

# INFORME EPIDEMIOLÓGICO

## CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 17/2019  
(21/04/2019 a 27/04/2019)

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

# EVENTOS ESTADUAIS

## Semana Epidemiológica 17/2019

(21/04/2019 a 27/04/2019)

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

# OUVIDORIA

**Local de ocorrência:** Paraná

**Data da informação:** 29/04/2019

**Origem da informação:** Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

## COMENTÁRIOS:

A Ouvidoria Geral da Saúde, órgão da Secretaria da Saúde do Paraná, lançou mais um canal de comunicação com a população - via WhatsApp. Nesta primeira etapa, o serviço receberá as mensagens de usuários da 2ª Regional de Saúde de Curitiba, que poderão cadastrar o número (41) 3330 4414 para entrar em contato e solicitar informações sobre medicamentos não padronizados na Farmácia do Estado.

A Ouvidoria já atende a paranaenses de todas as cidades por meio de outros 4 canais – via web, ligação gratuita, atendimento presencial e carta.

“Ouvir as pessoas, acolher suas opiniões, sejam de sugestão, crítica ou elogio, é fundamental para a realização de uma boa gestão”, disse o secretário da Saúde do Paraná, Beto Preto, que é médico e já foi o 1º Ouvidor Geral do SUS, em Brasília, entre 2003/2004.

Segundo a lei federal 13.460/2017, que dispõe sobre o funcionamento das ouvidorias municipais, o prazo para implantação em todas as cidades do País, vai até julho deste ano, ou seja, o Paraná se antecipou à data e implementou o serviço em todos os municípios. No início de abril atingiu a meta com a instalação da Ouvidoria Municipal de Balsa Nova, na região Metropolitana.

Além das ouvidorias municipais, o governo do Estado também ampliou o serviço em hospitais e unidade próprias, nos Consórcios Intermunicipais de Saúde, nas Regionais de Saúde e Hospitais Contratualizados com a rede SUS. Ao todo, o Paraná tem mais de 500 ouvidorias atendendo usuários do Sistema Estadual de Saúde.

“As ouvidorias representam as portas abertas das instituições públicas para o cidadão e têm como foco a implantação de melhorias no Sistema de Saúde e a proteção e defesa dos direitos dos usuários de serviços públicos”, explicou o ouvidor geral da SESA, Yohan Garcia de Souza.

**WHATS** – “O novo canal pelo whats segue uma tendência nacional de agilizar o atendimento ao cidadão e vem ao encontro do objetivo do governador Ratinho Junior e do secretário da Saúde Beto Preto, de inovar levando os serviços perto da população, com mais conforto e rapidez”, afirmou o ouvidor geral da Secretaria.

Neste primeiro momento o serviço funcionará como piloto atendendo a usuários da Farmácia Regional, da 2ª Regional de Saúde de Curitiba, sobre dúvidas relacionadas a medicamentos não padronizados. A demanda sobre estes medicamentos registrou no ano de 2018 mais de 3.500 atendimentos presenciais nesta Regional que abrange Curitiba e mais 28 municípios da região metropolitana. “Além de possibilitar o acesso ágil ao cidadão, o canal pelo whats vai desafogar atendimento na Ouvidoria da Regional”, complementou o ouvidor geral. Yohan de Souza alertou ainda que o número para acesso – 41 3330 4414 é fixo, mas está habilitado para receber as mensagens de celulares via WhatsApp.



# FEBRE AMARELA

**Local de ocorrência:** Paraná

**Data da informação:** 17/04/2019

**Origem da informação:** Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

## COMENTÁRIOS:

### Vigilância de casos humanos

No período de 01/07/2018 a 16/04/2019 foram notificados 369 casos, sendo 15 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 13 (86,6%) são do sexo masculino, com mediana de idade de 36 anos (mínimo 10;máximo 69) e 3(20,0%) são trabalhadores rurais.Quanto ao local provável de Infecção 7(46,6%) são nos municípios da 1ª Regional de Saúde (Antonina, Guaraqueçaba, Paranaguá e Morretes), 3 (20,0%) da 2ª Regional de Saúde (São José dos Pinhais e Adrianópolis), 4(26,6%) importados (Itaóca e Barra do Turvo-SP), e 1 (6,6%) 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 16/04/2019.**

Classificação	Casos	óbitos
Confirmados	15	1
Em investigação	85	0
Descartados	269	0
<b>Total</b>	<b>369</b>	<b>1</b>

Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA-PR, 16/04/2019, dados preliminares sujeitos a alterações.

**Tabela 2. Distribuição dos casos de febre amarela notificados no período sazonal de 01/07/2018 a 16/04/2019, por município de residência, Paraná.**

RS	Município de Residência	Notificados	Em Investigação	Confirmados		Descartados
				n	LPI (Local provável de infecção)	
1	Antonina	11	2	3	Guaraqueçaba Antonina	6
	Guaraqueçaba	2	0	0		2
	Guaratuba	4	1	0		3
	Matinhos	5	2	0		3
	Morretes	15	3	2	Morretes	10
	Paranaguá	87	13	1	Paranaguá	73
	Pontal do Paraná	3	1	0		2
	Em investigação	1	0	1	Em investigação	0
	Adrianópolis	3	0	2	Adrianópolis	1
	Almirante Tamandaré	5	1	0		4
2	Bocaiúva do Sul	2	1	0		1
	Campina Grande do Sul	11	3	1	Guaraqueçaba	7
	Campo Largo	5	4	0		1
	Campo Magro	3	0	0		3
	Cerro Azul	2	1	0		1
	Colombo	10	5	0		5
	Curitiba	65	11	3	Itaóca-SP São José dos Pinhais Barra do Turvo-SP	51
	Fazenda Rio Grande	2	1	0		1
	Piñen	3	0	0		3
	Pinhais	6	2	0		4
	Piraquara	6	2	1	Barra do Turvo-SP	3
	Rio Branco do sul	1	1	0		0
	São José dos Pinhais	62	20	1	Barra do Turvo-SP	41
	Castro	7	4	0		3
	Palmeira	5	0	0		5
	Ponta Grossa	4	2	0		2
4	Irati	1	1			0
	Rebouças	1	1	0		0
7	Chopinzinho	2	0	0		2
	Ampére	1	0	0		1
8	Dois Vizinhos	1	0	0		1
	Francisco Beltrão	3	0	0		3
	Planalto	1	0	0		1
9	Foz do Iguaçu	5	0	0		5
	Itaipulândia	1	0	0		1
10	Boa Vista da Aparecida	1	0	0		1
	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
19	Wenceslau Braz	1	0	0		1
20	Marechal Cândido Rondon	1	0	0		1
21	Telemaco Borba	1	0	0		1
	<b>Total</b>	<b>369</b>	<b>85</b>	<b>15</b>		<b>269</b>

Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA-PR  
Resultados preliminares, sujeitos a alteração. DBF 16/04/2019.

# FEBRE AMARELA

**Local de ocorrência:** Paraná

**Data da informação:** 17/04/2019

**Origem da informação:** Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

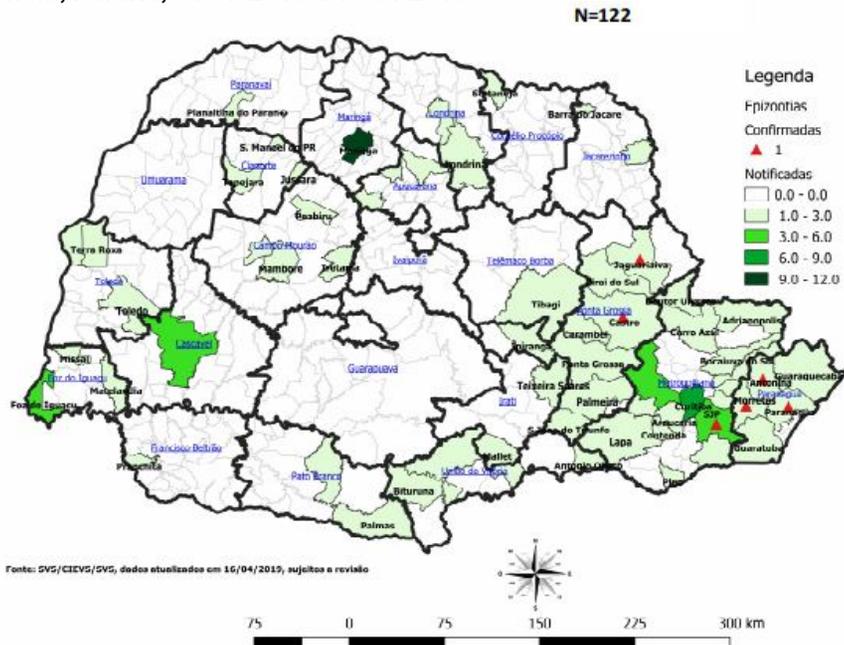
## COMENTÁRIOS:

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

Neste período de monitoramento 2018/2019, ocorreram epizootias em primatas não humanos (PNH) em 64 municípios. Até o momento, 06 epizootias foram confirmadas, 28 estão em investigação e 34 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 02 município da 3ª Regional de Saúde (Castro e Jaguariaíva).

**Mapa 1: Epizootias notificadas e confirmadas em PNH, segundo local de ocorrência, Paraná, 01/07/2018 a 16/04/2019**



**Tabela 3. Distribuição das epizootias notificadas, no período de monitoramento de 01/07/2018 a 16/04/2019, por município de ocorrência, Paraná.**

RS	Município de ocorrência	01/07/2018 a 30/06/2019				Total				
		Confirmadas	Descartadas	Indeterminadas*	Em investigação					
1	ANTONINA	1		2		3				
	GUARAQUECABA			2		2				
	GUARATUBA				1	1				
	MORRETES	1	1	1		3				
	PARANAGUÁ	1				1				
	ADRIANÓPOLIS			2		2				
	ARAUCÁRIA			1	1	2				
	BALSA NOVA				3	3				
	BOCAIÚVA DO SUL			2		2				
	CAMPINA GRANDE DO SUL			1		1				
2	CAMPO LARGO			2	2	4				
	CERRO AZUL			3		3				
	CONTENDA			1		1				
	CURITIBA		4	1	3	8				
	DOUTOR ULYSSES			3		3				
	LAPA		1			1				
	PIEN		1			1				
	PIRAQUARA		3			3				
	QUATRO BARRAS			1		1				
	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	1	3		1	5				
3	TIBUCAS DO SUL		1			1				
	CASTRO	1	2			3				
	CARAMBEÍ				1	1				
	IPIRANGA			1	1	2				
	JAGUARIAÍVA	1			2	3				
	PALMEIRA			1	2	3				
	PIRAÍ DO SUL				1	1				
	PONTA GROSSA			1		1				
	SÃO JOÃO DO TRIUNFO			1		1				
	4	MALLET				1	1			
TEIXEIRA SOARES			1			1				
ANTÔNIO OLINTO					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	
	FOZ DO IGUAÇU				3		2	5		
	9			MATELÂNDIA		1			1	
				MISSAL		1			1	
10				CASCADEL		2		3	5	
				BOA ESPERANÇA			1		1	
				11	IRETAMA		1			1
					MAMBORÉ		1			1
		PEABIRU					1		1	
		JUSSARA				1			1	
		13	SÃO MANOEL DO PARANÁ			1			1	
			TAPEJARA			1			1	
	PLANALINA DO PARANÁ				1			1		
	15		MARINGÁ			10	2		12	
APUCARANA					1			1		
16			JANDAIA DO SUL			1			1	
			SÃO PEDRO DO IVAÍ		1			1		
			CAMBÉ			1		1		
			17	LONDRINA		1			1	
				SERTANEJA				1	1	
		18		BARRA DO JACARÉ		2			2	
				CARLÓPOLIS		1			1	
				GUAÍRA		1	1		2	
	20			TERRA ROXA				1	1	
				TOLEDO		1			1	
21				TIBAGI			1		1	
				<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>54</b>	<b>34</b>	<b>28</b>	<b>122</b>	

Fonte: SINAN/CIEVS/SESA-PR, dados atualizados em 16/04/2019, sujeitos a alteração.  
\* Morte de macaco, sem coleta de amostras do animal objeto da notificação.

# FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 17/04/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

## COMENTÁRIOS:

### Imunização

RS	Cobertura FA (<1 ANO) Cobertura (%)
1	94,91
2	90,86
3	99,73
4	119,49
5	99,05
6	102,33
7	95,90
8	107,95
9	99,71
10	112,13
11	113,45
12	112,39
13	126,56
14	117,82
15	106,99
16	105,71
17	97,03
18	109,87
19	120,97
20	67,36
21	95,40
22	109,50
<b>TOTAL</b>	<b>99,41</b>

Fonte: SIPNI, 10/04/2019, 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 Estatística (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 99,41%. Entre o período de 01 de janeiro a 09 de abril de 2019 foram aplicadas 524.602 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	35.835
1 ANO	8.587
2 ANOS	5.858
3 ANOS	5.979
4 ANOS	6.203
>=5 a 9 ANOS	29.012
>=10 a 14 ANOS	22.623
>=15 a 59 ANOS	391.639
>=60A	18.712
<b>TOTAL</b>	<b>524.602</b>

Fonte: SIPNI, 10/04/2019, dados preliminares

Tabela 5. Relatório consolidado de doses aplicadas, por faixa etária, Paraná, 01/01/2019 a 09/04/2019\*

# DENGUE

**Local de ocorrência:** Paraná

**Data da informação:** 29/04/2019

**Origem da informação:** Superintendência de Vigilância em Saúde – Sala de Situação em Saúde

## COMENTÁRIOS:

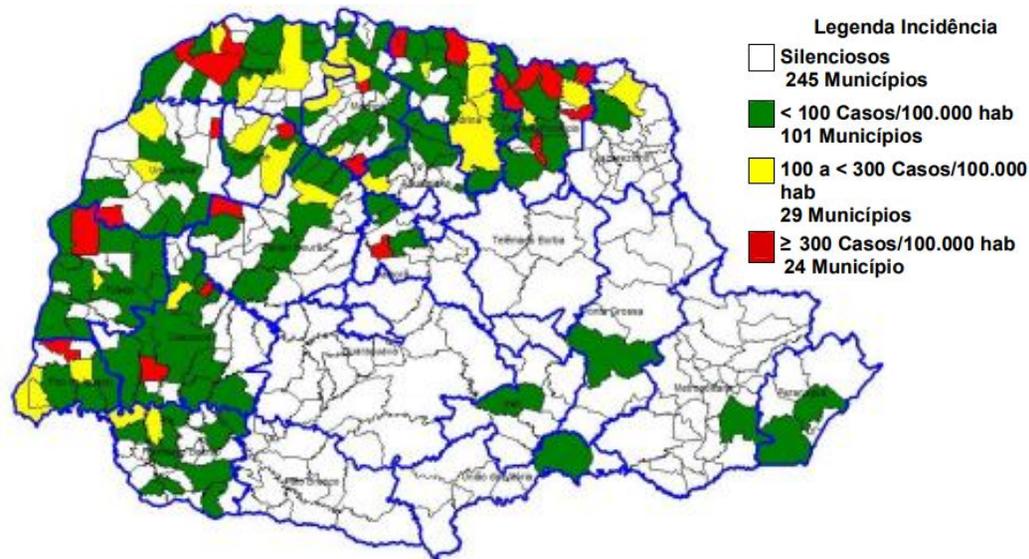
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2018 (primeira semana de agosto) a 17/2019.

Foram notificados no referido período 36.729 casos suspeitos de dengue, dos quais 16.311 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 42,84 casos por 100.000 hab. (4.782/11.163.018 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 (7.982), Foz do Iguaçu (3.515) e Maringá (1.840). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Londrina (762), Foz do Iguaçu (431) e Japurá (388).

**Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2018 a 17/2019.**



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

<b>DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 17/2019*</b>	<b>PERÍODO 2018/2019</b>
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	319
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	181
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	21
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	154
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (01 <sup>a</sup> , 02 <sup>a</sup> , 03 <sup>a</sup> , 04 <sup>a</sup> , 06 <sup>o</sup> , 08 <sup>a</sup> , 09 <sup>a</sup> , 10 <sup>a</sup> , 11 <sup>a</sup> , 12 <sup>a</sup> , 13 <sup>a</sup> , 14 <sup>a</sup> , 15 <sup>a</sup> , 16 <sup>a</sup> , 17 <sup>a</sup> , 18 <sup>a</sup> , 19 <sup>a</sup> , 20 <sup>a</sup> e 22 <sup>a</sup> )	19
<b>TOTAL DE CASOS</b>	<b>4.970</b>
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	4.782
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	188
<b>TOTAL DE NOTIFICADOS</b>	<b>36.729</b>

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

**Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 17/2019.**

<b>CLASSIFICAÇÃO FINAL</b>	<b>CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>Laboratorial (%)</b>	<b>Clínico-epidemiológico (%)</b>	
Dengue	4.817 (96,9%)	153 (3,1%)	4.970
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	117	-	177
Dengue Grave (D G)	19	-	19
Descartados	-	-	16.311
Em andamento/investigação	-	-	15.312
<b>Total</b>	<b>4.953 (13,5%)</b>	<b>153 (0,42%)</b>	<b>36.729</b>

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

# DENGUE

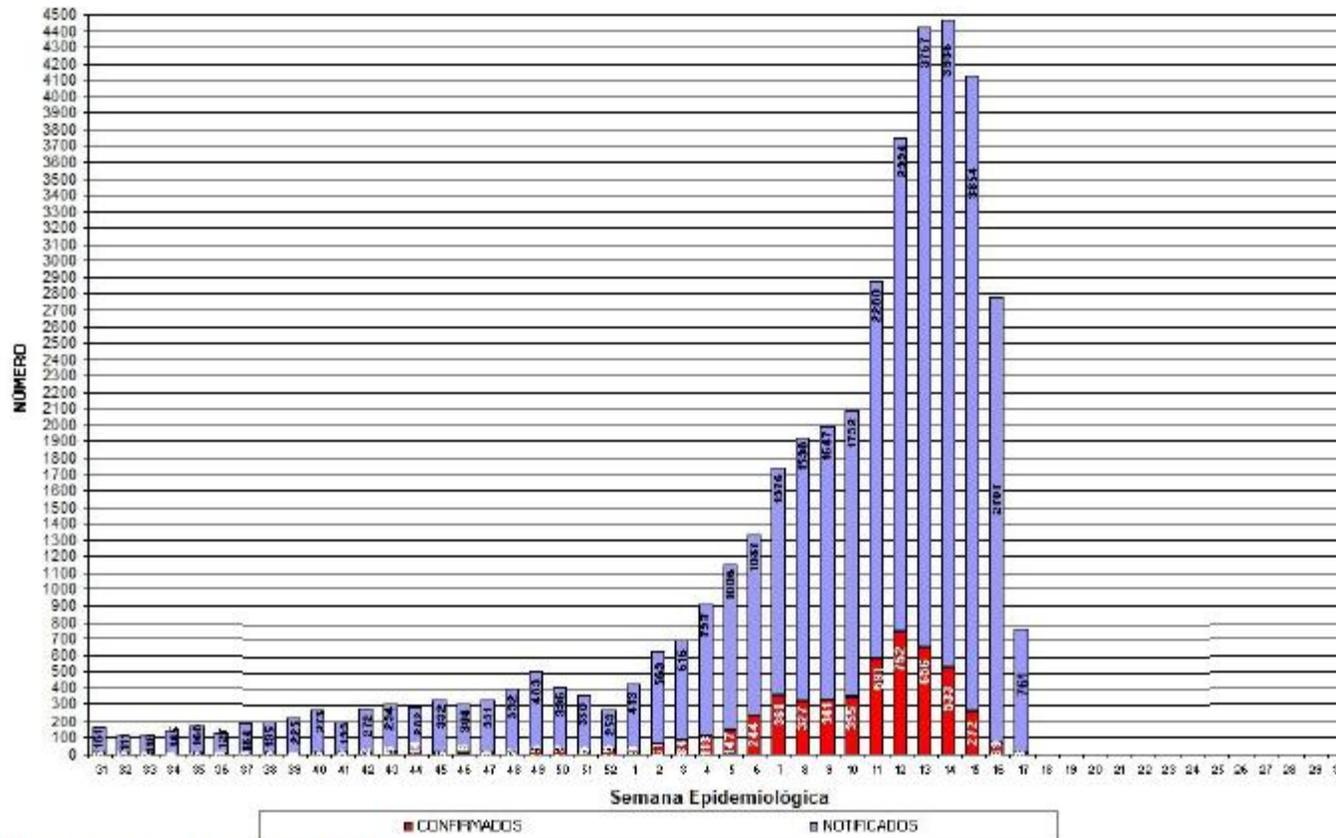
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 29/04/2019

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 17/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

# DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 29/04/2019

Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

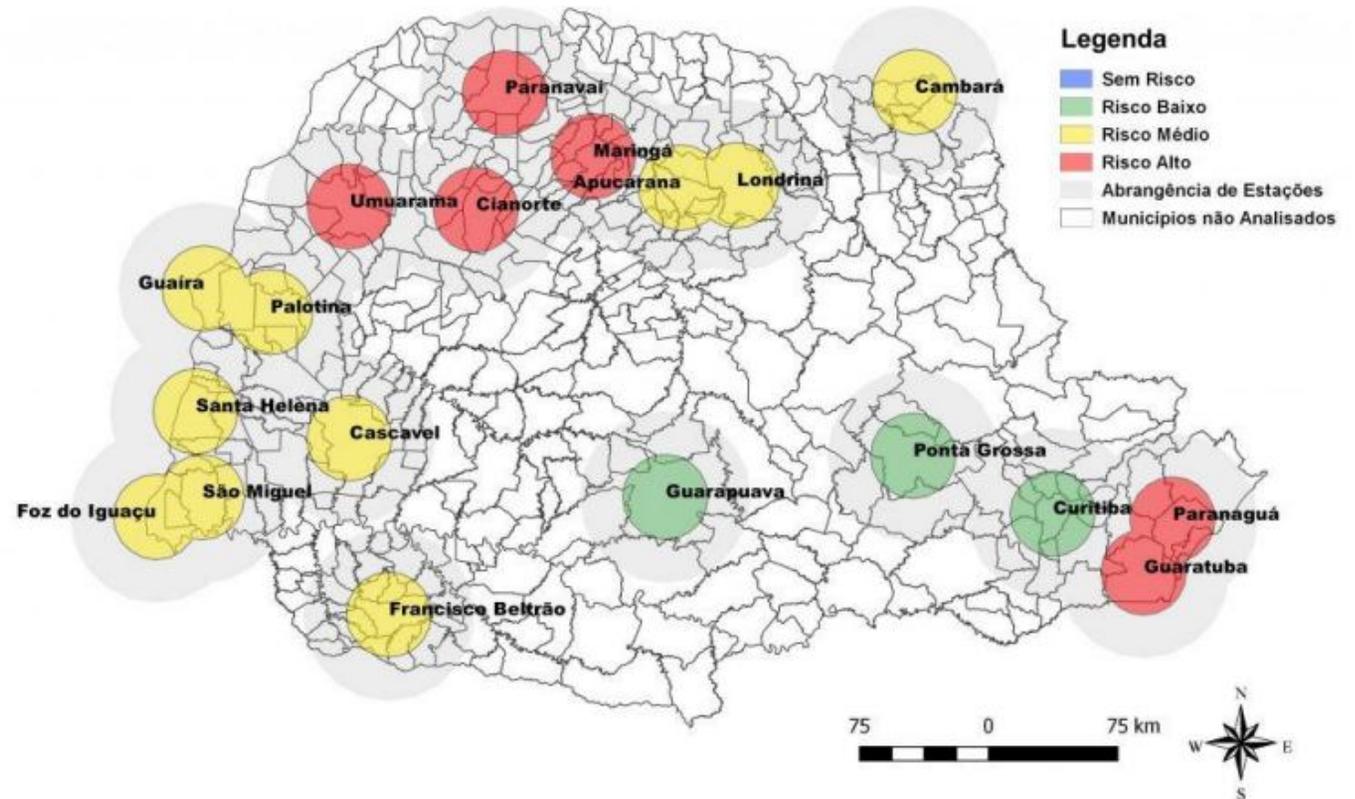
**Risco climático para desenvolvimento de criadouros por Estações Meteorológicas.  
Paraná, 2019.**

**Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (14/04/2019 - 20/04/2019)**

Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 16/2019 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti* :

- 00 (zero) sem risco;
- 03 (três) com risco baixo;
- 10 (dez) com risco médio; e
- 06 (seis) com risco alto.

