

INFORME EPIDEMIOLÓGICO

CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 21/2019
(19/05/2019 a 25/05/2019)

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 21/2019

(19/05/2019 a 25/05/2019)

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: 16/05/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Vigilância de casos humanos

No período de 01/07/2018 a 14/05/2019 foram notificados 429 casos, sendo 16 confirmados e 74 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 14 (87,5%) são do sexo masculino, com mediana de idade de 35 anos (mínimo 10; máximo 69) e 3 (18,7%) são trabalhadores rurais. Quanto ao local provável de Infecção 7 (43,7%) são nos municípios da 1ª Regional de Saúde (Antonina, Guaraqueçaba, Paranaguá e Morretes), 3 (18,7%) da 2ª Regional de Saúde (São José dos Pinhais e Adrianópolis), 4 (25,0%) importados (Itaóca e Barra do Turvo-SP), 1 (6,2%) permanece em investigação quanto ao município de residência e 1 (6,2%) 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 14/05/2019.

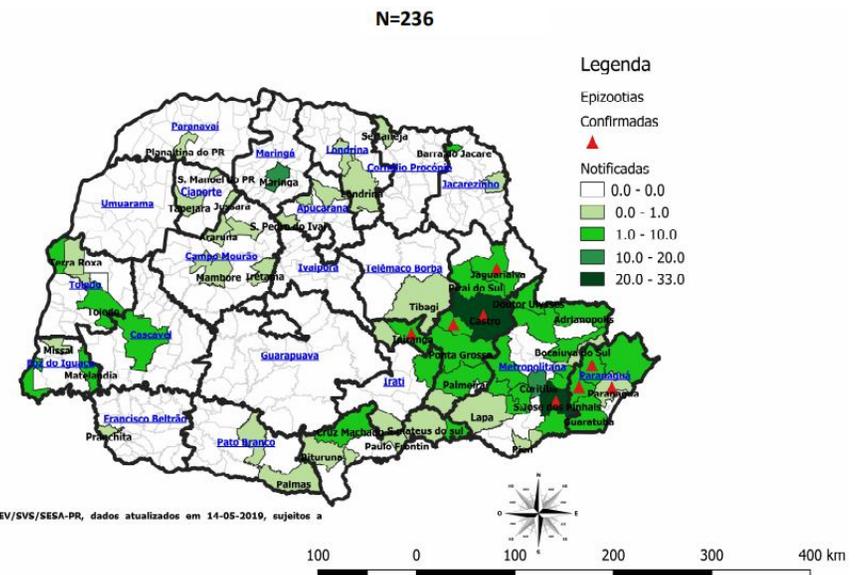
Classificação	Casos	óbitos
Confirmados	16	1
Em investigação	74	0
Descartados	339	0
Total	429	1

Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA-PR, 14/05/2019, dados preliminares sujeitos a alterações.

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

Neste período de monitoramento 2018/2019, ocorreram epizootias em primatas não humanos (PNH) em 73 municípios. Até o momento, 32 epizootias foram confirmadas, 75 estão em investigação e 73 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 04 municípios da 3ª Regional de Saúde (Castro, Jaguariaíva, Ipiranga e Carambeí).

Mapa 1: Epizootias notificadas e confirmadas em PNH, segundo local de ocorrência, Paraná, 01/07/2018 a 14/05/2019



FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/05/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Tabela 2. Distribuição dos casos de febre amarela notificados no período sazonal de 01/07/2018 a 14/05/2019, por município de residência, Paraná.

RS	Município de Residência	Notificados	Em Investigação	Confirmados		Descartados
				n	LPI (Local provável de infecção)	
1	Antonina	11	1	3	Guaraqueçaba Antonina	7
	Guaraqueçaba	3	0	0		3
	Guaratuba	3	0	0		3
	Matinhos	7	3	0		4
	Morretes	14	0	2	Morretes	12
	Paranaguá	96	7	1	Paranaguá	88
	Pontal do Paraná	4	2	0		2
	Em investigação*	1	0	1	Em investigação	0
	Adrianópolis	3	0	2	Adrianópolis	1
	Almirante Tamandaré	5	1	0		4
2	Balsa Nova	1	1	0		0
	Bocaiúva do Sul	2	1	0		1
	Campina Grande do Sul	12	4	1	Guaraqueçaba	7
	Campo Largo	5	1	0		4
	Campo Magro	3	0	0		3
	Cerro Azul	2	0	0		2
	Colombo	11	1	0		10
	Curitiba	78	5	4	Itaóca-SP São José dos Pinhais Barra do Turvo-SP Em investigação	69
	Fazenda Rio Grande	3	2	0		1
	Piên	3	0	0		3
	Pinhais	7	1	0		6
	Piraquara	7	1	1	Barra do Turvo-SP	5
	Quatro Barras	1	1	0		0
	Rio Branco do sul	1	1	0		0
	São José dos Pinhais	78	28	1	Barra do Turvo-SP	49
3	Carambei	2	2	0		0
	Castro	8	1	0		7
	Jaguaraíva	1	1	0		0
	Palmeira	5	0	0		5
	Ponta Grossa	7	1	0		6

RS	Município de Residência	Notificados	Em Investigação	Confirmados		Descartados
				n	LPI (Local provável de infecção)	
4	Irati	1	1	0		0
	Rebouças	1	0	0		1
6	Bituruna	1	1	0		0
7	Chopininho	2	0	0		2
8	Ampére	1	0	0		1
	Dois Vizinhos	1	0	0		1
	Francisco Beltrão	3	0	0		3
	Perola do Oeste	1	1	0		0
	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	0	0		5
	Iguatu	1	0	0		1
	Quedas do Iguaçu	2	0	0		2
	Vera Cruz do Oeste	1	0	0		1
12	Douradina	1	1	0		0
15	Maringá	3	1	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	2	1	0		1
20	Assis Chateaubriand	1	1	0		0
	Marechal Cândido Rondon	1	0	0		1
21	Telemaco Borba	1	0	0		1
Total		429	74	16		339

Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA-PR, dados atualizados em 14/05/19, sujeitos a revisão

*Caso sob tutela de segurança pública

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/05/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Tabela 3. Distribuição das epizootias notificadas, no período de monitoramento de 01/07/2018 a 14/05/2019, 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
	GUARAQUEÇABA			2		2
	GUARATUBA			2	1	3
	MORRETES	1	1	1		3
	PARANAGUÁ	1				1
	ADRIANÓPOLIS			2		2
	AGUDOS DO SUL				1	1
	ARAUCÁRIA			1	1	2
	BALSA NOVA		1		3	4
	BOCAIÚVA DO SUL			2		2
	CAMPINA GRANDE DO SUL			1		1
	CAMPO LARGO			4	3	7
	CERRO AZUL			3		3
2	CONTENDA			3		3
	CURITIBA		4	2	7	13
	DOUTOR ULYSSES			3		3
	LAPA		1			1
	PIEN		1			1
	PIRAQUARA		3			3
	QUATRO BARRAS			2		2
	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	12	4	1	16	33
	TIJUCAS DO SUL		1		1	2
	CARAMBEÍ	1			6	7
	CASTRO	12	2	9	8	31
IPIRANGA	1		1		2	
IVAÍ			1		1	
3	JAGUARIAÍVA	3		3	2	8
	PALMEIRA			2	2	4
	PIRAÍ DO SUL			5	1	6
	PONTA GROSSA			2	1	3
	SÃO JOÃO DO TRIUNFO			1		1
	SENGÉS			1		1
	FERNANDES PINHEIRO				2	2
4	MALLET				1	1
	TEIXEIRA SOARES		1		4	5
	ANTÔNIO OLINTO			3	1	4
6	BITURUNA		1			1
	CRUZ MACHADO			1	1	2
	PAULO FRONTIN		1			1
	PORTO VITÓRIA		1			1
	SÃO MATEUS DO SUL			1		1

