



INFORME EPIDEMIOLÓGICO

CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 03 e 04/2019
(13/01/2019 a 26/01/2019)

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 03 e 04/2019

(13/01/2019 a 26/01/2019)

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

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 29/01/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Um jovem de 21 anos, que nunca havia sido vacinado, é o primeiro caso de confirmação de febre amarela no Paraná. O caso foi identificado no sábado, quando uma força tarefa da Secretaria da Saúde foi ao Litoral para organizar, junto com o município de Antonina, as estratégias de enfrentamento da doença. O jovem está internado no Hospital Regional do Litoral e passa bem, com uma forma leve da febre amarela.

Com a formação do Centro de Operações em Emergências em Saúde (Coes) na SESA, uma equipe foi novamente ao Litoral nesta terça-feira, e foi criado um Coes na 1ª Regional de Saúde de Paranaguá, para monitorar a doença.

O Coes também preparou um documento com o chamado fluxo de manejo clínico, para orientar os profissionais de saúde na identificação e tratamento da doença, uma vez que o último caso de febre amarela ocorreu em 2015, e tratou-se de um caso em que a doença foi contraída fora do Estado.

Várias medidas e estratégias de enfrentamento já estavam em andamento na Secretaria da Saúde, especialmente dirigidas aos sete municípios da 1ª Regional e municípios da 2ª Regional, pela proximidade com o Estado de São Paulo, onde muitos casos já haviam sido confirmados.

A equipe de reforço enviada pela SESA está visitando cada uma das cidades dessas duas regionais para identificar as dificuldades e fazer busca ativa em comunidades mais isoladas para convocar a população para tomar a vacina. A partir de quinta-feira (31), até o dia 5 de fevereiro, uma busca corpo-a-corpo estará em curso em toda a área suspeita de circulação do vírus.

O alerta é estendido também a grupos estratégicos de pessoas nas áreas de risco, como caminhoneiros que descem ao Porto de Paranaguá, funcionários da Segurança Pública e trabalhadores de empresas que circulam pela Mata Atlântica. Até o momento, no entanto, não foram encontrados mais macacos mortos.

PREVENÇÃO DA FEBRE AMARELA

A vacina é a forma mais eficaz de se proteger.
Apenas uma dose garante imunidade para a vida toda.

Ela está indicada para crianças a partir de 9 meses e adultos até os 59 anos de idade.

Em caso de dúvida procure a
Unidade de Saúde do seu Município.

FONTE: SESA

Os sintomas são febre com início súbito em pessoas que nunca tomaram a vacina contra a febre amarela ou com vacinação há menos de 10 dias e que tenham estado em áreas de matas, rios ou áreas de circulação viral comprovada nos últimos 15 dias.

Essas condições devem estar associadas a outros dois ou mais sinais, como cefaleia, náusea, vômitos, dor articular, dor abdominal, dor lombar, icterícia ou hemorragias.

A Secretaria da Saúde recomenda que toda informação sobre macacos mortos e ocorrência de casos suspeitos sejam imediatamente notificados ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), que está em plantão permanente. Os telefones são (41) 99117-3500 e (41) 99917-0444.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 25/01/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Os exames realizados nos macacos mortos em Antonina, no Litoral do Paraná, confirmaram a existência do vírus da febre amarela em território do Paraná. Os laboratórios do Lacen e Fiocruz-PR examinaram material coletado há dois dias pelos técnicos da Vigilância Ambiental da Secretaria da Saúde na localidade conhecida por Mato Queimado.

A Secretaria já estava em alerta e tomando todas as providências em virtude da situação epidemiológica do Estado de São Paulo, onde doze casos de febre amarela haviam sido notificados em humanos, incluindo seis mortes. Lá 32 casos estão em investigação. O Paraná, no entanto, ainda não registrou nenhum caso da doença em humanos.

A Secretaria da Saúde recomenda que toda informação sobre macacos mortos ou ocorrência de casos suspeitos sejam imediatamente notificados ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), que está em plantão permanente. **Os telefones são (41) 99117-3500 e (41) 99917-0444.**

A SESA realizou uma série de reuniões técnicas e capacitações para o pessoal da Saúde dos municípios, reforçando a necessidade de intensificação da vacina, disponível em todo o Estado do Paraná. Precisam ser vacinadas todas as pessoas entre nove meses e 59 anos, onze meses e 29 dias, que nunca tomaram nenhuma dose da vacina.

O diretor geral da SESA, Nestor Werner Junior, reforça a urgência da vacinação, uma vez que a imunização só é efetivada depois de 10 dias. Ele lembra ainda que a vacina é a única forma de prevenção contra a febre amarela.

A Saúde faz novo alerta aos secretários municipais de Saúde para que a vacinação seja intensificada. Nos municípios do Litoral e alguns da Região Metropolitana de Curitiba mais próximos a São Paulo equipes devem percorrer a área rural para vacinação.

Por recomendação da Secretaria, o Instituto Ambiental do Paraná (IAP) proibiu a circulação de pessoas por 15 dias em todos os parques que fazem parte das Unidades de Conservação Estaduais do Litoral. A Vigilância da Secretaria da Saúde também já notificou o Ministério da Saúde.



DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/01/2019

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

COMENTÁRIOS:

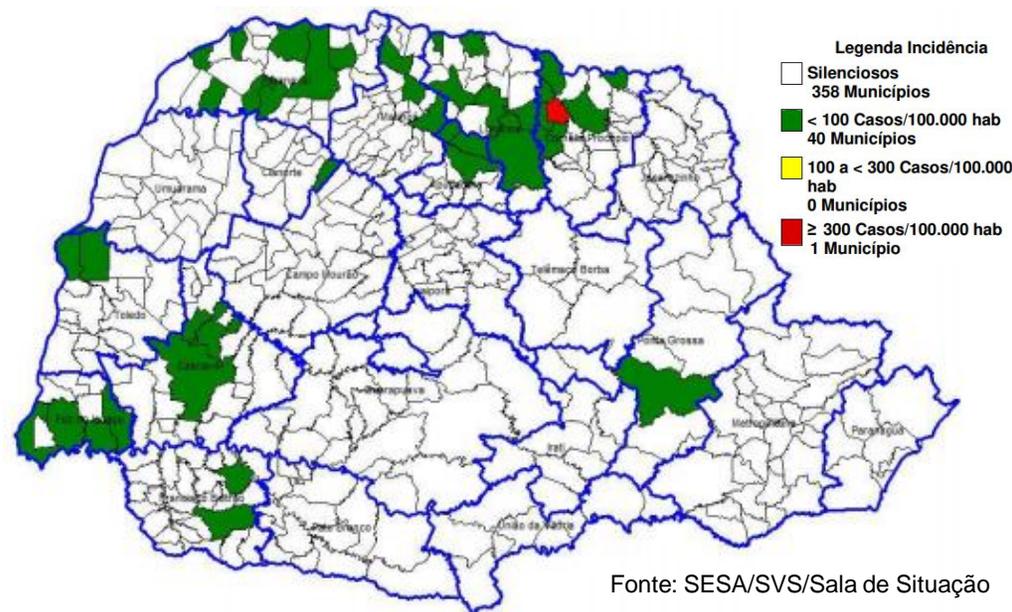
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2018 (primeira semana de agosto) a 04/2019.

Foram notificados no referido período 7.281 casos suspeitos de dengue, dos quais 5.184 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 1,39 casos por 100.000 hab. (155/11.163.018 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 (1.600), Foz do Iguaçu (852) e Paranaguá (445). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Uraí (36), Foz do Iguaçu (28), Londrina (22).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2018 a 04/2019.



DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 04/2019*	PERÍODO 2018/2019
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	253
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	21
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	54
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	14
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	41
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (03 ^a , 08 ^a , 09 ^a , 10 ^a , 13 ^a , 14 ^a , 15 ^a , 16 ^a , 17 ^a , 18 ^a e 20 ^a)	11
TOTAL DE CASOS	180
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	155
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	25
TOTAL DE NOTIFICADOS	7.281

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 04/2019.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	180 (100,0%)	0 (0,0%)	180
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	3	-	3
Dengue Grave (D G)	1	-	1
Descartados	-	-	5.184
Em andamento/investigação	-	-	1.913
Total	184 (2,5%)	0 (0,0%)	7.281

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

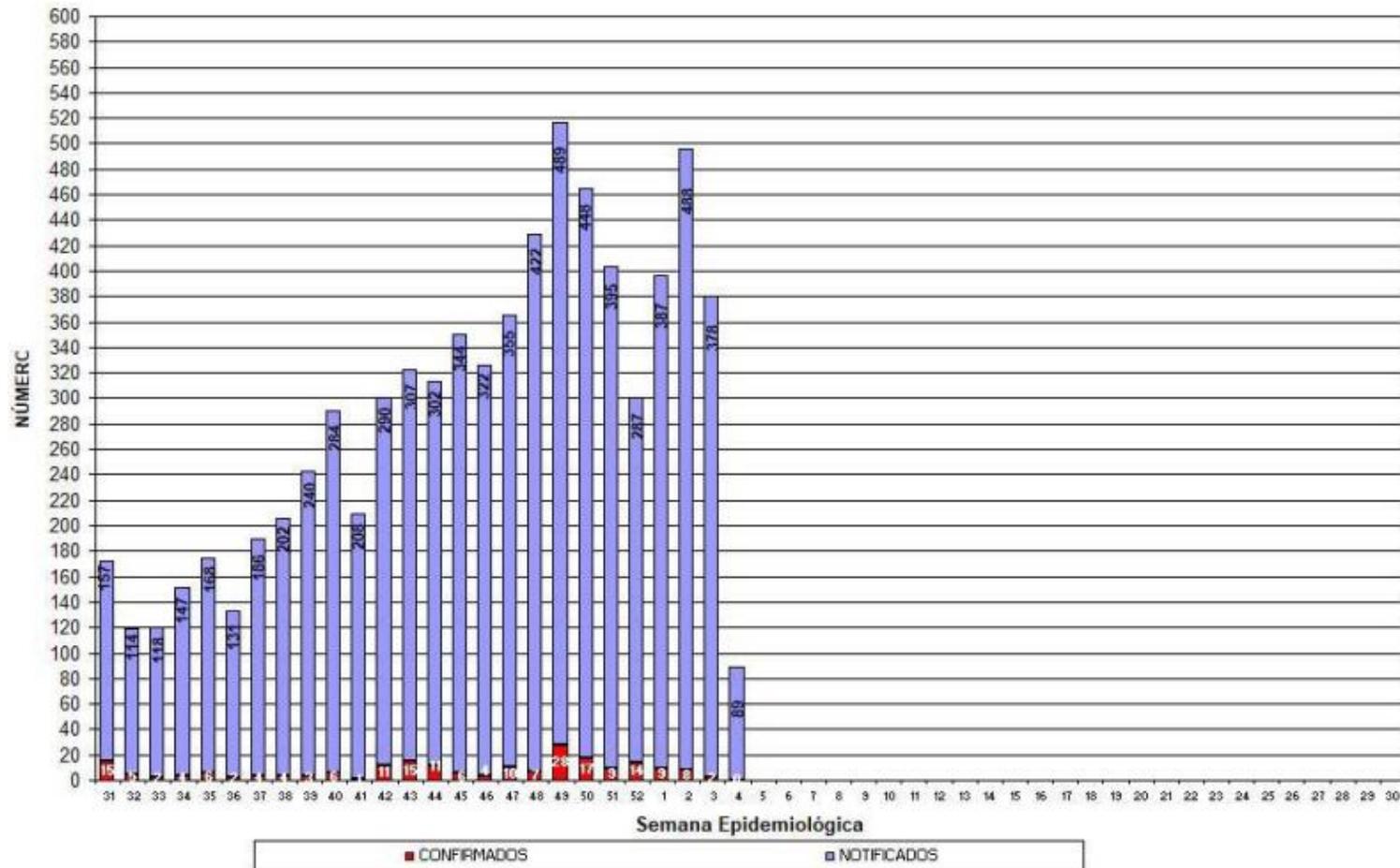
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/01/2019

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 04/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/01/2019

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

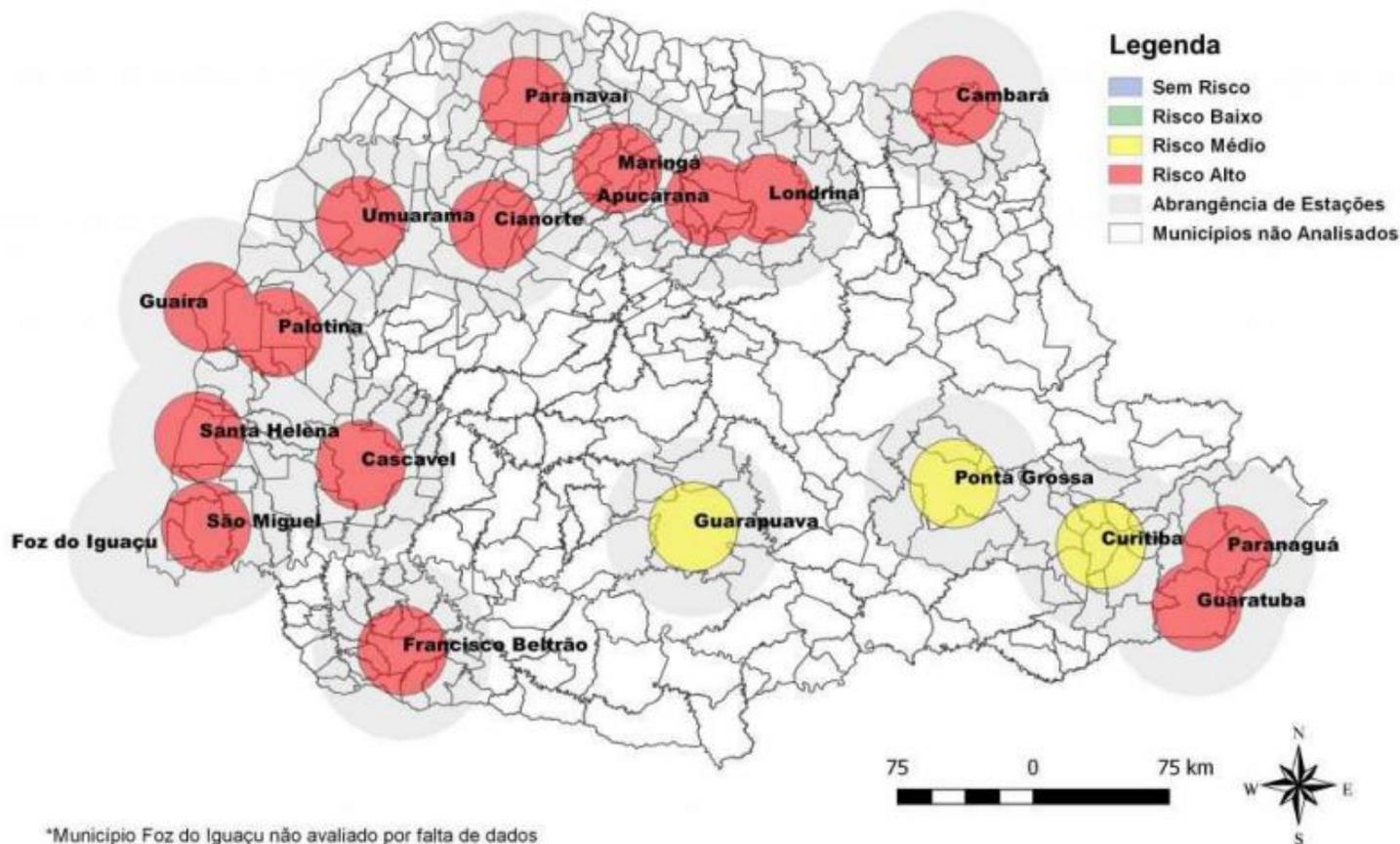
Risco climático para desenvolvimento de criadouros por Estações Meteorológicas. Paraná, 2018.

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (13/01/2018 - 19/01/2019)

Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 03/2019 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti* :

- 00 (zero) sem risco;
- 00 (zero) com risco baixo
- 03 (três) com risco médio;
- 15 (quinze) com risco alto e;
- 01 (uma) não foi avaliada.

