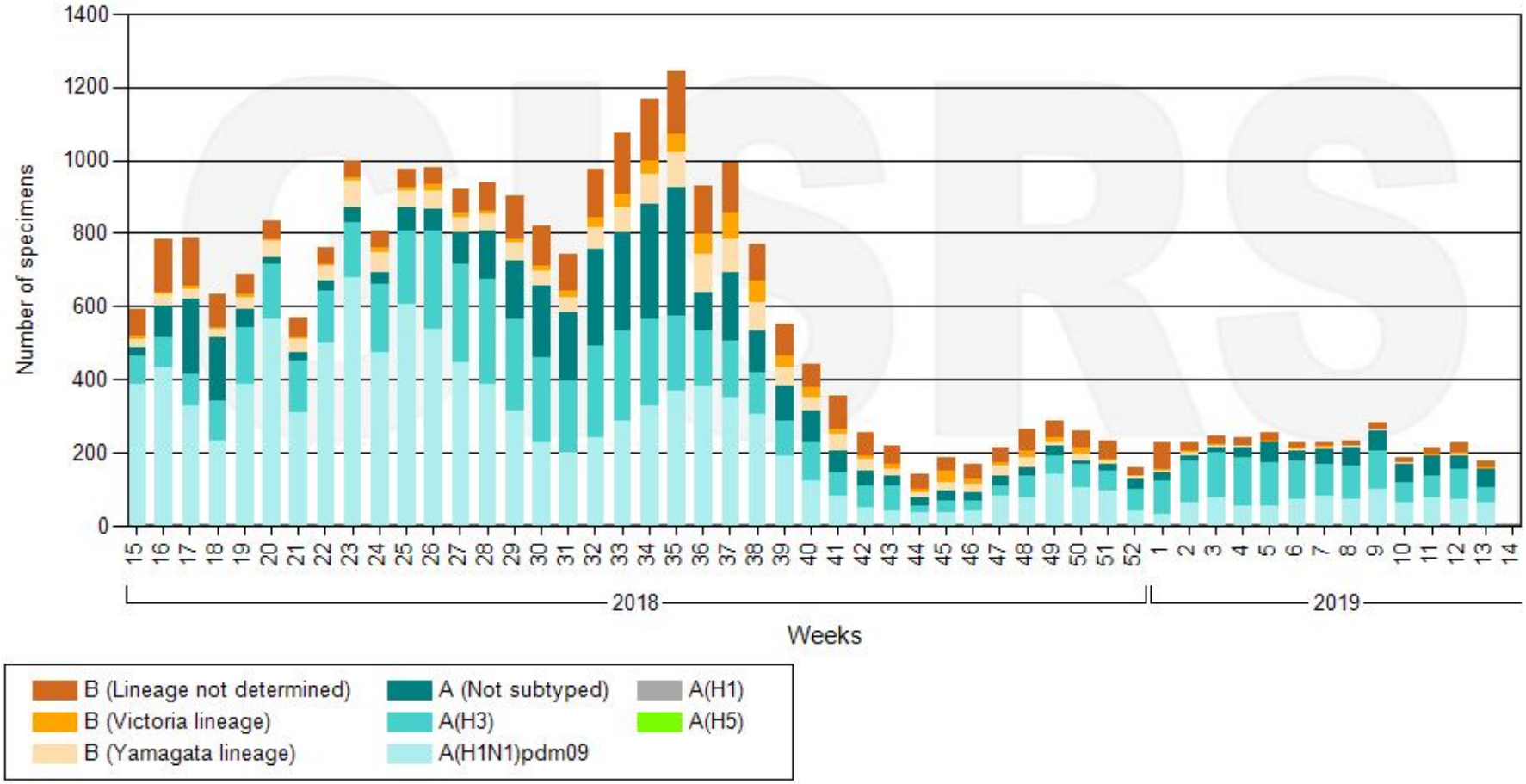
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 09/04/2019 13:28:06 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