RS	Município de ocorrência	01/07/2018 a 30/06/2019				Total
		Confirmadas	Descartadas	Indeterminadas*	Em investigação	
7	CHOPINZINHO			1		1
	MANGUEIRINHA		1			1
	PALMAS		1			1
8	PRANCHITA			1		1
9	FOZ DO IGUAÇU		3		2	5
	MATELÂNDIA		1	1		2
	MISSAL		1			1
10	CASCAVEL		2		3	5
	ARARUNA				1	1
11	BOA ESPERANÇA			1		1
	IRETAMA		1			1
	MAMBORÉ		1			1
	PEABIRU			1		1
13	JUSSARA		1			1
	SÃO MANOEL DO PARANÁ		1			1
	TAPEJARA		1			1
14	PLANALTIMA DO PARANÁ		1			1
15	MARINGÁ		10	2	2	14
16	APUCARANA		1			1
	JANDAIA DO SUL		1			1
	SÃO PEDRO DO IVAÍ		1			1
17	CAMBÉ			1		1
	LONDRINA		1			1
18	SERTANEJA				1	1
19	BARRA DO JACARÉ		2			2
	CARLÓPOLIS		1			1
20	GUAÍRA		1	1		2
	NOVA SANTA ROSA				1	1
	TERRA ROXA				1	1
	TOLEDO		1	2	2	5
21	TIBAGI			1		1
Total		32	56	73	75	236

Fonte: SINAN/CIEVS/SESA-PR, dados atualizados em 14/05/2019, sujeitos a alteração.

* Morte de macaco, sem coleta de amostras do animal objeto da notificação. **Segundo o Guia de Vigilância de Epizootias em Primatas Não Humanos e Entomologia Aplicada à Vigilância da Febre Amarela (Ministério da Saúde, 2017), a epizootia deve agregar a informação sobre os animais afetados naquela localidade. A partir de agora, para melhor acompanhamento do deslocamento do vírus, as epizootias serão desagregadas e os PNH mortos notificados individualmente. Por esse motivo alguns municípios tiveram as epizootias aumentadas consideravelmente.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/05/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Imunização

RS	Cobertura FA (<1 ANO) Cobertura (%)
1	61,75
2	72,89
3	92,43
4	105,32
5	85,14
6	91,73
7	92,31
8	95,48
9	92,88
10	99,27
11	99,6
12	100
13	104,87
14	104,06
15	85,28
16	94,79
17	89,79
18	92,73
19	105,65
20	88,79
21	84,71
22	100,27
TOTAL	86,10

Fonte: SIPNI, 14/05/2019, dados preliminares

Tabela 4. Percentual de cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano, março, 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 março/2019 a cobertura vacinal em menores de um ano foi de 86,10%. Entre o período de 01 de janeiro a 13 de maio de 2019 foram aplicadas 736.697 doses da vacina contra febre amarela na população de 09 meses a 60 anos, sendo que, o quantitativo maior da população a ser vacinada encontra-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	47.857
1 ANO	11.347
2 ANOS	8.363
3 ANOS	8.705
4 ANOS	8.597
>=5 a 9 ANOS	41.953
>=10 a 14 ANOS	30.452
>=15 a 59 ANOS	541.225
>=60A	37.974
TOTAL	736.697

Fonte: SIPNI, 14/05/2019, dados preliminares

Tabela 5. Relatório consolidado de doses aplicadas, por faixa etária, Paraná, 01/01/2019 a 30/04/2019*

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2019

Origem da informação: Centro de Epidemiologia / Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Tabela 1 – Casos e óbitos de SRAG segundo classificação final, residentes no Paraná, 2019.

Classificação Final	Casos		Óbitos	
	n	%	n	%
SRAG por Influenza	133	8,2	37	19,3
Influenza A(H1N1)pdm09	113	85,0	32	86,5
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	9	6,8	4	10,8
Influenza A não subtipado	0	0,0	0	0,0
Influenza B - Linhagem Victória	11	8,3	1	2,7
Influenza B - Linhagem Yamagata	0	0,0	0	0,0
SRAG não especificada	709	43,7	126	65,6
SRAG por outros vírus respiratórios	464	28,6	25	13,0
SRAG por outros agentes etiológicos	2	0,1	1	0,5
Em investigação	314	19,4	3	1,6
TOTAL	1.622	100	192	100

Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 28/05/2019, dados sujeitos a alterações.

Gráfico 1 - Casos de SRAG, segundo agente etiológico, residentes no Paraná, 2019.



Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 28/05/2019, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

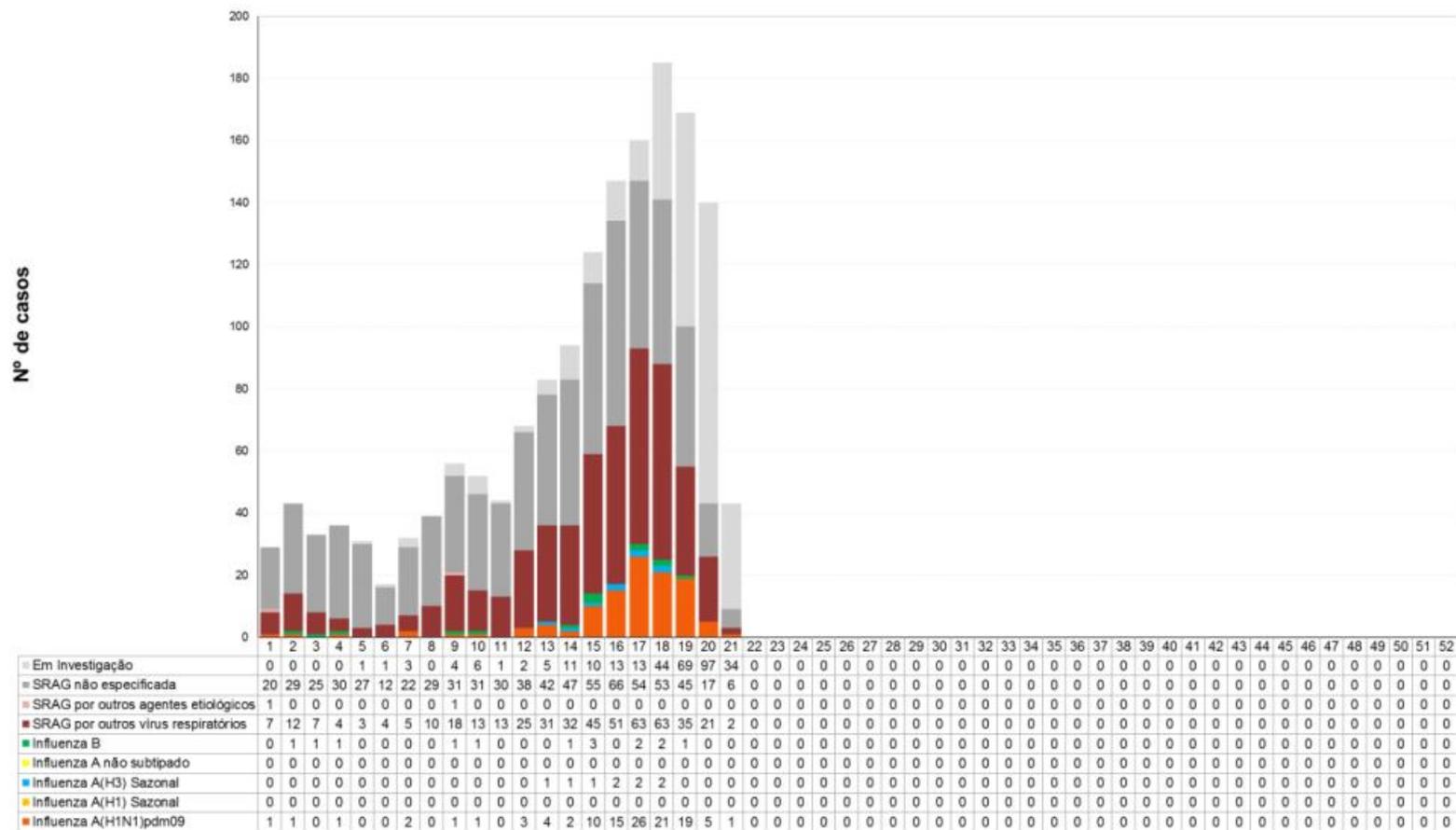
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2019