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



DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/01/2019

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 04/2019*

REGIONAL DE SAÚDE	POPU- LAÇÃO	CASOS			NOTIFI- CADOS	DSA	DG	ÓBI- TOS	INCI- DÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	479	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	0	9	9	341	0	0	0	-
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	1	0	1	23	0	0	0	0,16
4ª RS - Irati	171.453	0	1	1	8	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	0	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	5	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	39	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	2	1	3	159	0	0	0	0,56
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	28	6	34	1.100	2	0	0	6,90
10ª RS - Cascavel	540.131	7	1	8	198	0	0	0	1,30
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	134	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	0	0	0	135	0	0	0	-
13ª RS - Cianorte	154.374	1	0	1	149	0	0	0	0,65
14ª RS - Paranavaí	274.257	26	0	26	474	0	0	0	9,48
15ª RS - Maringá	799.890	3	2	5	735	0	0	0	0,38
16ª RS - Apucarana	372.823	5	0	5	256	0	0	0	1,34
17ª RS - Londrina	935.904	37	0	37	2.463	0	0	0	3,95
18ª RS - Cornélio Procópio	230.231	41	1	42	308	1	1	0	17,81
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	53	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	4	3	7	178	0	0	0	1,04
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	1	1	23	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	0	0	0	21	0	0	0	-
TOTAL PARANÁ	11.163.018	155	25	180	7.281	3	1	0	1,39

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

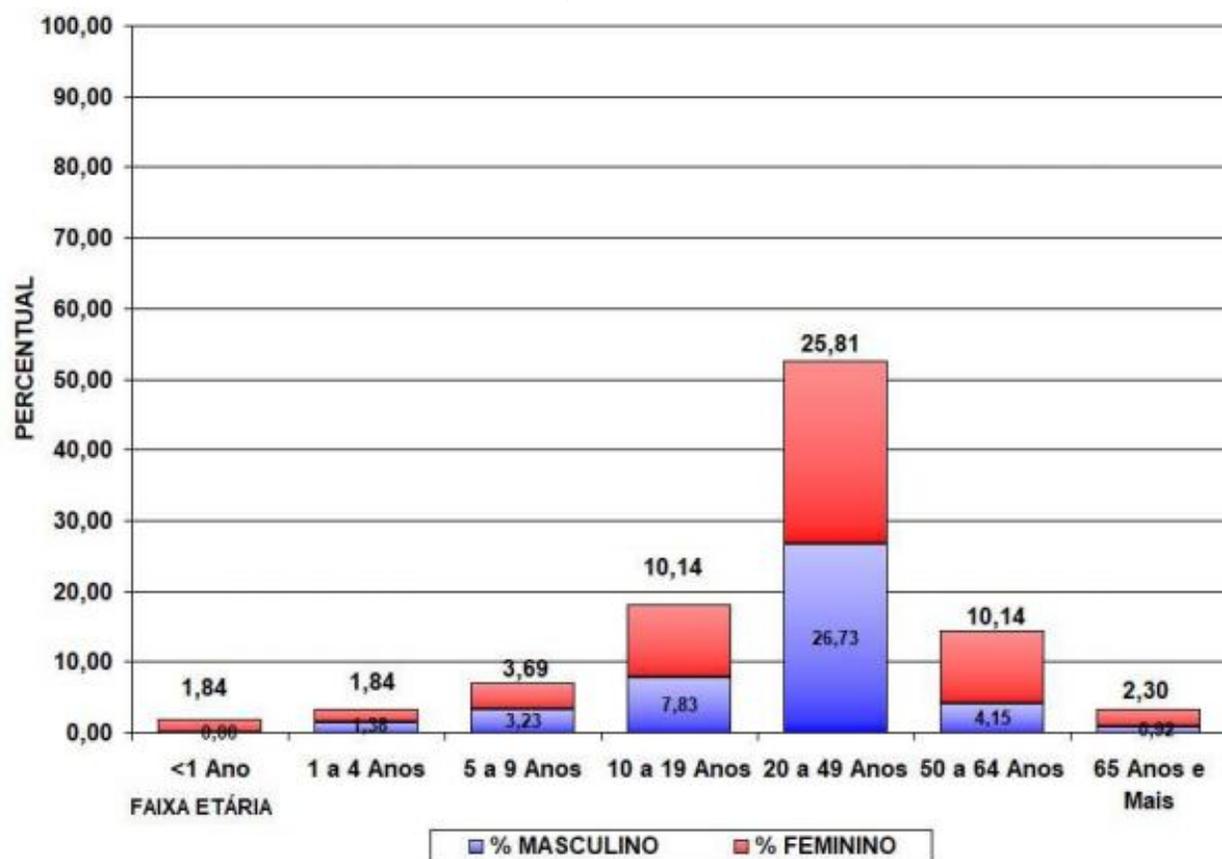
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/01/2019

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 52,53% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 10 a 19 anos (17,97%) e 14,29% na faixa etária de 50 a 64 anos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2018 a 04/2019, Paraná – 2018/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/01/2019

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 04/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
1	Paranaguá	150.660	0	0	0	12	-	0	0	0	0	-
2	Curitiba	1.879.355	0	1	1	12	-	0	0	0	5	-
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	16	-	0	0	0	9	-
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	2	-	0	0	0	2	-
4	Teixeira Soares	11.495	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
5	Laranjeiras do Sul	32.133	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
6	União da Vitória	56.265	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
7	Honório Serpa	5.769	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
7	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	Francisco Beltrão	86.499	0	0	0	0	-	0	0	0	2	-
8	Nova Prata do Iguaçu	10.722	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Salto do Lontra	14.539	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Foz do Iguaçu	263.782	0	0	0	22	-	1	0	1	12	0,38
9	Itaipulândia	10.236	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Medianeira	44.885	0	1	1	2	-	0	0	0	0	-
9	São Miguel do Iguaçu	27.197	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
9	Serranópolis do Iguaçu	4.652	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
10	Cascavel	312.778	0	0	0	16	-	0	0	0	14	-
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	Três Barras do Paraná	12.227	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
11	Campo Mourão	92.930	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Altônia	21.744	0	0	0	18	-	0	0	0	0	-
12	Maria Helena	5.982	0	0	0	5	-	0	0	0	0	-
12	Nova Olímpia	5.782	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Umuarama	108.218	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/01/2019

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 04/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
14	Alto Paraná	14.518	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
14	Marilena	7.134	0	0	0	4	-	0	0	0	4	-
14	Paranavaí	86.773	0	0	0	3	-	0	0	0	3	-
15	Astorga	25.976	0	0	0	4	-	0	0	0	0	-
15	Colorado	23.678	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
15	Itambé	6.192	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	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	5	-	0	0	0	3	-
15	Nova Esperança	27.886	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
15	Paranacity	11.069	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
15	Sarandi	90.376	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
16	Apucarana	130.430	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
16	Arapongas	115.412	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
17	Cambe	103.822	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
17	Jaguapitã	13.174	0	0	0	0	-	0	0	0	5	-
17	Londrina	548.249	0	0	0	6	-	0	0	0	0	-
19	Barra do Jacaré	2.821	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Ibaiti	30.678	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Quatiguá	7.410	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Siqueira Campos	20.094	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
20	Diamante D'Oeste	5.259	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
20	Palotina	30.859	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
20	Toledo	132.077	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Tupãssi	8.261	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
	TOTAL	11.163.018	0	2	2	170	-	1	0	1	74	0,01

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA

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

*Dados considerados até 28 de Janeiro 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.



EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 03 e 04/2019

(13/01/2019 a 26/01/2019)

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

DEFESA CIVIL - BRUMADINHO

Local de ocorrência: Minas Gerais

Data da informação: 29/01/2019

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

COMENTÁRIOS:

Mais corpos foram encontrados na manhã de terça-feira (29/01) na região de Brumadinho, no 5º dia de buscas às vítimas do rompimento da barragem da Vale. O número de corpos retirados da lama, no entanto, será divulgado apenas no fim do dia, segundo o coronel Evandro Borges, coordenador da Defesa Civil de Minas Gerais.

Os corpos retirados neste 5º dia são, provavelmente, de pessoas que estavam no refeitório da Vale, segundo o tenente Pedro Aihara, porta-voz dos Bombeiros. Em entrevista no início da tarde, Aihara afirmou que os corpos foram encontrados a uma distância que fica entre 800 metros e 1.000 metros de onde era o refeitório da mineradora. Lá que estaria a maior parte das vítimas do rompimento da barragem.

Autoridades dizem que o número de mortos devem aumentar. Até agora, há 65 mortes confirmadas, sendo que 31 vítimas foram identificadas (18 funcionários da Vale e 13 terceirizados ou moradores da comunidade). Entre as 288 pessoas que continuam desaparecidas, 114 são funcionários da mineradora e 174 são terceirizados ou moradores da região atingida pela lama.

Nenhuma vítima foi encontrada com vida no 4º dia de buscas, segundo o Corpo de Bombeiros.

Números da tragédia: 65 mortos confirmados – 31 identificados; 288 desaparecidos; 192 resgatados; 390 localizados.

As famílias afetadas pela tragédia vão receber celulares com chips com minutos de ligação e dados de internet. Segundo o coronel Alexandre Lucas, secretário nacional de Defesa Civil, 300 celulares com chips serão disponibilizados pelo governo federal. As famílias devem ir ao Espaço Conhecimento de Brumadinho, para buscar os aparelhos. Os moradores devem levar documentos que comprovem o parentesco com as vítimas.

A Polícia Civil de Minas Gerais diz que um cartório foi instalado no Instituto Médico Legal (IML) para facilitar o registro dos corpos que são liberados.

A barragem 6 da Vale, que sofreu impacto com o rompimento da barragem que se rompeu, é monitorada e está estável. "Não existe risco de rompimento", afirmou o tenente Aihara, ao dizer que a barragem 6 está com volume de 118 mil m³, que o esvaziamento ainda é feito e deve durar mais 10 dias.

As buscas neste 5º dia de trabalhos de resgate começaram pouco depois das 6h. Segundo o Corpo de Bombeiros, a operação de terça-feira deve priorizar a área do que pode ser o refeitório onde almoçavam funcionários da Vale no momento da tragédia. As equipes usam um helicóptero para fazer o transporte dos corpos retirados da lama.

Participam dos trabalhos 290 militares, sendo 120 de Minas Gerais e os outros de São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Goiás e Alagoas. Em nota, os Bombeiros de Minas Gerais afirmaram que os militares israelenses também atuam nesta terça-feira na chamada "área quente".

Questionado sobre os animais presos na lama, Aihara afirmou que "em alguns casos, o resgate não é viável pelo sofrimento do animal. É mais interessante optar pela eutanásia. No caso de alguns animais, que sofreram fraturas e perfurações, não é ético insistir. Seguimos as determinações e normativas. O abate só é feito após uma análise bastante cuidadosa e quando é devidamente autorizada. Via de regra, é feito com injeção letal, mas outras situações específicas devem ser analisadas. O Corpo de Bombeiros tem essa preocupação também."

A Defesa Civil afirmou que os animais resgatados com vida são levados para uma fazenda da região, onde são tratados.

Com a lama cada vez mais sedimentada e menos fofa, as buscas ficam mais arriscadas. Para evitar que o corpo afunde, os bombeiros precisam rastejar.

A barragem de rejeitos, que ficava na mina do Córrego do Feijão, se rompeu na sexta-feira (25). A lama varreu a comunidade local e parte do centro administrativo da empresa. Entre as vítimas, estão moradores e funcionários da Vale.

Na segunda-feira, a tropa da ajuda oferecida por Israel se concentrou no vale de lama perto do local em que a barragem estourou. Um dos equipamentos israelenses é capaz de encontrar pessoas com vida a 30 metros de profundidade. Apesar da lama dificultar a sobrevivência, os bombeiros não descartam a possibilidade de encontrar pessoas com vida.

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 24/01/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Até o momento, no Brasil, além dos surtos de sarampo nos estados do Amazonas, Roraima, nove Unidades Federadas também confirmaram casos de sarampo: 62 casos no Pará, 46 casos no Rio Grande do Sul, 19 no Rio de Janeiro, quatro casos em Pernambuco e Sergipe, três casos em São Paulo e Bahia, dois em Rondônia e um caso no Distrito Federal, totalizando 10.302 casos confirmados de sarampo no Brasil.

Em relação à caracterização viral foi identificado o genótipo D8, idêntico ao que está circulando na Venezuela, em todos os estados com casos confirmados de sarampo, com exceção de dois casos: um caso do Rio Grande do Sul, que viajou para a Europa e importou o genótipo B3, e outro caso de São Paulo com genótipo D8, com história de viagem ao Líbano, sem qualquer relação com os surtos da Venezuela e Brasil.

Até o momento, no Brasil, foram confirmados 12 óbitos por sarampo em três Unidades Federadas. Em Roraima, foram confirmados quatro óbitos, todos em menores de 5 anos, sendo dois brasileiros e dois venezuelanos. No Amazonas, foram confirmados seis óbitos por sarampo, sendo três residentes em Manaus, dois em Autazes, e um em Manacapuru. Com relação aos óbitos do estado do Amazonas, quatro ocorreram em menores de um ano de idade, um na faixa etária de 40 a 49 anos e outro maior de 50 anos.

Já no Pará, foram confirmados dois óbitos ocorridos no município de Belém, em venezuelanos indígenas, menores de um ano de idade.

As ações de vacinação têm sido intensificadas nos locais de ocorrência dos casos para interromper a cadeia de transmissão do sarampo, desde a identificação dos casos da doença. No entanto, na rotina de vacinação, dentre os estados que apresentam casos confirmados de sarampo em 2018, somente Pernambuco alcançou cobertura vacinal acima de 95% para D1. Nenhuma Unidade Federada atingiu a meta para D2.

As baixas coberturas no sistema de informação podem estar relacionadas ao não registro ou atraso no registro dos boletins no SIPNI de doses aplicadas, a erros de digitação dos boletins de doses aplicadas, não transmissão dos dados registrados para a base de dados nacional, não processamento pelo Datasus dos dados transmitidos, por incompatibilidade de versões do SIPNI e ainda, ao processo de movimentação populacional entre municípios.

Unidade Federada	Casos Confirmados*
Amazonas	9.803
Roraima	355
Pará	62
Rio Grande do Sul	46
Rio de Janeiro	19
Sergipe	4
Pernambuco	4
São Paulo	3
Bahia	3
Rondônia	2
Distrito Federal	1
Brasil	10.302

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do AM, RR, RS, RJ, PA, SE, PE, SP, RO, BA e DF.
Data: 21/01/2019; *Dados sujeitos a alterações.



INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 02/01/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

A vigilância da influenza no Brasil é composta pela vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG), de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pela vigilância universal de SRAG.

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, além de permitir o monitoramento da demanda de atendimento por essa doença.

Atualmente estão ativas 224 Unidades Sentinelas, sendo 131 de SG; 110 de SRAG em UTI; e 17 sentinelas mistas de ambos os tipos. A vigilância universal de SRAG monitora os casos hospitalizados e óbitos com o objetivo de identificar o comportamento da influenza no país para orientar na tomada de decisão em situações que requeiram novos posicionamentos do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais.

Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas de informação online: SIVEP-Gripe e SINAN Influenza Web. As informações apresentadas nesse informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 52 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 29/12/2018.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 25,8% (4.776/18.478) para SG e de 35,5% (1.008/2.843) para SRAG em UTI. Foram confirmados para Influenza 23,3% (6.754/29.053) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 26,2% (1.381/5.278) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09.

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: Brasil – atualização

Data da informação: 02/01/2019

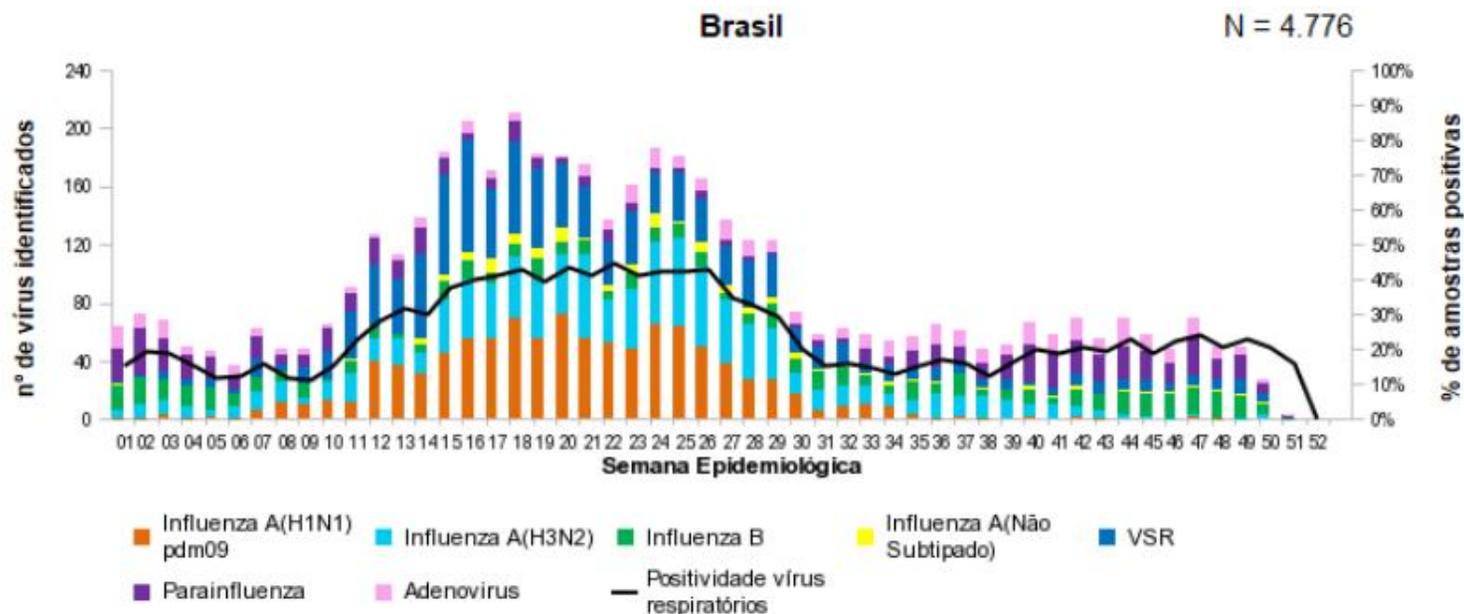
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 52 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 21.540 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 18.478 (85,6%) possuem resultados inseridos no sistema e 25,8% (4.776/18.478) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 2.672 (55,9%) foram positivos para influenza e 2.104 (44,1%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 1.026 (38,4%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 532 (19,9%) de influenza B, 126 (4,7%) de influenza A não subtipado e 988 (37,0%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 1.056 (50,2%) de VSR (Figura1).