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



Fonte: Laboclima/UFPR

# DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 29/04/2019

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 17/2019\***

REGIONAL DE SAÚDE	POPU- LAÇÃO	CASOS			NOTIFI- CADOS	DSA	DG	ÓBI- TOS	INCI- DÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	5	0	5	811	0	0	0	1,74
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	1	10	11	1.102	0	0	0	0,03
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	2	8	10	94	0	0	0	0,32
4ª RS - Irati	171.453	1	2	3	38	0	0	0	0,58
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	6	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	2	1	3	48	0	0	0	1,14
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	3	3	126	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	73	6	79	606	0	0	0	20,52
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	545	72	617	4.509	27	4	0	134,27
10ª RS - Cascavel	540.131	368	8	376	2.296	20	2	2	68,13
11ª RS - Campo Mourão	340.320	202	2	204	1.495	1	0	0	59,36
12ª RS - Umuarama	277.040	228	3	231	1.193	10	0	0	82,30
13ª RS - Cianorte	154.374	527	1	528	1.366	1	0	0	341,38
14ª RS - Paranavaí	274.257	398	4	402	2.293	2	0	0	145,12
15ª RS - Maringá	799.890	369	6	375	3.578	2	2	1	46,13
16ª RS - Apucarana	372.823	58	10	68	577	0	0	0	15,56
<b>17ª RS - Londrina</b>	<b>935.904</b>	<b>1.146</b>	<b>5</b>	<b>1.151</b>	<b>12.640</b>	<b>42</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>122,45</b>
18ª RS - Cornélio Procopio	230.231	524	10	534	1.816	1	0	0	227,60
19ª RS - Jacarezinho	290.216	76	4	80	689	9	0	0	26,19
20ª RS - Toledo	385.916	236	28	264	1.305	2	0	0	61,15
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	1	1	10	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	21	4	25	131	0	0	0	15,20
<b>TOTAL PARANÁ</b>	<b>11.163.018</b>	<b>4.782</b>	<b>188</b>	<b>4.970</b>	<b>36.729</b>	<b>117</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>42,84</b>

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015.

# DENGUE

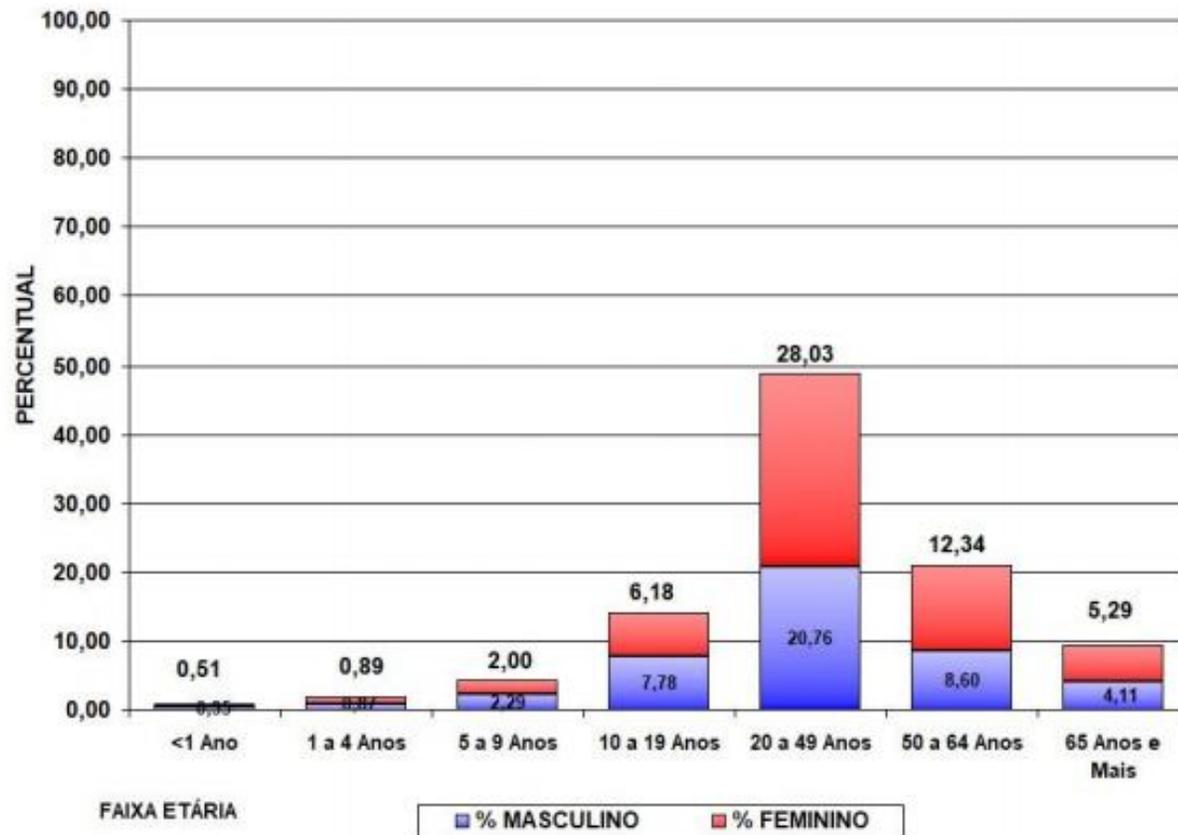
**Local de ocorrência:** Paraná

**Data da informação:** 29/04/2019

**Origem da informação:** Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 48,79% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 50 a 64 anos (20,94%) e 13,96% 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 17/2019, Paraná – 2018/2019.**



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

# DENGUE

**Local de ocorrência:** Paraná

**Data da informação:** 29/04/2019

**Origem da informação:** Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

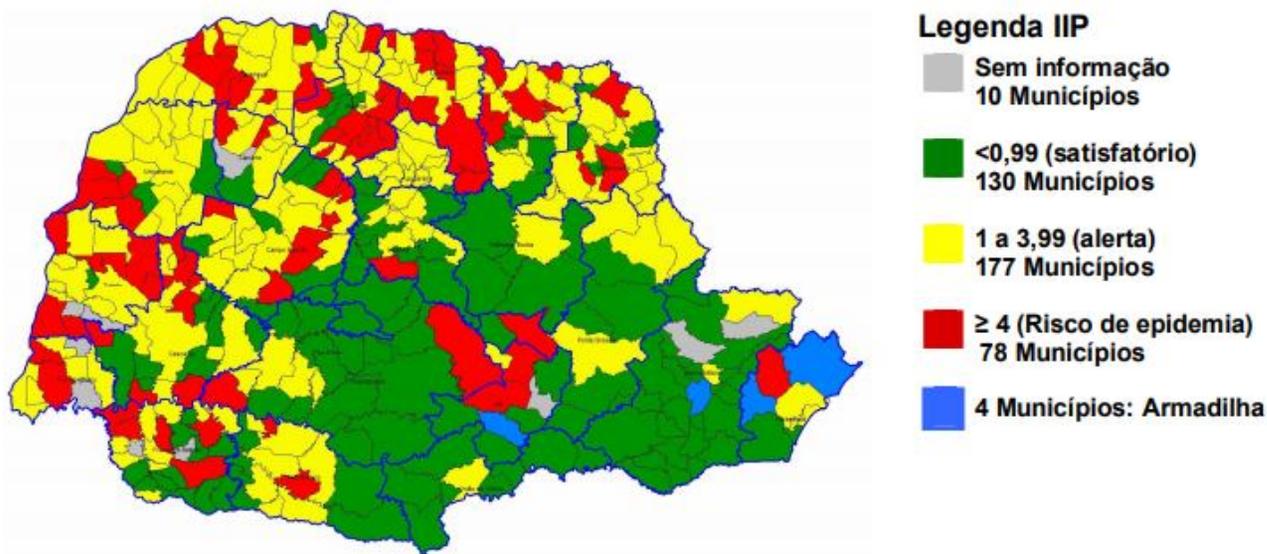
## LEVANTAMENTO ENTOMOLÓGICO

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 Saúde<sup>2</sup>. 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, 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: 29/04/2019

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 17/2019\*

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	Matinhos	32.591	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
1	Paranaguá	150.660	0	0	0	14	-	0	0	0	0	-
2	Campina Grande Sul	41.821	0	0	0	2	-	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	30	-	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	53	-	1	0	1	26	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	5	-	0	1	1	4	-
4	Iratí	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	3	-	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	2	3	5	46	0,76	1	0	1	30	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	Santa Terezinha de Itaipu	22.570	0	0	0	1	-	1	0	1	1	4,43
9	São Miguel do Iguaçu	27.197	0	0	0	0	-	0	0	0	2	-
9	Serranópolis do Iguaçu	4.652	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
10	Cafelândia	16.611	0	0	0	3	-	0	0	0	2	-
10	Campo Bonito	4.259	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
10	Cascavel	312.778	0	0	0	93	-	0	0	0	84	-
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	Goioerê	29.702	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
11	Juranda	7.697	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	Ivaté	8.013	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
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	São Jorge do Patrocínio	6.015	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Umuarama	108.218	0	0	0	4	-	0	0	0	2	-

# CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 29/04/2019

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 17/2019\*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
14	Alto Paraná	14.518	0	0	0	10	-	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	3	-	0	0	0	0	-
14	Marilena	7.134	0	0	0	15	-	0	0	0	13	-
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	5	-	0	0	0	0	-
15	Colorado	23.678	0	0	0	3	-	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	Mandaguaçu	21.672	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
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	15	-	0	0	0	4	-
15	Nova Esperança	27.886	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
15	Paíçandu	39.291	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
15	Paranacity	11.069	1	0	1	2	9,03	0	0	0	0	-
15	Santa Fé	11.431	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Sarandi	90.376	0	0	0	1	-	0	0	0	2	-
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	Cambé	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	-
18	Bandeirantes	32.639	0	0	0	1	-	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	8	-	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	-
	<b>TOTAL</b>	<b>11.163.018</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>434</b>	<b>0,03</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>217</b>	<b>0,03</b>

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA

NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015. \*Dados considerados até 29 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; - Os municípios que não tiveram notificações foram excluídos desta planilha.

# EVENTOS NACIONAIS

## Semana Epidemiológica 17/2019

(21/04/2019 a 27/04/2019)

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

# VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**Local de ocorrência:** Nacional

**Data da informação:** 26/04/2019

**Fonte da informação:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

## COMENTÁRIOS:

Na sexta-feira (26/4), a Anvisa fiscalizou e retirou anúncios da internet do produto dióxido de cloro, também comercializado com a sigla MMS. O motivo é a alegação de propriedades terapêuticas para uma substância química que não tem qualquer comprovação de segurança para uso em humanos. Desde junho de 2018, a Agência proíbe a fabricação, distribuição, comercialização e uso desses produtos.

O uso do dióxido de cloro vem sendo divulgado como uma cura “milagrosa” para diversas doenças, entre elas o autismo. O produto, na verdade, é uma substância utilizada na formulação de produtos de limpeza, como alvejantes e tratamento de água.

O dióxido de cloro não tem aprovação como medicamento em nenhum lugar do mundo. A sua ingestão traz riscos imediatos e a longo prazo para os pacientes, principalmente às crianças.

Na quinta-feira (25/4), a Agência já havia solicitado ao *site* Mercado Livre a retirada de dois anúncios do ar. Os anúncios traziam indicações de uso para tratamento para autismo e ofereciam protocolos de uso do produto para seus compradores. Outros anúncios devem ser retirados do ar ainda nesta sexta-feira.

## Alerta ao Sistema

A Anvisa também está alertando as Vigilâncias Sanitárias dos estados e municípios para que fiscalizem o comércio irregular dessa substância com indicações terapêuticas. Essa prática é uma infração sanitária, sujeita a multa. Além disso, é um crime contra a saúde pública, de acordo com o Código Penal.

## Produto corrosivo

O dióxido de cloro é classificado como um produto corrosivo e sua manipulação exige o uso de equipamento de proteção individual. É um produto que também traz riscos pela inalação.



## Parceria

Esta é uma medida cautelar, diante do risco que esse produto pode trazer para o usuário. A Anvisa mantém um acordo de cooperação com a plataforma Mercado Livre para coibir a venda de produtos irregulares e que colocam em risco a saúde das pessoas.

A Agência reitera que apenas medicamentos registrados possuem os requisitos fundamentais para garantir a segurança e a eficácia dos tratamentos. Assim, quer continuar realizando ações para responsabilizar os fabricantes quando eles não cumprirem com as obrigações sanitárias.

A ação conjunta entre a Anvisa e a sociedade permite que a Agência atue de forma mais rápida, garantindo a segurança e a proteção das pessoas.

# MENINGITE

**Local de ocorrência:** Ceará

**Data da informação:** 28/04/2019

**Fonte da informação:** g1.globo.com (fonte informal)

## COMENTÁRIOS:

O Ceará notificou 104 casos de Doenças Meningocócica (DM) e outras meningites em 2019. No mesmo período, 13 evoluíram para óbito, conforme o Boletim Epidemiológico de Meningite da Secretaria da Saúde do Estado (Sesa), de 26 de março. Desses, pelo menos 92 pessoas contraíram outros tipos da enfermidade, sendo que oito delas morreram.

Outros 12 casos foram anotados e cinco óbitos notificados por Doença Meningocócica. Os casos de DM foram observados em Paracuru, Baturité, Guaramiranga, Mombaça, Fortaleza e Caucaia. As duas últimas cidades apresentaram, juntas, quatro óbitos. Oito mortes ocasionadas pelos demais tipos de meningite foram anotadas na capital (3) e em mais cinco municípios cearenses: Barro (1); Barbalha (1); Baturité (1); Cruz (1); e São Luís do Curu (1). Somados, estes locais apontaram 43 notificações.

De acordo com o boletim epidemiológico, houve indicativos da patologia em Caucaia (6); Maracanaú (5); Quixadá (4); Ocara (3); Itaitinga (2); Redenção (2); Aracoiaba (2); Limoeiro do Norte (2); Santa Quitéria (2); Horizonte (2); Eusébio (1); Pentecoste (1); São Gonçalo do Amarante (1); Itapiúna (1); Caridade (1); e Miraíma (1).

Também houve registros em Quixeramobim (1); Morada Nova (1); Palhano (1); Sobral (1); Tabuleiro do Norte (1); Guaraciaba do Norte (1); Ubajara (1); Pambu (1); Aurora (1); Farias Brito (1); Cascavel (1); e Pindoretama (1). Não houve registro de mortes pela doença nestes lugares.

## Levantamento

A Sesa informou que as etiologias de maiores ocorrências foram as não especificadas, seguida da viral, meningocócica e, por último, a pneumocócica. Quanto aos óbitos, a maioria foi causada por meningocócica, pneumocócica e não especificada.

Em 2018, no mesmo período, haviam sido notificados 131 casos de meningite, sendo 75,5% (99/131) confirmados. As etiologias de maiores

## Casos e óbitos, incidência\* e letalidade\*\* das meningites por etiologia. Ceará, 2017 e 2018\*\*\*

Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

ETIOLOGIA	2017					2018***				
	CASO	%	INCID.	ÓBITO	LETALIDADE	CASO	%	INCID.	ÓBITO	LETALIDADE
BACTERIANA (sub-total)	87	22,7	1,0	21	24,1	78	19,5	0,9	14,0	17,9
<i>H. Influenzae</i>	1	0,3	0,0	1	100,0	1	0,2	0,0	-	0,0
<i>M. Tuberculosa</i>	27	7,0	0,3	3	11,1	18	4,5	0,2	-	0,0
<i>N. Meningitidis</i>	37	9,7	0,4	9	24,3	27	6,7	0,3	8	29,6
Outras bactérias	9	2,3	0,1	3	33,3	16	4,0	0,2	3	18,8
<i>S. Pneumoniae</i>	13	3,4	0,1	5	38,5	16	4,0	0,2	3	18,8
NÃO ESPECIFICADAS	162	42,3	1,8	11	6,8	193	48,1	2,2	17	8,8
OUTRAS ETIOLOGIAS	31	8,1	0,3	7	22,6	23	5,7	0,3	4	17,4
VIRAL	103	26,9	1,1	-	0,0	107	26,7	1,2	-	0,0
TOTAL	383	100,0	4,3	39	10,2	401	100,0	4,5	35	8,7

Fonte: SESA/ NUVEP/Sinan. Nota: \* por 100 mil hab, \*\* Letalidade (%). DM: Doença Meningocócica; MP: Meningite por Pneumococos; MH: Meningite por *Haemophilus*; MTBC: Meningite Tuberculosa; MB: Meningite por outras bactérias; MV: Meningite Viral; MOE: Meningite por outras etiologias (por protozoários, fungos, helmintos); MNE: Meningite não especificada. \*\*\*Dados até a SE 52 de 2018 retirados em 14/01/2019, sujeitos a revisão.

ocorrências foram as não especificadas 47,5% (47/99), as virais 21,2% (21/99), meningocócica e outras, com 8% (8/99).

Quanto aos óbitos, foram 50% (5/10) de meningite não especificada, 20% (2/10) para meningocócica e 20% (2/10) para pneumocócica, totalizando 10 óbitos. Até a semana epidemiológica 11, de acordo com o órgão, 2,2% (4/184) dos municípios tiveram confirmações de DM. As mortes representaram 0,5% (1/184). Em 2019, o levantamento afirma que apenas dois dos 184 municípios confirmaram os casos, sendo que um registrou óbito.

Entre 2010 e 2018 foram confirmados 3.405 casos de meningites. No período, a faixa etária mais acometida foi a de 20 a 39 anos, que representou 28,3% dos casos. Logo em seguida vinha o grupo de 40 a 59 anos, com 18,1% das ocorrências. A imunização é a forma mais efetiva de prevenir a doença, principalmente na infância, quando a preocupação de as crianças adquirirem doenças é maior.

(Continua na próxima página)

# MENINGITE

**Local de ocorrência:** Ceará

**Data da informação:** 28/04/2019

**Fonte da informação:** g1.globo.com (fonte informal)

## COMENTÁRIOS:

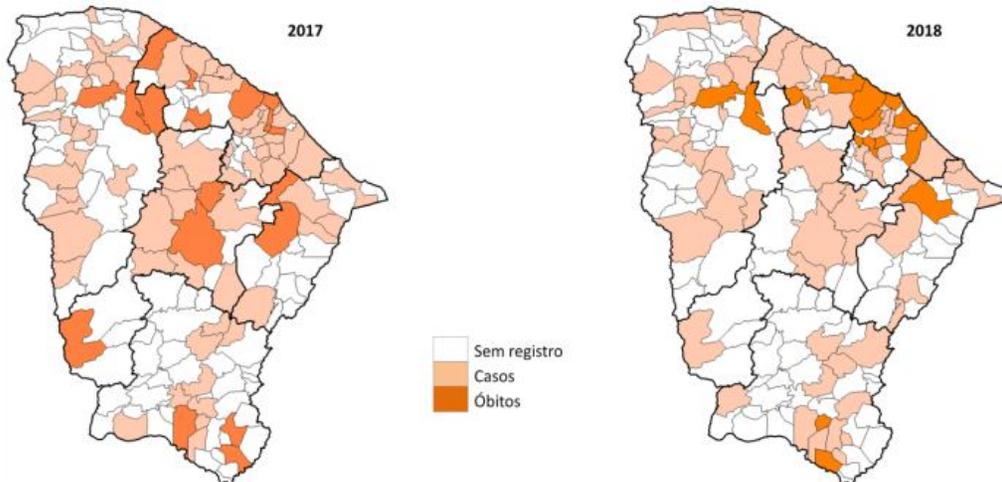
A meningite é um processo inflamatório que pode ser causado por bactérias, vírus, fungos ou agentes não infecciosos. Ela pode ser apresentada de outras maneiras, inclusive mais graves. A doença meningocócica é a mais invasiva e acontece com uma frequência maior em relação às demais.

## Sintomas

As pessoas que sentirem febre alta, vômitos constantes, dores na cabeça e no pescoço, sensação de mal-estar, rigidez na região da nuca e ou manchas roxas na pele devem ficar atentas, pois estes são alguns dos sintomas apresentados por quem está com meningite.