Origem da informação: Centro de Epidemiologia / Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Gráfico 2 - Distribuição dos casos de SRAG, segundo agente etiológico e SE do início dos sintomas, residentes no Paraná, 2019.



Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 28/05/2019, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2019

Origem da informação: Centro de Epidemiologia / Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Tabela 2 – Casos de SRAG por Influenza por município e subtipo viral, residentes no Paraná, 2019.

Município de Residência	Influenza A (H1N1) pdm09		Influenza A (H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B Victoria		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
1. Reg. Saúde Paranaguá	8	3	1	0	0	0	0	0	9	3
Morretes	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Paranaguá	7	2	0	0	0	0	0	0	7	2
Pontal do Paraná	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
2. Reg. Saúde Metropolitana	40	7	2	1	0	0	7	1	49	9
Almirante Tamandaré	2	1	0	0	0	0	1	0	3	1
Campo Largo	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Colombo	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Curitiba	29	4	2	1	0	0	4	1	35	6
Pinhais	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Piraquara	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0
São José dos Pinhais	4	1	0	0	0	0	1	0	5	1
3. Reg. Saúde Ponta Grossa	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Ponta Grossa	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
4. Reg. Saúde Irati	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Inácio Martins	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
5. Reg. Saúde Guarapuava	3	0	1	0	0	0	0	0	4	0
Guarapuava	3	0	1	0	0	0	0	0	4	0
6. Reg. Saúde União da Vitória	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
São Mateus do Sul	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
União da Vitória	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7. Reg. Saúde Pato Branco	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Pato Branco	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	13	5	2	1	0	0	0	0	15	6
Foz do Iguaçu	12	4	2	1	0	0	0	0	14	5
Santa Terezinha de Itaipu	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
10. Reg. Saúde Cascavel	16	4	1	1	0	0	0	0	17	5
Cascavel	14	2	1	1	0	0	0	0	15	3
Diamante do Sul	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Vera Cruz do Oeste	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1

Município de Residência	Influenza A (H1N1) pdm09		Influenza A (H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B Victoria		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
11. Reg. Saúde Campo Mourão	5	3	0	0	0	0	1	0	6	3
Campina da Lagoa	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Campo Mourão	2	0	0	0	0	0	1	0	3	0
Juranda	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Moreira Sales	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
12. Reg. Saúde Umuarama	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Mariluz	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
13. Reg. Saúde Cianorte	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Jussara	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
14. Reg. Saúde Paranavaí	8	4	0	0	0	0	0	0	8	4
Paranavaí	8	4	0	0	0	0	0	0	8	4
15. Reg. Saúde Maringá	2	0	1	1	0	0	2	0	5	1
Flórida	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Maringá	1	0	1	1	0	0	1	0	3	1
Sarandi	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
16. Reg. Saúde Apucarana	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Rio Bom	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
17. Reg. Saúde Londrina	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Cambé	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
20. Reg. Saúde Toledo	8	2	1	0	0	0	0	0	9	2
Marechal Cândido Rondon	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Toledo	6	1	1	0	0	0	0	0	7	1
Tupãssi	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	113	32	9	4	0	0	11	1	133	37

Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 28/05/2019, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

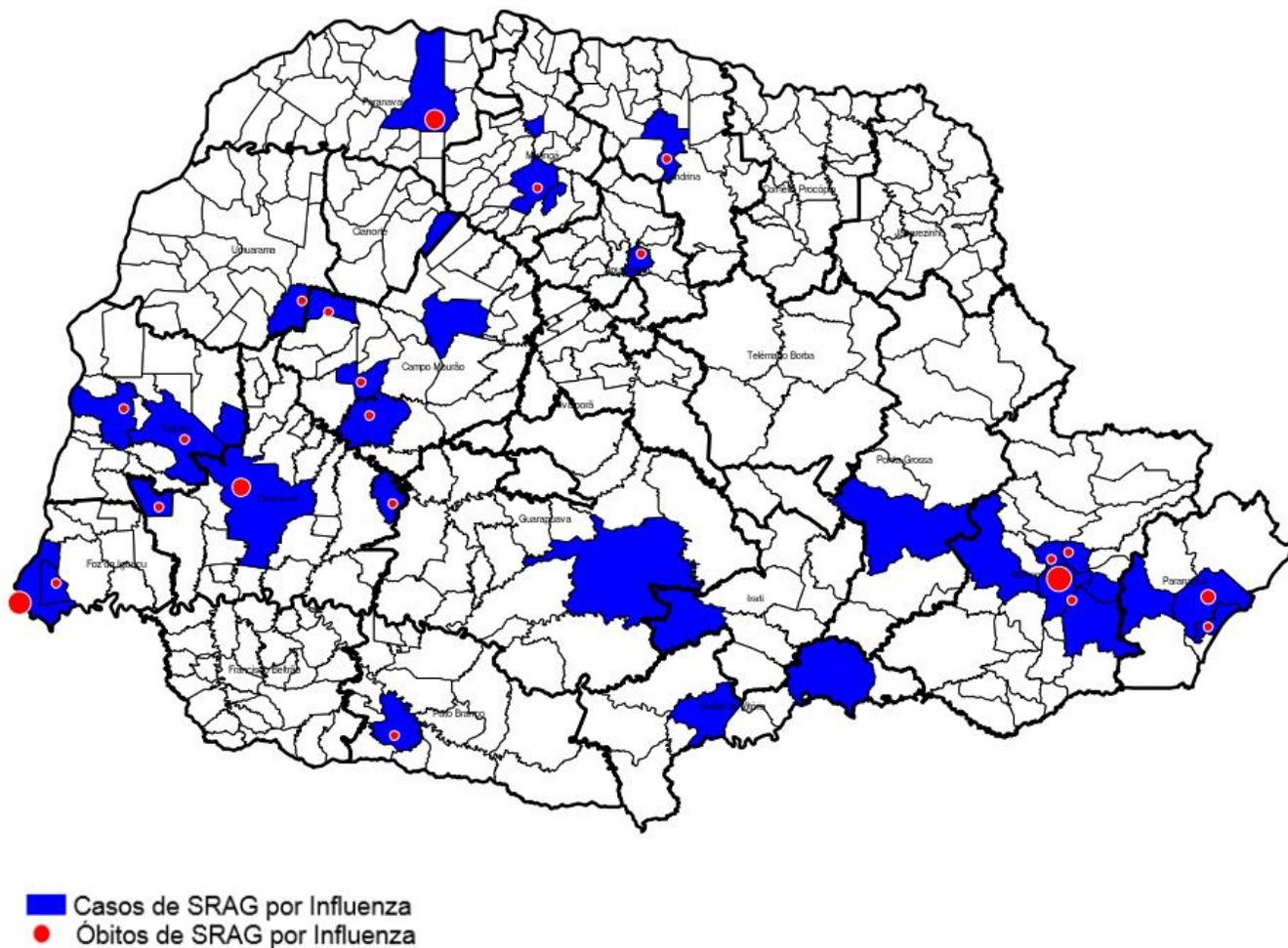
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2019

Origem da informação: Centro de Epidemiologia / Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Mapa 1- Casos e óbitos de SRAG por Influenza segundo municípios e Regionais de Saúde, Paraná, 2019.



Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 28/05/2019, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2019

Origem da informação: Centro de Epidemiologia / Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Tabela 3 – Casos de SRAG por Influenza segundo faixa etária e subtipo viral, residentes no Paraná, 2019.

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 6 anos	17	15,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0	4	36,4	22	16,5
6 a 9 anos	11	9,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	18,2	13	9,8
10 a 19 anos	5	4,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	6	4,5
20 a 29 anos	6	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	7	5,3
30 a 39 anos	6	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	7	5,3
40 a 49 anos	17	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	18	13,5
50 a 59 anos	18	15,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	19	14,3
≥ 60 anos	33	29,2	0	0,0	8	88,9	0	0,0	0	0,0	41	30,8
TOTAL	113	100	0	0	9	100	0	0	11	100	133	100

Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 28/05/2019, dados sujeitos a alterações.

Tabela 4 – Óbitos de SRAG por Influenza segundo faixa etária e subtipo viral, residentes no Paraná, 2019.

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
< 6 anos	2	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,4
6 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 19 anos	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	2	5,4
20 a 29 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
30 a 39 anos	3	9,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,1
40 a 49 anos	6	18,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	16,2
50 a 59 anos	8	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	21,6
≥ 60 anos	12	37,5	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	16	43,2
TOTAL	32	100	0	0,0	4	100	0	0,0	1	100	37	100

Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 28/05/2019, dados sujeitos a alterações.

Tabela 5 - Óbitos de SRAG por Influenza segundo fator de risco, residentes no Paraná, 2019.

Óbitos por Influenza (N=37)	n	%	Vacinação	% vacinados
Maior de 60 anos	16	43,2	6	37,5
Doença Cardiovascular Crônica	14	37,8	5	35,7
Diabetes mellitus	7	18,9	3	42,9
Outra Pneumopatia Crônica	6	16,2	1	16,7
Doença Neurológica Crônica	4	10,8	0	0,0
Doença Renal Crônica	3	8,1	1	33,3
Obesidade	3	8,1	0	0,0
Asma	2	5,4	0	0,0
Imunodeficiência/imunodepressão	2	5,4	0	0,0
Menores de 6 anos	2	5,4	1	50,0
Gestante	1	2,7	0	0,0
Doença Hematológica Crônica	0	0,0	0	0,0
Doença Hepática Crônica	0	0,0	0	0,0
Outros riscos	0	0,0	0	0,0
Puerpera (até 45 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	24	64,9		
Vacinados	8	21,6		

Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 28/05/2019, dados sujeitos a alterações.

Tabela 6 - Casos e óbitos de SRAG segundo subtipo viral, residentes no Paraná, 2013 a 2019

Classificação Final	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Influenza A(H1N1)pdm09	384	47	48	8	37	4	1.087	218	1	0	237	46	113	32
Influenza A(H1) Sazonal*	6*	0	0	0	4*	1*	1*	1*	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	114	6	165	8	124	11	4	1	210	36	381	63	9	4
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	12	3	0	0
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	132	18	38	1	11	1
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1.223	240	343	54	668	113	133	37

*Obs: Resultados provenientes de laboratórios particulares, prováveis Influenza A (H1N1) pdm09.

Fonte: SINAN Influenza Web. Sivep-Gripe. Atualizado em 28/05/2019, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

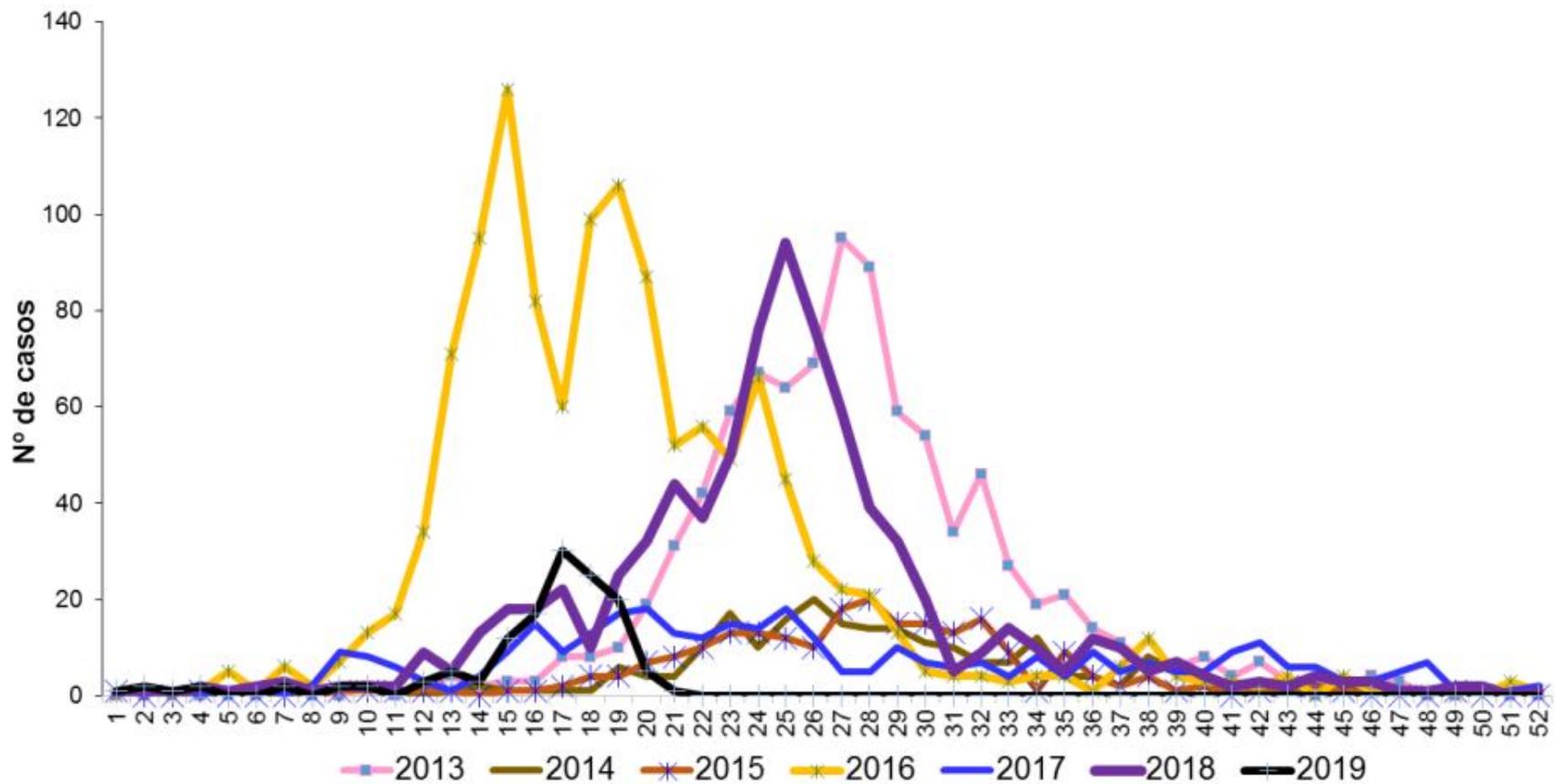
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2019

Origem da informação: Centro de Epidemiologia / Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Gráfico 3 – Casos de SRAG por Influenza segundo a semana de início dos sintomas, residentes no Paraná, 2013 a 2019.



Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 28/05/2019, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2019

Origem da informação: Centro de Epidemiologia / Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Medidas Preventivas para Influenza

A vacinação anual contra Influenza é a principal medida utilizada para se prevenir a doença, porque pode ser administrada antes da exposição ao vírus e é capaz de promover imunidade durante o período de circulação sazonal do vírus Influenza reduzindo o agravamento da doença.

É recomendada vacinação anual contra Influenza para os grupos-alvos definidos pelo Ministério da Saúde, mesmo que já tenham recebido a vacina na temporada anterior, pois se observa queda progressiva na quantidade de anticorpos protetores.

Outras medidas são:

Frequente higienização das mãos, principalmente antes de consumir algum alimento. No caso de não haver disponibilidade de água e sabão, usar álcool gel a 70°;

Cobrir nariz e boca com dobra do braço quando espirrar ou tossir;

Evitar tocar as mucosas de olhos, nariz e boca;

Higienizar as mãos após tossir ou espirrar;

Não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, pratos, copos ou garrafas;

Manter os ambientes bem ventilados;

Evitar contato próximo a pessoas que apresentem sinais ou sintomas de Influenza;

Evitar aglomerações e ambientes fechados (procurar manter os ambientes ventilados);

Adotar hábitos saudáveis, como alimentação balanceada e ingestão de líquidos;

Orientar o afastamento temporário (trabalho, escola etc.) até 24 horas após cessar a febre;

Buscar **atendimento médico** em caso de sinais e sintomas compatíveis com a doença, tais como: aparecimento súbito de: calafrios, mal-estar, cefaleia, mialgia, dor de garganta, artralgia, prostração, rinorreia e tosse seca. Podem ainda estar presentes: diarreia, vômito, fadiga, rouquidão e hiperemia conjuntival.

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2019

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

COMENTÁRIOS:

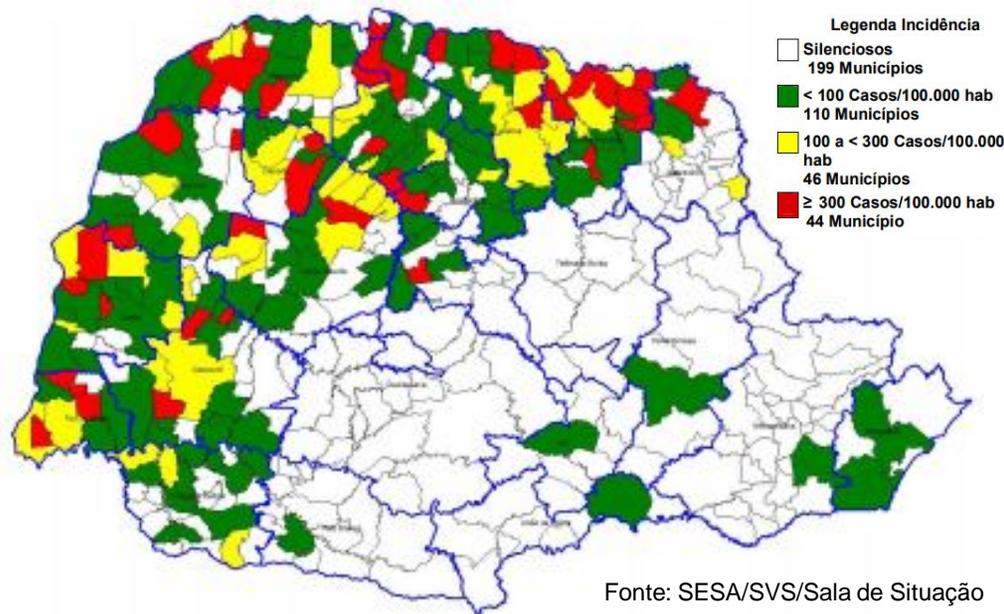
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2018 (primeira semana de agosto) a 21/2019.

Foram notificados no referido período 60.393 casos suspeitos de dengue, dos quais 24.990 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 86,49 casos por 100.000 hab. (9.655/11.163.018 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 (10.416), Foz do Iguaçu (5.948) e Maringá (3.268). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Londrina (1.038), Foz do Iguaçu (802) e Cascavel (597)

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2018 a 21/2019.



DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 21/2019*	PERÍODO 2018/2019
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	331
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	230
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	22
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	200
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (01 ^a , 02 ^a , 03 ^a , 04 ^a , 06 ^o , 07 ^a , 08 ^a , 09 ^a , 10 ^a , 11 ^a , 12 ^a , 13 ^a , 14 ^a , 15 ^a , 16 ^a , 17 ^a , 18 ^a , 19 ^a , 20 ^a e 22 ^a)	20
TOTAL DE CASOS	9.976
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	9.655
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	321
TOTAL DE NOTIFICADOS	60.393

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 21/2019.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	8.850 (88,7%)	1.126 (11,3%)	9.976
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	240	-	240
Dengue Grave (D G)	27	-	27
Descartados	-	-	24.990
Em andamento/investigação	-	-	25.160
Total	9.117 (15,1%)	1.126 (1,86%)	60.393