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 52.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

As regiões Sudeste e Sul apresentam respectivamente as maiores quantidades de amostras positivas, com destaque para a maior circulação de Influenza A(H3N2), A(H1N1) pdm09 e VSR. A região Nordeste apresenta uma maior circulação de Influenza A(H1N1) pdm09 e as regiões Centro-Oeste e Norte de VSR (Anexo 1 – B).

Quanto à distribuição dos vírus por faixa etária, entre os indivíduos menores de 10 anos ocorre uma maior circulação de VSR e Parainfluenza. Entre os indivíduos a partir de 10 anos predomina a circulação dos vírus Influenza A(H1N1) pdm09 e A(H3N2).

INFLUENZA

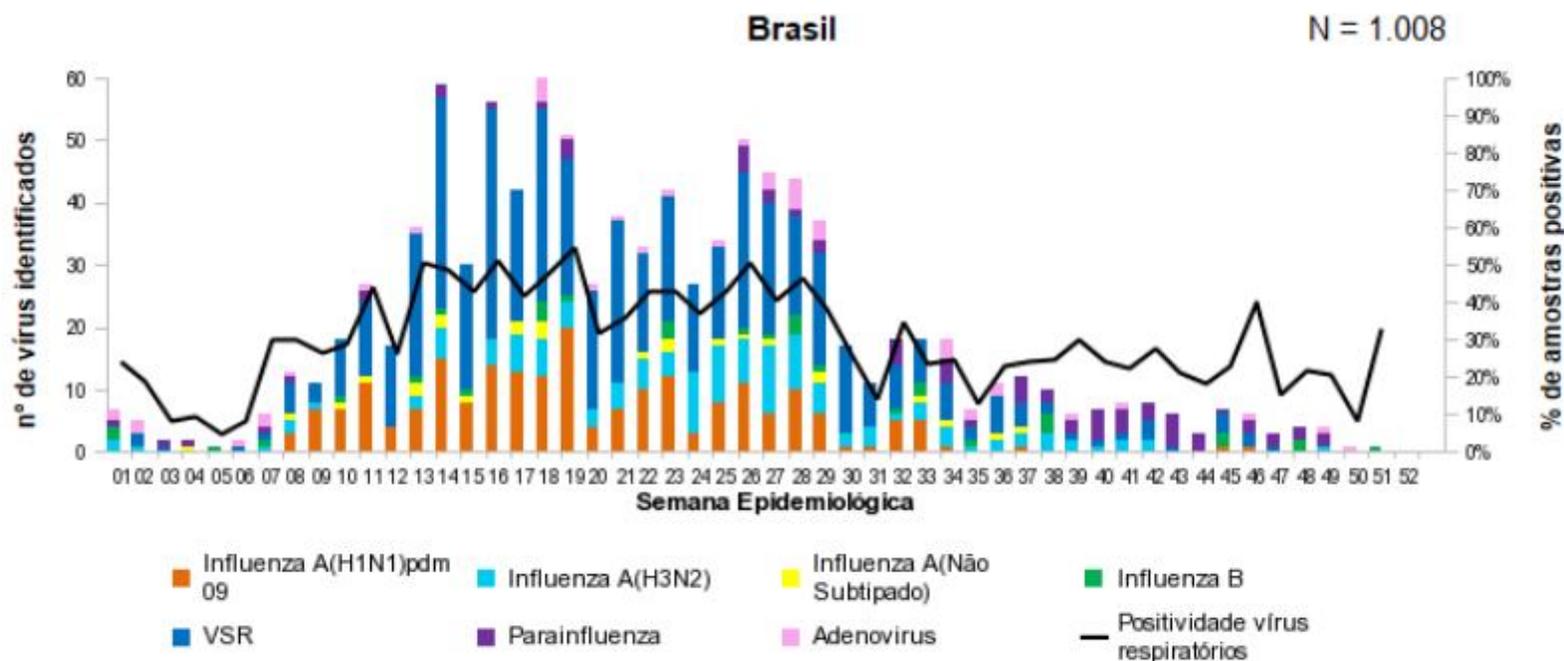
Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 02/01/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 3.254 coletas, sendo 2.843 (87,4%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 1.008 (35,5%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 402 (39,9%) para influenza e 606 (60,1%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 214 (53,2%) para influenza A(H1N1)pdm09, 26 (6,5%) para influenza A não subtipado, 33 (8,2%) para influenza B e 129 (32,1%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 493 (81,4%) VSR (Figura 2)

Figura 2. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Respiratória Aguda Grave em Unidade de Terapia Intensiva, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 52.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

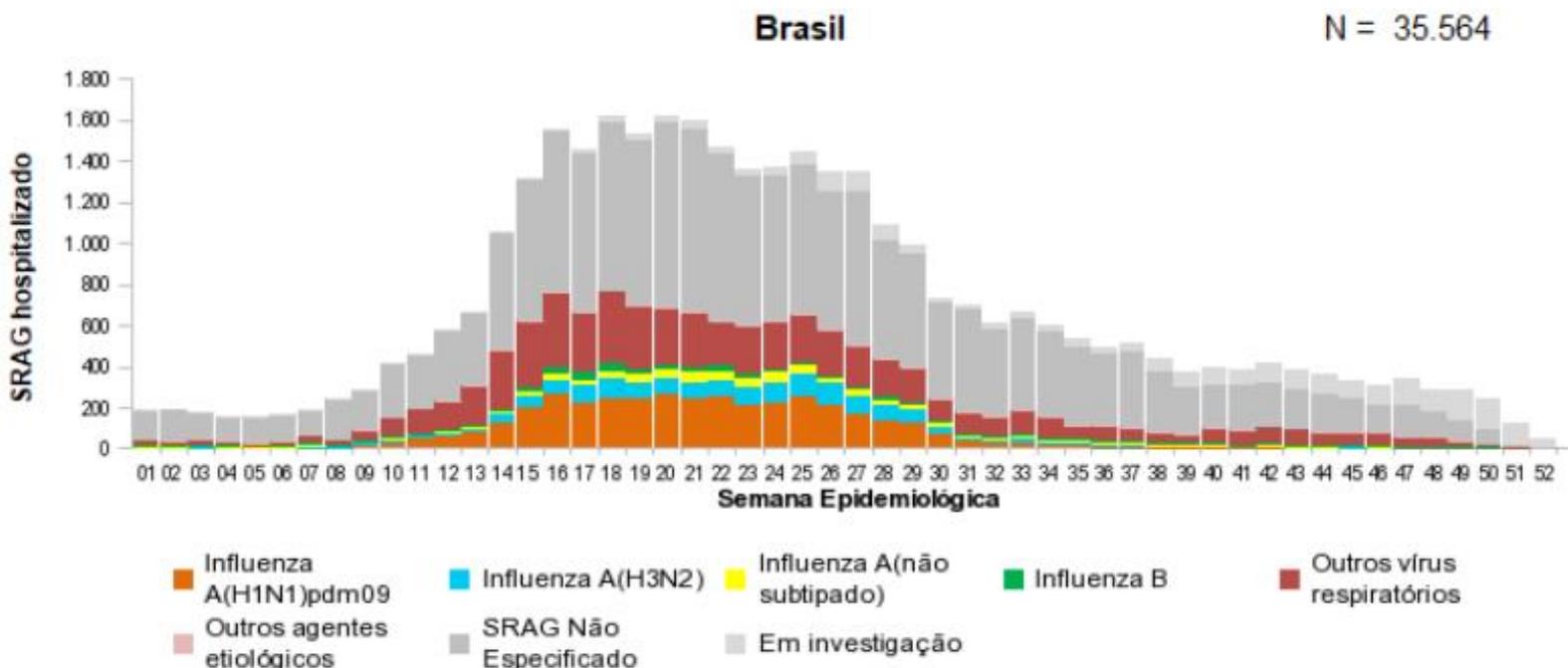
Data da informação: 02/01/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 52 de 2018 foram notificados 35.564 casos de SRAG, sendo 29.053 (81,7%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 23,2% (6.754/29.053) foram classificadas como SRAG por influenza e 22,0% (6.397/29.053) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 3.880 (57,4%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 653 (9,7%) influenza A não subtipado, 567 (8,4%) influenza B e 1.654 (24,5%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 37 anos, variando de 0 a 107 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região Sudeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 46,6% (3.148/6.754).

Figura 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 52.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

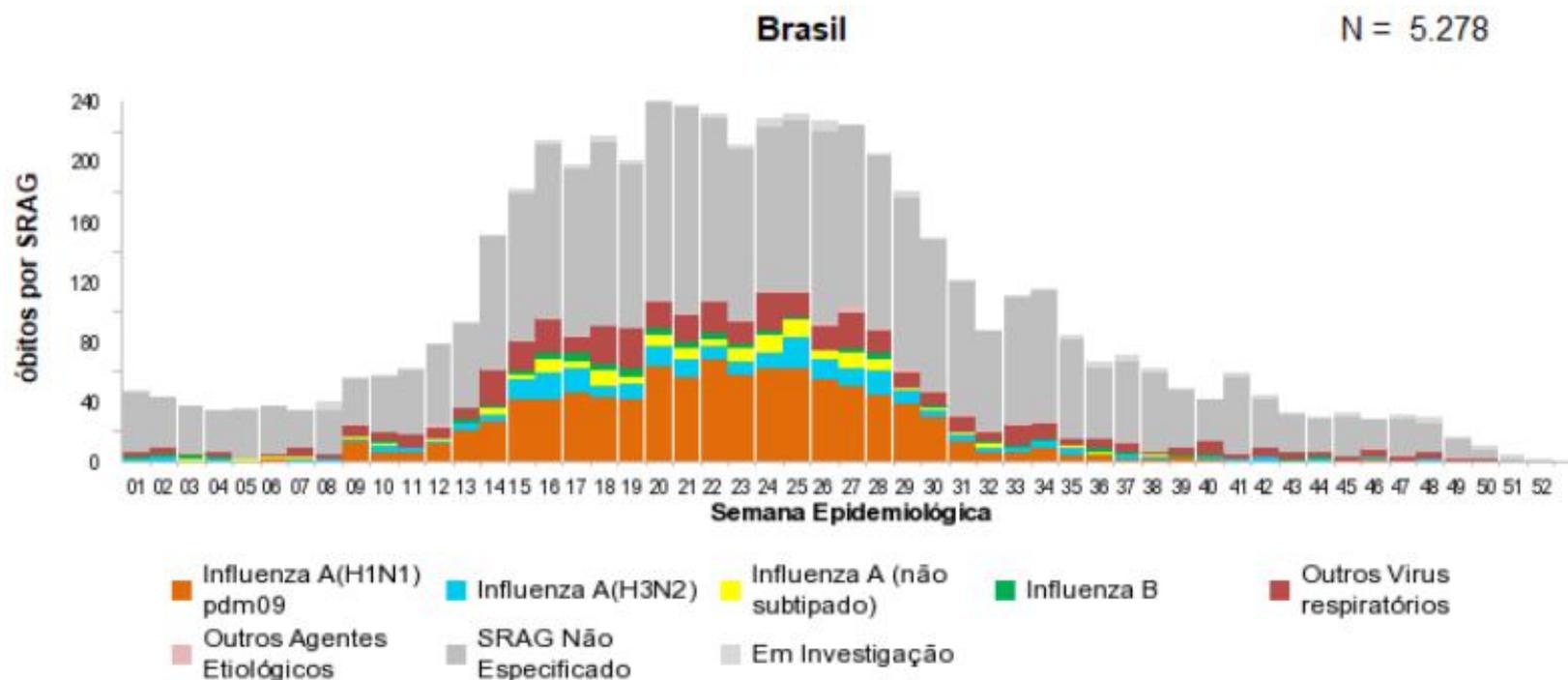
Data da informação: 02/01/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 52 de 2018 foram notificados 5.278 óbitos por SRAG, o que corresponde a 14,8% (5.278/35.564) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 1.381 (26,2%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 917 (66,4%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 129 (9,3%) influenza A não subtipado, 78 (5,6%) por influenza B e 257 (18,6%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 42,1% (581/1.381), em relação ao país (Anexo 4).

Figura 4. Distribuição dos óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 52.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 02/01/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 57 anos, variando de 0 a 107 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,66/100.000 habitantes. Dos 1.381 indivíduos que foram a óbito por influenza, 1.055 (76,4%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos \geq 60 anos, cardiopatas, pneumopatas e diabetes mellitus. Além disso, 1.077 (78,0%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 94 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas.

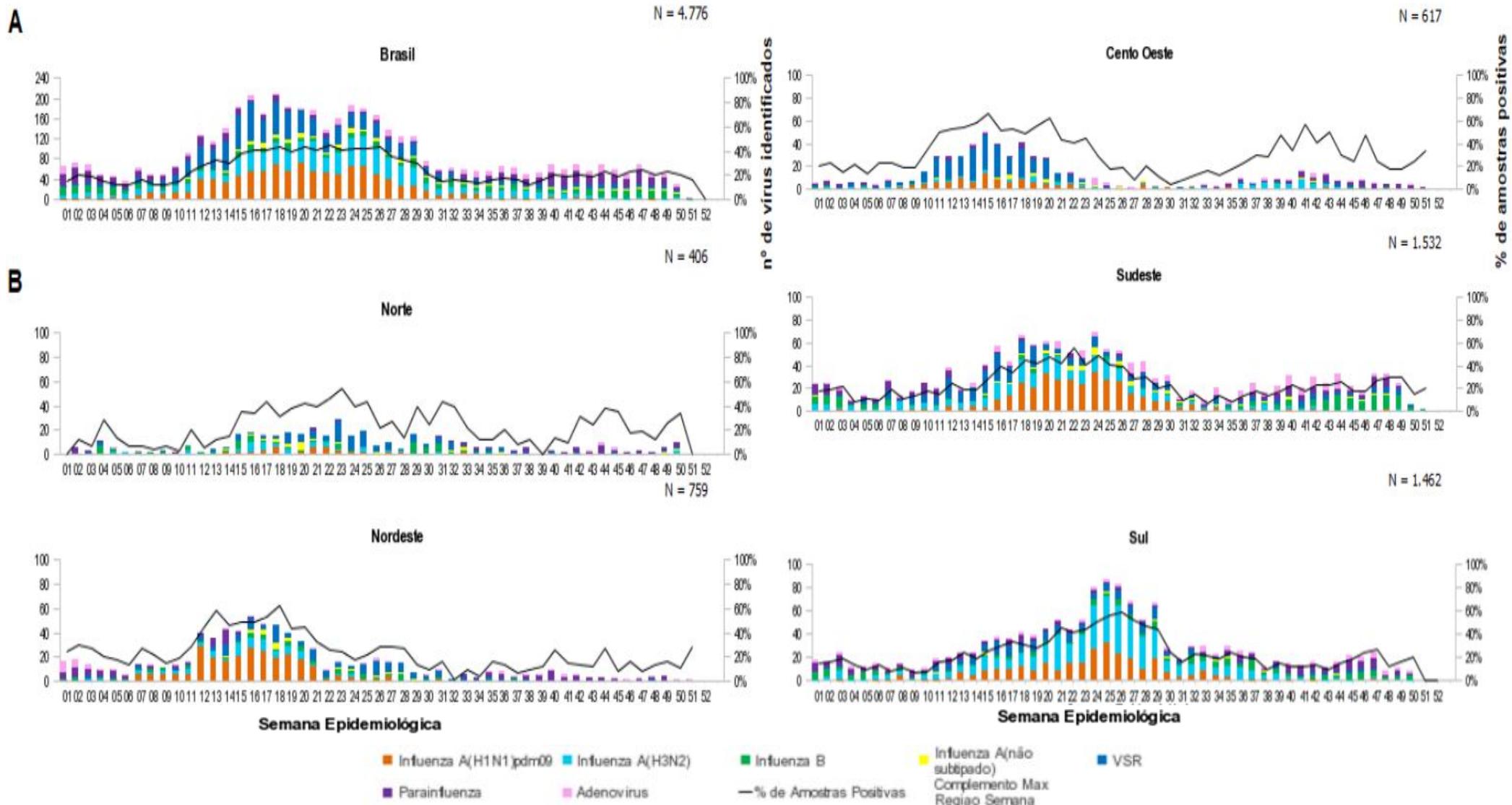
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 52.

Óbitos por Influenza (N = 1.381)	n	%
Com Fatores de Risco	1.055	76,4%
Adultos \geq 60 anos	581	55,1%
Doença cardiovascular crônica	333	31,6%
Pneumopatas crônicas	260	24,6%
Diabete mellitus	242	22,9%
Obesidade	154	14,6%
Doença Neurológica crônica	111	10,5%
Doença Renal Crônica	99	9,4%
Imunodeficiência/Imunodepressão	88	8,3%
Gestante	16	1,5%
Doença Hepática crônica	26	2,5%
Criança < 5 anos	98	9,3%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	0,3%
Indígenas	3	0,3%
Síndrome de Down	13	1,2%
Que utilizaram antiviral	1.077	78,0%

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

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, 2018 até a SE 52.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 52.