Data source: FluNet (www.who.int/flunet), GISRS

© World Health Organization 2019

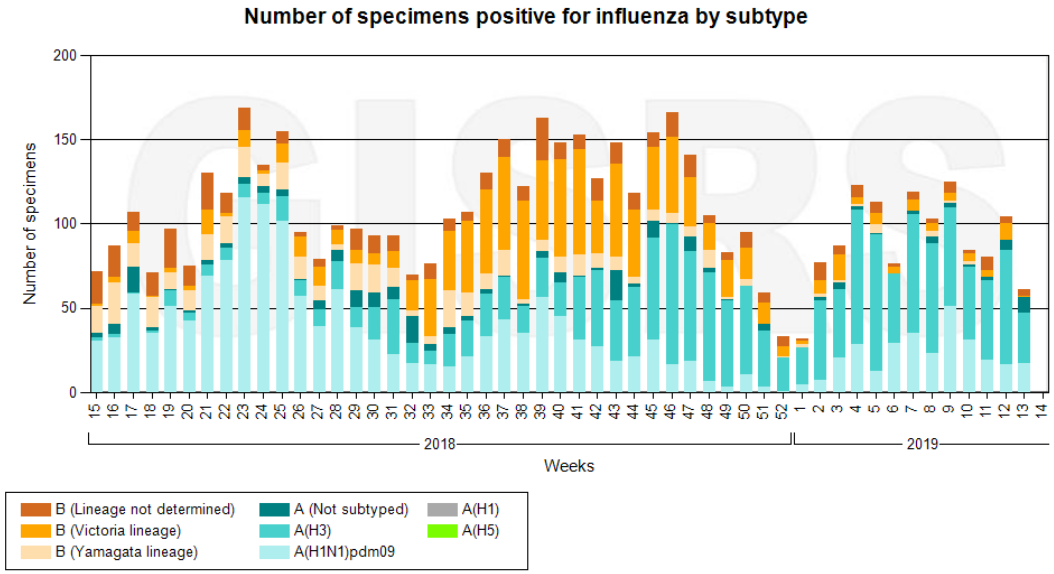
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 09/04/2019 13:29:14 UTC