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

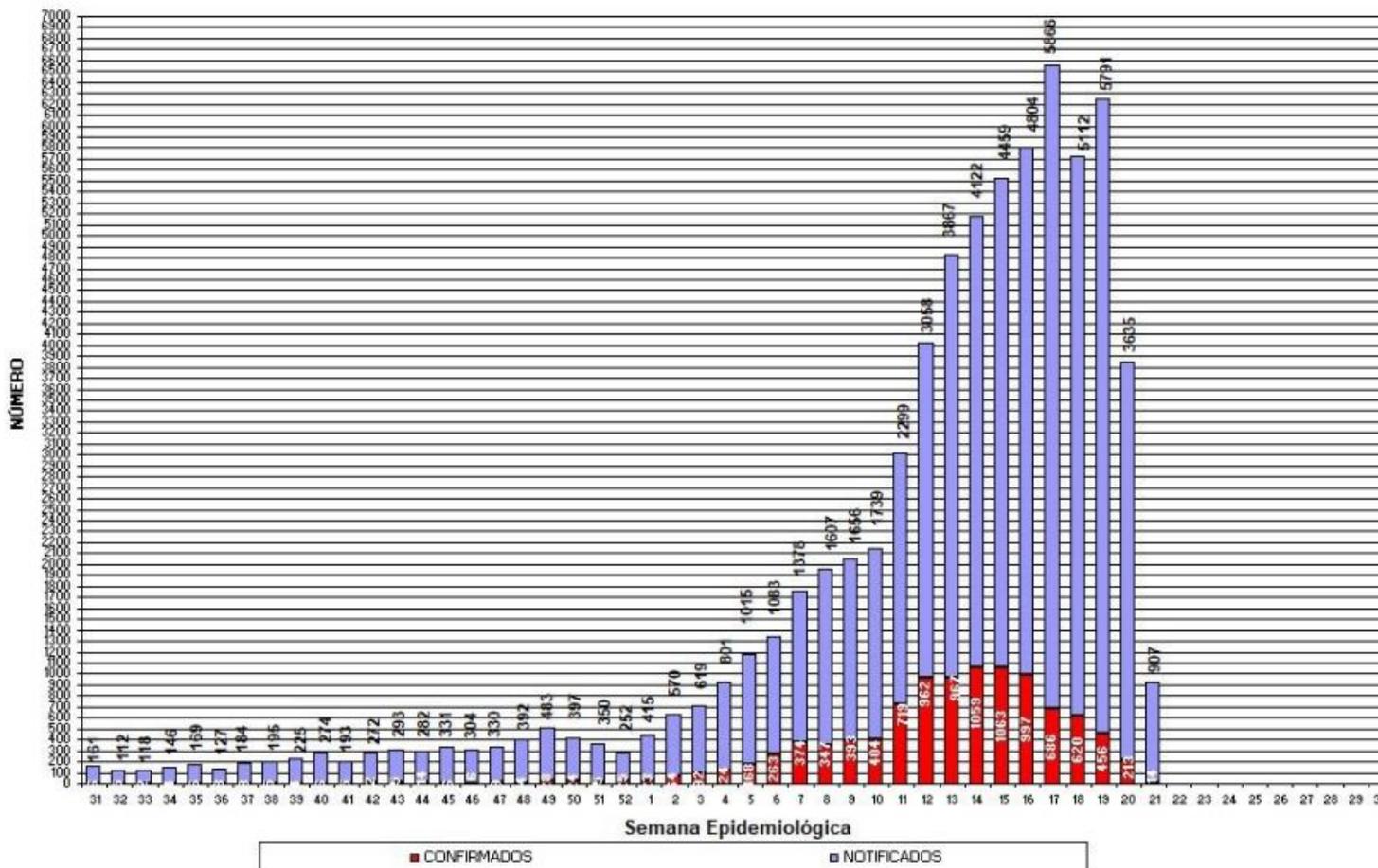
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2019

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

Distribuição dos casos notificados e confirmados (autóctones e importados) de Dengue no Paraná.

Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2018 a 21/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2019

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

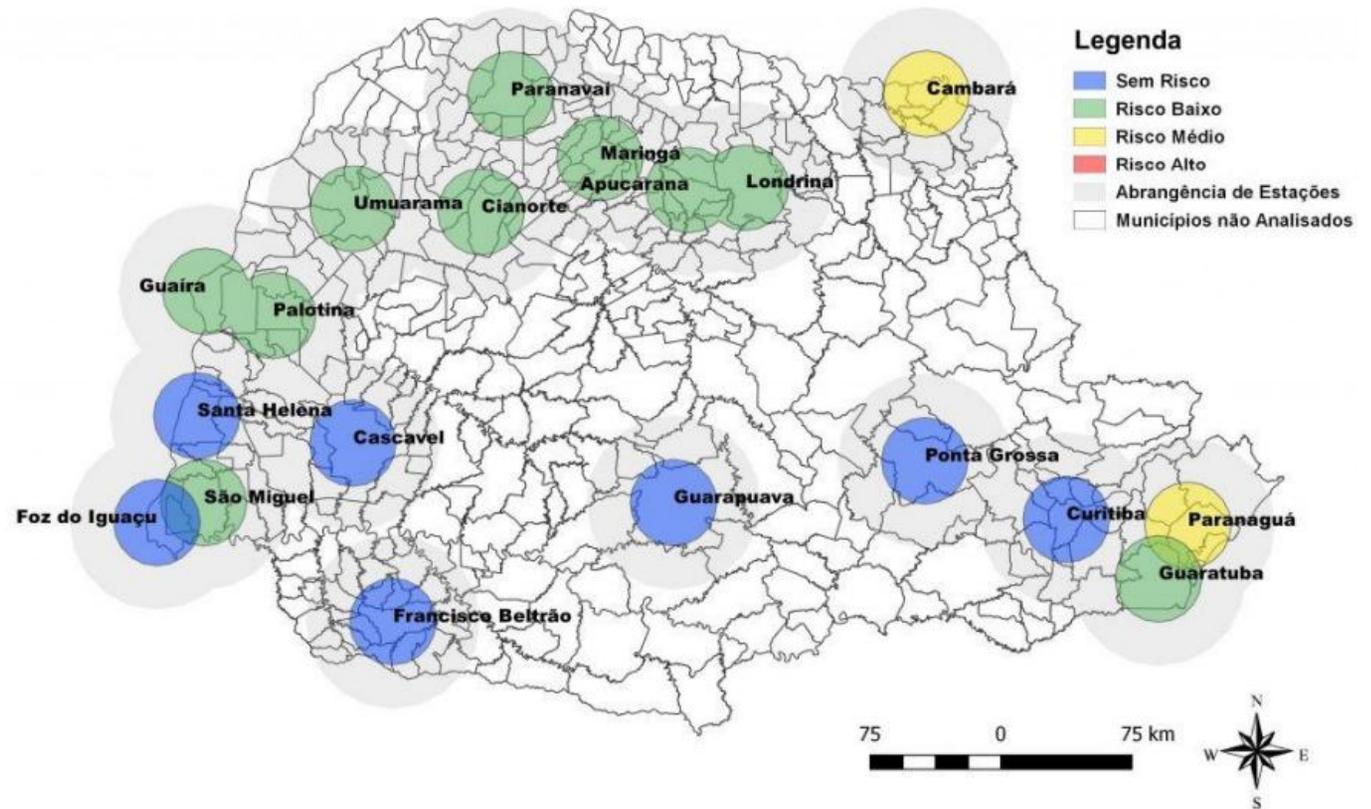
Risco climático para desenvolvimento de criadouros por Estações Meteorológicas. Paraná, 2019.

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (12/05/2019 - 18/05/2019)

Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 20/2019 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti* :

- 07 (sete) sem risco;
- 10 (dez) com risco baixo;
- 02 (duas) com risco médio; e
- 00 (zero) com risco alto.

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



DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2019

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 21/2019*

REGIONAL DE SAÚDE	POPU- LAÇÃO	CASOS			NOTIFI- CADOS	DSA	DG	ÓBI- TOS	INCI- DÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	30	0	30	1.205	0	0	0	10,47
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	1	50	51	1.287	2	0	0	0,03
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	3	10	13	115	0	0	0	0,49
4ª RS - Irati	171.453	1	2	3	58	0	0	0	0,58
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	1	1	58	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	2	1	3	57	0	0	0	1,14
7ª RS - Pato Branco	264.185	1	3	4	173	0	0	0	0,38
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	115	9	124	834	2	0	0	32,33
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	1.230	95	1.325	7.876	56	5	1	303,03
10ª RS - Cascavel	540.131	757	11	768	3.814	35	3	3	140,15
11ª RS - Campo Mourão	340.320	446	10	456	2.424	4	0	0	131,05
12ª RS - Umuarama	277.040	336	4	340	2.055	20	1	0	121,28
13ª RS - Cianorte	154.374	900	3	903	2.040	1	0	0	583,00
14ª RS - Paranavaí	274.257	837	11	848	4.352	12	1	3	305,19
15ª RS - Maringá	799.890	837	6	843	6.643	5	3	2	104,64
16ª RS - Apucarana	372.823	153	19	172	1.058	0	0	0	41,04
17ª RS - Londrina	935.904	1.840	6	1.846	18.746	74	14	7	196,60
18ª RS - Cornélio Procopio	230.231	1.089	13	1.102	3.341	2	0	0	473,00
19ª RS - Jacarezinho	290.216	265	6	271	1.474	20	0	0	91,31
20ª RS - Toledo	385.916	738	44	782	2.512	6	0	0	191,23
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	1	1	10	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	74	16	90	261	1	0	0	53,57
TOTAL PARANÁ	11.163.018	9.655	321	9.976	60.393	240	27	16	86,49