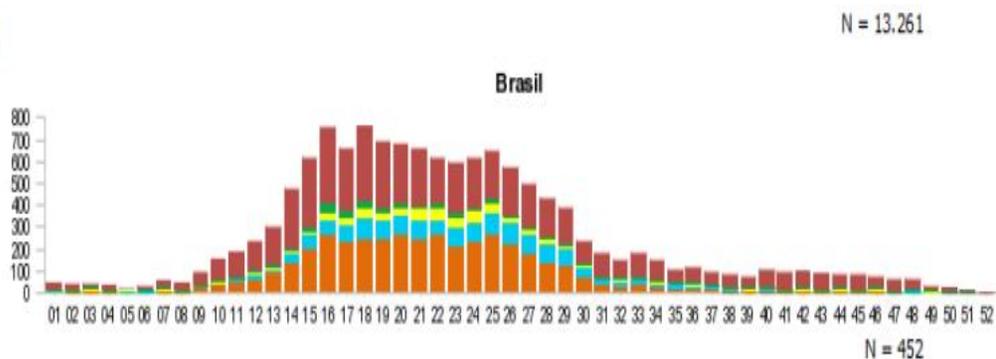
REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza										SRAG por outro vírus respiratório		SRAG por outro agente Etológico		SRAG não Especificado		Em Investigação	
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtipado)		Influenza B		Total Influenza		Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos										
NORTE	1.590	199	48	11	45	10	13	1	22	3	128	25	321	33	3	1	1.004	137	134	3
RONDÔNIA	76	12	7	0	0	0	0	0	1	0	8	0	3	0	0	0	64	12	1	0
ACRE	274	48	13	3	4	0	0	0	1	1	18	4	36	3	0	0	176	41	44	0
AMAZONAS	175	16	1	1	6	1	3	0	7	1	17	3	81	9	0	0	74	4	3	0
RORAIMA	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0
PARÁ	927	96	15	3	30	8	7	1	11	0	63	12	179	19	2	1	604	63	79	1
AMAPÁ	15	2	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	9	2	0	0
TOCANTINS	120	24	10	4	4	1	3	0	2	1	19	6	19	2	1	0	74	14	7	2
NORDESTE	6.538	744	834	164	144	21	56	14	178	24	1.212	223	719	59	21	4	3.474	424	1.112	34
MARANHÃO	194	36	27	6	3	0	10	3	2	0	42	9	9	1	4	1	76	22	63	3
PIAUÍ	410	60	138	19	1	0	2	1	2	0	143	20	61	5	3	1	192	33	11	1
CEARÁ	1.258	158	257	58	20	4	11	2	90	11	378	75	15	0	2	1	829	77	34	5
RIO GRANDE DO NORTE	295	68	41	11	19	0	9	3	15	1	84	15	27	2	0	0	108	40	76	11
PARÁIBA	260	98	17	10	10	4	0	0	5	2	32	16	10	3	0	0	194	78	24	1
PERNAMBUCO	2.085	84	97	18	50	8	1	1	11	1	159	28	3	1	1	0	1.128	48	794	7
ALAGOAS	189	39	32	3	3	0	10	3	5	0	50	6	4	0	5	1	124	31	6	1
SERGIPE	268	21	33	6	2	0	1	0	1	0	37	6	89	5	0	0	131	10	11	0
BAHIA	1.579	180	192	33	36	5	12	1	47	9	287	48	501	42	6	0	692	85	93	5
SUDESTE	14.305	2.485	1.855	504	598	99	470	95	219	30	3.142	728	1.517	131	53	21	8.944	1.551	649	54
MINAS GERAIS	2.129	424	86	36	86	19	99	36	14	5	285	96	154	25	10	2	1.586	288	94	13
ESPIRITO SANTO	519	82	71	16	30	3	3	1	6	2	110	22	0	0	0	0	338	53	71	7
RIO DE JANEIRO	1.279	193	83	20	19	4	29	1	48	4	179	29	379	54	5	3	632	103	84	4
SÃO PAULO	10.378	1.786	1.615	432	463	73	339	57	151	19	2.568	581	984	52	38	16	6.388	1.107	400	30
SUL	9.217	1.328	647	143	696	105	58	11	108	9	1.509	268	2.639	185	14	5	4.631	860	424	10
PARANÁ	4.898	756	237	46	378	61	17	4	32	1	664	112	1.823	148	10	4	2.290	490	111	2
SANTA CATARINA	1.447	251	159	35	157	20	8	1	18	2	342	58	364	26	0	0	731	165	10	2
RIO GRANDE DO SUL	2.872	321	251	62	161	24	33	6	58	6	503	98	452	11	4	1	1.610	205	303	6
CENTRO OESTE	3.884	514	493	93	169	22	56	8	39	12	757	135	1.196	75	19	5	1.822	289	90	10
MATO GROSSO DO SUL	992	129	50	12	62	12	22	4	13	5	147	33	348	20	13	1	463	74	21	1
MATO GROSSO	298	85	36	7	13	2	5	2	11	4	65	15	4	2	2	2	204	64	23	2
GOIÁS	1.560	245	345	68	57	6	9	1	9	3	420	78	413	45	2	2	705	113	20	7
DISTRITO FEDERAL	1.034	55	62	6	37	2	20	1	6	0	125	9	431	8	2	0	450	38	26	0
BRASIL	35.534	5.270	3.877	915	1.652	257	653	129	566	78	6.748	1.379	6.392	483	110	36	19.875	3.261	2.409	111
Outro País	27	8	3	2	2	0	0	0	1	0	6	2	4	1	0	0	16	5	1	0
TOTAL	35.564	5.278	3.880	917	1.654	257	653	129	567	78	6.754	1.381	6.397	484	110	36	19.892	3.266	2.411	111

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

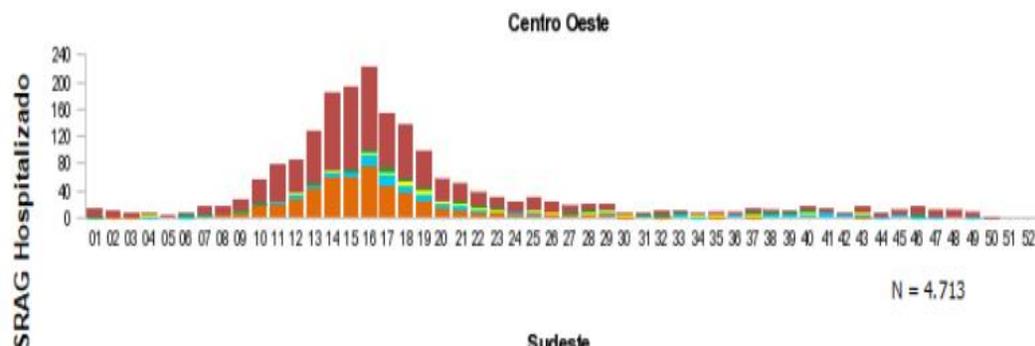
INFLUENZA

Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 52.

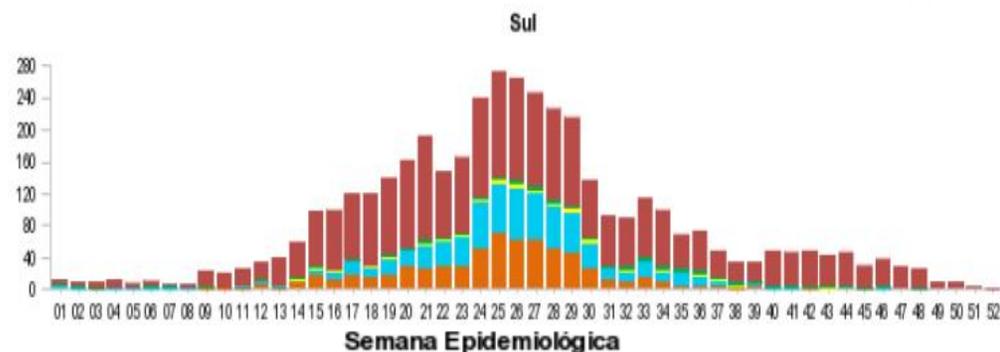
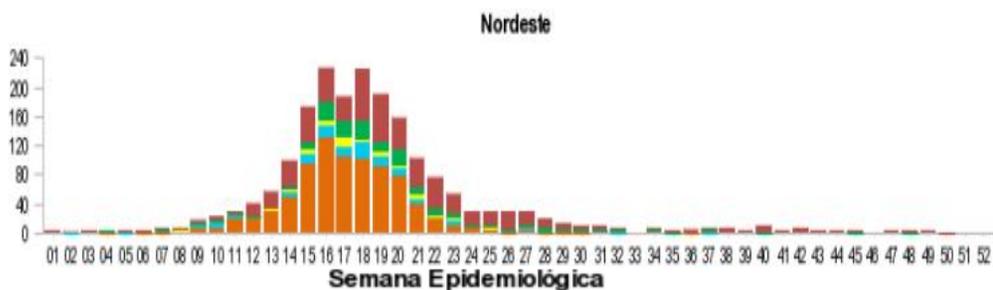
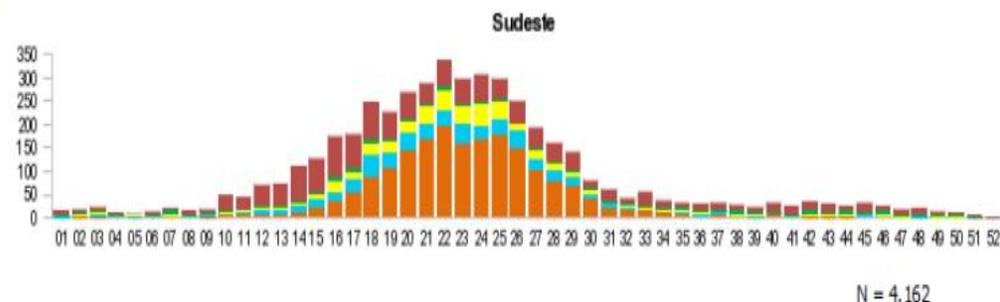
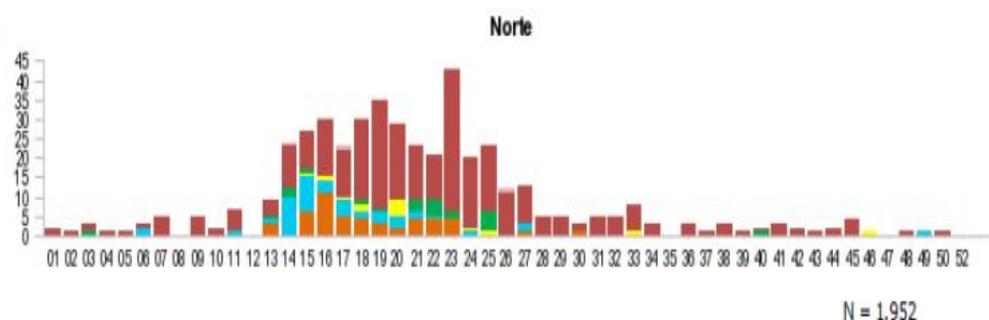
A



N = 1.972



B

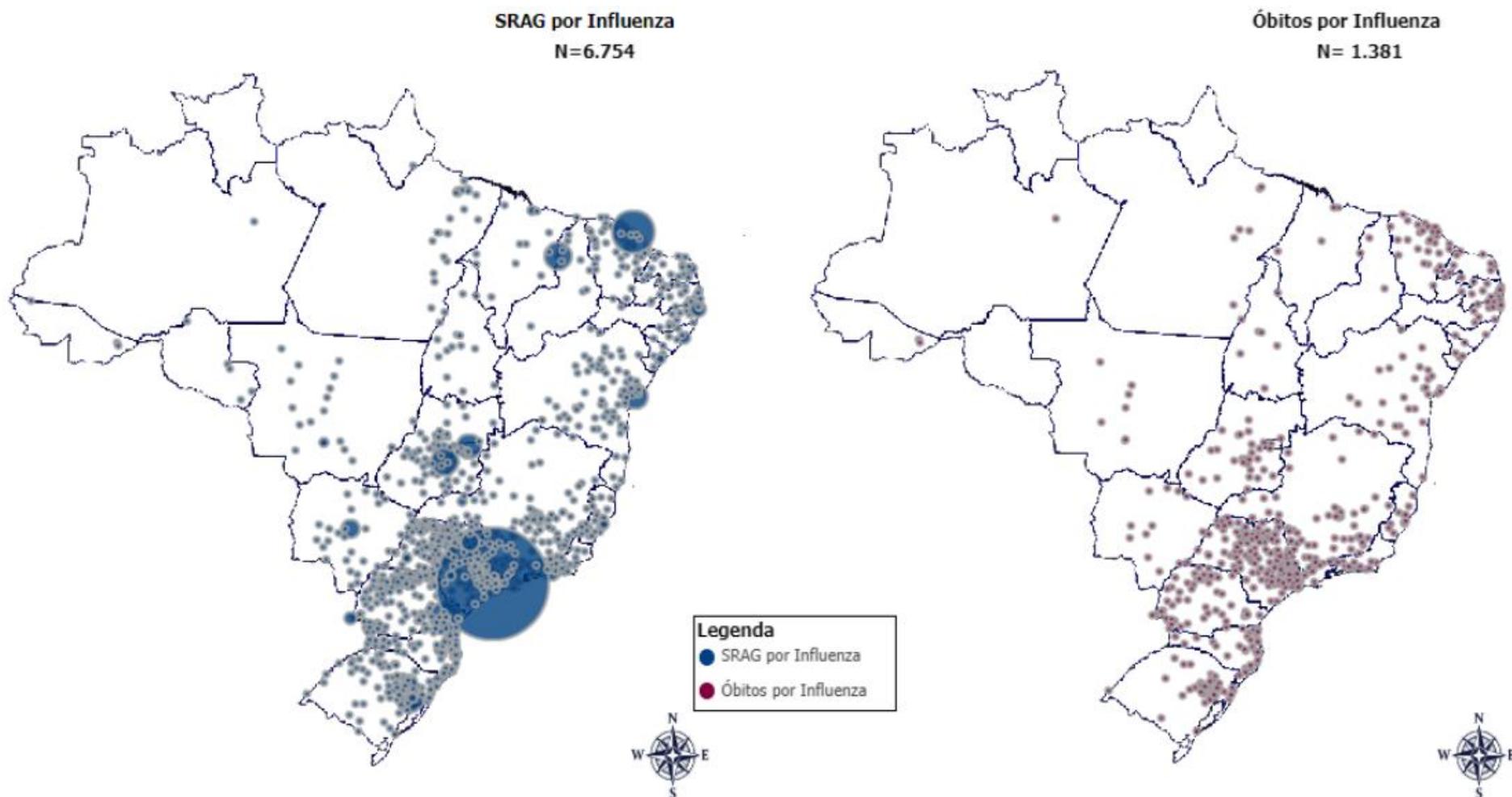


■ Influenza A(H1N1)
 ■ Influenza A(H3N2)
 ■ Influenza A (não subtipado)
 ■ Influenza B
 ■ Outros Virus respiratórios
 ■ Outros Agentes Etiológicos

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 4. Distribuição espacial dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave confirmados para influenza por município de residência. Brasil, 2018 até a SE 52.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

* O círculo é proporcional ao número de casos e óbitos.



EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 03 e 04/2019

(13/01/2019 a 26/01/2019)

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

DIFTERIA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 24/01/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Tendo em vista os surtos de difteria em andamento no Haiti e na Venezuela, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomenda que as pessoas que viajarão para essas áreas e profissionais de saúde estejam com a vacinação em dia e, se necessário, recebam uma dose extra.

Para o organismo internacional, é importante que três doses da vacina contra a doença sejam dadas já ao longo do primeiro ano de vida. Posteriormente, durante a infância e/ou adolescência, devem ser aplicadas outras três doses de reforço – de preferência com um espaço de quatro anos entre elas. Esse esquema vacinal protegerá a pessoa até pelo menos os 39 anos de idade (possivelmente mais).

No caso de indivíduos que estão há mais de cinco anos sem serem vacinados contra difteria e que viajarão para zonas onde há surtos em andamento, a OPAS recomenda administrar uma dose extra de reforço – ou seja, mesmo que já tenham tomado todas as seis. No caso dos profissionais de saúde, é recomendada uma dose extra após cinco anos da última vacinação mesmo que não visitem áreas de risco.

Pessoas de qualquer idade que não estiverem vacinadas ou estejam com a vacinação incompleta devem receber as doses necessárias para completar o esquema. A imunização é fundamental para prevenir surtos e a gestão clínica adequada reduz as chances de complicações e morte.

Desde 2018, três países das Américas notificaram casos de difteria. A Colômbia confirmou oito entre janeiro e dezembro do ano passado, incluindo três mortes. O Haiti enfrenta um surto da doença desde 2014, com 264 casos confirmados até a última semana de 2018. Já a Venezuela vive um surto desde 2016, com 1.559 casos confirmados até janeiro deste ano, incluindo 270 óbitos.

A OPAS recorda que os grupos populacionais de maior risco são crianças menores de cinco anos não vacinadas e as que estão na escola; profissionais de saúde; militares; pessoas privadas de liberdade e aquelas que, por natureza de suas profissões, estão em contato permanente e diário com um grande número de indivíduos.

O organismo internacional recomenda também aos países manter um suprimento de antitoxina diftérica e o fortalecimento dos sistemas de vigilância para a detecção precoce de casos suspeitos, a fim de iniciar o tratamento oportuno dos infectados e o

acompanhamento de seus contatos.

A difteria é uma infecção causada pela bactéria *Corynebacterium diphtheriae*. Os sinais e sintomas geralmente começam entre dois e cinco dias após a exposição e variam de leves a graves. Com frequência, os sintomas surgem gradualmente, começando com uma dor de garganta e febre.