World Health Organization

African Region of WHO



Data source: FluNet (www.who.int/flunet), GISRS

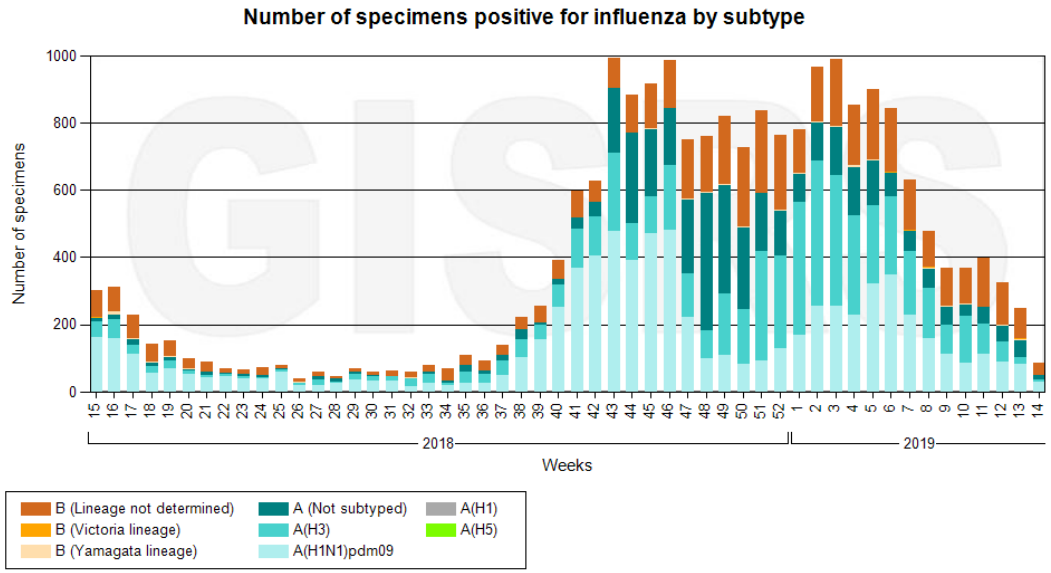
© World Health Organization 2019

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 09/04/2019 13:30:19 UTC

Eastern Mediterranean Region of WHO



Data source: FluNet (www.who.int/flunet), GISRS

© World Health Organization 2019

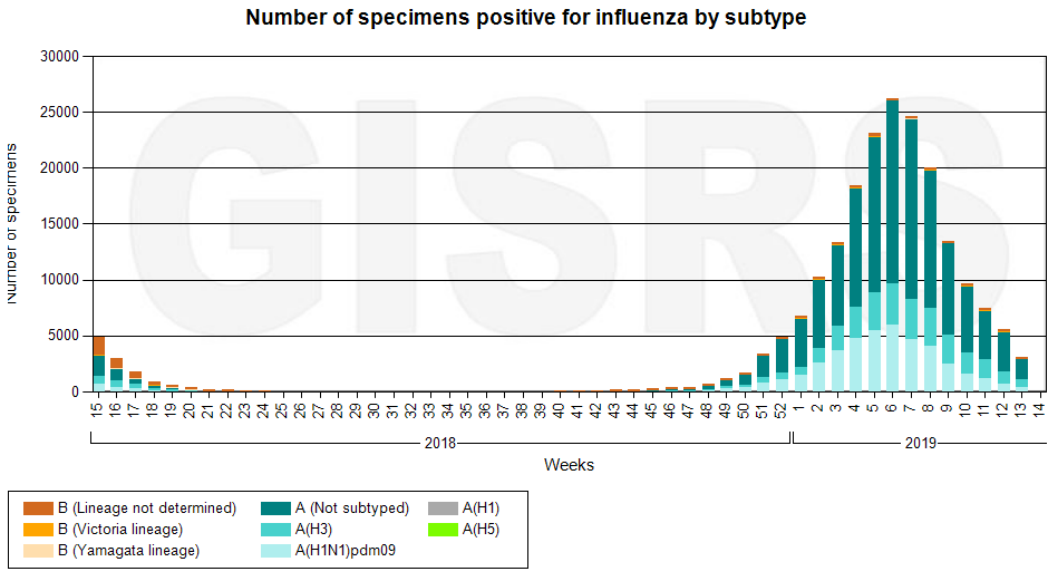
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 09/04/2019 13:31:03 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

World Health Organization

European Region of WHO



Data source: FluNet (www.who.int/flunet), GISRS

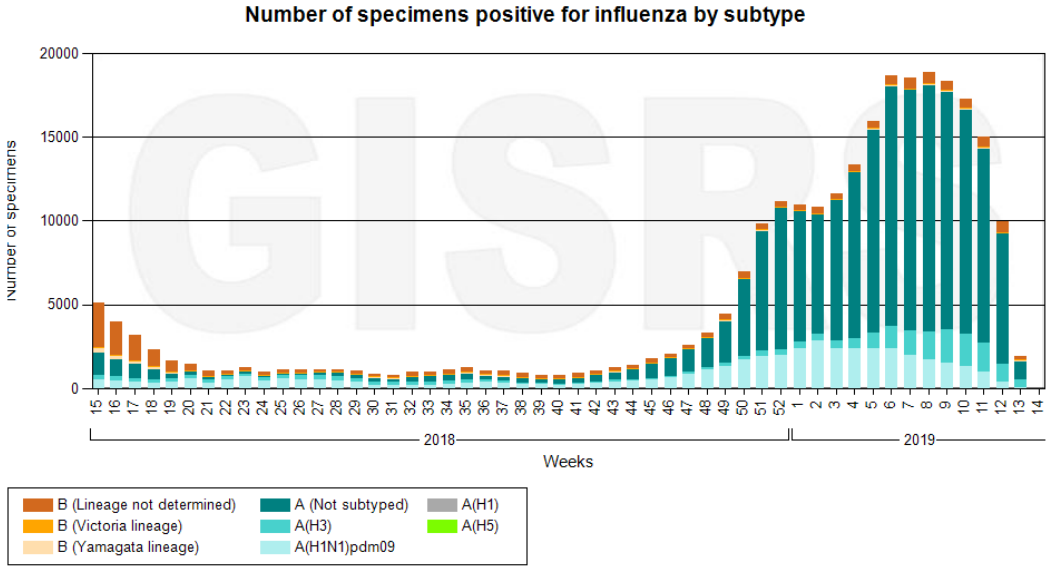
© World Health Organization 2019

Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 09/04/2019 13:31:59 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Region of the Americas of WHO