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

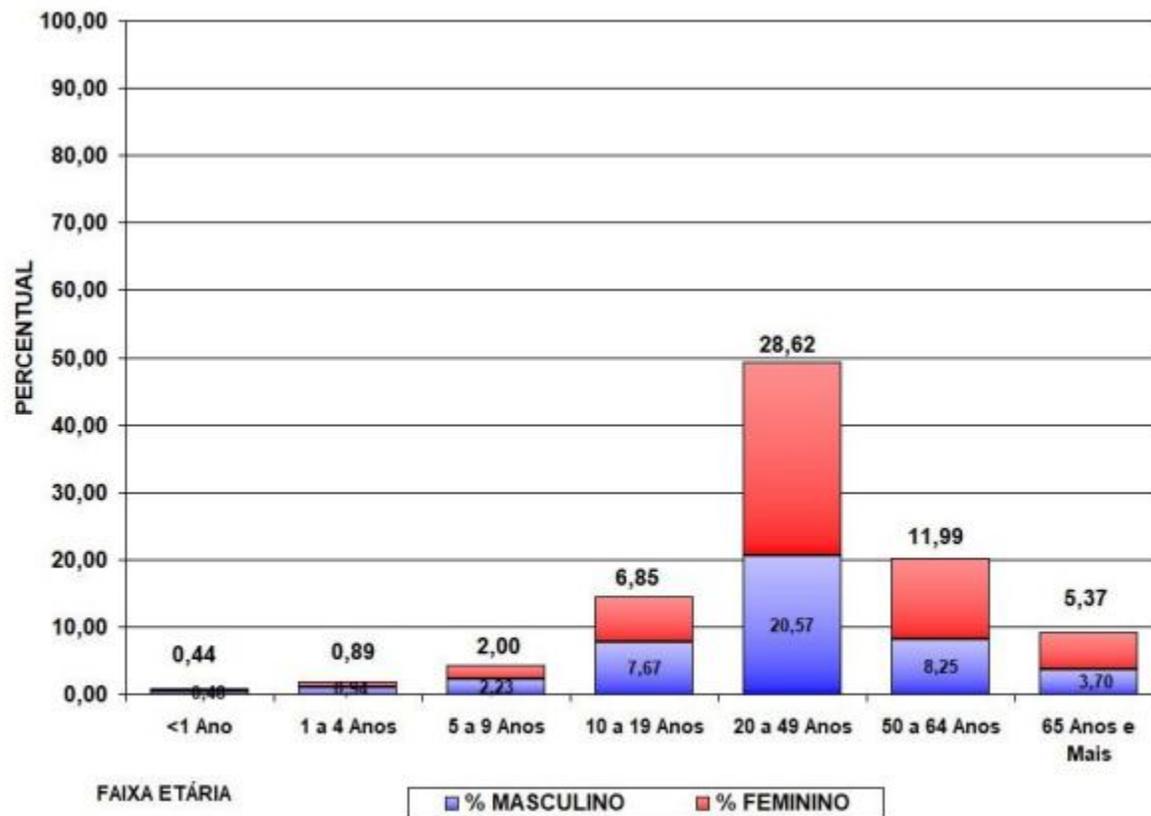
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2019

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 49,19% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 50 a 64 anos (20,24%) e 14,52% 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 21/2019, Paraná – 2018/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2019

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

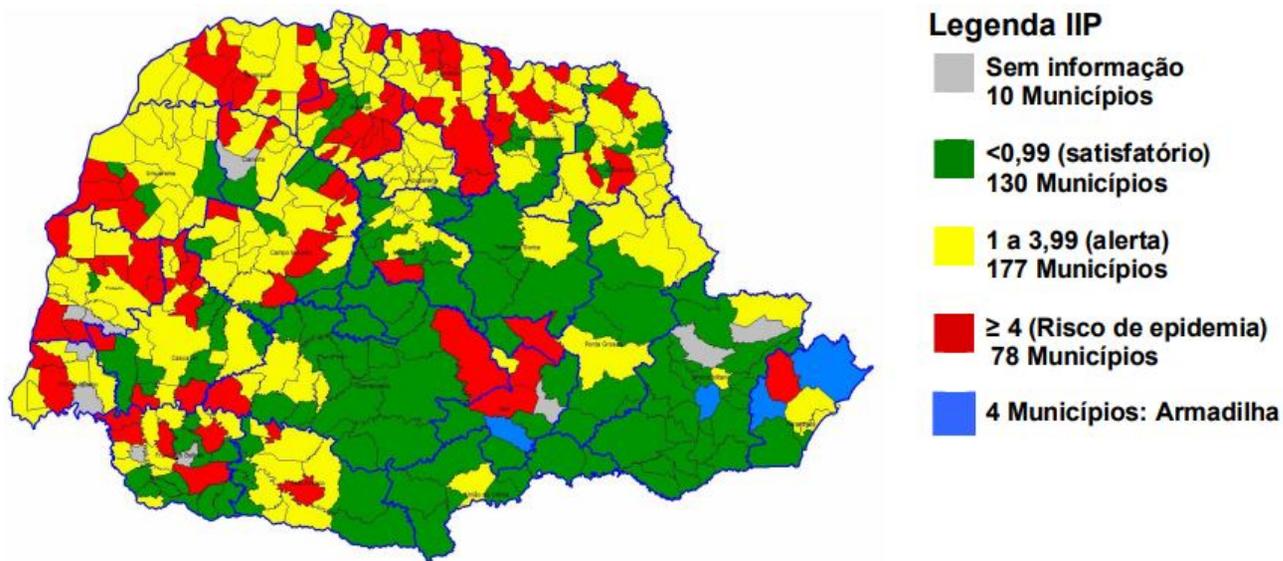
LEVANTAMENTO ENTOMOLÓGICO

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. 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.

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: 28/05/2019

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 21/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOCT	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOCT	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	Campo Magro	27.517	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	5	5	36	-	0	0	0	8	-
2	Fazenda Rio Grande	92.204	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
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	1	1	58	-	1	0	1	31	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	Irati	59.708	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
4	Teixeira Soares	11.495	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
5	Laranjeiras do Sul	32.133	0	0	0	0	-	0	0	0	2	-
5	Pinhão	31.978	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
5	Pitanga	32.419	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	Capanema	19.275	0	1	1	2	-	0	0	0	0	-
8	Dois Vizinhos	39.138	0	0	0	1	-	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	Realeza	17.023	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
8	Salto do Lontra	14.539	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Verê	7.799	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Foz do Iguaçu	263.782	1	4	5	67	0,38	1	0	1	35	0,38
9	Itaipulândia	10.236	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Medianeira	44.885	0	1	1	6	-	0	0	0	4	-
9	Missal	10.847	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Santa Terezinha de Itaipu	22.570	0	0	0	3	-	1	0	1	3	4,43
9	São Miguel do Iguaçu	27.197	0	0	0	1	-	0	0	0	2	-
9	Serranópolis do Iguaçu	4.652	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
10	Braganey	5.742	0	0	0	2	-	0	0	0	2	-
10	Cafelândia	16.611	0	0	0	19	-	0	0	0	3	-
10	Campo Bonito	4.259	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
10	Cascavel	312.778	0	0	0	112	-	0	0	0	114	-
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	Iguatu	2.302	0	0	0	2	-	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	-