Em casos graves, a bactéria produz uma toxina que causa uma mancha grossa cinza ou branca na parte de trás da garganta. Isso pode bloquear as vias aéreas, tornando difícil que a pessoa respire ou engula e também pode provocar uma tosse seca. A hipertrofia dos gânglios linfáticos pode causar inchaço de uma parte do pescoço.

Às vezes, a toxina entra na corrente sanguínea, causando complicações como inflamação e lesão do miocárdio (músculo cardíaco), inflamação dos nervos e problemas nos rins e ou de sangramento causados pela queda do nível de plaquetas. As lesões no miocárdio podem resultar em alterações no ritmo cardíaco e a inflamação dos nervos pode resultar em paralisia.

A difteria é transmitida facilmente entre pessoas pelo contato direto e pelo ar (por meio de tosse ou espirro). Também pode ser espalhada por roupas e objetos contaminados.

Brasil

No Brasil, conforme o Calendário Nacional de Vacinação, são aplicadas contra essa doença as vacinas pentavalente (imuniza contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e meningite), tríplice bacteriana – DTP (difteria, coqueluche e tétano), dupla adulto (difteria e tétano) e tríplice bacteriana acelular do adulto – dTpa (difteria, coqueluche e tétano).

HANTAVIROSE

Local de ocorrência: Argentina

Data da informação: 24/01/2019

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

COMENTÁRIOS:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) informou na quinta-feira (24/01) que pelo menos 11 pessoas morreram na Argentina após serem infectadas com hantavírus, doença transmitida por ratos e outros roedores. O ministério da saúde do país já havia declarado um número superior: 13 pessoas mortas.

Dentre os 29 casos da doença confirmados por exames laboratoriais entre outubro de 2018 e 20 de janeiro de 2019, quase 60% foram identificados em mulheres ou meninas, segundo a OMS.

Em cerca de 50% dos casos confirmados – todos em Epuýn, na província argentina de Chubut – os infectados reportaram os sintomas dentro das últimas três semanas.

Não há nenhum tratamento, cura ou vacina para a infecção por hantavírus e a taxa de mortalidade por caso pode chegar entre 35% e 50%.

A OMS advertiu autoridades de saúde argentinas a estarem vigilantes e a intensificarem os esforços para detectar, investigar, gerir e controlar os casos. A organização disse que atenção especial deve ser destinada a viajantes retornando das áreas afetadas.

O hantavírus é uma doença respiratória viral normalmente transmitida pelo contato com excrementos ou saliva de ratos e outros roedores contaminados. A enfermidade é caracterizada por dores de cabeça, tontura, febre, náusea, diarreia e dor de estômago, seguidas pelo repentino desencadeamento de severos sintomas respiratórios.

PREVINA-SE

Como acontece a contaminação pelo hantavírus

Na época chuvosa, devido principalmente à fartura de alimentos, os ratos silvestres se multiplicam

Quando chega a época da seca, eles são muitos e o alimento começa a faltar. Com isso, são obrigados a se aproximar dos homens em busca de comida

O rato silvestre *Bolomys lasiurus* contaminado pelo hantavírus libera o vírus em suas fezes, urina e saliva. As secreções secam e misturam-se à poeira e poluem o ar. O homem geralmente se contamina ao respirar o ar contaminado, principalmente em ambientes fechados

Transmissão via aérea

SINTOMAS
podem se manifestar até 60 dias após a contaminação. Os principais sintomas são febre acima de 38 graus, dores musculares e dificuldade para respirar

RECOMENDAÇÃO
Ao aparecerem os primeiros sintomas, procurar imediatamente atendimento médico. As unidades de saúde seguem um protocolo de atendimento para identificar casos suspeitos

TRATAMENTO
Consiste basicamente em controlar os efeitos da infecção, como o acúmulo de água nos pulmões, febre e dificuldade para respirar

PREVENÇÃO
A recomendação é não deixar a casa fechada muito tempo, não plantar nada a menos de 30m de casa, não deixar lixo acumulado nas redondezas, armazenar grãos a pelo menos 40cm do chão e nunca tocar nos ratos

CONTAMINAÇÃO
Geralmente acontece na área rural, mas em caso de acampamentos no meio do mato, é recomendável deixar a barraca em local afastado da mata, guardar alimentos em recipientes muito bem lacrados e usar sapatos fechados

DENGUE / CHIKUNGUNYA



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 25/01/2019

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

COMENTÁRIOS:

Europa

Doença do vírus Chikungunya:

Não foram detectados casos de doença de vírus chikungunya autóctones em países da UE / EEE continentais em 2019.

Dengue:

Em 2018, a **Espanha** registrou seis casos autóctones de dengue em três regiões diferentes (Cádiz, Múrcia e Barcelona). Além disso, a França comunicou oito casos autóctones de Alpes-Maritimes (5), Hérault (2) e Gard (1). Nenhum caso foi reportado na Europa continental até agora em 2019.

Américas e Caribe

Chikungunya:

Bolívia: Em 2018, até 30 de dezembro de 2018, a Bolívia registrou 91 casos confirmados. Isso representa um aumento de 11 casos desde o relatório anterior, em 23 de novembro de 2018. Para o mesmo período de 2017, a Bolívia registrou 22 casos.

Brasil: Em 2018, até 9 de dezembro de 2018, o Brasil registrou 65.480 casos confirmados. Isto representa um aumento de 4.567 casos confirmados desde a atualização anterior, em 23 de novembro de 2018. Entre os casos confirmados, o Ministério da Saúde relatou 36 mortes devido à doença do vírus chikungunya.

Colômbia: em 2018, até 30 de dezembro de 2018, a Colômbia registrou 663 casos. Entre esses casos, 157 são confirmados em laboratório. Isto representa um aumento de 65 casos desde o relatório anterior, em 23 de novembro de 2018.

Costa Rica: Em 2018, até 11 de novembro de 2018, a Costa Rica registrou 123 casos suspeitos. Isso representa um aumento de 14 casos suspeitos desde a atualização do relatório anterior em 23 de novembro de 2018. Para o mesmo período em 2017, a Costa Rica relatou 396 casos suspeitos.

El Salvador: Em 2018, em 29 de dezembro, El Salvador registrou 388 casos

suspeitos. Isso representa um aumento de 34 casos suspeitos desde a atualização do relatório anterior em 23 de novembro de 2018. Para o mesmo período de 2017, El Salvador relatou 578 casos suspeitos.

México: Em 2018, em 30 de dezembro de 2018, o México registrou 39 casos confirmados, mais dois casos desde o relatório anterior em 23 de novembro de 2018. Para o mesmo período de 2017, o México informou 61 casos confirmados.

Nicarágua: Em 2018, até 23 de dezembro de 2018, a Nicarágua registrou 293 casos suspeitos. Adicionalmente, 26 casos foram confirmados para o mesmo período na Nicarágua. Isso representa um aumento de 23 casos suspeitos desde a atualização anterior do relatório em 23 de novembro de 2018. Para o mesmo período de 2017, a Nicarágua informou 27 casos confirmados.

Paraguai: Em 2018, até 22 de dezembro de 2018, o Paraguai registrou 1.237 casos prováveis. Adicionalmente, o Paraguai reportou 67 casos confirmados nas regiões Central, Amambay, Guairá e Paraguari. Isso representa um aumento de 73 casos prováveis desde a atualização anterior do relatório, em 23 de novembro de 2018.

Dengue:

Em 2018 até 30 de dezembro de 2018, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) registrou 534.000 suspeitos e casos confirmados nas Américas. O **Brasil** é responsável por quase metade dos casos (247.000), seguido pelo México (79.000), Nicarágua (57.000), Colômbia (45.000) e Paraguai (32.000). Desde julho, o México registrou um aumento de oito vezes. O Brasil segue a mesma tendência do ano passado.

Segundo a OMS, foram notificados 352 casos em Guadalupe em 9 de dezembro de 2018.

Ásia

Doença do vírus Chikungunya:

Índia: em 2018, até 25 de novembro de 2018, a Índia registrou 47.208 casos suspeitos. Além disso, 8.499 casos estão confirmados.

(Continua na próxima página)

DENGUE / CHIKUNGUNYA



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 25/01/2019

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

COMENTÁRIOS:

Isto representa um aumento de 6.201 casos confirmados e 31.181 casos suspeitos desde a atualização anterior.

Tailândia: em 2018, a Tailândia registrou 3.656 casos no país. As províncias mais afetadas estão localizadas na parte sul do país. Isto representa um aumento de 3.301 casos desde a atualização anterior.

Dengue:

Na Ásia, alguns países relataram uma tendência crescente em comparação com 2017. De acordo com a mídia citando autoridades de saúde, **Omã** relatou um surto de dengue, com 52 casos entre 12 de dezembro de 2018 e 22 de janeiro de 2019.

Em 2018, a **Tailândia** registrou 54.482 casos de dengue. Isso representa um aumento de 50% em comparação com o mesmo período do ano passado. Além disso, a Tailândia relatou 435 casos de dengue em 2019 até 21 de janeiro.

De acordo com os Centros de Controle de Doenças de **Taiwan**, houve 524 casos em Taiwan. Além disso, houve 13 casos em 2019 até 5 de janeiro de 2019.

Em 12 de dezembro de 2018, **Bangladesh** registrou 9.926 casos em todo o país, um aumento de 11 vezes em comparação a 2017.

Segundo a OMS, houve 9.885 casos no **Camboja** em 2018, quatro vezes mais do que em 2017. Além disso, até 17 de janeiro de 2019, de acordo com a OMS, houve 142 casos.

Segundo a OMS, houve 199.271 casos nas **Filipinas** em 2018, um aumento de dez vezes em comparação com 2017.

Segundo as autoridades nacionais, **Singapura** comunicou 3.259 casos, em comparação com 2.700 casos em 2017. Além disso, Singapura registrou 631 casos em 2019 até 18 de janeiro.

Os seguintes países relataram uma tendência estável ou decrescente de dengue em comparação com o mesmo período de 2017:

A **Índia** comunicou 89.974 casos em 25 de novembro de 2018, em comparação com 141.000 casos em 2017.

Segundo a OMS, houve 6.204 casos no Laos em 2018, em comparação com 11 mil em 2017. Além disso, até 17 janeiro de 2019, segundo a OMS, houve 96 casos de dengue no Laos em 2019.

De acordo com relatos da mídia citando autoridades de saúde, o **Paquistão** relatou 1.965 casos em 2018 até 17 de dezembro de 2018, em comparação com 125.000 casos em 2017.

Segundo a OMS, a **Malásia** registrou 80.615 casos de dengue em 2018, em comparação com 83.000 casos em 2017. Além disso, segundo a OMS, a Malásia registrou 2.587 casos em 2019, em 13 de janeiro de 2019.

De acordo com o Ministério da Saúde, o **Sri Lanka** registrou 51.554 casos em 2018, em comparação com 186 mil em 2017. Além disso, o Sri Lanka comunicou 2.799 casos em 2019, até 21 de janeiro de 2019.

Não há atualizações disponíveis para o **Vietnã** e **China**.

África

Doença do vírus Chikungunya:

Sudão: Até 30 de novembro de 2018, a OMS relata 20.110 casos de chikungunya no estado de Kassala, na fronteira com a Eritreia. Isso representa um aumento de 4.166 casos desde a atualização anterior do relatório, em 23 de novembro de 2018.

Dengue:

Segundo a OMS até 3 de novembro de 2018, o **Senegal** comunicou 2.981 casos, dos quais 342 estão confirmados. Oito regiões são atualmente afetadas. A sorotipagem identificou três sorotipos circulantes: DENV-1, DENV-2 e DENV-3.

Meios de comunicação social citando autoridades de saúde relataram 1.339 casos de dengue em **Angola** em 2018 até de 22 de outubro.

Segundo a OMS até 22 de outubro de 2018, a **Etiópia** relatou 127 casos.

Desde o início de 2018 até 30 de dezembro de 2018, houve 6.763 casos em **La Réunion**. Além disso, existem 98 casos em 2019 até 13 de janeiro.

DENGUE / CHIKUNGUNYA



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 25/01/2019

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

COMENTÁRIOS:

Não há atualizações disponíveis para **Mauritânia**.

Austrália e o Pacífico

Doença do vírus Chikungunya: Não foram relatados surtos desde a atualização mensal anterior.

Dengue:

A **Austrália** relatou 855 casos de dengue em 2018 e 27 casos de dengue em 2019 até 21 de janeiro.

Nova Caledônia relatou 2.084 casos de dengue em 2018. Além disso, de acordo com a OMS até 16 de janeiro de 2019, foram 188 casos relatados em 2019.

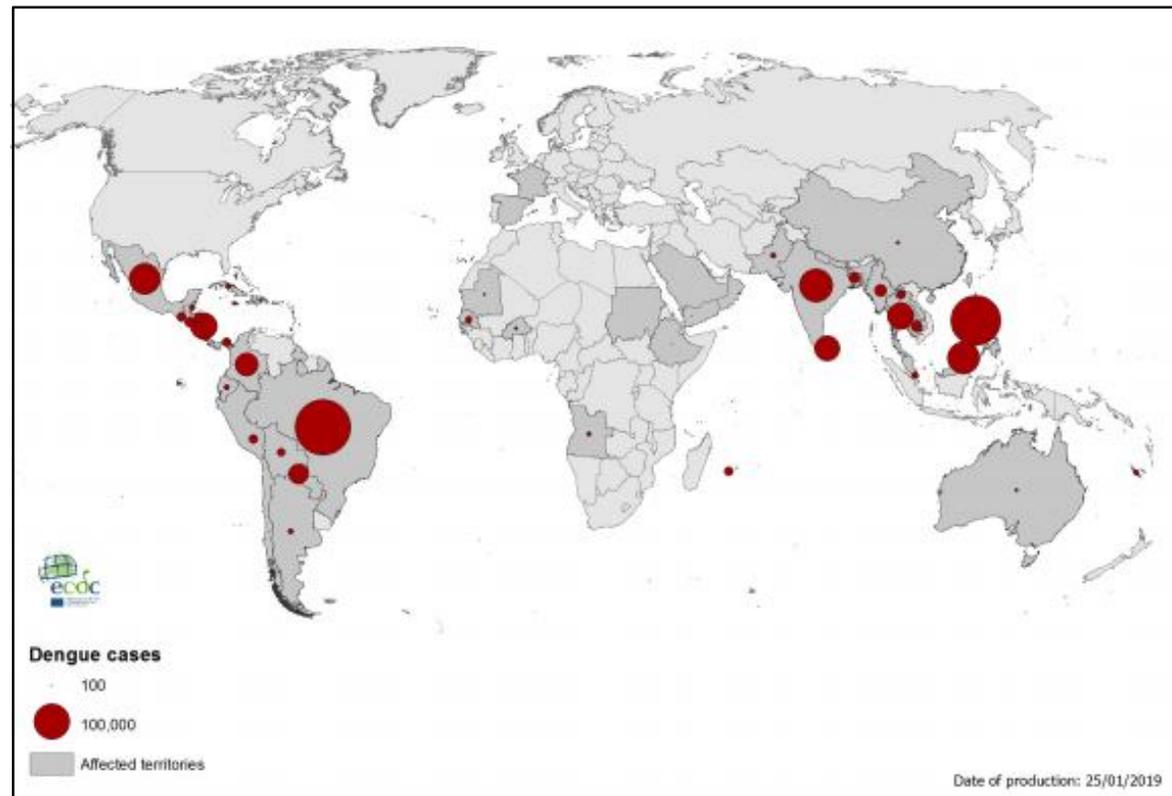
Avaliação do ECDC

A doença do vírus Chikungunya e a dengue são endêmicas em grandes regiões da zona de convergência intertropical. Casos isolados ou pequenos aglomerados de dengue autóctone no sul da Europa não são inesperados, pois o *Aedes albopictus* está presente na área. O risco de transmissão adicional é considerada baixa, uma vez que as condições meteorológicas são desfavoráveis à atividade dos mosquitos no momento.

O ECDC produziu uma avaliação de risco rápida sobre a transmissão local da dengue na França e Espanha - 2018, publicada em 22 de Outubro de 2018 e uma rápida avaliação de risco do surto de dengue na Ilha Reunião, em 6 de julho de 2018.

Ações

O ECDC monitoriza estas ameaças através de informações e relatórios sobre epidemias mensalmente.



Distribuição geográfica dos casos de dengue notificados em todo o mundo em 2018

SARAMPO

Local de ocorrência: Estados Unidos

Data da informação: 26/01/2019

Fonte da informação: folhamt.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O estado norte-americano de Washington, no nordeste dos Estados Unidos, declarou emergência na sexta-feira (25/01) após um surto de sarampo afetar ao menos 30 pessoas na região – a maioria crianças menores de 10 anos. Segundo a agência Associated Press, 26 dos pacientes atendidos com a doença não apresentavam vacinação em dia para evitá-la.

O governador, Jay Inslee, explicou em um comunicado que a decisão obedecia ao "risco extremo para a saúde pública". O sarampo pode causar diarreia grave, pneumonia e, em complicações, levar à perda de visão e até à morte.

O surto da doença começou em Portland, cidade no Oregon que fica na divisa com o estado de Washington. As autoridades acreditam que as contaminações tenham ocorridos em locais de alta circulação, como o aeroporto de Portland e lojas de departamento.

O condado de Clark – um dos locais mais afetados pelo surto em Washington – tem 78% da população vacinada. É pouco, se comparado à cobertura vacinal de 92% a 94% considerada ideal para as autoridades de saúde pública da região.