Data source: FluNet (www.who.int/flunet), GISRS

© World Health Organization 2019

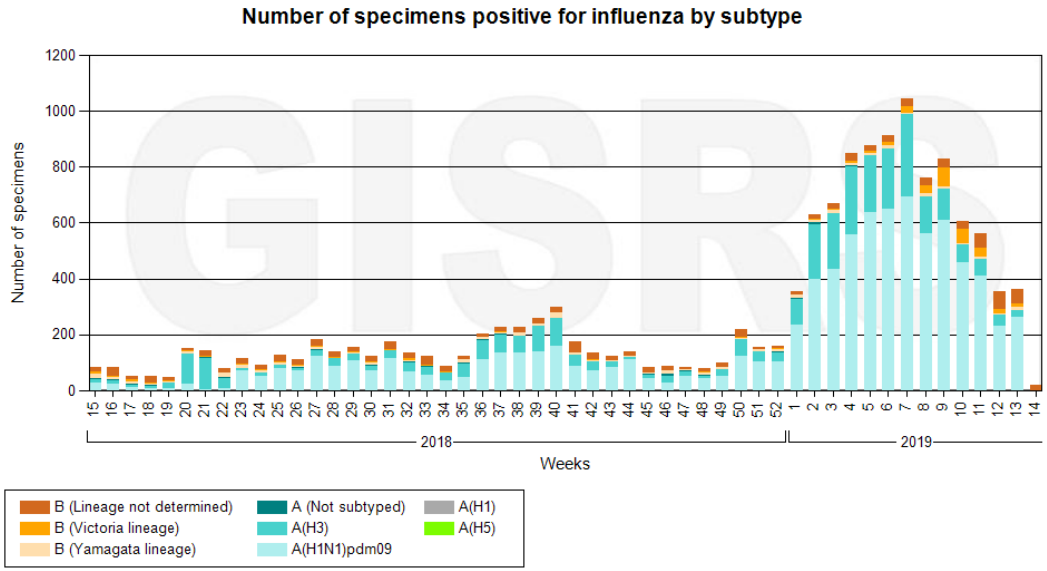
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 09/04/2019 13:32:41 UTC

World Health Organization

South-East Asia Region of WHO



Data source: FluNet (www.who.int/flunet), GISRS

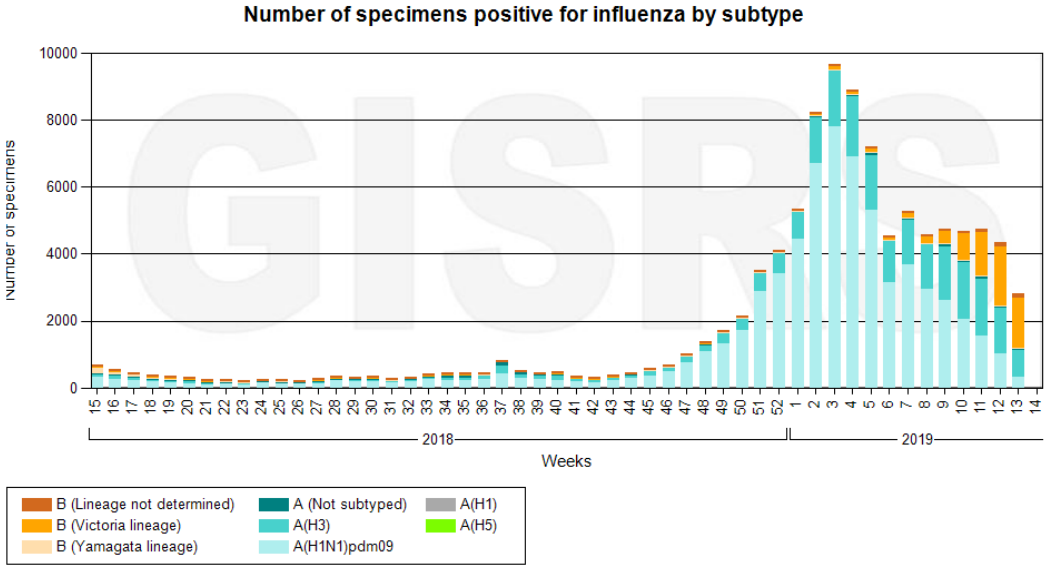
© World Health Organization 2019

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 09/04/2019 13:33:25 UTC

Western Pacific Region of WHO



Data source: FluNet (www.who.int/flunet), GISRS

© World Health Organization 2019

Fontes utilizadas na pesquisa

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de Vigilância em Saúde. 1 ed. Brasília: 2014
- http://portal.saude.gov.br/
- http://www.cdc.gov/
- http://www.ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx/
- http://www.defesacivil.pr.gov.br/
- http://www.promedmail.org/
- http://www.healthmap.org/
- http://new.paho.org/bra/
- http://www.who.int/en/
- http://www.oie.int/
- http://www.phac-aspc.gc.ca
- http://www.ecdc.europa.eu/>
- http://www.usda.gov/
- http://www.pt.euronews.com />
- http://polioeradication.org/
- http://portal.anvisa.gov.br