Os indicativos em pessoas com menos de um ano de idade podem não ser tão evidentes. Presença de sinais de irritabilidade, como choro persistente e inchaço nas partes "moles" da cabeça do bebê são alguns sinais de que ela pode estar com a doença.

**Número de casos e de óbitos por meningites segundo município de residência. Ceará, 2017 e 2018\*.** Secretaria de Saúde do Estado do Ceará



## Os sintomas

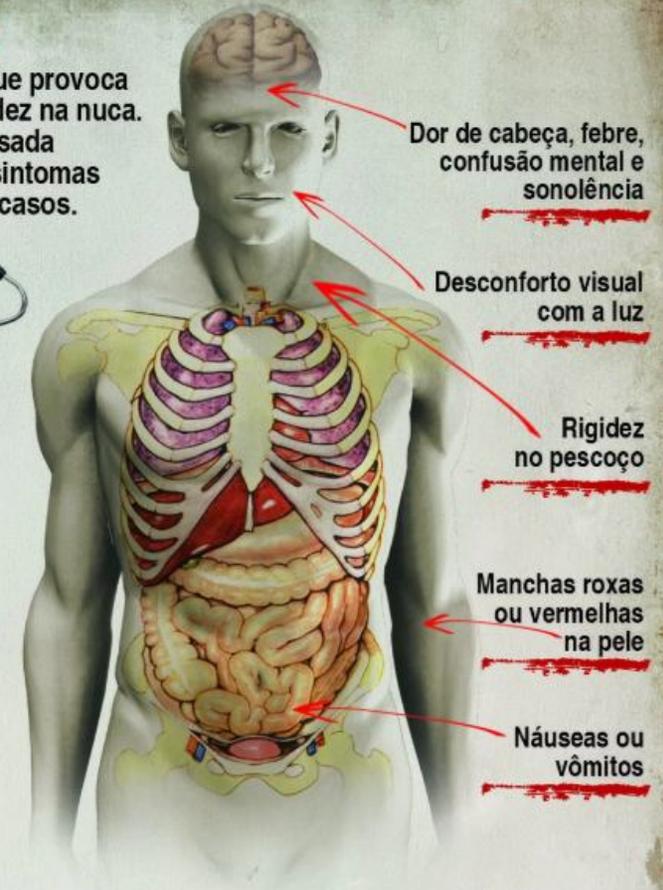
Meningite é uma doença que provoca febre, dor de cabeça e rigidez na nuca. A inflamação pode ser causada por vírus e bactérias e os sintomas são semelhantes nos dois casos.



## O que fazer

A pessoa com esses sintomas deve procurar atendimento médico o mais rápido possível para ser avaliada. O tratamento da meningite bacteriana é feito com antibióticos administrados pelas veias.

Paulo Zarif / GES



Fonte: google.com.br

# TOXOPLASMOSE

**Local de ocorrência:** São Paulo

**Data da informação:** 24/04/2019

**Fonte da informação:** g1.globo.com (fonte informal)

## COMENTÁRIOS:

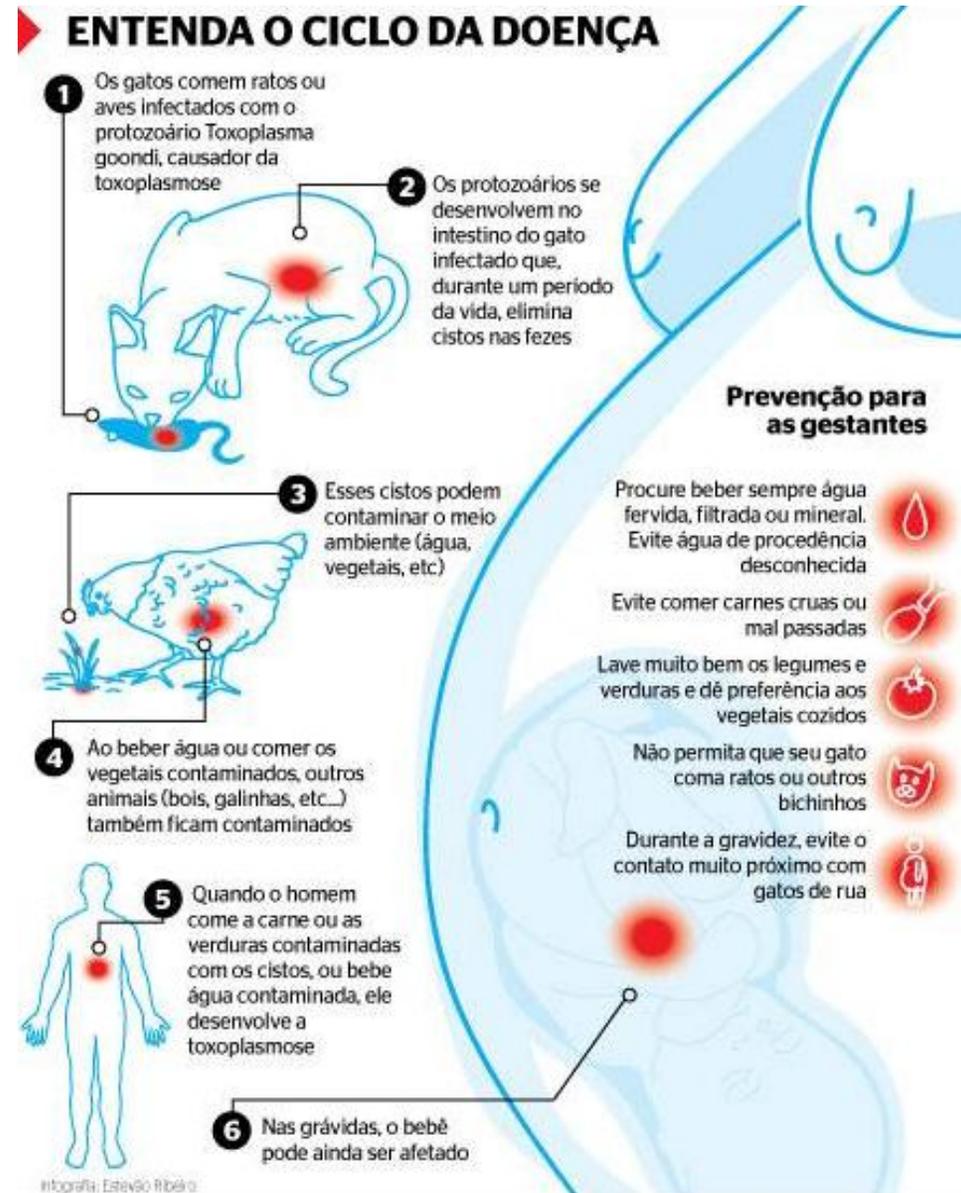
A Vigilância Epidemiológica interditou, na quarta-feira (24/04), a lanchonete de um colégio particular em Campinas (SP). A unidade passa por um surto de toxoplasmose. De acordo com o órgão, os casos, que na terça-feira (16) eram cinco, subiram para 11. Oito alunos e três funcionários foram infectados pela doença.

De acordo com a diretora do Departamento de Vigilância em Saúde (Devisa), Andrea Von Zuben, o local precisou ser interditado por não ter a vedação necessária para impedir a entrada de gatos, principal hospedeiro do protozoário. A doença é causada pelo *Toxoplasma gondii*, um micro-organismo encontrado na natureza, em grande número entre mamíferos e pássaros.

A Vigilância solicitou que o colégio faça um bloqueio na lanchonete para evitar a entrada dos animais. Não há prazo para reabertura.

A Prefeitura ainda solicitou adequações no restaurante da unidade, mas ele não precisou ser fechado. De acordo com a administração, além da hipótese do surto ter se espalhado por conta de alimentação contaminada - por isso a interdição da lanchonete -, o órgão ainda trabalha com as hipóteses do contágio ter sido pela água dos bebedouros ou no contato direto com os gatos.

O Colégio Notre Dame confirmou a interdição, em nota oficial, e explicou que a cantina interditada é terceirizada. Além disso, a unidade disse que acompanha "junto ao terceiro a realização das adequações solicitadas, e espera que a cantina retome suas atividades o mais breve possível".



# SARAMPO

**Local de ocorrência:** Nacional  
**Data da informação:** 15/04/2019  
**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

## COMENTÁRIOS:

### 1. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

O Sarampo é uma doença infecciosa exantemática aguda, transmissível e extremamente contagiosa, podendo evoluir, com complicações e óbitos, particularmente em crianças desnutridas e menores de um ano de idade. Nos últimos anos, casos de sarampo têm sido reportados em várias partes do mundo e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os países dos continentes europeu e africano registraram o maior número de casos da doença. No período de 01 de janeiro a 15 de abril de 2019, sete estados apresentaram casos confirmados da doença: Pará (43), São Paulo (20), Amazonas (4), Santa Catarina (3), Rio de Janeiro (1), Roraima (1) e Minas Gerais (1) (Tabela 1).

Em relação à caracterização viral, foi identificado o genótipo D8, idêntico ao que está circulando na Venezuela, nos estados de Pará, Roraima e Amazonas. Nos estados de São Paulo, Santa Catarina e Rio de Janeiro, o genótipo D8 também foi identificado, mas apresentou diferenças genômicas em relação ao vírus D8 identificado nos estados da Região Norte do país. Também foram confirmados dois casos importados, um em São Paulo procedente da Noruega (sem informações do genótipo até o momento), e outro em Minas Gerais, procedente da Europa. De acordo com a curva epidêmica dos casos confirmados de sarampo do Brasil, por Semana Epidemiológica (SE) da data de início do exantema, podemos observar um importante incremento de casos de sarampo entre as SE 7 e 8/2019. (Figura 1).

No dia 06 de março de 2019, foi confirmado, por critério laboratorial, pela Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SES/PA), casos de sarampo em três crianças, menores de 10 anos de idade, que apresentaram exantema após o dia 19 de fevereiro de 2019. Considerando que o surto no Estado do Pará está relacionado com o surto de Roraima e Amazonas (iniciados em fevereiro de 2018), o Brasil passa a manter a transmissão do vírus do sarampo por um período maior que 12 meses, o que poderá resultar na perda da certificação para o País e para toda a Região das Américas.

**TABELA 1 • Distribuição dos casos de sarampo confirmados segundo Estado de ocorrência, Brasil, 2019.**

Estados	2019		Data do exantema do último caso	
	Em investigação	Confirmados	Confirmado	Em investigação
Pará	43	43	20/03/2019	08/04/2019
São Paulo	73	20	10/03/2019	
Amazonas	9	4	28/01/2019	30/03/2019
Santa Catarina <sup>1</sup>	6	3	18/02/2019	28/03/2019
Rio de Janeiro <sup>1</sup>	1	1	10/03/2019	23/03/2019
Roraima	8	1	06/02/2019	02/04/2019
Minas Gerais <sup>2</sup>	31	1	18/01/2019	02/04/2019
<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>73</b>		

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do PA, SP, AM, SC, RJ, RR e MG.  
Dados atualizados em 15/04/2019 e sujeitos a alterações.

<sup>1</sup>Caso relacionado ao surto do navio Seaview.

<sup>2</sup>Caso importado da Europa.

**FIGURA 1 • Distribuição dos casos confirmados, por semana epidemiológica da data de início do exantema, Brasil, 2019\***



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); Data 15/04/2019.  
\*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

# SARAMPO

**Local de ocorrência:** Nacional  
**Data da informação:** 15/04/2019  
**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

## COMENTÁRIOS:

### 2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO SARAMPO NA REGIÃO NORTE: PARÁ, RORAIMA E AMAZONAS

#### 2.1 Pará

No estado do Pará, no período de 01 de janeiro a 15 de abril de 2019, foram notificados 100 casos suspeitos de sarampo, dos quais 43 (43,0%) foram confirmados, 14 (14,0%) foram descartados e 43 (43,0%) permanecem em investigação. Dentre os 100 casos notificados de sarampo, 64 (64%) foram notificados em Prainha e 36 (36,0%) estão distribuídos em 13 outros municípios do Estado (Tabela 2). Dos 9.808 casos confirmados, 5.452 (55,6%) são do sexo masculino e a maior concentração está na faixa etária dos menores de 20 a 29 anos, com 2.451 (25 %) casos. Em relação aos seis casos que permanecem em investigação, o maior número está concentrado na população de menores de 1 ano com 4 (66,7%) casos (Tabela 2).

Considerando as características dos 43 casos confirmados, 24 (55,8%) são do sexo masculino e a maior concentração está na faixa etária de 20 a 29 anos, com 10 (23,3%) casos. A incidência dos casos confirmados de sarampo no estado Pará, em 2019, é de 0,5/100.000 hab. Quando calculadas as incidências dos casos confirmados por faixa etária, observa-se uma maior incidência nos menores de 1 ano (3,9/100.000 hab.), faixa etária na qual a vacinação de rotina não é recomendada.

De acordo com a curva epidêmica dos casos notificados de sarampo em 2019, por SE da data de início do exantema e classificação final, podemos observar uma maior concentração de casos confirmados na SE 10, sendo o último caso confirmado na SE 12 (Figura 2).

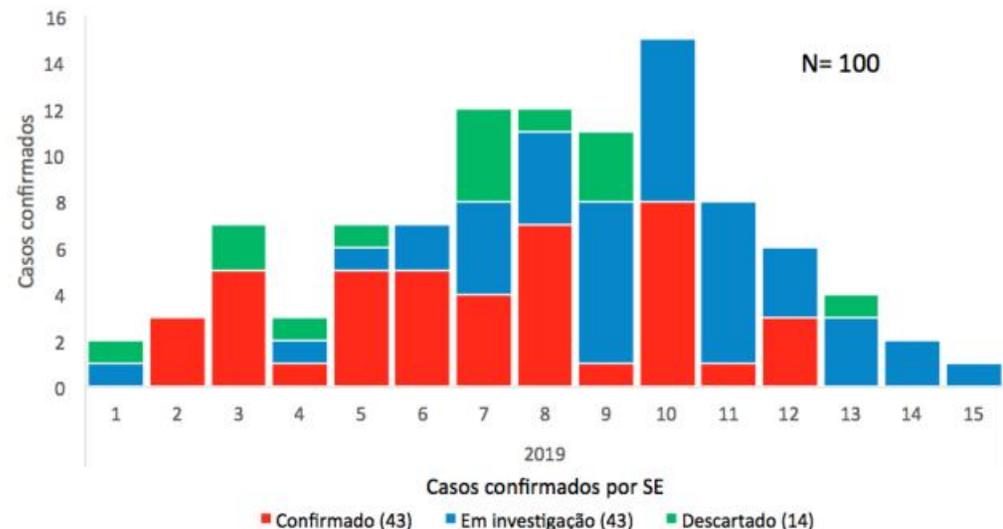
**TABELA 2 • Distribuição dos casos de sarampo segundo classificação dos casos e município de notificação. Pará, 2019\*.**

Municípios	Notificados		Confirmados		Em investigação	
	N	%	N	%	N	%
Prainha	64	64,0	32	74,4	28	65,1
Outros municípios	36	36,0	11	25,6	15	34,9
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SES/PA); Data 15/04/2019.

\*Dados preliminares sujeitos à alteração.

**FIGURA 2 • Distribuição dos casos confirmados, descartados e em investigação de sarampo, por Semana Epidemiológica da data de início do exantema, Pará, 2019.\***



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SES/PA); Data 15/04/2019.

\*Dados preliminares sujeitos à alteração.

# SARAMPO

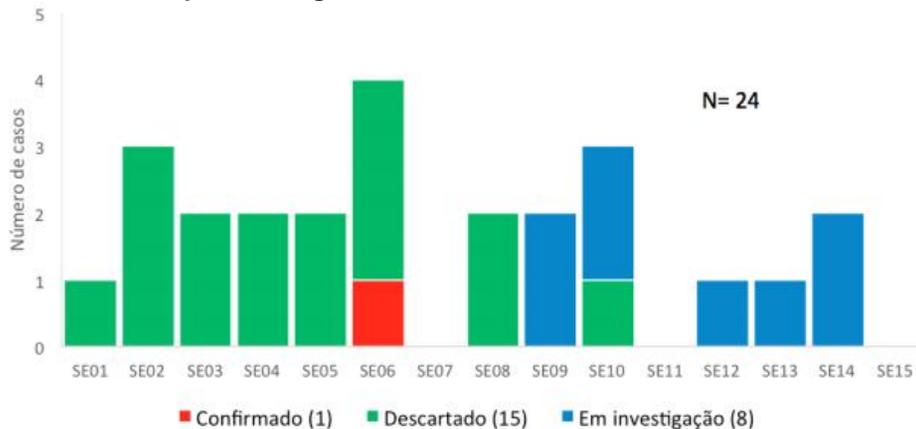
**Local de ocorrência:** Nacional  
**Data da informação:** 15/04/2019  
**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

## COMENTÁRIOS:

### 2.2 Roraima

Em Roraima, no período de 01 de janeiro a 15 de abril de 2019, foram notificados 24 casos suspeitos de sarampo, sendo 19 (79,2%) no município de Boa Vista e 5 casos notificados em outros 4 municípios do Estado. Entre os casos notificados, 01 caso foi atendido no Brasil, mas reside na Venezuela, no município de Gran Sabana. Dos 24 casos notificados, 15 (62,5%) foram descartados, 01 (4,2%) foram confirmados e 08 (33,3%) estão em investigação. Em relação ao caso confirmado, trata-se de uma venezuelana, de sete anos de idade, moradora de rua. Apresentou exantema em 06 de fevereiro, acompanhado de febre, coriza e tosse. Do total de casos que permanecem em investigação, 07 são brasileiros e 01 é venezuelano. De acordo com a curva epidêmica dos casos notificados de sarampo em 2019, por SE da data de início do exantema e classificação final, observa-se que a concentração de casos em investigação ocorre entre as SE 12 a 14/2019, com o último caso confirmado na SE 6. (Figura 3).

**FIGURA 3 • Distribuição dos casos notificados de sarampo segundo classificação e Semana Epidemiológica da data de início do exantema, Roraima, 2019.\***

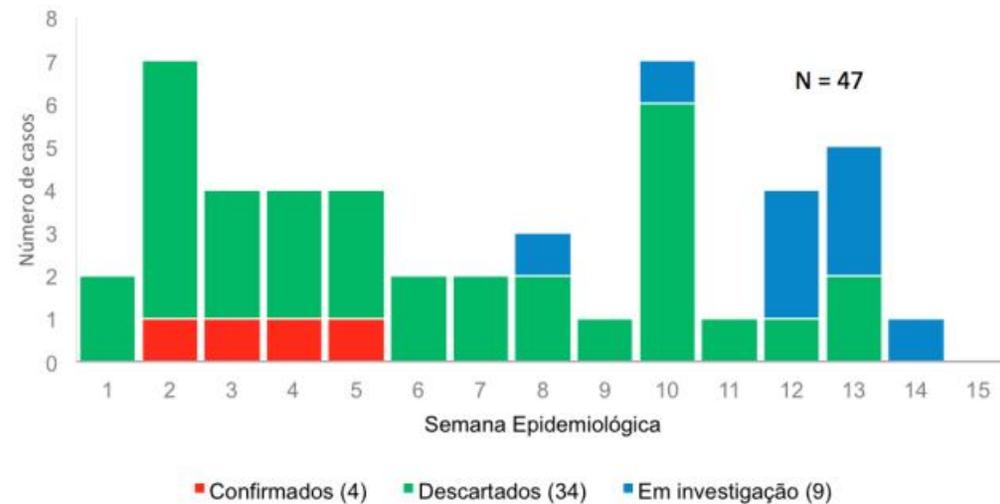


Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Roraima (SES/RR); Data: 15/04/2019.  
\*Dados preliminares sujeitos à alteração.

### 2.3 Amazonas

No estado do Amazonas, no período de 01 de janeiro a 15 de abril de 2019, foram notificados 47 casos suspeitos de sarampo, sendo 42 (89,4%) no município de Manaus e 05 (10,6%) casos notificados em outros 4 municípios do Estado. Dos 47 casos notificados, 34 (72,3%) foram descartados, 04 (8,5%) foram confirmados e 09 (19,2%) estão em investigação. De acordo com a curva epidêmica dos casos notificados de sarampo em 2019, por SE da data de início do exantema e classificação final, observa-se a concentração de casos em investigação entre as SE 12 a 14/2019 com o último caso confirmado registrado na SE 5, ou seja há nove semanas. (Figura 4).

**FIGURA 4 • Distribuição dos casos notificados de sarampo segundo classificação de casos e Semana Epidemiológica da data de início do exantema, Amazonas, 2019\*.**



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (SES/AM); Data: 15/04/2019.  
\*Dados preliminares sujeitos à alteração.

# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Nacional  
**Data da informação:** 18/04/2019  
**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.

As informações apresentadas nesse informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 15 de 2019 ou seja, casos com início de sintomas de 30/12/2018 a 13/04/2019.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas de SG foi de 23,0% (901/3.911). Foram notificados 7.025 casos de SRAG, desses, 66,2% (4.654/7.025) possuem classificação final, onde 7,9% (369/4.654) foram classificadas como SRAG por influenza e 24,6% (1.145/4.654) como outros vírus respiratórios.

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.

## GRUPE PODE SER EVITADA COM MEDIDAS SIMPLES DE HIGIENIZAÇÃO

- EVITAR CONTATO PRÓXIMO A PESSOAS QUE APRESENTEM SINAIS/SINTOMAS DE GRUPE.
- UTILIZAR LENÇO DESCARTÁVEL PARA LIMPAR O NARIZ.
- NÃO COMPARTILHAR OBJETOS DE USO PESSOAL.
- LAVAR AS MÃOS.
- MANTER OS AMBIENTES BEM VENTILADOS.



# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Nacional  
**Data da informação:** 18/04/2019  
**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

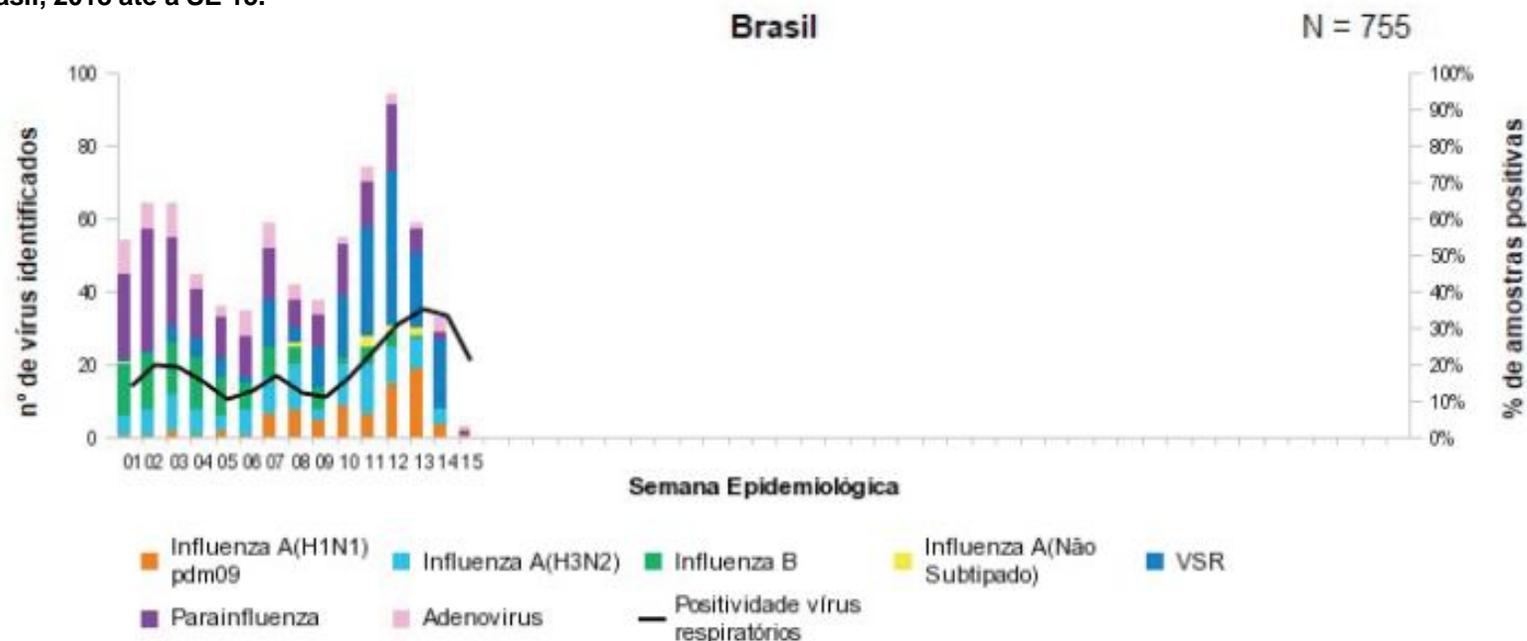
## COMENTÁRIOS:

### Síndrome Gripal

Até a SE 15 de 2019 foram coletadas 5.828 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Dessas, 67,1% (3.911/5.828) possuem resultados inseridos no sistema de informação e 23,0% (901/3.911) tiveram resultado positivo para vírus respiratório, das quais 31,6% (285/901) foram positivos para influenza e 68,4% (616/901) para outros vírus respiratórios (Vírus Sincicial Respiratório, Parainfluenza e Adenovírus) (Figura 2). Em 2018, no mesmo período, haviam sido inseridas no sistema 4.140 amostras e 18,2% (755/4.140) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 40,9% (309/755) foram positivos para influenza e 59,1% (446/755) para outros vírus respiratórios (Figura 1).

Dentre as amostras positivas para influenza em 2019, 33,0% (94/285) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 49,1% (140/285) de influenza B, 6,3% (18/285) de influenza A não subtipado e 11,6% (33/285) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação 58,6% (361/616) de VSR (Figura 2).

**FIGURA 1 • Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 15.**



Fonte: Sivep-Gripe. Dados atualizados em 16/4/2018, sujeitos a alteração.

# INFLUENZA

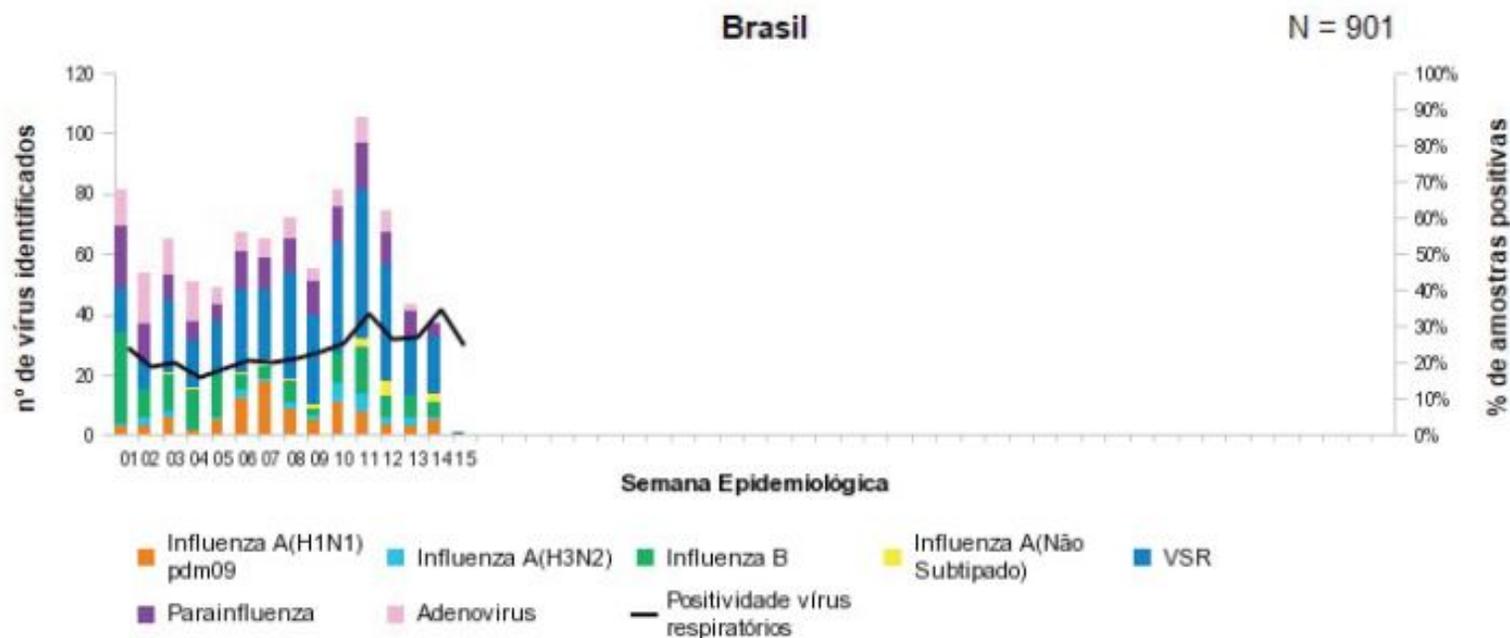
**Local de ocorrência:** Nacional  
**Data da informação:** 18/04/2019  
**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

## COMENTÁRIOS:

### Síndrome Gripal

No Brasil até o momento a circulação de vírus influenza encontra-se moderada, houve um destaque de identificação de influenza A(H1N1)pdm09 no estado do Amazonas no início de fevereiro, mas observa-se redução na detecção do vírus. Entre os vírus influenza A o predominante no país até o momento é o influenza A(H1N1)pdm09. O vírus influenza B destaca-se na região sudeste, durante praticamente todas as semanas epidemiológicas deste ano. E quando é analisada as regiões do país, observa-se o predomínio de amostras positivas para outros vírus respiratórios, não influenza, com destaque para a maior circulação de Vírus Sincicial Respiratório (VSR), e na região Nordeste nas primeiras semanas epidemiológicas do ano houve destaque para o Parainfluenza (Anexo 1).

**FIGURA 2 • Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2019 até a SE 15.**



Fonte: Sivep-Gripe. Dados atualizados em 15/4/2019, sujeitos a alteração.

# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Nacional  
**Data da informação:** 18/04/2019  
**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

## COMENTÁRIOS:

## SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – HOSPITALIZADO

### Perfil Epidemiológico dos Casos

Até a SE 15 de 2019, foram notificados 7.025 casos que atendem a definição de SRAG. Dessas, 66,2% (4.654/7.025) possuem classificação final, onde 7,9% (369/4.654) foram classificadas como SRAG por influenza e 24,6% (1.145/4.654) como outros vírus respiratórios. Nota-se uma circulação de vírus influenza com maior intensidade e de forma localizada no estado do Amazonas, com 130 casos de SRAG e 34 óbitos, pois até o momento, não se observa a mesma intensidade de circulação de vírus influenza em outras unidades federadas do país (Tabela 1).

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	180	47	268	31	5	1	655	53	349	1
RONDÔNIA	9	3	0	0	0	0	23	4	13	0
ACRE	20	1	13	9	0	0	21	7	34	0
AMAZONAS	130	34	244	21	5	1	523	29	199	1
RORAIMA	0	0	0	0	0	0	5	1	7	0
PARÁ	15	6	7	0	0	0	61	6	77	0
AMAPÁ	0	0	0	0	0	0	2	1	4	0
TOCANTINS	6	3	4	1	0	0	20	5	15	0

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
NORDESTE	35	4	106	4	0	0	537	39	818	11
MARANHÃO	0	0	1	0	0	0	14	3	22	1
PIAUÍ	1	0	3	0	0	0	5	1	130	2
CEARÁ	14	1	50	2	0	0	116	15	27	2
RIO GRANDE DO NORTE	5	0	5	0	0	0	9	3	43	2
PARAÍBA	0	0	6	1	0	0	29	4	17	1
PERNAMBUCO	8	0	0	0	0	0	278	1	520	3
ALAGOAS	2	2	0	0	0	0	6	3	2	0
SERGIPE	2	0	13	0	0	0	31	4	19	0
BAHIA	3	1	28	1	0	0	49	5	38	0
SUDESTE	108	6	154	4	19	1	1074	157	699	19
MINAS GERAIS	14	1	30	1	2	0	225	39	121	8
ESPÍRITO SANTO	9	1	5	1	1	0	27	2	42	2
RIO DE JANEIRO	5	0	30	1	1	0	91	20	74	1
SÃO PAULO	80	4	89	1	15	1	731	96	462	8
SUL	32	8	160	9	3	2	496	92	208	3
PARANÁ	18	6	122	9	2	1	304	59	168	0
SANTA CATARINA	8	1	19	0	0	0	91	18	8	0
RIO GRANDE DO SUL	6	1	19	0	1	1	101	15	32	3
CENTRO-OESTE	14	2	457	20	0	0	351	35	296	13
MATO GROSSO DO SUL	1	1	103	6	0	0	69	5	71	0
MATO GROSSO	2	0	0	0	0	0	5	0	24	5
GOIÁS	4	0	140	11	0	0	102	23	104	3
DISTRITO FEDERAL	7	1	214	3	0	0	175	7	97	5
BRASIL	369	67	1145	68	27	4	3113	376	2370	47
Outro País	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>369</b>	<b>67</b>	<b>1145</b>	<b>68</b>	<b>27</b>	<b>4</b>	<b>3113</b>	<b>376</b>	<b>2371</b>	<b>47</b>

Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

\*Nota: Estes dados são analisados por estado/município de residência do paciente e eventualmente poderão existir divergências com os dados de cada UF, onde estas utilizam os dados por estado/município de notificação.

**TABELA 1 • Distribuição de casos e óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, por Classificação final e em Investigação. Brasil, regiões e unidades federadas (UF), até a SE 15 de 2019.**

# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Nacional  
**Data da informação:** 18/04/2019  
**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

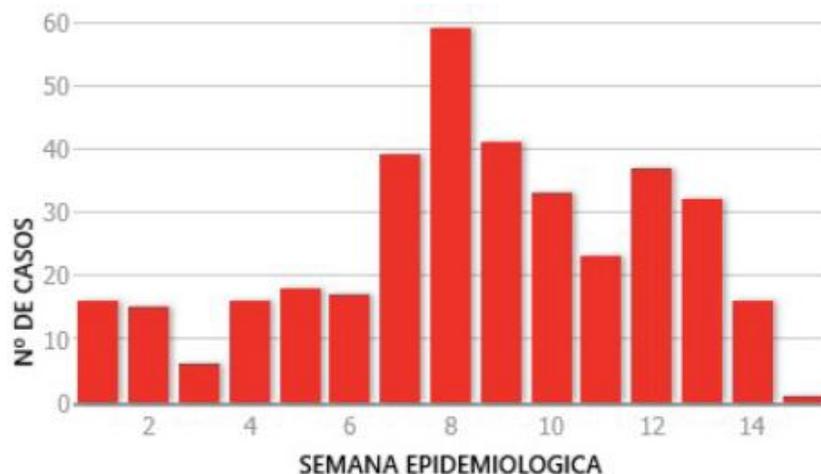
## COMENTÁRIOS:

### SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – HOSPITALIZADO

#### Perfil Epidemiológico dos Casos

No País, dentre os 299 casos de influenza subtipados até o momento, 64,2% (192/299) eram influenza A(H1N1)pdm09, 11,4% (34/299) influenza A(H3N2), 9,4% (28/299) influenza A não subtipado e 15,1% (45/299) influenza B (Tabela 2).

Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 18 anos, variando de 0 a 95 anos. Entre os casos de SRAG por influenza foi observada uma mediana de 3 dias para o início do tratamento variando de 0 a 33 dias. Na Figura 3, observa-se que a positividade para vírus influenza em casos de SRAG não se encontra crescente nas últimas semanas epidemiológicas no país. 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 às ações de prevenção e controle da influenza



Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

**FIGURA 3.** Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, confirmados para influenza, por semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2019 até a SE 15.

REGIÃO/ Unidade Federada	SRAG influenza por subtipo									
	Casos				Óbitos				Total Casos	Total Óbitos
	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	A Não Subtipado	Influenza B	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	A Não Subtipado	Influenza B		
NORTE	124	7	18	11	37	4	2	2	160	45
RONDÔNIA	10	0	0	0	3	0	0	0	10	3
ACRE	6	2	1	0	0	1	0	0	9	1
AMAZONAS	101	0	16	1	30	0	2	0	118	32
RORAIMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PARÁ	7	0	1	9	4	0	0	2	17	6
AMAPÁ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOCANTINS	0	5	0	1	0	3	0	0	6	3
NORDESTE	11	8	1	13	2	0	0	0	33	2
MARANHÃO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PIAUÍ	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
CEARÁ	5	7	1	0	1	0	0	0	13	1
RIO GRANDE DO NORTE	5	0	0	0	0	0	0	0	5	0
PARAÍBA	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
PERNAMBUCO	0	0	0	8	0	0	0	0	8	0
ALAGOAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SERGIPE	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0
BAHIA	1	0	0	2	1	0	0	0	3	1
SUDESTE	28	14	7	15	2	1	0	3	64	6
MINAS GERAIS	12	0	1	1	1	0	0	0	14	1
ESPÍRITO SANTO	0	8	0	1	0	1	0	0	9	1
RIO DE JANEIRO	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0
SÃO PAULO	15	6	6	12	1	0	0	3	39	4
SUL	20	4	1	5	6	0	0	1	30	7
PARANÁ	12	1	0	5	5	0	0	1	18	6
SANTA CATARINA	5	3	0	0	1	0	0	0	8	1
RIO GRANDE DO SUL	3	0	1	0	0	0	0	0	4	0
CENTRO-OESTE	9	1	1	1	0	1	0	0	12	1
MATO GROSSO DO SUL	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1
MATO GROSSO	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
GOIÁS	3	0	0	1	0	0	0	0	4	0
DISTRITO FEDERAL	4	0	1	0	0	0	0	0	5	0
<b>BRASIL</b>	<b>192</b>	<b>34</b>	<b>28</b>	<b>45</b>	<b>47</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>299</b>	<b>61</b>

Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

\* 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.

\*\* Estes dados são analisados por estado/município de residência do paciente e eventualmente poderão existir divergências com os dados de cada UF, onde estas utilizam os dados por estado/município de notificação.

**TABELA 2.** Distribuição dos casos e óbitos por subtipo de influenza. Brasil, regiões e unidades federadas (UF), até a SE 15 de 2019.

# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Nacional

**Data da informação:** 18/04/2019

**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

## COMENTÁRIOS:

### Perfil Epidemiológico dos Óbitos

Até a SE 15 de 2019, foram notificados 562 óbitos por SRAG, o que corresponde a 8,0% (562/7.025) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 11,9% (67/562) foram confirmados para vírus influenza. Dos 61 óbitos que foram subtipados, 77,0% (47/61) foram por influenza A(H1N1)pdm09, 9,8% (6/61) por influenza A(H3N2), 3,3% (2/61) influenza A não subtipado e 9,8% (6/61) por influenza B (Tabela 2).

Dentre os indivíduos que evoluíram ao óbito por influenza, a mediana da idade foi de 41 anos, variando de 0 a 91 anos e 82,1% (55/67) apresentaram pelo menos um fator, com destaque para adultos  $\geq 60$  anos, cardiopatas, diabetes mellitus e crianças  $< 5$  anos. Além disso, 77,6% (52/67) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 28 dias (Tabela 3). Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas.

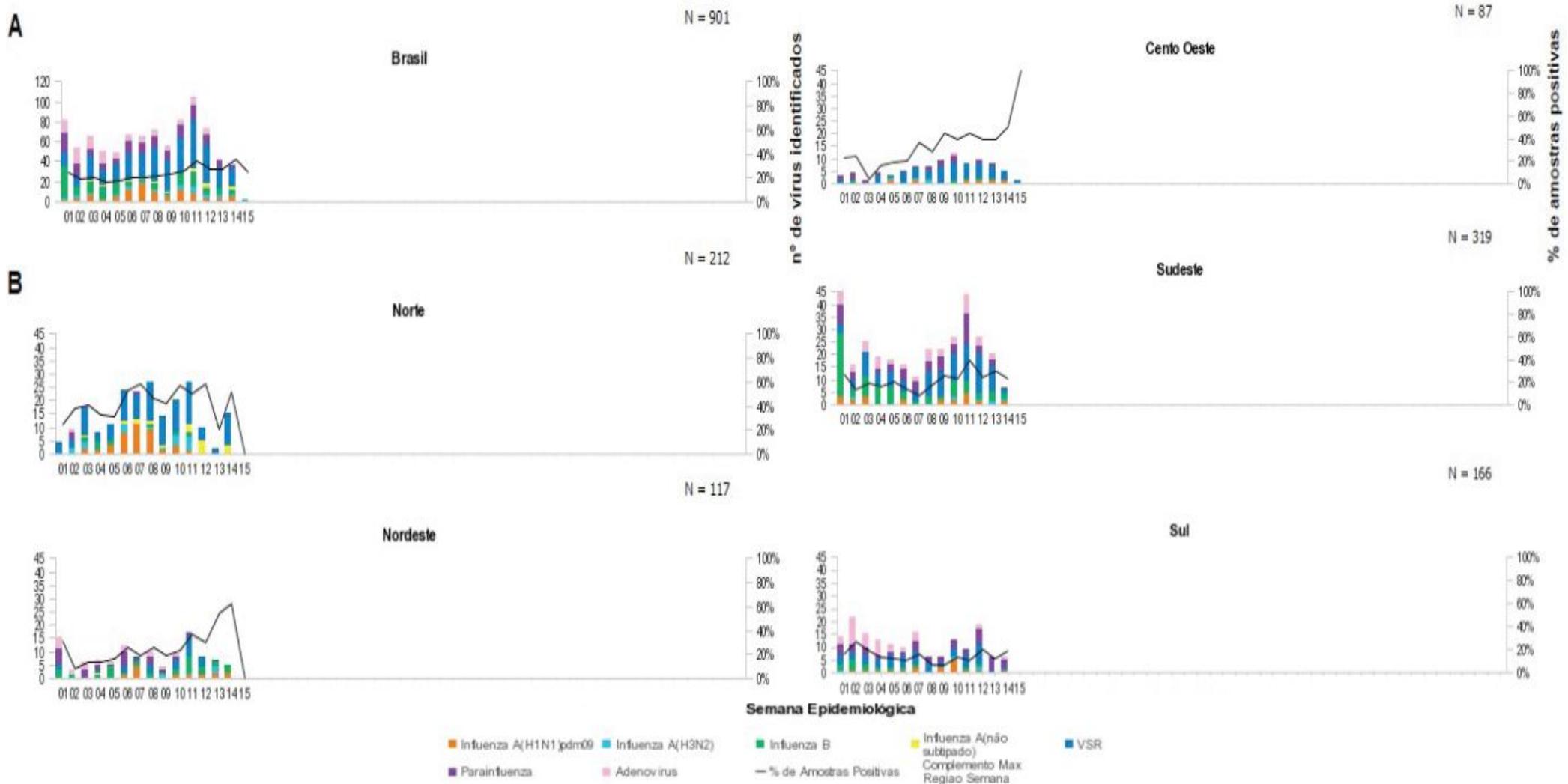
Óbitos por Influenza (N=67)	n	%
<b>Com Fatores de Risco</b>	<b>55</b>	<b>82,1</b>
Adulto $\geq 60$ anos	15	27,3
Doença cardiovascular crônica	13	23,6
Diabetes mellitus	12	21,8
Pneumopatias crônicas	6	10,9
Obesidade	2	3,6
Criança $< 5$ anos	12	21,8
Imunodeficiência/Imunodepressão	6	10,9
Doença neurológica crônica	0	0,0
Doença renal crônica	0	0,0
Doença Hematológica crônica	2	3,6
Doença hepática crônica	0	0,0
Gestante	1	1,8
Síndrome de Down	1	1,8
Indígena	2	3,6
Puérpera (até 45 dias do parto)	1	1,8
<b>Que utilizaram Antiviral</b>	<b>52</b>	<b>77,6</b>

**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 15.**

# INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional  
 Data da informação: 18/04/2019  
 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 15.**



Fonte: Sivep-Gripe. Dados atualizados em 15/4/2019, sujeitos a alteração.