Somente nos sete primeiros meses de 2018, o número de casos confirmados de sarampo nos Estados Unidos chegou a 107. Ao todo, a doença afetou pessoas em 21 estados norte-americanos.

Sarampo no mundo

A Organização Mundial da Saúde alertou em novembro que os casos de sarampo no mundo tinham aumentado 30% em 2017 em comparação com o ano anterior, em parte porque as crianças não estão sendo vacinadas. No Brasil, o número de casos confirmados passou de 10 mil, informou o Ministério da Saúde.



O infográfico apresenta o Sarampo em um formato de infográfico. No topo, o título "SARAMPO" é exibido em uma fonte estilizada e preta. Abaixo dele, há um ícone de uma pessoa amarela com pontos coloridos (verde, amarelo, laranja) espalhados pelo corpo, representando os sintomas da doença. O conteúdo é organizado em seções: "O QUE É" (definição da doença), "TRANSMISSÃO" (modo de contágio), "SINTOMAS" (lista de sintomas), "POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES" (lista de possíveis problemas) e "PREVENÇÃO" (informação sobre a vacina). No rodapé, há o crédito "FONTE | Pesquisa" e o logotipo "INFOGRAFFO".

O QUE É

O sarampo é uma doença **infecciosa aguda e viral**, provocada pelo morbilivírus, com elevada transmissibilidade e que pode acometer pessoas de qualquer idade

TRANSMISSÃO

Ocorre **de pessoa para pessoa**, por secreções nasais expelidas ao tossir, espirrar ou falar

SINTOMAS

- > Tosse
- > Febre
- > Manchas avermelhadas na pele
- > Dores no corpo
- > Coriza
- > Conjuntivite

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

- > Infecção nos ouvidos
- > Pneumonia
- > Convulsões
- > Lesões no sistema nervoso

PREVENÇÃO

A única forma de prevenção é a vacina **tríplice viral**

FONTE | Pesquisa

© INFOGRAFFO

SARAMPO



Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 18/01/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Em 2018, 12 países nas Américas relataram casos confirmados de sarampo, dos quais dois relataram mortes (Brasil e República Bolivariana da Venezuela).

A partir da semana epidemiológica (SE) 2 de 2019, 6 países relataram ter casos confirmados entre dezembro de 2018 e janeiro de 2019: Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Estados Unidos e Venezuela.

No **Brasil**, existem 11 unidades federais que relataram casos confirmados de sarampo: Amazonas (9.778 casos, 6 óbitos), Bahia (2 casos), Distrito Federal (1 caso), Pará (61 casos, 2 óbitos), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (45 casos), Rio de Janeiro (19 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (355 casos, 4 óbitos), São Paulo (3 casos) e Sergipe (4 casos).

Entre a SE 6 de 2018 e SE 2 de 2019, houve um total de 10.274 casos confirmados, incluindo 12 mortes. Desde 30 de novembro de 2018, a Atualização Epidemiológica da OPAS / OMS sobre sarampo, houve 376 casos adicionais notificados e a Bahia foi adicionada aos estados que relatam casos.

No estado do Amazonas, entre 6 de fevereiro de 2018 e 8 de janeiro de 2019, havia 11.377 casos suspeitos, incluindo 6 mortes. Do total de casos suspeitos, 9.778 foram confirmados, 1.541 foram descartados e 18 permanecem sob investigação. Dos casos confirmados, 55,6% (5.439) são do sexo masculino.

Dos 62 municípios do estado do Amazonas, 46 relataram casos confirmados. O município de Manaus é responsável por 78,7% (8.921) dos casos suspeitos e 82,3% (8.040) dos casos confirmados relatados no estado. A taxa de incidência cumulativa para o estado é 272,3 por 100.000 habitantes e os municípios com maior taxa de incidência (em ordem decrescente) são: Manacapuru (994,2 por 100.000 habitantes), seguido de Manaus (377,4 por 100.000 habitantes) e Itacoatiara (142,2 por 100.000 habitantes).

Desde a SE 30 de 2018, uma tendência decrescente na curva epidemiológica dos casos tem sido observado no estado.

A maior taxa de incidência é relatada em crianças menores de 1 ano de idade (2.176,4 por 100.000, seguida de 15 a 19 anos (550,7 por 100.000 habitantes), de 20 a 29 anos de idade (358,2 por 100.000 habitantes), de 1 a 4 anos (352,7 por 100.000 habitantes) e de 30 a 39 anos de idade (188,8 por 100.000 habitantes).

O caso confirmado mais recente teve início na SE 48 de 2018 e os casos mais recentes que estão sob investigação teve início na SE 1 de 2019.

No estado de Roraima, entre 4 de fevereiro de 2018 e 8 de janeiro de 2019, havia 575 casos suspeitos notificados, incluindo 4 mortes. Dos casos suspeitos, 355 foram confirmados, 213 foram descartados e 7 permanecem sob investigação. Dos casos confirmados, 53,5% (190) são do sexo masculino, 61,1% (217) são venezuelanos, 38% (135) são brasileiros e 1% (2 casos) pessoas de outros países. Do total de casos confirmados, 41% são indígenas (127 Venezuelanos e 18 brasileiros).

Dos 15 municípios do estado de Roraima, 13 relataram casos suspeitos. Os municípios de Amajari, Boa Vista e Pacaraima respondem por 90% (517) dos casos e 89% (316) dos casos confirmados relatados em Roraima. A taxa de incidência em Roraima é de 80,0 por 100.000 habitantes e os municípios com maior incidência (em ordem decrescente) são: Amajari (683,4 por 100.000 habitantes), seguida de Pacaraima (484,4 por 100.000 habitantes) e Boa Vista (53,6 por 100.000 habitantes).

A partir da SE 19 de 2018, houve uma diminuição no número de casos suspeitos e confirmados, e entre SE 29 e SE 35 de 2018, foi relatado um novo aumento nos casos, afetando os municípios de Boa Vista e Amajari.

A maior taxa de incidência foi relatada em crianças menores de 1 ano de idade (812,1 por 100.000, seguida de 1 a 4 anos (245,7 por 100.000 habitantes), 5 crianças de 9 a 10 anos (106,9 por 100.000 habitantes), de 10 a 14 anos (66,6 por 100.000 habitantes), e de 15 a 19 anos de idade (51,0 por 100.000 habitantes).

O caso confirmado mais recente teve início na SE 49 de 2018 e os casos mais recentes que estão sob investigação tiveram início SE 1 de 2019.

No **Chile**, entre a SE 45 de 2018 e SE 2 de 2019, houve 24 casos confirmados de sarampo, dos quais 7 foram importados e 17 foram relacionados à importação. Não houve mortes no entanto, 11 dos casos necessitaram de hospitalização. O genótipo identificado é D8, linhagem MVi / HuluLangat.MYS / 26.11, semelhante ao que circula em outros países da região. Nos casos relatados, 50% são do sexo feminino e 58,4% são crianças menores de um ano de idade.

(Continua na próxima página)

SARAMPO



Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 18/01/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Os casos foram relatados nas regiões Metropolitana (22 casos) e Biobío (2 casos).

O caso confirmado mais recente teve início na SE 1 de 2019 e, até à data, a investigação de casos suspeitos continua.

O último surto associado a casos importados no Chile foi em 2015, com 9 casos confirmados e tinha 2 meses de duração (genótipo viral H1).

Na **Colômbia**, entre SE 10 de 2018 e SE 2 de 2019, havia 212 casos confirmados, 103 dos quais necessitaram de hospitalização. Nenhuma morte foi relatada. A genotipagem realizada em amostras para 43 casos indicados genótipo D8, linhagem MVi / Hulu Langat.MYS / 26.11, semelhante ao que circula em outros países da Região.

Os casos foram relatados nos departamentos de Antioquia, Arauca, Atlântico, Bolívar, Cauca, Cesar, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Risaralda, Santander, e Sucre, e nos distritos de Barranquilla, Bogotá, Cartagena e Santa Marta. Os distritos de Barranquilla e Cartagena e o departamento de conta de Norte de Santander para 68% do total de casos confirmados. A taxa de incidência acumulada no país é de 0,22 por 100.000 habitantes.

As maiores taxas de incidência por faixa etária entre os casos associados à importação ou transmissão secundária entre colombianos foi observada em crianças menores de 1 ano de idade (6 casos 100.000 habitantes) seguida por crianças de 1 a 4 anos de idade (1,7 casos por 100.000 habitantes).

O caso confirmado mais recente teve início precipitado na SE 2 de 2019 e os casos mais recentes que estão sob investigação estão nos departamentos de La Guajira e Norte de Santander e nos distritos de Barranquilla, Bogotá e Cartagena.

Nos **Estados Unidos** da América, entre 1º de janeiro e 29 de dezembro de 2018, havia 349 casos confirmados de sarampo notificados em 26 estados e no Distrito de Columbia, correspondendo a 17 surtos. Os 26 estados que relataram casos são: Arkansas, Califórnia, Connecticut, Flórida, Illinois, Indiana, Kansas, Louisiana, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, Nebraska, Nevada, Nova Jersey, Nova York, Carolina do Norte, Oklahoma, Oregon, Pensilvânia, Carolina do Sul, Tennessee, Texas, Virgínia e Washington.

Na **Venezuela**, entre 26 de março de 2017 e 52 de dezembro de 2018, um total de 9.101 casos suspeitos, incluindo 6.395 casos confirmados de sarampo (727 em 2017 e 5.668 em 2018), foram relatados. Os casos em 2018 foram confirmados por laboratório (2.038), diagnóstico clínico (3.137), e ligação epidemiológica (493). Foram registradas 76 mortes - 2 em 2017 e 74 em 2018 (37 em Delta Amacuro, 27 no Amazonas, 6 em Miranda, 3 no Distrito Capital e 1 em Bolívar).

A taxa de incidência acumulada no país é de 17,8 por 100.000 habitantes. As taxas de incidência mais altas são relatadas em: Delta Amacuro (207 por 100.000 habitantes), a Capital Distrito (126 por 100.000 habitantes), Amazonas (83 por 100.000 habitantes) e Vargas (47 por 100.000 habitantes).

Os casos confirmados relatados no precedente entre SE 44 e SE 50 de 2018 foram relatados nos estados de Apure (7 casos), Aragua (7 casos), Bolívar (8 casos), Carabobo (8 casos), Distrito da Capital (18 casos), Falcão (3 casos), Miranda (2 casos), Monagas (7 casos), e Zulia (34 casos).

As autoridades de saúde na Venezuela estão implementando uma série de estratégias de vacinação interrompendo a circulação do vírus. Além das campanhas de vacinação implementadas, as ações incluem: vigilância intensificada da síndrome febril aguda e vacinação em bloco contra sarampo-rubéola (MR), bem como vacinação seletiva de contatos de suspeita de casos confirmados até os 39 anos de idade.

Sarampo nas comunidades indígenas

No Brasil, no estado de Roraima, um total de 183 casos suspeitos foram relatados entre populações indígenas, das quais 145 foram confirmadas. A maioria dos casos é do Auaris Indigenous Health District, que faz fronteira com a Venezuela.

Na Venezuela, entre SE 1 e SE 52 de 2018, foram confirmados 499 casos de sarampo entre populações indígenas no Amazonas (162 casos, dos quais 135 em Sanema, 23 em Yanomami, 2 em Yekuana, 1 em Baniva e 1 em etnia Yeral); Delta Amacuro (309 casos, todos da etnia Warao); Monagas (24 casos, dos quais 20 estavam em Warao, 1 em Shaima e 1 em etnias Eñepa); e Zulia (2 casos, ambos no grupo étnico Wayú).

SARAMPO



Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 18/01/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Além disso, houve 64 mortes relatadas, 37 no Delta Amacuro (todas na etnia Warao) e 27 no Amazonas (16 na etnia Sanema). Mortes adicionais nas comunidades indígenas estão atualmente sob investigação.

Na SE 52 de 2018, não foram relatados casos adicionais de sarampo; no entanto, a vigilância ativa e o bloqueio com a vacinação continuam. O mais recente caso confirmado entre as comunidades indígenas teve erupção cutânea na SE 50 de 2018 e foi relatado no estado de Zulia.

Conselhos às autoridades nacionais

Dada a continuação dos casos importados de sarampo de outras regiões e os surtos nas Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial de Saúde (OPAS / OMS) insta todos os Estados Membros a:

- Vacinar para manter uma cobertura homogênea de 95% com a primeira e segunda 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 e catering, aeroportos, taxistas e outros) e viajantes.
- Manter uma reserva de vacinas e seringas MR e / ou MMR para controle de casos em cada país da região.
- Fortalecer a vigilância epidemiológica do sarampo para obter a detecção oportuna de todos os casos suspeitos de sarampo em estabelecimentos de saúde públicos e privados e garantir que as amostras são recebidas pelos laboratórios no prazo de 5 dias após a colheita e os resultados estão disponíveis em um período não superior a 4 dias.
- 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 com propósito e implementando protocolos nacionais de resposta rápida quando casos importados. Uma vez que uma equipe de resposta rápida tenha sido ativada, a coordenação entre os níveis nacional e local deve ser assegurada, com canais de comunicação fluidos entre todos os níveis (nacionais,

subnacionais e local).

- Identificar fluxos migratórios (chegada da população migrante) e fluxos internos (movimentos grupos populacionais), incluindo populações indígenas, em cada país, para facilitar o acesso aos serviços de vacinação, de acordo com o esquema nacional.
- Implementar um plano para imunizar as populações migrantes em áreas fronteiriças de alto tráfego.
- Aumentar a cobertura vacinal e fortalecer a vigilância epidemiológica nas áreas de fronteiras, a fim de aumentar a imunidade da população e detectar / responder rapidamente a casos suspeitos de sarampo.
- Durante os surtos, estabelecer um adequado gerenciamento de caso hospitalar para evitar a transmissão, com encaminhamento adequado de pacientes para salas de isolamento para qualquer nível de cuidados (evitando o contato com outros pacientes em salas de espera e / ou hospitalização).

Além disso, a OPAS / OMS recomenda que os Estados Membros aconselhem todos os viajantes que não podem mostrar prova de vacinação ou imunidade que recebam a vacina contra sarampo, preferencialmente a vacina tríplice 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: 24/01/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

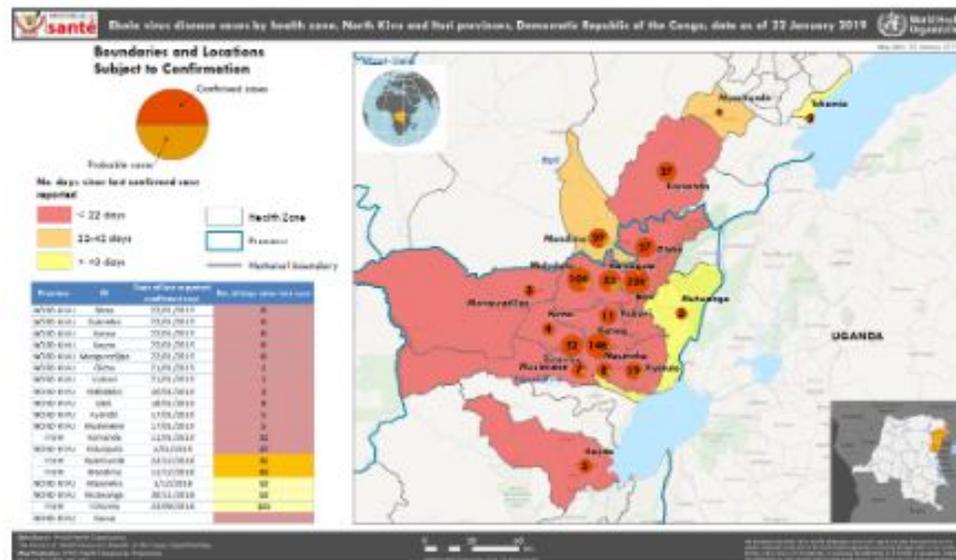


COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde (MS), a OMS e parceiros continuam a enfrentar desafios na contenção e controle do surto da doença pelo vírus Ebola (DVE) na República Democrática do Congo. O número de casos notificados aumentou durante as últimas semanas, principalmente na zona de saúde de Katwa, onde as equipes de resposta enfrentaram desconfiças da comunidade. O surto também se estendeu para o sul até a zona de saúde de Kayina, uma área de alto risco de segurança. As equipes estão trabalhando ativamente para construir a confiança da comunidade e ampliar as atividades de resposta em torno desses novos casos.

Em 22 de janeiro de 2019, houve um total de 713 casos DVE (664 confirmados e 49 prováveis), incluindo 439 óbitos (proporção geral de casos fatais: 62%). Até agora, 247 pessoas receberam alta dos Centros de Tratamento de Ébola (ETCs), e muitas delas se inscreveram em um programa dedicado para monitorar e apoiar os sobreviventes. Entre os casos com idade e sexo relatados, 59% (420/710) dos casos eram do sexo feminino e 30% (214/708) tinham menos de 18 anos; incluindo 108 bebês e crianças menores de 5 anos. Sessenta e um profissionais de saúde foram infectados até o momento.