# FEBRE AMARELA

**Local de ocorrência:** Nacional  
**Data da informação:** 24/04/2019  
**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

## COMENTÁRIOS:

### Situação Epidemiológica:

#### MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA FEBRE AMARELA NO BRASIL\*

Período de monitoramento: 01/01/2019 a 23/04/2019 Atualização: 24/04/2019

Casos humanos notificados: 1061

Epizootias em PNH notificadas: 850

80 confirmados (14 óbitos)

20 confirmadas

363 em investigação

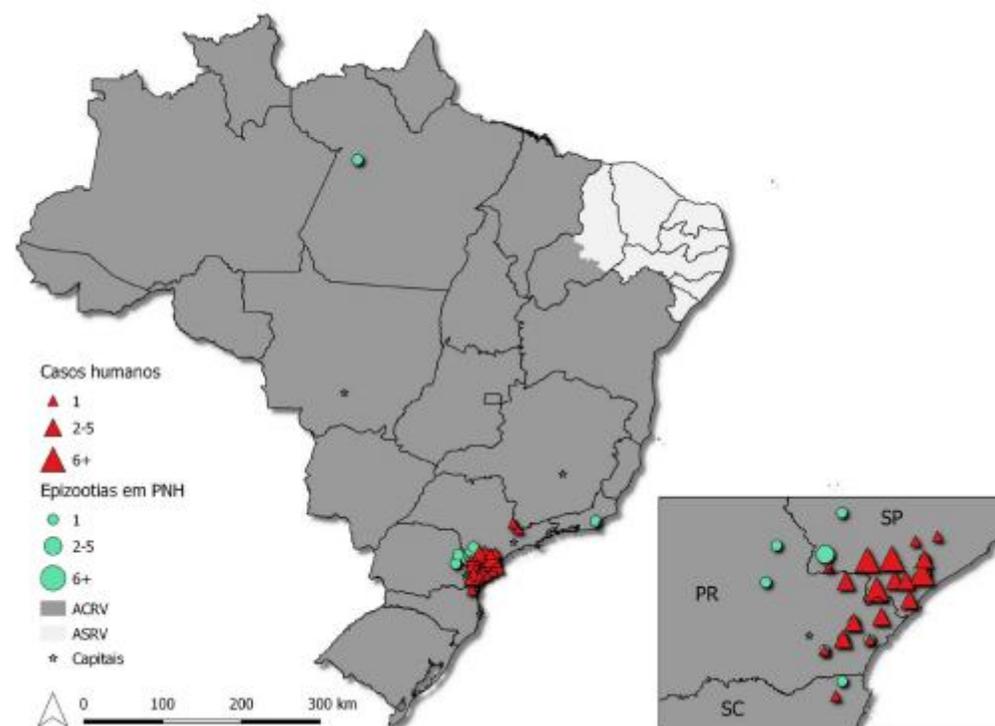
214 em investigação e 294 indeterminadas

618 descartados

322 descartadas

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

**FIGURA 1 • Distribuição dos casos humanos e epizootias em primatas não humanos confirmados para Febre Amarela, por município do local provável de infecção e/ou de ocorrência, no Brasil, entre as semanas epidemiológicas 01 e 16/2019.**



# FEBRE AMARELA

**Local de ocorrência:** Nacional  
**Data da informação:** 24/04/2019  
**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

## COMENTÁRIOS:

### Vigilância de Casos Humanos

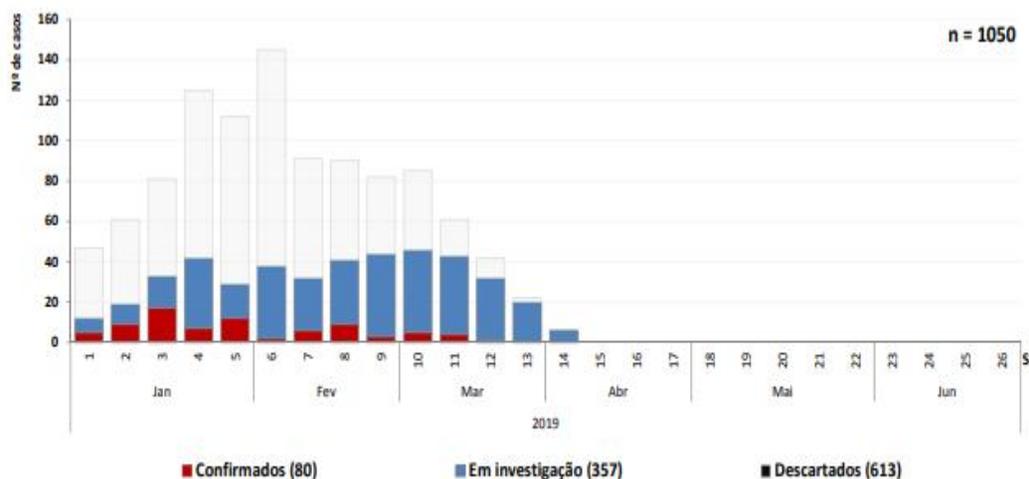
Foram registrados casos humanos confirmados nos estados de São Paulo (67), do Paraná (12) e Santa Catarina (01) (Tabela 1). A maior parte dos casos eram trabalhadores rurais e/ou com exposição em área silvestre, sendo 71 (88,7%) do sexo masculino, com idades entre 08 e 87 anos. Em março/2019 (SE-13), foi confirmado o primeiro caso de febre amarela no estado de Santa Catarina. Entre os casos confirmados, 14 evoluíram para o óbito (17,5%). O número total de casos humanos registrados no mesmo período de 2018 foi de 1.288.

**TABELA 1 • Distribuição dos casos humanos suspeitos de Febre Amarela notificados à SVS/MS, por UF do local provável de infecção e classificação, Brasil, semanas epidemiológicas 1 a 16/2019.**

REGIÃO	UF (LPI)	CASOS NOTIFICADOS	CASOS DESCARTADOS	CASOS EM INVESTIGAÇÃO	CASOS CONFIRMADOS			
					TOTAL	CURAS	ÓBITOS	LETALIDADE (%)
Norte	Acre	0						
	Amapá	0						
	Amazonas	0						
	Pará	6		15				
	Rondônia	2	1	1				
	Roraima	0						
	Tocantins	4	4					
Nordeste	Alagoas	0						
	Bahia	2	1	1				
	Ceará	1		1				
	Maranhão	0						
	Paraíba	0						
	Pernambuco	0						
	Piauí	0						
	Rio Grande do Norte	0						
	Sergipe	1		1				
	Centro-Oeste	Distrito Federal	45	25	20			
Goiás		28	15	13				
Mato Grosso		2	2					
Mato Grosso do Sul		3	2	1				
Sudeste	Espírito Santo	15	5	10				
	Minas Gerais	43	24	19				
	Rio de Janeiro	20	17	3				
	<b>São Paulo</b>	<b>519</b>	<b>242</b>	<b>210</b>	<b>67</b>	<b>55</b>	<b>12</b>	<b>17,9</b>
Sul	Paraná	340	262	66	12	11	1	8,3
	Rio Grande do Sul	7	2	5				
	Santa Catarina	23	16	6	1		1	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>1061</b>	<b>618</b>	<b>363</b>	<b>80</b>	<b>66</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	

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

**FIGURA 2 • Distribuição dos casos humanos suspeitos de Febre Amarela notificados à SVS/MS, por semana epidemiológica de início dos sintomas e classificação, Brasil, entre as semanas epidemiológicas 01 e 16/2019\***



\*11 casos não apresentavam registro da data de Início dos sintomas.

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

# FEBRE AMARELA

**Local de ocorrência:** Nacional  
**Data da informação:** 24/04/2019  
**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

## COMENTÁRIOS:

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

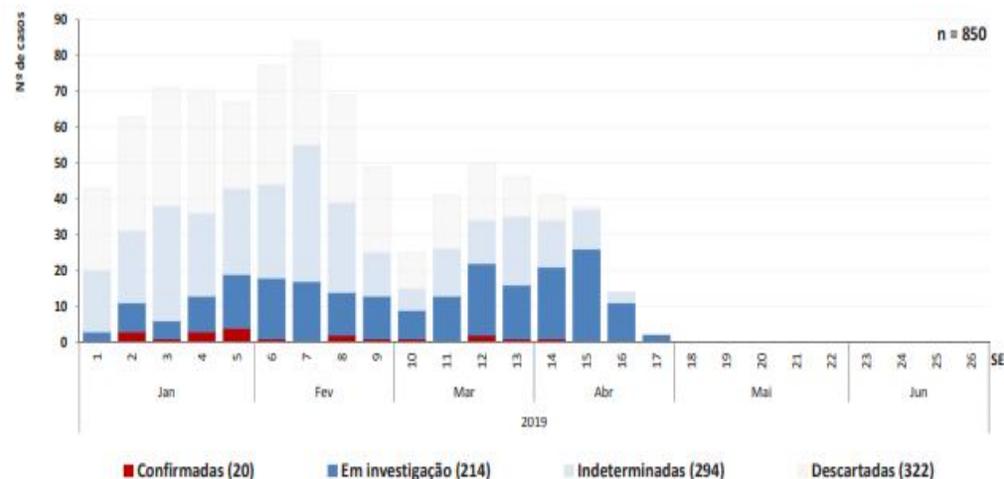
Foram registradas epizootias de PNH confirmadas em São Paulo (10), no Rio de Janeiro (02), no Paraná (06), no Pará (1) e em Santa Catarina (1). O maior número de epizootias confirmadas foi registrado na região Sudeste (60%; 12/20), embora atualmente a transmissão esteja avançando na região Sul, principalmente no Paraná, a partir de janeiro/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, Brasil, entre as semanas epidemiológicas 01 e 16/2019.**

Região	UF	EPIZOOTIAS				
		NOTIFICADAS	DESCARTADAS	INDETERMINADAS	EM INVESTIGAÇÃO	CONFIRMADAS
Norte	Acre					
	Amapá					
	Amazonas					
	Pará	11	2	4	1	1
	Rondônia	2		2		
	Roraima					
Nordeste	Tocantins	6	3	1	1	
	Alagoas					
	Bahia	17	2	9	6	
	Ceará					
	Maranhão	1		1		
	Paraíba					
	Pernambuco	3	1	1	1	
	Plauí					
	Rio Grande do Norte	8		6	1	
	Sergipe					
Centro-Oeste	Distrito Federal	2	1	1		
	Goiás	22	1	11	10	
	Mato Grosso	4	2	2		
	Mato Grosso do Sul	3			1	
Sudeste	Espírito Santo	6	0	2	1	
	Minas Gerais	121	20	74	27	
	Rio de Janeiro	108	39	16	51	2
	São Paulo	319	178	88	43	10
	Paraná	114	35	38	35	6
Sul	Rio Grande do Sul	5	1	1	1	
	Santa Catarina	98	37	37	23	1
	<b>Total</b>	<b>850</b>	<b>322</b>	<b>294</b>	<b>214</b>	<b>20</b>

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, Brasil, entre as semanas epidemiológicas 01 e 16/2019.**



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

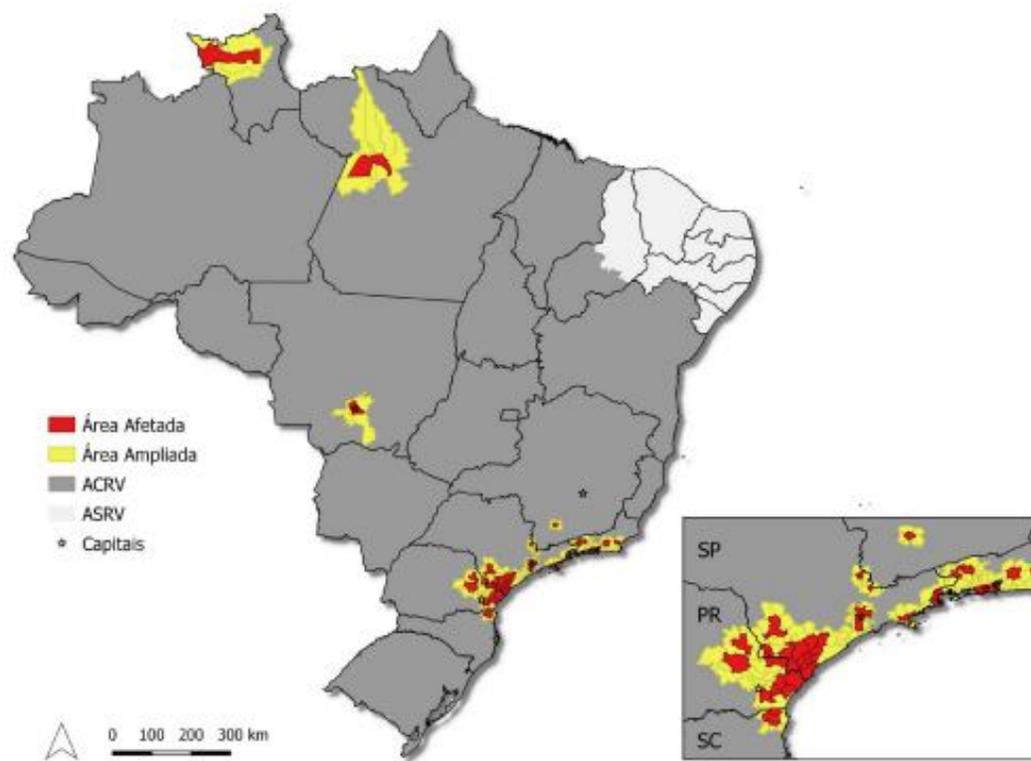
# FEBRE AMARELA

**Local de ocorrência:** Nacional  
**Data da informação:** 24/04/2019  
**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*). A vacinação está recomendada para toda a Área com Recomendação de Vacina (ACRV) destacada no mapa abaixo. Ressalta-se que o maior risco está nas áreas consideradas afetadas e ampliadas, onde a transmissão foi documentada recentemente (2018/2019). As pessoas não vacinadas e expostas nessas localidades devem ser vacinadas, prioritariamente.



**FIGURA 4 • Áreas afetadas (com evidência de circulação viral) e ampliadas (limitrofes 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:** 24/04/2019  
**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

## COMENTÁRIOS:

### Orientações para a intensificação da vigilância:

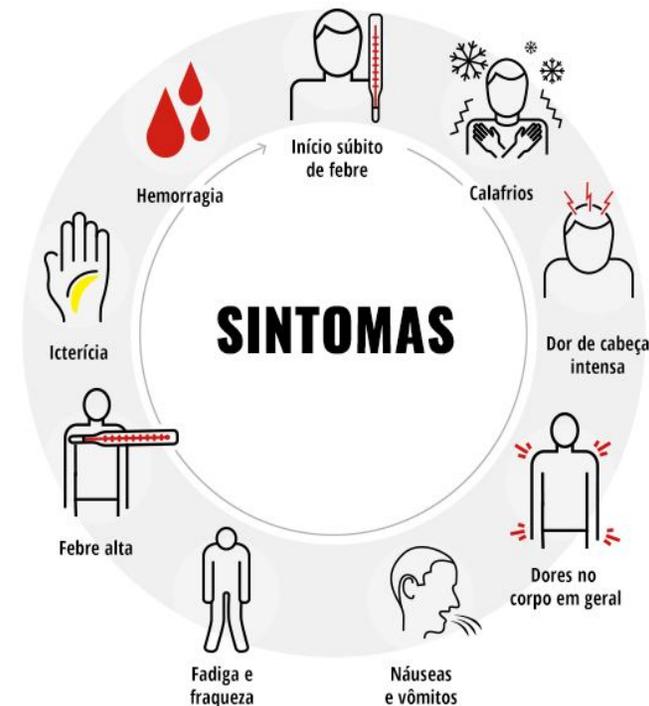
O Ministério da Saúde ressalta a necessidade de alertar a rede de serviços de saúde de vigilância epidemiológica e ambiental para antecipar a resposta e prevenir a ocorrência da doença em humanos.

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, observando-se 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, capítulo I, art 1º ao 11. Anexo 1, do Anexo V; (Origem: PRT MS/ GM 204/2016) e capítulo 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>



# EVENTOS INTERNACIONAIS

## Semana Epidemiológica 17/2019

(21/04/2019 a 27/04/2019)

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

# FEBRE DO VALE DO RIFT

**Local de ocorrência:** França

**Data da informação:** 26/04/2019

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

## COMENTÁRIOS:

Segundo as autoridades francesas, de 22 de novembro de 2018 a 18 de abril de 2019, foram notificados 122 casos humanos e nenhuma morte em Mayotte. A maioria dos casos era do sexo masculino, com uma relação homem-mulher de 3: 1 e faixa etária de 4 a 75 anos. Todos os casos foram adquiridos localmente.

Investigações posteriores identificaram 104 focos epizooticos da febre do Vale do Rift, compreendendo de um a seis animais, incluindo bovinos (82) e pequenos ruminantes (22).

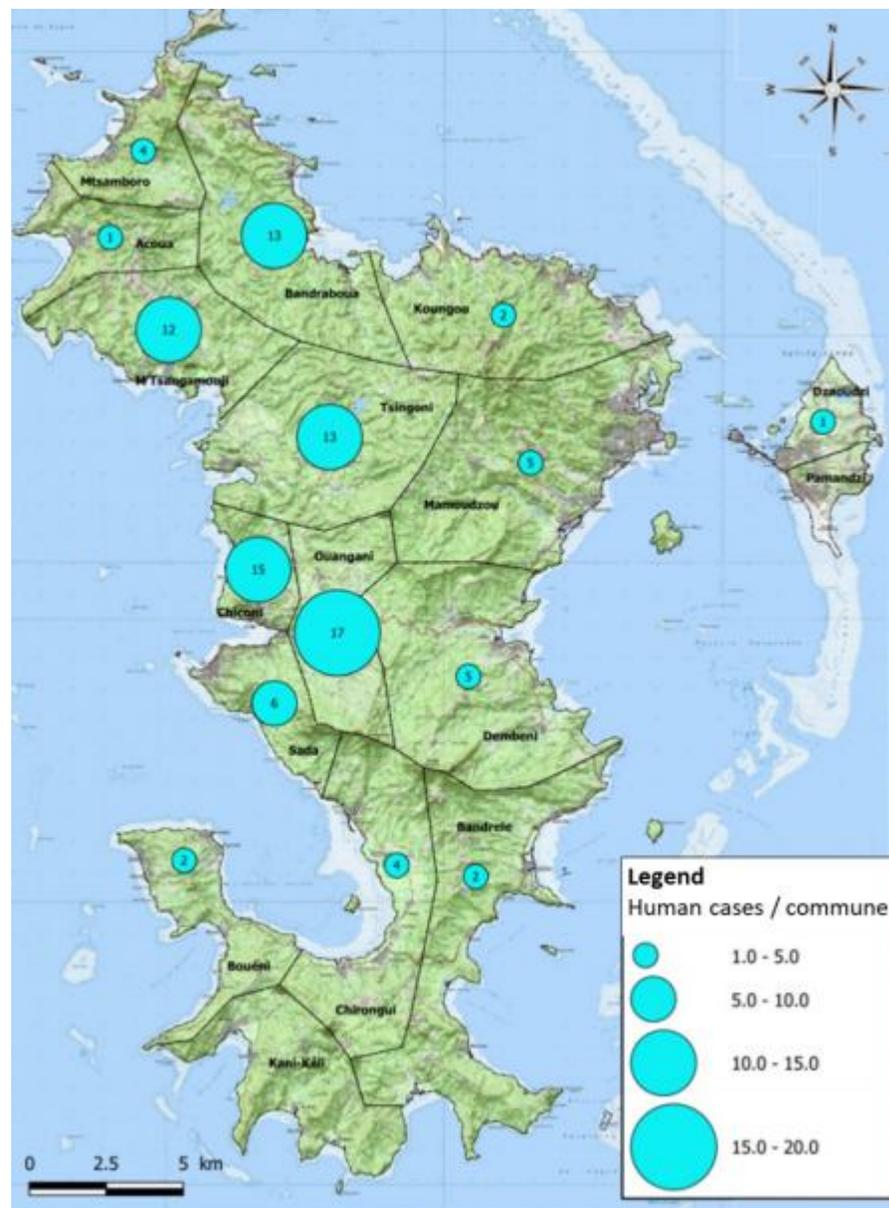
A maioria dos casos está concentrada nas áreas Centro-Oeste e Norte de Mayotte. Segundo o Centro Francês de Pesquisa Agrícola para o Desenvolvimento Internacional, a soroprevalência entre os ruminantes diminuiu de 2008 a 2017, mas aumentou significativamente em 2017 e 2018.

Viajantes e residentes de Mayotte correm baixo risco de infecção se forem seguidas medidas preventivas apropriadas. No entanto, aqueles que estão em contato com animais potencialmente infectados (por exemplo, veterinários e pessoas envolvidas na pecuária, abate de animais nas áreas afetadas) têm um risco aumentado de infecção e devem, portanto, lidar com animais de forma segura, praticando a pecuária e abate seguros. Nas áreas afetadas, o consumo de leite cru e produtos de origem animal que não tenham sido completamente cozidos deve ser evitado. Além disso, como medida de precaução, medidas de proteção pessoal contra picadas de mosquitos devem ser aplicadas. Transmissão do vírus através de contato com sangue ou materiais infectados em ambientes de saúde podem ser evitados pela aplicação das medidas definidas nas precauções padrão de cuidados de saúde.

A ocorrência de casos relacionados a viagens que retornam à UE continental / EEA não é nova, já que a febre do Vale do Rift é endêmica em muitos países africanos. A importação de casos humanos de Mayotte não pode ser excluída, em particular para as regiões ultraperiféricas da UE, no Oceano Índico (Reunião) e na UE continental / EEE.

Globalmente, o atual surto em Mayotte representa um risco muito baixo para os países da UE/EEE em termos de introdução através do comércio como exportação de animais vivos e sua carne e leite de Mayotte foram proibidos.

O ECDC publicou uma avaliação de risco rápida sobre a febre do Vale Rift em Mayotte (França) em 7 de março de 2019. O ECDC continuará a monitorizar este evento através de atividades de inteligência epidemiológica e relatar novamente se houver uma atualização epidemiológica relevante.



**Distribuição geográfica de casos humanos (n = 102 com localização conhecida), de 22 novembro de 2018 a 18 de abril de 2019.**

# DENGUE / CHIKUNGUNYA



**Local de ocorrência:** França

**Data da informação:** 26/04/2019

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

## COMENTÁRIOS:

### Europa

#### Doença do vírus Chikungunya / dengue:

Não foram detectados casos autóctones em países da UE / EEE continentais.

### Américas e Caribe

#### Doença do vírus Chikungunya:

**Brasil:** Em 2019 até 16 de março, o Brasil registrou 12.942 casos prováveis, representando um aumento de 8.793 casos desde a atualização anterior do relatório. Rio de Janeiro, Tocantins, Pará e Acre são as regiões com maior incidência relatadas em 2019.

Durante o mesmo período em 2018, 23.484 casos prováveis, incluindo nove mortes confirmadas, foram relatados no Brasil. Até agora, nem um caso fatal foi confirmado este ano, segundo o Ministério da Saúde do Brasil.

**Colômbia:** Em 2019 até 13 de abril, a Colômbia registrou 202 casos. Entre esses casos, quatro são confirmados por laboratório. Isso representa um aumento de 89 casos desde a atualização anterior do relatório.

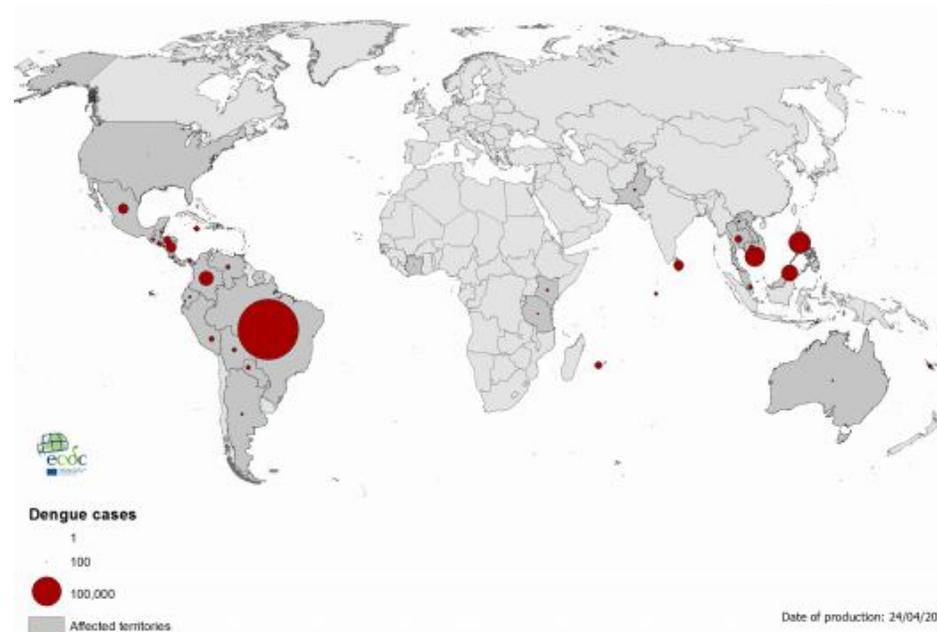
**El Salvador:** Em 2019 até 6 de abril, El Salvador registrou 105 casos suspeitos, um aumento de 35 casos desde a atualização anterior do relatório. Para o mesmo período de 2018, El Salvador registrou 76 casos suspeitos.

**México:** Em 2019 até 14 de abril, o Ministério da Saúde do México registrou dois casos confirmados. Para o mesmo período de 2018, o México registrou cinco casos confirmados.

**Nicarágua:** Em 2019 até 7 de abril, a Nicarágua registrou 46 casos suspeitos. Entre esses casos, nenhum foi confirmado. No mesmo período de 2018, a Nicarágua registrou 98 casos suspeitos, incluindo 22 casos confirmados.

**Paraguai:** Em 2019 até 7 de abril, o Paraguai registrou 11 casos prováveis, um aumento de mais um caso desde a atualização anterior do relatório. No mesmo período de 2018, o Paraguai registrou 125 casos.

**Peru:** em 2019 até 7 de abril de 2019, o Peru registrou 79 casos em 24 distritos em todo o país. Para o mesmo período em 2018, Peru relatou 113 casos.



## Distribuição geográfica dos casos de dengue notificados em todo o mundo, de fevereiro a abril de 2019

### Dengue:

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) registrou 561.000 casos suspeitos e confirmados de dengue na região das Américas em 2019 até 6 de abril. O **Brasil** já registrou 439 mil casos desde o início do ano, um aumento de mais de quatro vezes em comparação com o mesmo período de 2018. Autoridades de saúde brasileiras alertaram a população em geral sobre o aumento após o país ter detectado 254 mil casos no último mês.

Os números para cada país da região das Américas podem ser encontrados na Plataforma de Informação sobre Saúde da OPAS.

(Continua na próxima página)

# DENGUE / CHIKUNGUNYA



**Local de ocorrência:** França

**Data da informação:** 26/04/2019

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

## COMENTÁRIOS:

### Ásia

#### Doença do vírus Chikungunya:

**Índia:** nenhuma atualização está disponível desde a atualização anterior do CDTR.

**Malásia:** em 2019 até 6 de abril, 239 casos foram registrados na Malásia. A maioria dos casos foi relatado no distrito de Kuala Langat, onde 159 foram notificados até agora.

**Tailândia:** em 2019 até 23 de abril, a Tailândia relatou 3.141 casos sem mortes associadas em 21 províncias, as províncias mais afetadas estão localizadas na parte sul do país. Isto representa um aumento de 590 casos desde a atualização anterior do relatório, embora o número de casos relatados por semana esteja diminuindo.

#### Dengue:

No sul da Ásia, as **Maldivas** têm relatado 1.303 casos até agora este ano, de acordo com um relatório da mídia citando o Ministério da Saúde, em 1º de abril de 2019. Isto representa um aumento de quatro vezes em comparação com o mesmo período de 2018.

No Sudeste Asiático, **Timor-Leste** tem denunciado um surto de dengue desde o início do ano. De acordo com a mídia citando autoridades locais, 532 casos foram registrados entre janeiro e 10 de abril de 2019, o que é três vezes maior do que para o mesmo período dos anos anteriores. O surto afeta principalmente a cidade de Dili.

Os seguintes países relataram uma tendência crescente em comparação com o ano passado:

Em 16 de março de 2019, o **Laos** relatou 1.143 casos. A atividade da dengue é maior em comparação com o mesmo período de anos anteriores.

Em 30 de março de 2019, o **Camboja** registrou 3.270 casos de dengue. Segundo a OMS, a atividade da dengue continua a mostrar tendência ascendente desde o início de 2019, permanecendo acima do nível limite.

Em 22 de abril de 2019, a **Malásia** registrou 41.861 casos de dengue em 2019, em comparação com 18.200 casos no mesmo período de 2018.



#### Distribuição geográfica dos casos de chikungunya notificados em todo o mundo, de fevereiro a abril 2019

Em 30 de março de 2019, as **Filipinas** registraram 55.976 casos de dengue, em comparação com 31.247 no mesmo período de 2018.

Até 20 de abril de 2019, **Cingapura** registrou 2.593 casos de dengue, em comparação com 680 casos para o mesmo período em 2018.

De acordo com as autoridades de saúde até 14 de abril de 2019, o **Paquistão** relatou 935 casos de dengue, em comparação com aproximadamente 650 casos para o mesmo período em 2018.

Em 30 de março de 2019, o **Vietnã** registrou 48.647 casos de dengue. Isso representa um aumento de três vezes em relação ao mesmo período em 2018.

(Continua na próxima página)

# DENGUE / CHIKUNGUNYA



**Local de ocorrência:** França

**Data da informação:** 26/04/2019

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

## COMENTÁRIOS:

O **Sri Lanka** segue uma tendência semelhante à de 2018. De acordo com o Ministério da Saúde até 23 de abril de 2019, o **Sri Lanka** relatou 14.185 casos de dengue em 2019, em comparação com 15.778 casos no mesmo período do ano passado. Distritos de Colombo, Jaffna e Gampaha são as áreas mais afetadas.

Não há atualizações oficiais disponíveis para a Índia ou a Tailândia.

## África

### Doença do vírus Chikungunya:

**República Democrática do Congo:** Nenhuma atualização está disponível desde a atualização anterior do relatório.

**República do Congo:** Segundo a OMS, um surto continua na República do Congo desde sua declaração em 9 de fevereiro de 2019. Em 2019 até 7 de abril de 2019, foram notificados 5.272 casos suspeitos, dos quais 61 foram confirmados laboratorialmente.

Nenhuma morte relacionada a surtos foi relatada. Este é um aumento de 3.044 casos desde o relatório publicado em 22 de março de 2019.

Os casos são relatados em 8 dos 12 departamentos da República do Congo: Kouilou, Bouenza, Pointe-Noire, Plateaux, Pool, Niari, Lékoumou e Brazzaville. O departamento de Kouilou é o mais afetado, com 41% dos casos relatados. Este é o primeiro surto relatado na República do Congo desde 2011.

**Sudão:** Nenhuma atualização está disponível desde a atualização anterior do CDTR.

### Dengue:

Segundo a OMS, um novo surto foi detectado na **Costa do Marfim**. Desde o início do ano até 15 de março de 2019, o país está reportando 56 suspeitos e 11 casos confirmados.

Segundo a OMS, o surto no **Quênia** continua ativo. Desde outubro de 2018 até 8 de abril de 2019, o país detectou 660 suspeitos e 286 casos confirmados. O surto afetou principalmente o condado de Mombasa (sul do Quênia).

A **Tanzânia** continua a registrar casos de dengue. Desde agosto de 2018 até 14 de



Fonte: google.com.br

abril de 2019, 475 casos suspeitos de dengue foram relatados nas regiões de Dar es Salaam e Tanga. Este é um aumento de 313 casos desde a última atualização.

A **ilha da Reunião** continua a ver um aumento acentuado nos casos de dengue. De acordo com as autoridades regionais até 24 de abril de 2019, a Reunião detectou mais de 7.200 casos de dengue desde o início do ano.

Segundo a OMS, **Maurício** registrou 63 casos confirmados de 26 de fevereiro a 10 de abril de 2019. A área mais afetada é a de Porto Louis (Vallée des Prêtres).

## Austrália e o Pacífico

### Doença do vírus Chikungunya:

Nenhum surto foi relatado desde a atualização anterior.

### Dengue:

Segundo a OMS, a **Austrália** relatou 333 casos de dengue em 2019, até 9 de abril, em comparação com 165 para o mesmo período do ano passado.

Até 9 de abril de 2019, a **Nova Caledônia** registrou 2.166 casos de dengue, mostrando um aumento importante desde o início do ano. O sorotipo circulante é o DENV-2.

**Polinésia Francesa** relatou DENV-1 no Taiti, Moorea, Raiatea, Bora Bora e Rangiroa. Em 11 de abril de 2019, o **Taiti** declarou um surto de DENV-2 com oito casos autóctones relatados.

# SARAMPO

**Local de ocorrência:** Mundial

**Data da informação:** 18/04/2019

**Fonte da informação:** Organização Mundial da Saúde (OMS)

## COMENTÁRIOS:

Em 2018, doze países na Região das Américas relataram casos confirmados de sarampo. Considerando que, em abril de 2019 até à data, já existem 12 países na Região que têm casos confirmados de sarampo confirmados: Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, México, Peru, Estados Unidos da América, Uruguai e República Bolivariana da Venezuela. Nenhum caso fatal foi relatado na Região em 2019, enquanto em 2018 havia dois países, Brasil e Venezuela, que relataram casos fatais.

O surto que começou na Venezuela em 2017, se espalhou para o Brasil e a Colômbia em 2018. Além disso, em 2018, 4 países adicionais na Região (Argentina, Chile, Equador e Peru) relataram casos importados ou casos relacionados à importação do mesmo genótipo e linhagem como a que circula no Brasil, na Colômbia e na Venezuela. Uma diminuição no número de casos notificados foram observados da semana epidemiológica (SE) 27 de 2018 até o final de 2018.

Em 2019, Brasil, Colômbia e Venezuela continuam reportando casos associados ao mesmo genótipo e linhagem, indicando a circulação continuada deste vírus, enquanto outros 9 países notificaram casos importados de fora da Região com diferentes genótipos identificados.

A seguir, um resumo da situação epidemiológica dos países que relataram casos confirmados em 2019.

A **Argentina** informou 4 casos confirmados de sarampo, dos quais 3 foram importados e um foi relacionado à importação. O primeiro caso é um argentino de 35 anos, morador da cidade de Rosario, Santa Província de Fé, com histórico desconhecido de vacinação contra o sarampo e início da erupção em 17 de fevereiro depois de voltar à Argentina em 5 de fevereiro de uma viagem de negócios a Hong Kong, Região Administrativa (SAR) da República Popular da China. O segundo caso é um argentino de 49 anos de idade, com início em 27 de fevereiro, após retornar de um cruzeiro no Brasil, onde um surto de sarampo havia sido relatado. O terceiro caso é um turista europeu de 39 anos sem história de vacinação e com início de erupção em 17 de março; durante o período de transmissibilidade, o caso viajou de balsa para Montevidéu, Uruguai, e avião para Puerto Iguazú. O quarto caso é relacionado à importação em um homem de 36 anos com início de erupção em 2 de abril e que estavam no mesmo vôo que o terceiro caso.

As **Bahamas** relataram um caso de sarampo confirmado por laboratório importado em março de 2019. O caso é um menino de 4 anos de idade sem história de vacinação que chegou às Bahamas em 10 de fevereiro na França e teve início em 18 de fevereiro. O genótipo D8 foi identificado, diferente do que circula em outros países da Região.

No **Brasil**, entre SE 1 de 2018 e SE 9 de 2019, houve 10.354 casos confirmados de sarampo (10.326 em 2018 e 28 em 2019), incluindo 12 mortes (todas em 2018). Além disso, em 20 de fevereiro de 2019, o Brasil relatou um surto de sarampo em um navio de cruzeiro onde 20 casos foram confirmados (todos os tripulantes).

Em 2018, havia 11 unidades federais que informaram casos confirmados de sarampo: Amazonas (9.808 casos, 6 óbitos), Bahia (3 casos), Distrito Federal (1 caso), Pará (79 casos, 2 óbitos), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (46 casos), Rio de Janeiro (20 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (361 casos, 4 óbitos), São Paulo (3 casos) e Sergipe (4 casos). Em 2019, as unidades federais que informaram casos confirmados são o Amazonas (5 casos) e Pará (23 casos).

O mais recente caso confirmado no Brasil teve início em 23 de fevereiro de 2019 e foi relatado no estado do Pará.

Os casos confirmados mais recentes importados da Venezuela tiveram início na SE 7 de 2019 e foram relatados no estado do Pará.

A seguir, um breve resumo da situação epidemiológica nos estados do Amazonas, Pará e Roraima.

No estado do Amazonas, entre 6 de fevereiro de 2018 e 19 de março de 2019, havia 11.423 casos suspeitos notificados, incluindo 6 mortes. Do total de casos suspeitos, 9.808 foram confirmados (9.803 com início de erupção em 2018 e 5 em 2019), 1.609 foram descartados, e 6 permanecem sob investigação. As 6 mortes estão entre 4 crianças com menos de 1 ano de idade, um adulto na faixa etária de 40 a 49 anos e outro adulto com mais de 50 anos.

Dos casos confirmados, 55,6% (5.452) são do sexo masculino. O mais recente caso confirmado neste Estado teve início imediato em 31 de janeiro de 2019 (SE 5) e o caso mais recente teve início na SE 8 de 2019.

# SARAMPO

**Local de ocorrência:** Mundial

**Data da informação:** 18/04/2019

**Fonte da informação:** Organização Mundial da Saúde (OMS)

## COMENTÁRIOS:

Dos 62 municípios do estado do Amazonas, 46 relataram casos confirmados. O município de Manaus é responsável por 78,7% (8.986) dos casos suspeitos e 82,1% (8.056) dos casos confirmados relatados no estado. A taxa de incidência cumulativa de confirmação de casos no estado é de 273,1 casos por 100.000 habitantes, e os municípios com as maiores taxas de incidência são: Manacapuru (994,2 casos por 100.000 habitantes), seguido de Juruá (458,6 casos por 100.000 habitantes) e Manaus (378,2 casos por 100.000).

A taxa de incidência mais alta para casos confirmados por faixa etária é entre crianças menores de 1 ano de idade (2.191,8 casos por 100.000 habitantes), seguidos de 15 a 19 anos (552,1 casos por 100.000 habitantes), de 20 a 29 anos (358,6 casos por 100.000 habitantes), de 1 a 4 anos (354,4 casos por 100.000 habitantes), de 30 a 39 anos (189,0 por 100.000 habitantes) de 40 a 49 anos (117,4 casos por 100.000 habitantes).

No estado do Pará, entre 4 de fevereiro de 2018 e 19 de março de 2019, havia 322 casos suspeitos relatados. Destes, 104 foram confirmados (79 com datas de início da erupção em 2018 e 23 em 2019), 118 foram descartados, e 30 permanecem sob investigação. Duas mortes foram relatadas entre os casos confirmados, ambos entre indígenas venezuelanos menores de 1 ano de idade.

O mais recente caso confirmado teve início imediato em 23 de fevereiro de 2019 (SE 8) e um caso recente em investigação teve início na SE 10 de 2019.

Dos casos confirmados, 50% (52) são do sexo masculino. O município de Santarém reportou 36% (116) dos casos suspeitos e 40,4% (42) dos casos confirmados. A taxa de incidência no estado é de 1,3 casos por 100.000 habitantes.

A taxa de incidência mais alta para casos confirmados por faixa etária é entre crianças menores de 1 ano (15 casos por 100.000 habitantes), seguido por crianças de 1 a 4 anos (3,1 casos por 100.000 habitantes), de 5 a 9 anos (1,4 casos por 100.000 habitantes), de 10 a 14 anos de idade (1,3 casos por 100.000 habitantes) e de 15 a 19 anos (1,2 casos por 100.000 população).

No estado de Roraima, entre 4 de fevereiro de 2018 e 19 de março de 2019, havia 601 casos suspeitos notificados, incluindo 4 mortes. Do total de casos suspeitos, 361 foram confirmados (todos com início eruptivo em 2018), 224 foram descartados, e 16

permaneceram em investigação. O mais recente caso confirmado no estado teve início imediato em 3 de dezembro de 2018 (SE 49) e o caso mais recente sob investigação teve início imediato na SE 13 de 2019.

Dos casos confirmados, 54,0% (195) são homens, 60,7% (219) são venezuelanos, 38,5% (139) são brasileiros e 1% (3 casos) correspondem a pessoas de outros países. Dos confirmados, 40,4% são indígenas (128 da Venezuela e 18 do Brasil).

Dos 15 municípios do estado de Roraima, 13 relataram casos confirmados. Os municípios de Amajari, Boa Vista e Pacaraima respondem por 89,8% (542) dos casos suspeitos e 89% (323) dos casos confirmados relatados em Roraima. A taxa de mortalidade em Roraima é de 62,6 casos por 100.000 habitantes, e os municípios com as maiores taxas de incidência são: Pacaraima (314,5 casos por 100.000 habitantes), Amajari (72,6 casos por 100.000 habitantes), Cantá (61,6 casos por 100.000 habitantes), Rorainópolis (50,8 por 100.000 habitantes) e Boa Vista (48,5 casos por 100.000 habitantes).

A taxa de incidência mais alta para casos confirmados por faixa etária é entre crianças menores de 1 ano de idade (841,8 casos por 100.000 habitantes), seguidos dos de 1 a 4 anos (255,8 casos por 100.000 habitantes), de 5 a 9 anos (106,9 casos por 100.000 habitantes), de 10 a 14 anos de idade (66,6 casos por 100.000 habitantes) e de 15 a 19 anos (51,0 casos por 100.000 habitantes).

No Canadá, entre SE 1 e SE 13 de 2019, houve 33 casos confirmados de sarampo relatados nas províncias de Québec, British Columbia, Ontário e Alberta, e territórios do Noroeste.

A maior proporção de casos foi relatada pela província de British Columbia, com 26 casos de sarampo confirmados entre 1 de janeiro e 12 de abril de 2019. Os casos foram importados das Filipinas, dos Estados Unidos ou do Vietnã. Para alguns casos, a origem da infecção não pôde ser estabelecida. Na província de British Columbia, 59% (15) dos casos são do sexo masculino; e 35% (9) não tinham histórico de vacinação. Um total de 42% (11) foram relatados entre jovens de 10 a 19 anos, 31% (8) entre 20 a 29 anos, 12% (3) entre pessoas com 40 anos ou mais e 8% (2) entre 30 e 39 anos. Em 2018, houve 9 casos confirmados relatados nesta província.

# SARAMPO

**Local de ocorrência:** Mundial

**Data da informação:** 18/04/2019

**Fonte da informação:** Organização Mundial da Saúde (OMS)

## COMENTÁRIOS:

No **Chile**, foram notificados 26 casos confirmados de sarampo (23 em 2018 e 3 em 2019, até a SE 8), dos quais 8 foram importados e 18 foram importados. Quatorze casos precisaram hospitalização, e nenhuma morte foi relatada. Do total de casos confirmados, 54% (14) são do sexo masculino e 57% (15) são crianças menores de um ano de idade. Casos foram relatados nas Regiões Metropolitana (24) e Biobío (2).

Na **Colômbia**, entre SE 10 de 2018 e SE 14 de 2019, houve 8.684 suspeitos de sarampo notificados (7.089 em 2018 e 1.595 em 2019), dos quais 291 foram confirmados (209 com datas de erupção cutânea em 2018 e 82 em 2019). Nenhuma morte foi relatada.

Em 2019, foram notificados casos confirmados nos departamentos de Atlântico, Cesar, Cundinamarca, La Guajira, e Norte de Santander e nos distritos de Barranquilla e Bogotá. Durante as quatro semanas anteriores (SE 11 a SE 14), foram confirmados 15 casos nos departamentos de La Guajira e Norte de Santander e no distrito de Barranquilla; destes, 9 foram importados da Venezuela.

O caso importado confirmado mais recente teve início em 31 de março de 2019, e o mais recente suspeito sob investigação teve início imediato em 11 de abril de 2019.