Durante os últimos 21 dias (2 de janeiro a 22 de janeiro de 2019), 102 novos casos foram registrados em 13 zonas de saúde (Figura ao lado), incluindo: Katwa (62), Butembo (12), Oicha (6), Kayina (5), Beni (2), Manguredjipa (3), Kyondo (3), Kalungata (2), Komanda (1), Musienene (2), Biena (2), Mabalako (1) e Vuhovi (1). Os atuais focos de surtos de Butembo e Katwa abrangem uma área urbana com uma população de aproximadamente um milhão de pessoas. Dos 148 casos relatados em Katwa até hoje, menos da metade (55/148) foram registrados como contatos no momento do início da doença. Além disso, 10% (14/148) desses casos eram de profissionais de saúde, e entre aqueles com informações disponíveis, 42% (45/107) relataram ter comparecido a um funeral nas semanas anteriores ao início da doença. Coletivamente, esses números sugerem que o aumento observado no Katwa está sendo impulsionado por uma combinação de instalações de saúde e transmissões baseadas na comunidade. Medidas de proteção e controle de saúde, como prevenção e controle de infecções em centros de saúde, vacinação para os profissionais de saúde e outros trabalhadores da linha de frente, e práticas funerárias seguras e dignas, estão sendo fortalecidas para interromper as cadeias de transmissão.



Casos confirmados e prováveis da doença do vírus Ébola por zona de saúde nas províncias de Kivu do Norte e Ituri, República Democrática do Congo, dados de 22 de janeiro de 2019 (n = 713)

Conselho da OMS

Tráfego internacional: A OMS adverte contra qualquer restrição de viagem e comércio com a República Democrática do Congo com base nas informações atualmente disponíveis. Atualmente, não há vacina licenciada para proteger as pessoas contra o vírus Ebola. Por conseguinte, quaisquer requisitos para os certificados de vacinação contra o Ébola não constituem uma base razoável para restringir o movimento através das fronteiras ou a emissão de vistos para os passageiros que deixam a República Democrática do Congo. A OMS continua a monitorar de perto e, se necessário, verificar as medidas de viagem e comércio em relação a esse evento. Atualmente, nenhum país implementou medidas de viagem que interfiram significativamente no tráfego internacional para a República Democrática do Congo. Os viajantes devem procurar aconselhamento médico antes de viajar e devem praticar uma boa higiene.

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 22/01/2019

Origem da informação: The Global Polio Eradication Initiative e OPAS

COMENTÁRIOS

Em uma declaração conjunta extraordinária dos presidentes das principais comissões independentes, consultivas e de supervisão da GPEI, os presidentes exortam todos os envolvidos na erradicação da poliomielite a garantir que a poliomielite seja finalmente atribuída aos livros de história até 2023. Os autores são os presidentes da conferência. Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (SAGE), o Conselho de Monitoramento Independente, o Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) sobre a propagação internacional do poliovírus e a Comissão Global para a Certificação da Erradicação da Poliomielite (GCC). Um novo Plano Estratégico 2019-2023 visa construir sobre as lições aprendidas desde 2013. A declaração conjunta insta todos os envolvidos no esforço para encontrar maneiras de se destacar em seus papéis. Se isso acontecer, a declaração continua, o sucesso se seguirá. Mas por outro lado, em 2023, o mundo se encontrará exatamente onde está hoje: tentadoramente próximo. Mas, em um esforço de erradicação, a proximidade tentadora não é boa o suficiente. A declaração, portanto, emite um apelo para que todos se dediquem a um objetivo claro: alcançar aquela última criança com vacina contra a poliomielite.

Resumo de novos vírus nesta semana: Paquistão - dois casos de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) e cinco amostras ambientais positivas para WPV1; **Afganistão** - sete amostras ambientais positivas para WPV1; **Nigéria** - um caso de poliovírus derivado da vacina circulante tipo 2 (cVDPV2) e oito amostras ambientais positivas para VDPV2.

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	0	0	1	0	33	102
- in endemic countries	0	0	1	0	33	34
- in non-endemic countries	0	0	0	0	0	68

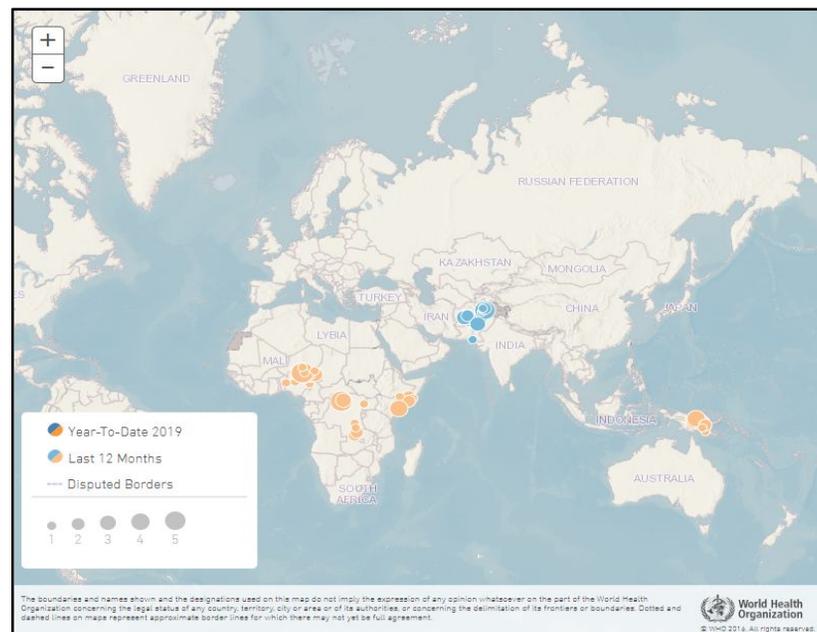
<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

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
Afganistão	0	0	1	0	21	0	6-Nov-2018	NA
Rep Dem Congo	0	0	0	0	0	20	NA	7-Oct-2018
Niger	0	0	0	0	0	9	NA	30-Oct-2018
Nigéria	0	0	0	0	0	34	NA	5-Dec-2018
Paquistão	0	0	0	0	12	0	31-Dec-2018	NA
Papua Nova Guiné	0	0	0	0	0	26	NA	18-Oct-2018
Somália	0	0	0	0	0	13	NA	7-Sep-2018

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

Poliovírus selvagem global e casos de poliovírus circulantes derivados da vacina - últimos 12 meses - em 14 de janeiro de 2019



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

MERS-CoV

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 16/01/2019

Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)



COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

De 2012 a 31 de dezembro de 2018, o número total de casos de MERS-CoV confirmados laboratorialmente, relatados globalmente à OMS sob o IHR (2005), é de 2.279, com 806 mortes associadas. O número total de mortes inclui as mortes que a OMS está ciente até o momento, através do acompanhamento com os Estados Membros afetados.

Avaliação de risco da OMS

A infecção com MERS-CoV pode causar doença grave, resultando em alta mortalidade. Humanos são infectados com MERS-CoV de contato direto ou indireto com camelos dromedários. MERS-CoV demonstrou a capacidade de transmitir entre humanos. Até agora, a transmissão não sustentada de humano para humano observada ocorreu principalmente em ambientes de cuidados de saúde.

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

Conselho da OMS

Com base na situação atual e nas informações disponíveis, a OMS incentiva todos os Estados Membros a continuar sua vigilância para infecções respiratórias agudas e a rever cuidadosamente quaisquer padrões incomuns.

As medidas de prevenção e controle de infecção são críticas para evitar a possível disseminação de MERS-CoV em unidades de saúde. Nem sempre é possível identificar pacientes com MERS-CoV precocemente porque, assim como outras infecções respiratórias, os primeiros sintomas da MERS-CoV são inespecíficos. Portanto, os profissionais de saúde devem sempre aplicar as precauções padrão de

forma consistente a todos os pacientes, independentemente do diagnóstico. As precauções de gota devem ser adicionadas às precauções padrão ao fornecer cuidados a pacientes com sintomas de infecção respiratória aguda; precauções de contato e proteção ocular devem ser adicionadas ao cuidar de casos prováveis ou confirmados de infecção por MERS-CoV; precauções aerotransportadas devem ser aplicadas ao realizar procedimentos de geração de aerossóis.

O MERS-CoV parece causar doença mais grave em pessoas com diabetes, insuficiência renal, doença pulmonar crônica e pessoas imunocomprometidas. Portanto, essas pessoas devem evitar o contato próximo com animais, especialmente camelos, quando visitam fazendas, mercados ou áreas de celeiros onde se sabe que o vírus está potencialmente circulando. Medidas gerais de higiene, como lavar as mãos regularmente antes e depois de tocar nos animais e evitar o contato com animais doentes, devem ser seguidas. As práticas de higiene alimentar devem ser observadas. As pessoas devem evitar beber leite cru de camelo ou ter contato com urina de camelo, ou comer carne que não tenha sido devidamente cozida.

A OMS não aconselha a triagem especial nos pontos de entrada em relação a este evento, nem recomenda atualmente a aplicação de quaisquer restrições de viagem ou comércio.

INFLUENZA



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 21/01/2019

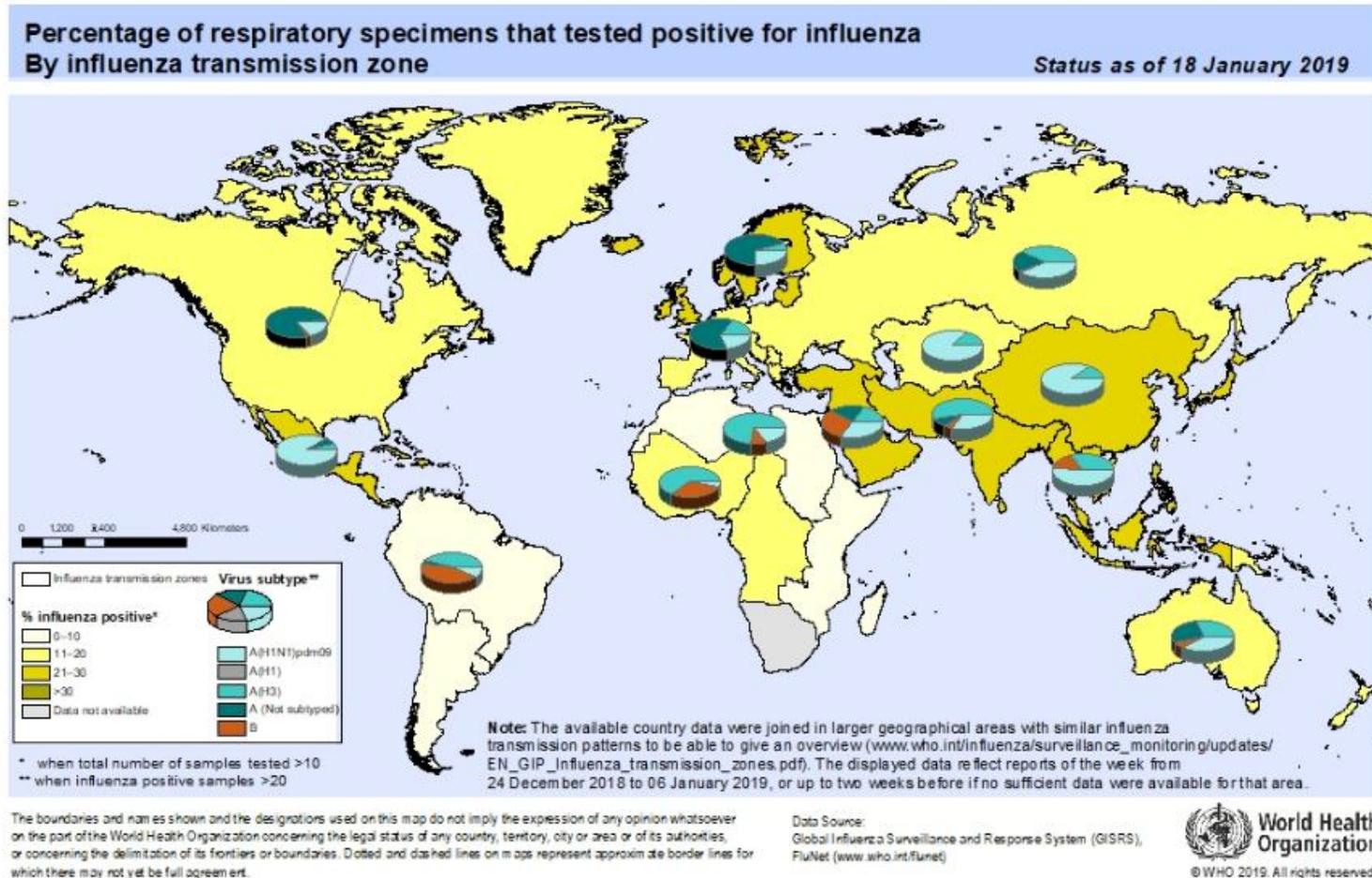
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

Na zona temperada do hemisfério norte, a atividade da influenza continuou a aumentar lentamente. Na América do Norte, a atividade da influenza permaneceu elevada no geral, predominando a influenza A (H1N1) pdm09. Na Europa, a atividade da gripe continuou a aumentar, com ambos os vírus A circulando. No norte da África, as detecções de influenza A (H3N2) continuaram a ser relatadas no Egito. Na Ásia Ocidental, a atividade da gripe continuou a aumentar em alguns países e pareceu diminuir entre os países da Península Arábica. Na Ásia Oriental, a atividade da influenza continuou a aumentar, com o influenza A (H1N1) pdm09 sendo mais frequentemente detectado.

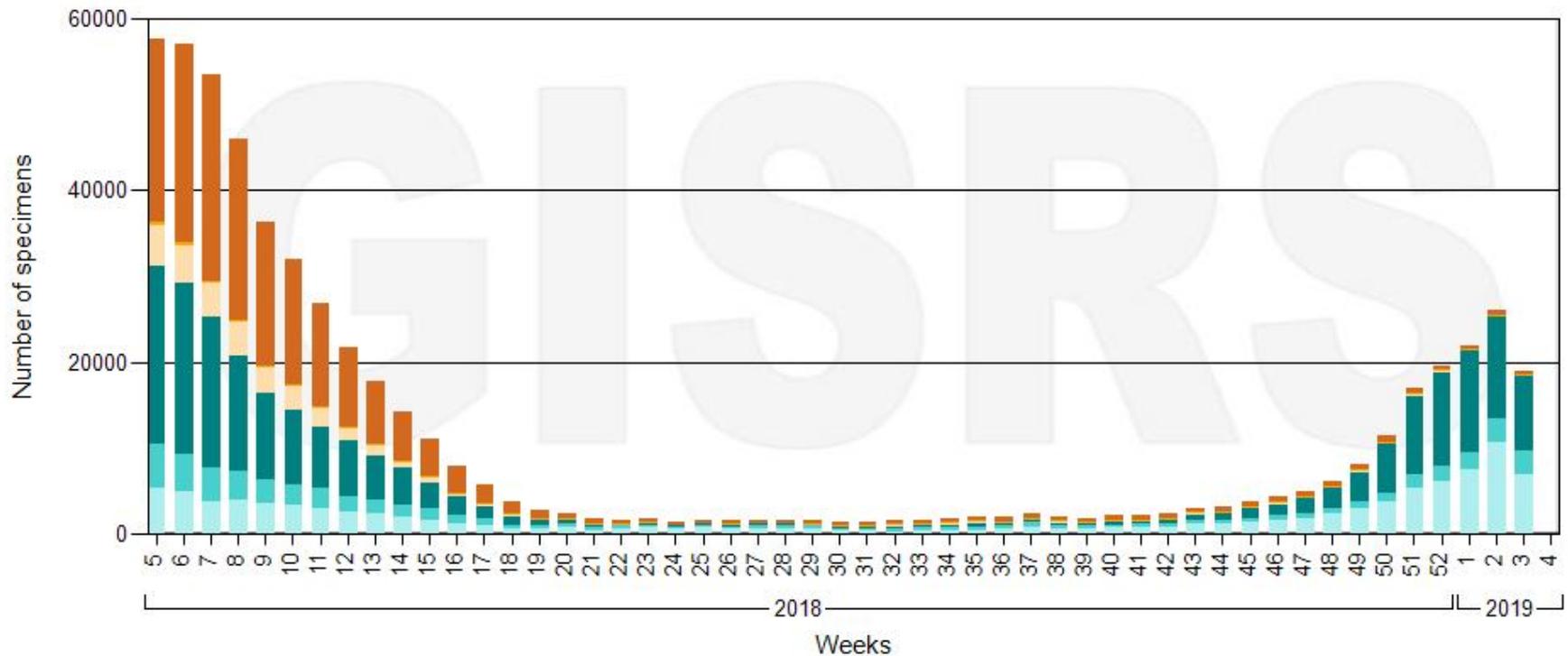
No sul da Ásia, as detecções de influenza permaneceram elevadas no geral. A atividade da influenza continuou a aumentar no Irã (República Islâmica do Irã), com o vírus influenza A (H3N2) predominando na circulação. Nas zonas temperadas do hemisfério sul, a atividade da gripe retornou aos níveis inter-sazonais, com exceção de algumas partes na Austrália. 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 104 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 24 de dezembro de 2018 a 06 de janeiro de 2019 (dados de 2019-01-18 04:01:21 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 191.778 espécimes durante esse período de tempo. 39.161 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 38.493 (98,3%) foram tipificados como influenza A e 668 (1,7%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 13.313 (79,4%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 3.446 (20,6%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 45 (38,1%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 73 (61,9%) à linhagem B-Victoria.