A taxa de incidência cumulativa no país é de 0,22 casos por 100.000 habitantes, e as taxas de maiores incidência foram relatadas nas seguintes entidades territoriais: Cartagena (5,5 casos por 100.000 habitantes), Barranquilla (3,2 casos por 100.000 habitantes) e Bolívar (1,1 casos por 100.000 habitantes).

A maior taxa de incidência por faixa etária entre casos relacionados à importação ou casos de transmissão secundária entre colombianos é entre crianças menores de 1 ano de idade (5,9 casos por 100.000 crianças), seguido por crianças de 1 a 4 anos (0,6 casos por 100.000 habitantes).

A **Costa Rica** relatou 9 casos confirmados de sarampo entre a SE 1 e a SE 13 de 2019, dos quais 3 foram importados e 6 foram relacionados à importação.

O **México** informou um caso importado de sarampo confirmado em laboratório. O caso é uma residente de 54 anos do estado de Nuevo León, com uma história de viagens para a França (Paris) e Estados Unidos (Houston e San Antonio, Texas). O caso não tinha histórico de vacinação e teve erupção cutânea em 10 de fevereiro de 2019.

O **Peru** informou um caso confirmado de sarampo em 2019. O caso é de peruano de 40 anos de idade.

Nos **Estados Unidos**, entre 1º de janeiro e 11 de abril de 2019, foram confirmados 555 casos de sarampo relatados em 20 estados: Arizona, Califórnia, Colorado, Connecticut, Flórida, Geórgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Massachusetts, Michigan, Missouri, Nevada, New Hampshire, Nova Jersey, Nova York, Oregon, Texas e Washington.

Atualmente, 6 surtos de sarampo estão em curso nas seguintes jurisdições: Condado de Rockland, Nova York; o estado de Washington; Nova Jersey; Condado de Butte, Califórnia; e o estado de Michigan. Estes surtos estão associados a viajantes com história de viagens para Israel, Ucrânia e Filipinas. A maioria dos casos de sarampo não foi vacinada.

Em 2018, 17 surtos foram relatados nos Estados Unidos; os surtos no Estado de Nova York e Nova Jersey registraram o maior número de casos. Casos ocorridos principalmente entre pessoas não vacinadas nas comunidades judaicas ortodoxas. Esses surtos foram associados a viajantes de Israel, onde um grande surto está ocorrendo. Em 2018, 82 casos foram importados de outros países, que é o maior número de casos importados desde que o sarampo foi eliminado nos Estados Unidos em 2000.

O **Uruguai** relatou 3 casos confirmados de sarampo. O primeiro caso é uma mulher de 44 anos com início de erupção em 2 de abril e sem histórico de vacinação. Este caso foi um contato do caso confirmado em um turista europeu na Argentina. O segundo caso é uma mulher de 42 anos com início de erupção cutânea em 27 de março e sem histórico de vacinação contra o sarampo.

Na **Venezuela**, o surto que começou em 2017 continua em andamento. Entre a SE 26 de 2017 e SE 13 de 2019, um total de 9.585 casos suspeitos (1.307 em 2017, 7.790 em 2018 e 488 em 2019), incluindo 6.534 casos confirmados de sarampo (727 em 2017, 5.667 em 2018 e 140 em 2019), foram relatados. A taxa de incidência cumulativa no país durante 2017-2019 é de 20,4 casos por 100.000 habitantes.

# SARAMPO

**Local de ocorrência:** Mundial

**Data da informação:** 18/04/2019

**Fonte da informação:** Organização Mundial da Saúde (OMS)

## COMENTÁRIOS:

As autoridades de saúde na Venezuela implementaram uma série de estratégias de vacinação para interromper a circulação do vírus. Além das campanhas de vacinação, outras ações implementadas incluem: vigilância intensificada da síndrome febril aguda e bloqueio com a vacina contra sarampo-rubéola (MR), bem como a vacinação seletiva de contatos de casos suspeitos e confirmados em pessoas com até 39 anos de idade.

### Sarampo nas comunidades indígenas

No Brasil, um total de 185 casos suspeitos foram registrados entre a população indígena, das quais 145 foram confirmadas no Estado de Roraima e 2 (ambas fatais) no Estado do Pará. A maioria dos casos confirmados no Estado de Roraima é da Saúde Indígena Auaris, distrito, que faz fronteira com a Venezuela.

Na Venezuela, entre SE 1 e SE 52 de 2018, houve 513 casos confirmados de sarampo entre as populações indígenas do Amazonas

### Conselhos às autoridades nacionais

Dada a continuação dos casos importados de sarampo de outras regiões e o surto nas Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS / OMS) reforça as recomendações feitas desde fevereiro de 2015 para todos os Estados-Membros a:

- Vacinar para manter uma cobertura homogênea de 95% com o primeiro e o segundo doses da vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (MMR) em todos os municípios.
- Vacinar as populações em risco (sem comprovação de vacinação ou imunidade contra sarampo e rubéola), como profissionais de saúde, pessoas que trabalham com turismo e transporte (hotéis, aeroportos, taxistas e outros) e viajantes internacionais;
- Manter um estoque de vacinas e seringas MR e / ou MMR para controle de casos em cada país da Região;

- Identificar fluxos migratórios (chegada de estrangeiros) e fluxos internos (deslocados populações indígenas) em cada país, incluindo populações indígenas, a fim de facilitar o acesso aos serviços de vacinação de acordo com o regime nacional;

- Implementar um plano para imunizar as populações migrantes em áreas fronteiriças de alto tráfego, priorizando aqueles considerados de risco, incluindo migrantes e residentes locais, nesses municípios;

- Aumentar a cobertura vacinal e fortalecer a vigilância epidemiológica em áreas de fronteira, a fim de aumentar a imunidade da população e detectar / responder rapidamente casos suspeitos de sarampo;

- Fortalecer a vigilância epidemiológica do sarampo para alcançar a detecção oportuna de todos os casos suspeitos de sarampo em estabelecimentos de saúde públicos e privados e que as amostras são recebidas pelos laboratórios dentro de 5 dias da coleta e que os resultados laboratoriais estão disponíveis em tempo hábil;

- Fornecer uma resposta rápida a casos de sarampo importados, para evitar o restabelecimento de transmissão endêmica, através da ativação de equipes de resposta rápida treinadas e implementando protocolos nacionais de resposta rápida quando houver casos importados. Uma vez que uma equipe de resposta rápida tenha sido ativada, coordenação entre os níveis nacional e local deve ser assegurada, com canais de comunicação permanentes e fluidos entre todos os níveis (nacional, subnacional e local).

- Durante os surtos, estabeleça uma gestão adequada dos casos hospitalares para evitar transmissão nosocomial, com encaminhamento adequado de pacientes para salas de isolamento (por qualquer nível de cuidado) e evitar contato com outros pacientes em salas de espera e / ou outros quartos de hospital.

Além disso, a OPAS / OMS recomenda que os Estados Membros aconselhem todos os viajantes que não podem mostrar prova de vacinação ou imunidade receber o sarampo e vacinação contra rubéola, preferencialmente a vacina tripla viral (MMR), pelo menos duas semanas antes de viajar para áreas onde a transmissão do sarampo foi documentada.

# ÉBOLA

**Local de ocorrência:** República Democrática do Congo

**Data da informação:** 25/04/2019

**Fonte da informação:** Organização Mundial da Saúde (OMS)

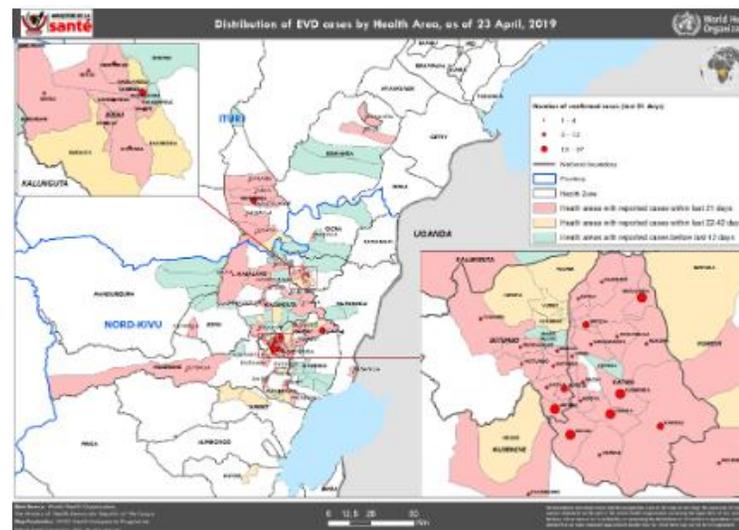


## COMENTÁRIOS:

A semana passada testemunhou uma notável escalada de incidentes de segurança em torno dos esforços de resposta à doença pelo vírus Ebola (DVE). Em 19 de abril, um ataque a um hospital em Katwa por milícias armadas resultou na morte trágica do Dr. Richard Mouzoko Kiboung, um epidemiologista da OMS, e na lesão de dois outros profissionais de saúde. Para garantir a segurança de todos os profissionais de resposta a surtos, as atividades de resposta ao Ebola foram temporariamente suspensas em algumas áreas de saúde de alto risco até que as medidas de segurança possam ser reforçadas.

A OMS, a ONU e o governo da República Democrática do Congo estão colaborando ativamente para rever as atuais medidas estratégicas e operacionais de segurança para garantir a proteção dos profissionais de saúde no campo e melhorar a coordenação e o compartilhamento de informações entre todos os elementos de segurança de resposta. As medidas de segurança operacional existentes continuam a ser implementadas e reforçadas, incluindo o estabelecimento de perímetros de segurança em torno das residências do pessoal de resposta da DVE, aumentando a segurança em locais fixos, melhorando as capacidades da equipe local de resposta rápida (QRT) da polícia local e das forças de segurança da ONU e garantir a conformidade dos funcionários com os procedimentos de rastreamento e a adesão ao toque de recolher. Essas medidas e outros processos de gerenciamento de riscos de segurança serão continuamente atualizados para refletir as necessidades da situação de segurança em andamento no local.

Além de revisar as medidas de segurança, os esforços de sensibilização da comunidade por meio do diálogo direto com vários líderes comunitários também estão sendo intensificados. Desde janeiro, tem havido um aumento notável nos incidentes de resistência da comunidade, principalmente em torno de Katwa e Butembo. Prevê-se que os incidentes em abril atinjam ou ultrapassem os níveis de março. Como ganhar compreensão e aceitação da comunidade é essencial para nossa capacidade de promover uma resposta eficaz aos surtos, os esforços de participação na comunidade continuam sendo um elemento significativo de nossa resposta para aliviar os futuros riscos de segurança para os profissionais de saúde, desenvolver e aumentar a capacidade da comunidade local para garantir a continuidade das operações de resposta e melhorar a situação geral de segurança nas áreas de transmissão da DVE.



**Casos confirmados e prováveis da doença causada pelo vírus Ébola pelas áreas de saúde, províncias de Kivu do Norte e Ituri, República Democrática do Congo, dados de 23 de abril de 2019.**

A incidência de casos de DVE na República Democrática do Congo esta semana registrou uma queda em relação à semana anterior. No entanto, essa observação deve ser interpretada com cautela e no contexto da recente interrupção das atividades de resposta e relato de casos em determinadas áreas de hotspot. Nos 21 dias entre 3 e 23 de abril de 2019, 62 áreas de saúde dentro de 11 zonas de saúde relataram novos casos; 42% das 147 áreas de saúde afetadas até o momento. Durante este período, foram notificados 255 casos confirmados de Katwa (132), Butembo (29), Vuhovi (29), Mandima (21), Beni (15), Mabalako (9), Kalunguta (6), Musienene (6), Masereka (5), Oicha (2) e Kyondo (1).

Até 23 de abril, um total de 1.367 casos de DVE confirmados e prováveis foram registrados, dos quais 885 morreram (taxa de letalidade de 65%). Do total de casos, 56% (765) eram do sexo feminino e 28% (386) eram crianças menores de 18 anos. O número de profissionais de saúde afetados subiu para 90 (7% do total de casos), incluindo 33 mortes. Até o momento, um total de 392 pacientes com DVE que receberam cuidados em Centros de Tratamento de Ebola (ETCs) receberam alta.

# POLIOMIELITE

**Local de ocorrência:** Mundial

**Data da informação:** 24/04/2019

**Origem da informação:** The Global Polio Eradication Initiative e OPAS

## COMENTÁRIOS

De 24 de abril a 30 de abril de 2019, a Semana Mundial de Imunização é celebrada em todo o mundo. O tema deste ano é Protected Together: Vaccines Work!, que visa destacar o importante papel que pais, comunidades, profissionais de saúde, inovadores e heróis de vacinas do cotidiano desempenham para garantir que todos se beneficiem das vacinas que salvam vidas.

**Resumo de novos vírus nesta semana:** **Afeganistão** - três casos de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) e três amostras ambientais positivas para WPV1; **Paquistão** - notificação prévia de dois casos de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) e 13 amostras ambientais positivas para WPV1; **Nigéria** - dois casos derivados de vacina tipo 2 circulantes (cVDPV2) e seis amostras ambientais positivas para cVDPV2; **República Democrática do Congo** - um caso de cVDPV2 e dois isolados da comunidade de cVDPV2; **Somália** - um caso de cVDPV2 e um isolado de contato de cVDPV2.

## 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	6	9	5	33	104
- in endemic countries	9	5	9	1	33	34
- in non-endemic countries	0	1	0	4	0	70

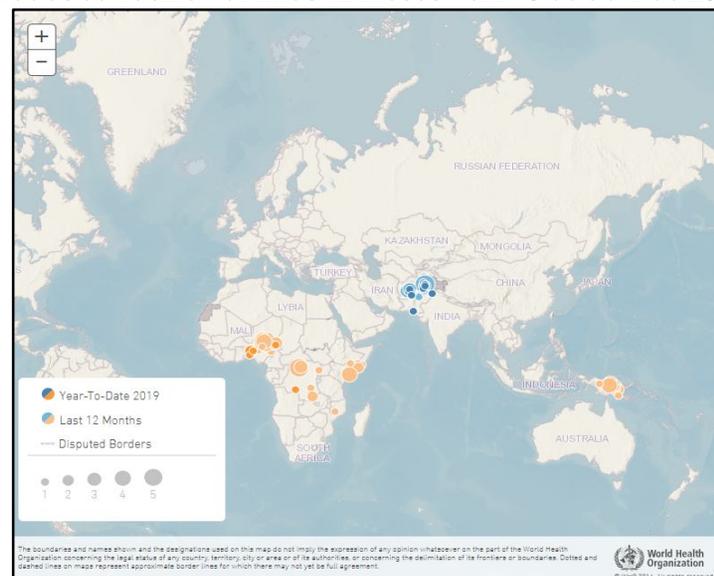
<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

## 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	1	0	4	0	20	NA	8-Feb-2019
Indonésia	0	0	0	0	0	1	NA	27-Nov-2018
Mozambique	0	0	0	0	0	1	NA	21-Oct-2018
Niger	0	0	0	0	0	10	NA	5-Dec-2018
Nigéria	0	5	0	1	0	34	NA	09-Mar-2019
Paquistão	6	0	2	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	12	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 15 de abril de 2019



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

# POLIOMIELITE

**Local de ocorrência:** Guiné-Bissau

**Data da informação:** 29/04/2019

**Origem da informação:** observador.pt (fonte informal)

## COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

A Organização Mundial de Saúde declarou a Guiné-Bissau livre de poliomielite, uma infecção que pode provocar a paralisia infantil, num comunicado divulgado na segunda-feira à imprensa por aquela agência das Nações Unidas.

Segundo o comunicado, a decisão foi tomada durante a reunião realizada em Dacar, Senegal, entre 08 e 12 de abril, da Comissão Regional de Certificação e Erradicação da Poliomielite para África da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Atualmente, segundo a OMS, na África apenas a Nigéria, África do Sul, Camarões, Guiné Equatorial, Sudão do Sul e República Centro-Africana não conseguiram alcançar aquele estatuto.

No comunicado, a OMS felicita o Ministério da Saúde pelo “feito histórico” e “alerta para a responsabilidade que o país assume para manter o estatuto”.

“É necessário continuar a vigilância ativa das paralisias flácidas agudas, mantendo assim o sistema nacional de vigilância tão sensível ao ponto de não deixar escapar nenhum caso de pólio”, adverte a OMS.

Para a OMS, o sistema nacional de saúde guineense deve criar condições e meios necessários para “continuar as atividades inerentes para evitar perder o estatuto no futuro”.



GHULAMULLAH HABIBI/EPA

# INFLUENZA A (H7N9)



**Local de ocorrência:** China

**Data da informação:** 26/04/2019

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

## COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

Em março de 2013, um novo vírus da gripe aviária A (H7N9) foi detectado em humanos na China. Desde então e até 20 de abril de 2018, 1.568 casos foram relatados, incluindo 567 mortes. O surto mostra um padrão sazonal. A primeira onda na primavera de 2013 (semanas 2013-7 a 2013-40) resultou em 135 casos, a segunda onda (semanas 2013-41 a 2014-40) levou a 320 casos, a terceira onda (semanas 2014-41 a 2015-40) causou 223 casos, a quarta onda (semana 41 de 2015 a semana 40 de 2016) causou 120 casos, a quinta onda (semana 41 de 2016 até a semana 40 de 2017) resultou em 766 casos, a sexta onda (semana 41 de 2017 até a semana 40 de 2018) resultou em três casos e a sétima onda que começou na semana 41 de 2018 resultaram em um caso.

Os 1.568 casos foram notificados em Zhejiang (310), Guangdong (259), Jiangsu (253), Fujian (108), Anhui (101), Hunan (95), Xangai (56), Jiangxi (50), Sichuan (38), Pequim (35), Guangxi (32), Hubei (31), Hebei (29), Henan (28), Shandong (27), Hong Kong (21), Guizhou (20), Xinjiang (14), Chongqing (9), Yunnan (8), Gansu (6), Shaanxi (7), Taiwan (5), Tianjin (5), Liaoning (5), Jilin (3), Tibet (3), Shanxi (3), Mongólia Interior (2) e Macau (2). Três casos importados foram notificados no Canadá (2) e Malásia (1).

## Avaliação do ECDC

Com base no padrão sazonal de vírus da influenza aviária A (H7N9), são esperados mais casos humanos, à medida que a atividade da influenza aumenta durante os meses de inverno. Durante as temporadas anteriores, o número de casos humanos atingiu o pico em janeiro.

Em janeiro de 2018, um caso foi identificado, mas nos últimos dois anos, três casos foram relatados em janeiro de 2018, fevereiro de 2018 e Março de 2019. Espera-se uma mudança no padrão da doença devido ao programa de vacinação avícola em andamento na China.



Fonte: google.com.br

A possibilidade de humanos infectados com o vírus influenza A (H7N9) que retornam à UE / EEA não pode ser excluída. No entanto, o risco da disseminação de doenças na Europa por seres humanos ainda é considerada baixa, já que não há evidências de transmissão. Fonte: OMS

# INFLUENZA



**Local de ocorrência:** Mundial

**Data da informação:** 15/04/2019

**Origem da informação:** Organização Mundial da Saúde (OMS)

## COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

Na zona temperada do hemisfério norte, a atividade da influenza diminuiu em geral. 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; o influenza A (H3N2) foi o subtipo mais frequentemente identificado. No norte da África, as detecções de influenza foram baixas entre os países declarantes. Na Ásia Ocidental, a atividade da influenza pareceu diminuir no geral, com exceção da Arábia Saudita, onde a atividade permaneceu elevada. Na Ásia Oriental, embora a diminuição da atividade da influenza continuasse a ser relatada, a influenza B foi o vírus mais frequentemente detectado, seguido pelo influenza A (H3N2). No sul da Ásia, a atividade da influenza continuou a diminuir com o predomínio do vírus influenza A (H1N1) pdm09.

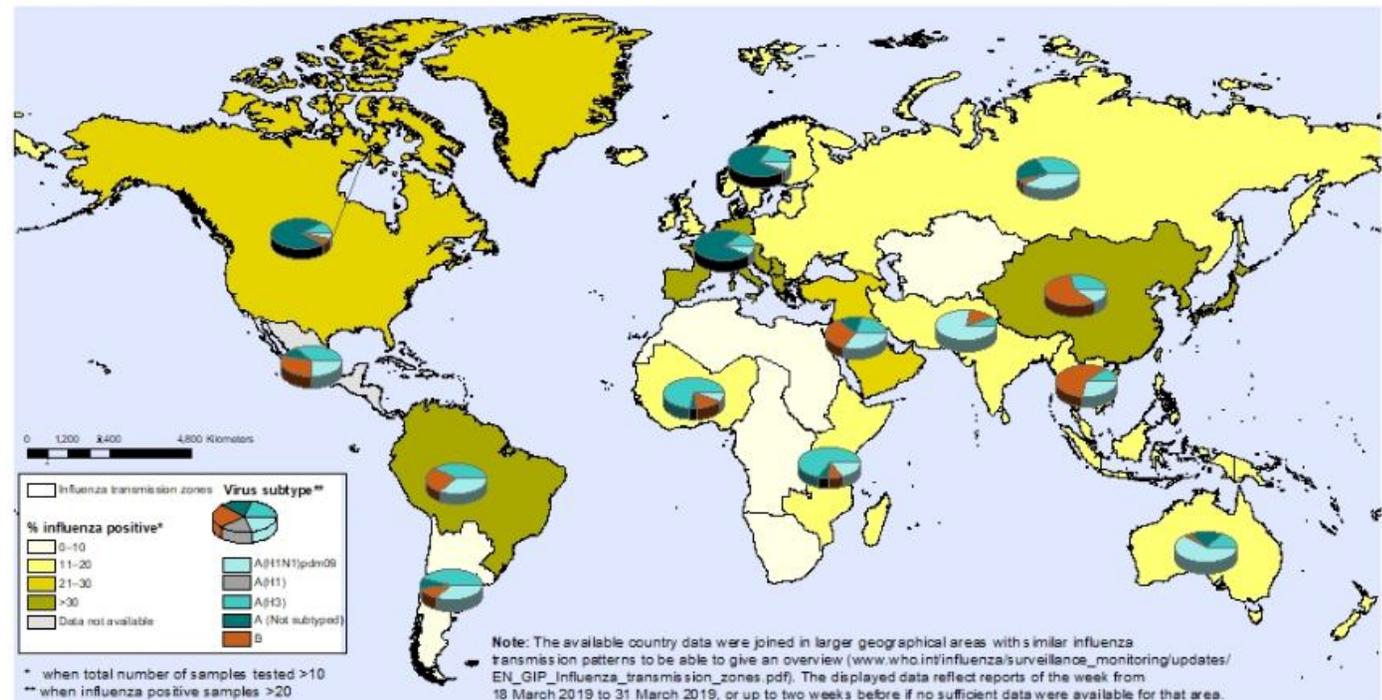
No Caribe, nos países da América Central e nos países tropicais da América do Sul, a atividade de influenza e VSR foi baixa em geral.