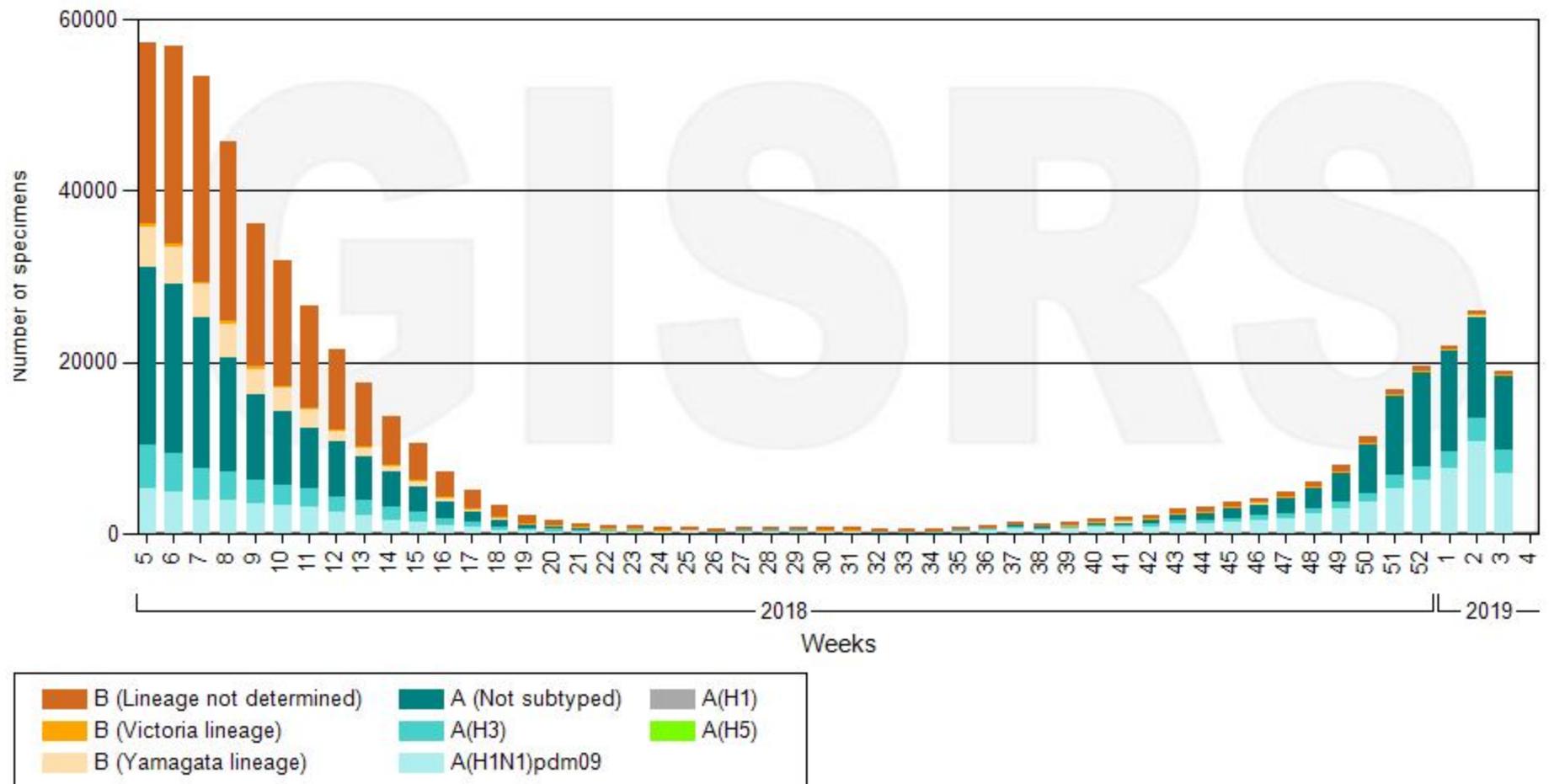
Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



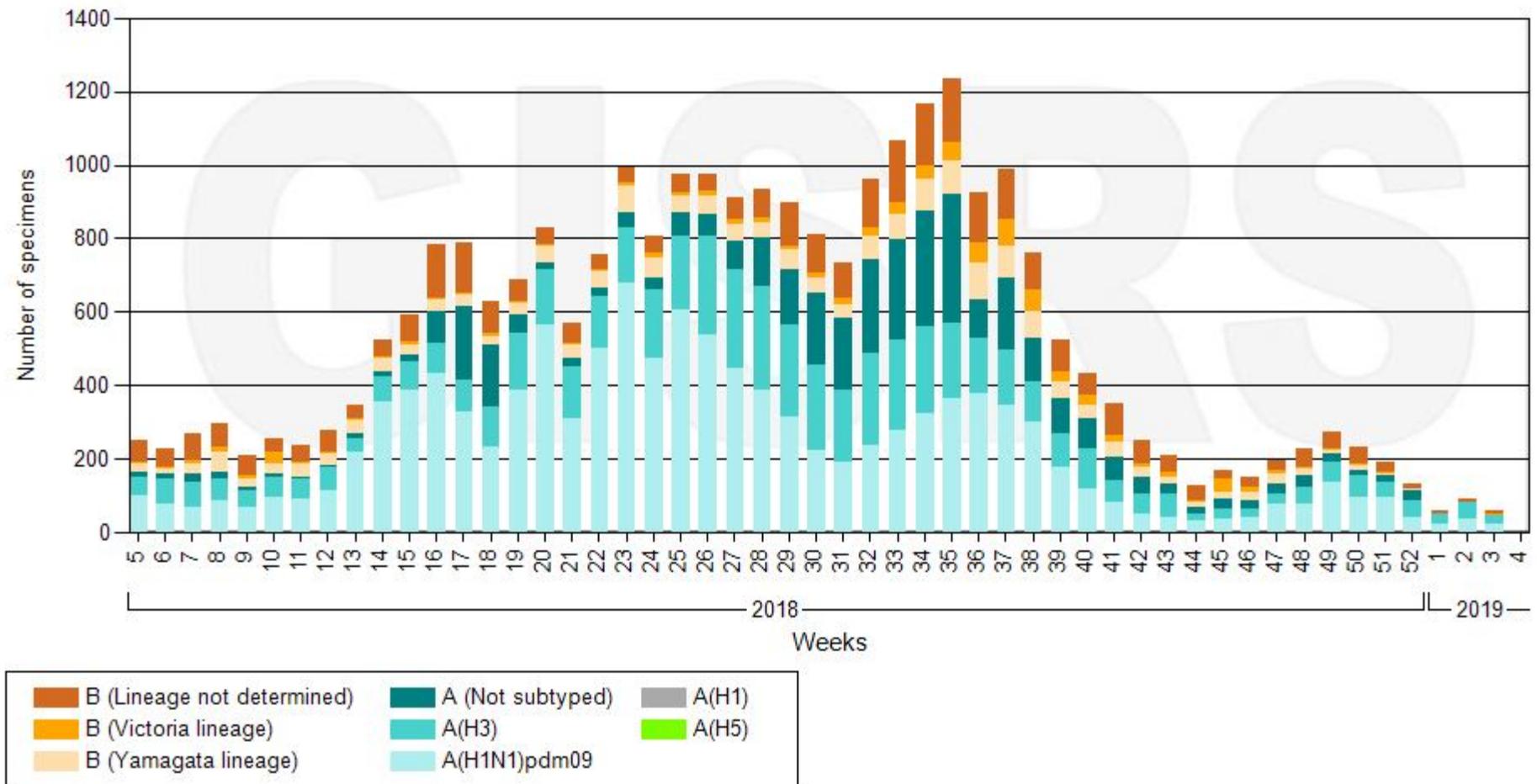
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 28/01/2019 18:00:59 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Southern hemisphere

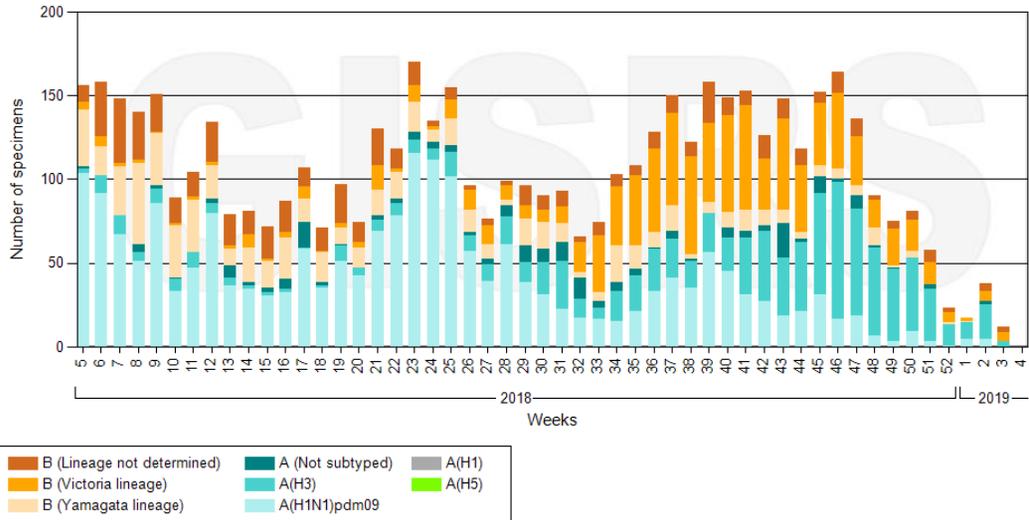
Number of specimens positive for influenza by subtype





African Region of WHO

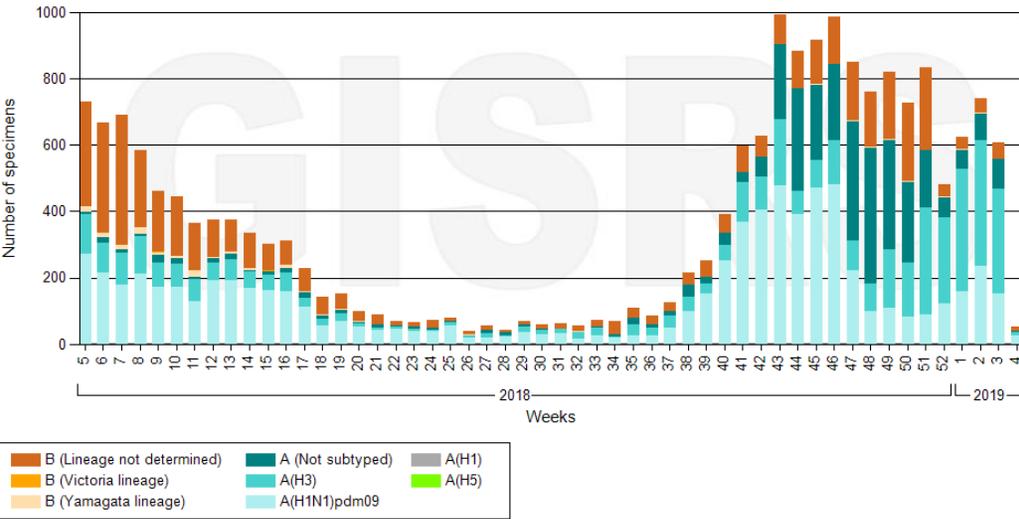
Number of specimens positive for influenza by subtype



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

Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

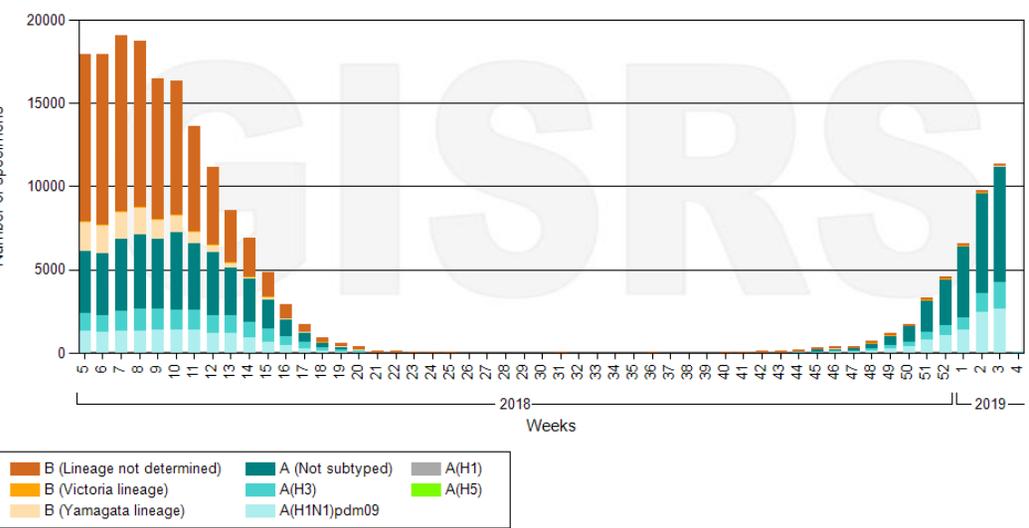


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS



European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

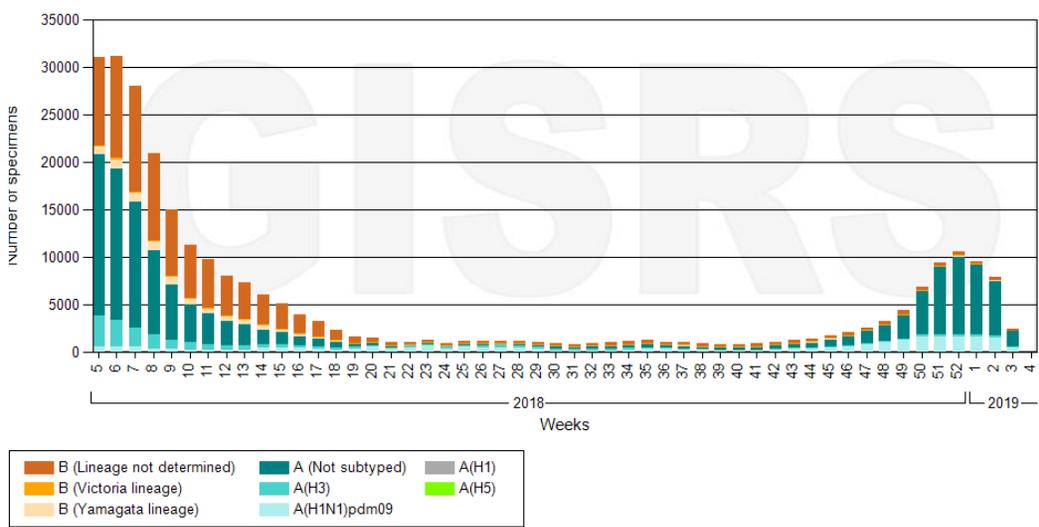


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2019

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

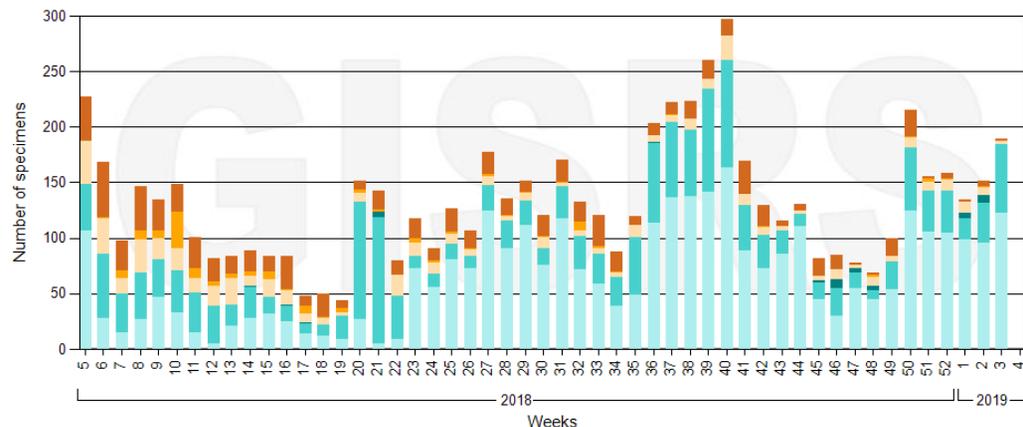


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2019

South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

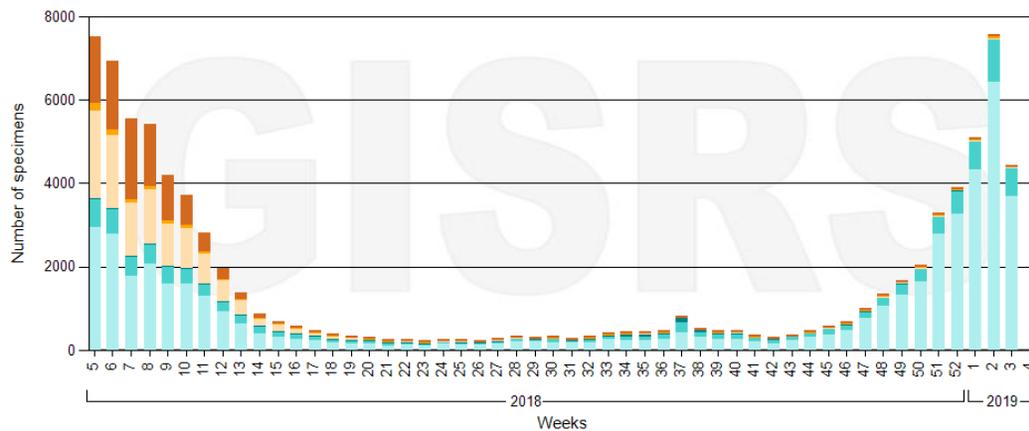


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2019

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), 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>