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 estava 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 125 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 18 de março de 2019 a 31 de março de 2019 (dados de 2019-04-12 03:15:47 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 139.623 espécimes durante esse período de tempo. 30.960 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 25.464 (82,2%) foram tipificados como influenza A e 5.496 (17,8%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 4.189 (40,6%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 6.139 (59,4%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 154 (3,8%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 3.919 (96,2%) à linhagem B-Victoria.

**Percentage of respiratory specimens that tested positive for influenza  
By influenza transmission zone**

Status as of 12 April 2019

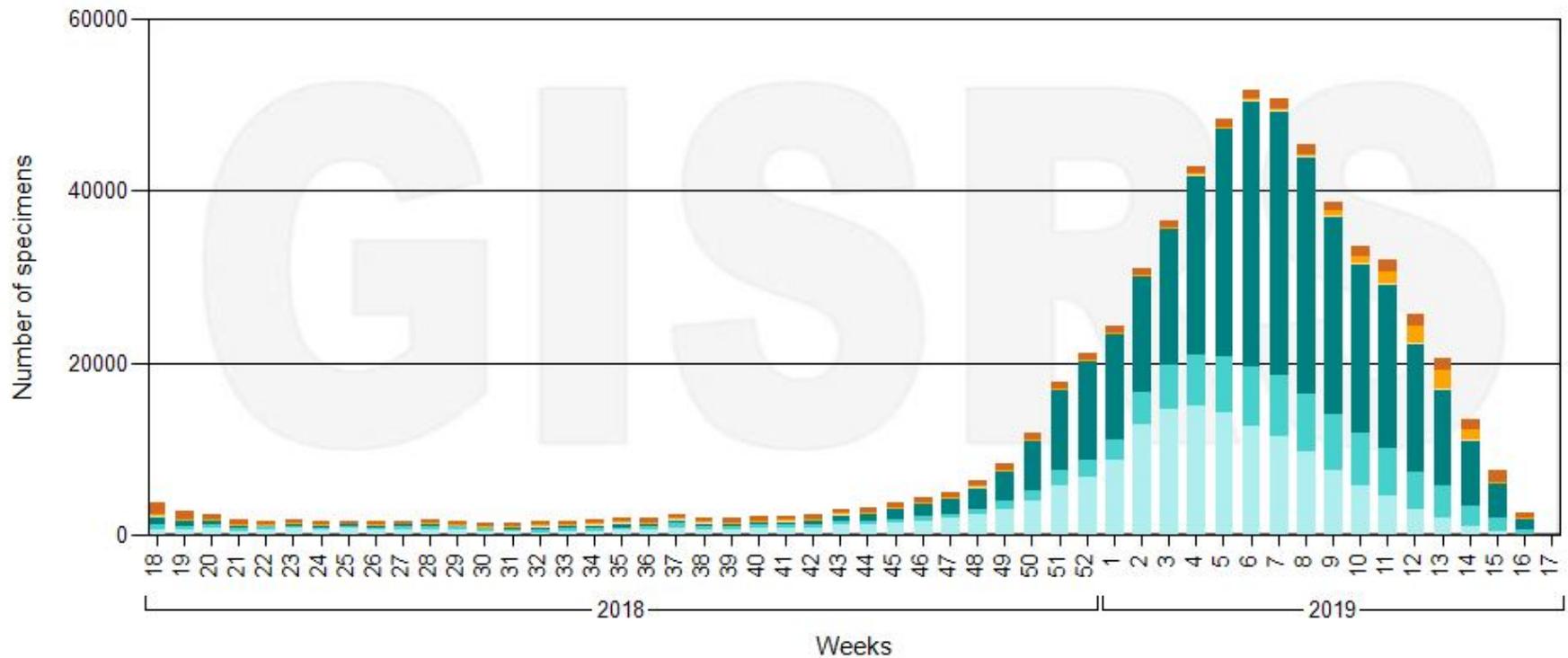


The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source:  
Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS),  
FluNet ([www.who.int/flu](http://www.who.int/flu))

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype

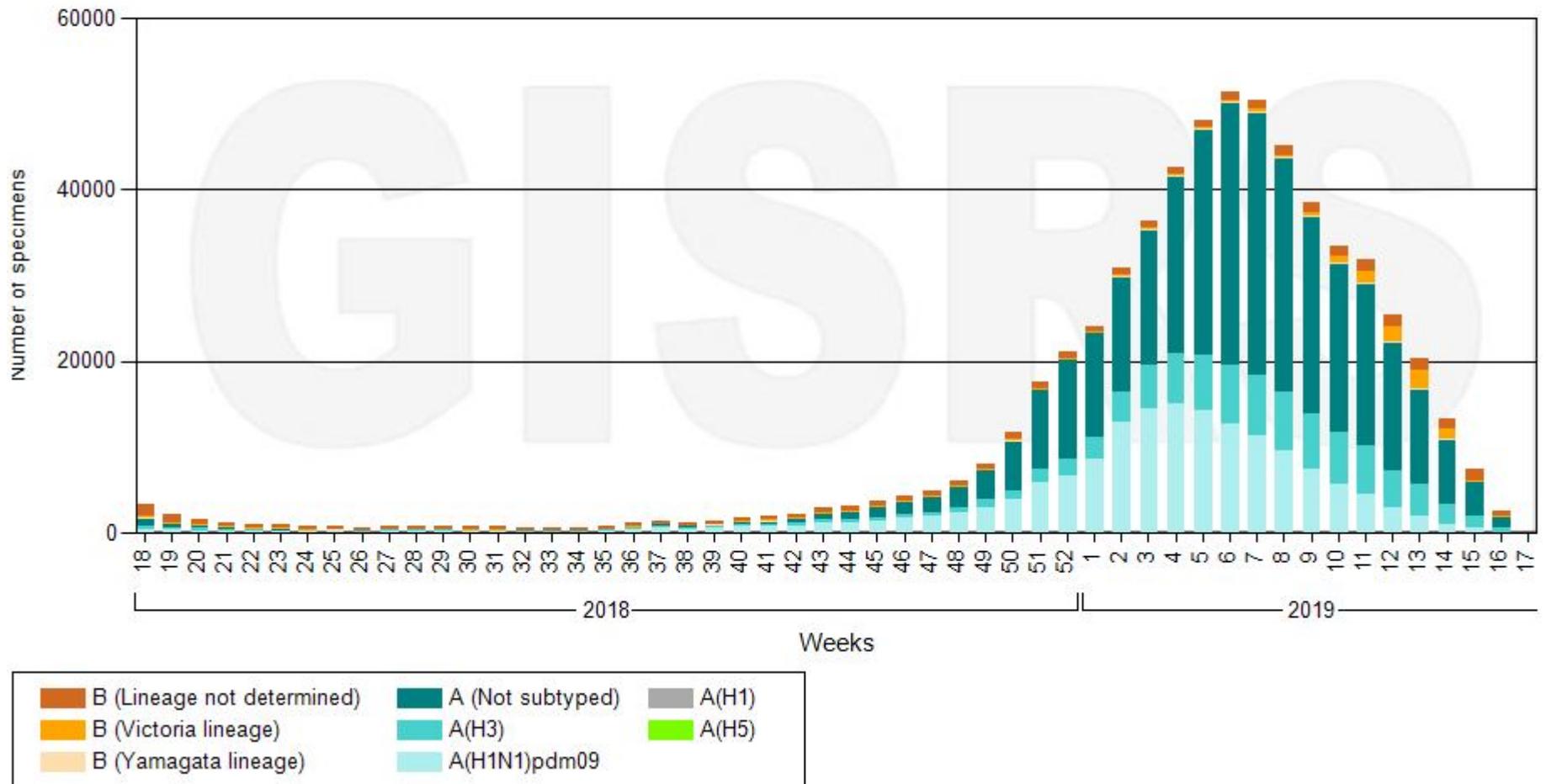


Influenza Laboratory Surveillance Information  
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 29/04/2019 14:36:51 UTC

Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



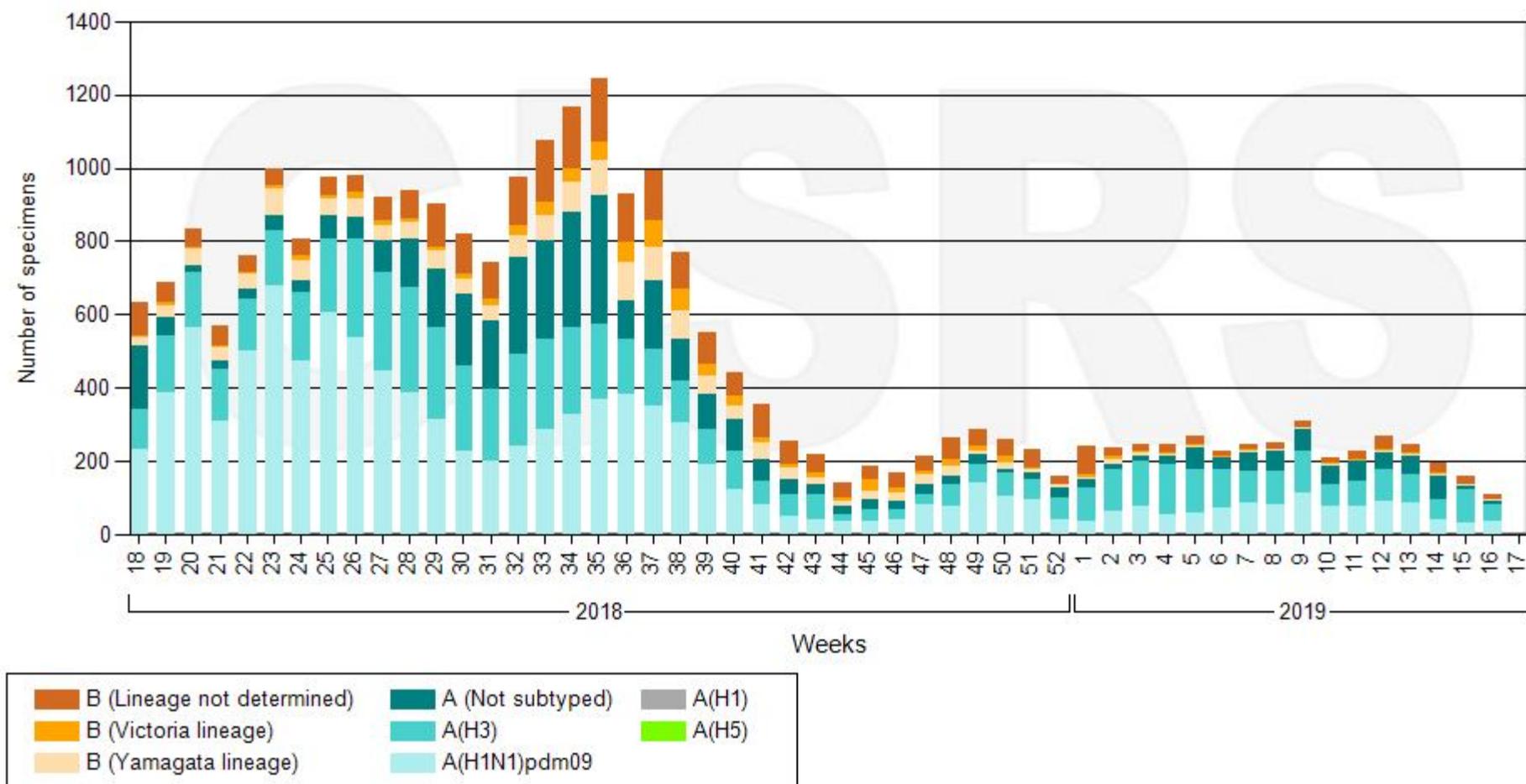
## Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 29/04/2019 14:37:38 UTC

### Southern hemisphere

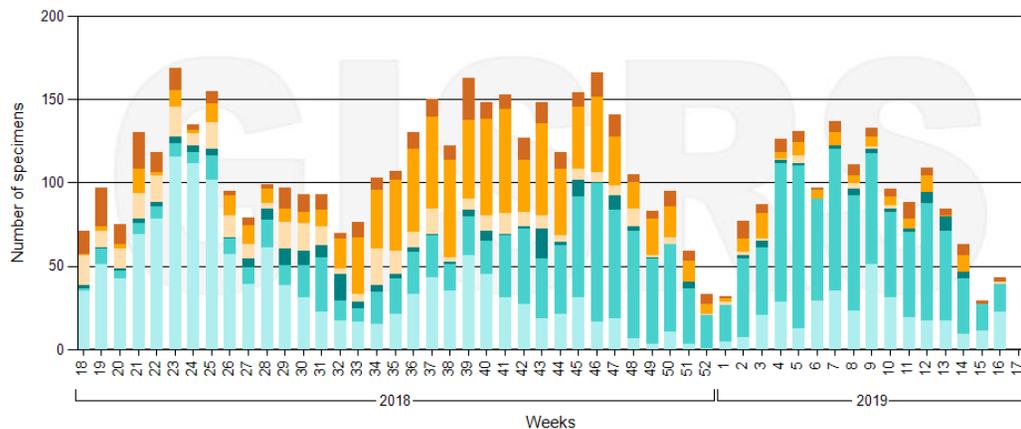
#### Number of specimens positive for influenza by subtype





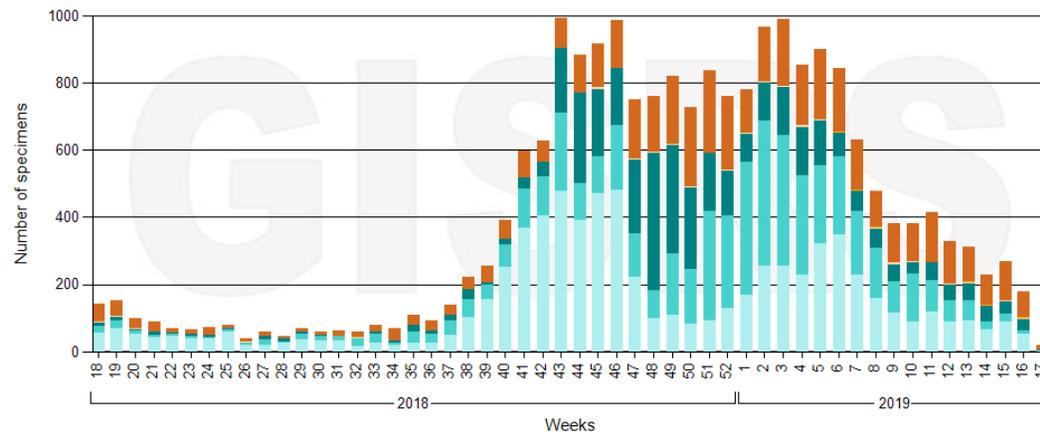
African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



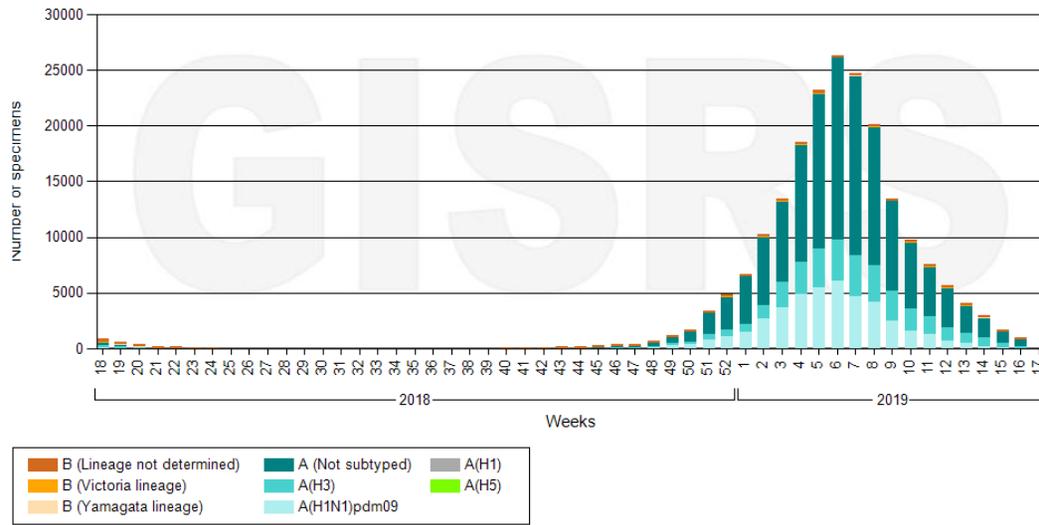
Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

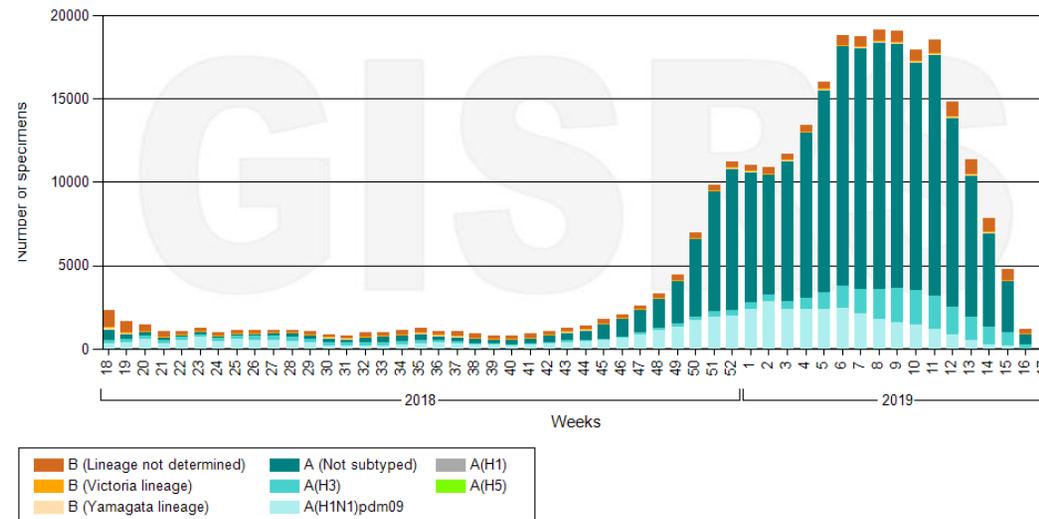


Data source: FluNet ( [www.who.int/flu-net](http://www.who.int/flu-net) ), GISRS

© World Health Organization 2019

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



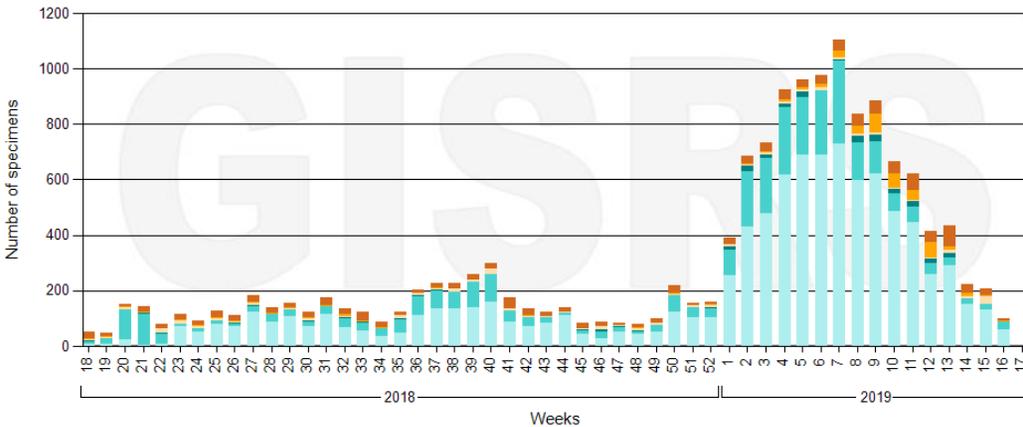
Data source: FluNet ( [www.who.int/flu-net](http://www.who.int/flu-net) ), GISRS

© World Health Organization 2019



South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

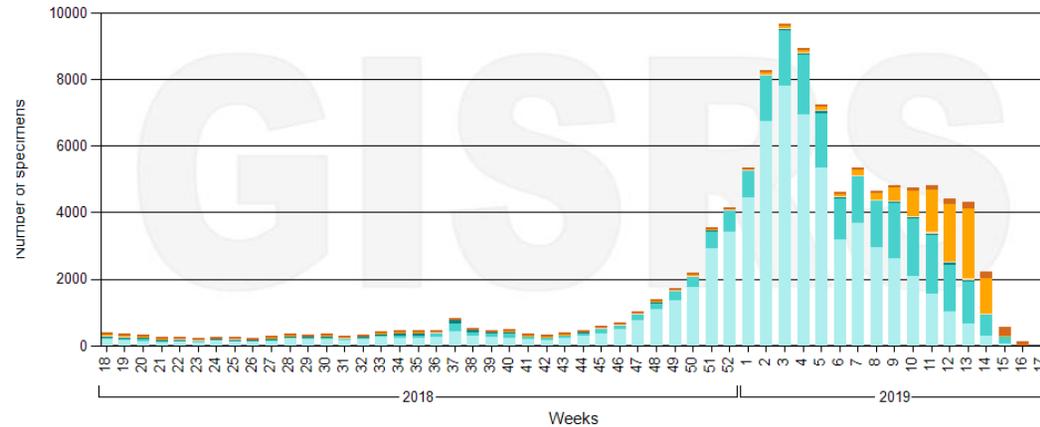


Data source: FluNet ( [www.who.int/fluinet](http://www.who.int/fluinet) ), GISRS

© World Health Organization 2019

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



Data source: FluNet ( [www.who.int/fluinet](http://www.who.int/fluinet) ), 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>