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2019

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 21/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
11	Campo Mourão	92.930	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
11	Goioerê	29.702	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
11	Iretama	10.689	0	0	0	1	-	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	2	-	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	-
14	Alto Paraná	14.518	0	0	0	17	-	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	Mandaguacu	21.672	0	0	0	1	-	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	1	0	1	17	0,25	0	0	0	4	-
15	Nossa Sra das Graças	4.064	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
15	Nova Esperança	27.886	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
15	Paçandu	39.291	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
15	Paranacity	11.069	1	0	1	3	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	2	-	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	-
16	Cambira	7.708	1	0	1	0	12,97	0	0	0	0	-
16	Jandaia do Sul	21.203	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	10	-	0	1	1	13	-
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 Iguacu	6.388	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Toledo	132.077	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
20	Tupãssi	8.261	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
	TOTAL	11.163.018	4	12	16	539	0,04	3	2	5	277	0,03

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA

NOTA: Dados considerados até 27 de Maio 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 21/2019

(19/05/2019 a 25/05/2019)

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: 23/05/2019

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

COMENTÁRIOS:

* A Anvisa alerta que a substância **bórax**, também conhecida como **borato de sódio**, vem sendo utilizada e vendida de forma inadequada como ativador de **slime**, uma espécie de geleca caseira. Tal uso não é regulamentado pela Agência e pode ser prejudicial para a saúde, especialmente de crianças.

O bórax é um produto químico autorizado para diversas finalidades, como em fertilizantes, produtos de limpeza e até mesmo em medicamentos. Entretanto, se inalado ou ingerido, pode causar intoxicação. O uso inadequado do bórax pode provocar náuseas, vômitos, cólicas abdominais, diarreia com coloração azul/esverdeada, cianose (pele, unhas e lábios azulados ou acinzentados) e queda de pressão, perda da consciência e choque cardiovascular.

Em 2002, a Anvisa proibiu um brinquedo chamado "Meleca Louca" por causa da presença do bórax. Por isso, seu uso deve ser restrito para as finalidades autorizadas e nas doses recomendadas pelas autoridades competentes. Por se tratar de um produto químico, não deve ser manipulado por crianças.

Orientações em caso de intoxicação

Não provoque vômito.

Não ingira água, leite ou qualquer outro líquido.

Ligue para o Centro de Informações Toxicológicas (CIT) local.

Se recomendado pelo atendente do centro, busque atendimento médico com urgência.

* A Anvisa publicou, nesta quarta-feira (22/5), a RDC nº 285/2019, que proíbe o uso de **aditivos alimentares contendo alumínio**. O tema, que teve relatoria do diretor Renato Porto, foi apresentado durante a 12ª Reunião da Diretoria Colegiada (Dicol), que foi unânime na aprovação da proposta.

A medida foi elaborada pela Gerência Geral de Alimentos (GGALI), que considerou recomendações internacionais sobre os riscos do uso de aditivos alimentares contendo alumínio, do Comitê Conjunto de Especialistas da

FAO/OMS sobre Aditivos Alimentares. De acordo com alertas do órgão internacional responsável pela avaliação toxicológica de aditivos alimentares e contaminantes em alimentos, o alumínio pode se acumular no corpo humano e causar danos aos sistemas reprodutivo e nervoso.

Por isso, ao expor o assunto, o diretor-relator Renato Porto afirmou que "o objetivo da intervenção regulatória é reduzir os riscos à saúde decorrentes do consumo de alimentos adicionados de aditivos alimentares contendo alumínio".

A resolução estabelece prazo de 12 meses para que as empresas se adequem às regras.

Consumo dentro de limites aceitáveis

O alumínio é uma substância que ocorre naturalmente no ambiente e sua presença nos alimentos pode ser decorrente dessa ocorrência natural, pela migração de materiais em contato com o alimento e pela adição de aditivos alimentares na formulação dos produtos. No entanto, os malefícios à saúde causados pelo alumínio estão associados com consumo superior à Ingestão Semanal Tolerável Provisória (ISTP), de 2 mg/kg de peso corporal.

Para restringir o consumo de alumínio ao estritamente necessário, foram revogadas as autorizações para uso de cinco aditivos alimentares contendo alumínio que tinham seu uso harmonizado no Mercosul para 14 categorias de alimentos, além de outras nove categorias no Brasil.

Alguns exemplos de alimentos diretamente afetados pelas novas regras e que deixarão de conter aditivos alimentares à base de alumínio são os corantes de superfície de confeitos, queijos processados ou fundidos, sopas, fermento químico presente em farinhas, massas para pastéis e pizza, além de pães e biscoitos, entre vários outros.

ARBOVIROSES

Local de ocorrência: Pernambuco

Data da informação: 28/05/2019

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

COMENTÁRIOS:

Diante do risco de introdução de novos arbovírus em Pernambuco, o estado está estruturando o Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen-PE) para realizar localmente o diagnóstico laboratorial de, pelo menos, três “novas” doenças. A unidade espera insumos e já qualificou a equipe técnica para que sejam feitas no Recife as análises de amostras para suspeitas de casos do vírus mayaro, da febre oropouche e da febre do nilo, todos transmitidos por mosquitos. Atualmente, qualquer caso suspeito precisa ter o material encaminhado para o Instituto Evandro Chagas (IEC), no Pará.

O objetivo é agilizar as respostas dos registros suspeitos, para identificar de maneira precoce e intervir em caso de introdução de novos arbovírus no estado. A necessidade cresce diante da identificação da circulação do vírus mayaro no Rio de Janeiro e interior de São Paulo. Estudos realizados pela Universidade de São Paulo (USP) evidenciaram a presença de anticorpos para a febre do mayaro em amostras de doadores de sangue na cidade de São Carlos. Já a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) encontrou em amostras de casos ocorridos em 2016 três pessoas com diagnóstico positivo para o mayaro.

O vírus é endêmico na região amazônica e costuma ser transmitido pelos mosquitos do gênero *Haemagogus*. Acredita-se, entretanto, que o *Aedes aegypti* pode ter competência na transmissão do vírus. O mayaro é considerado um “primo” da chikungunya, com os mesmos sintomas, mas sem evoluir para uma fase crônica. As descobertas acendem o alerta para que casos de chikungunya registrados no Brasil, em 2016, possam ter um percentual de diagnósticos como sendo de mayaro. Assim como dá indícios de expansão da circulação do vírus no país.

“Já realizamos um monitoramento de arbovírus por meio de coleta de mosquitos no meio ambiente em parceria com o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, desde 2017. Lá, eles fazem a análise biomolecular dos mosquitos coletados em ambiente hospitalar. A proposta agora é ter o diagnóstico mais próximo”, afirmou a gerente do Programa Estadual de Controle das Arboviroses da Secretaria Estadual de Saúde (SES), Claudenice Pontes. De acordo com ela, o estado espera os insumos do IEC para que o Lacen esteja completamente apto a

realizar os diagnósticos. “Hoje, se tiver alguma suspeita, as amostras são encaminhadas para o Evandro Chagas. Já temos profissionais habilitados a fazer o diagnóstico não só de mayaro, mas de febre do nilo e oropouche. Se a gente deixa o Lacen preparado, vamos otimizar essa resposta”, acrescentou Claudenice.

Segundo ela, Pernambuco não tem hoje nenhum caso suspeito de arbovírus que não circulem no estado. “Há uma circulação de pessoas, então sempre há uma possibilidade alta de introdução de um novo arbovírus em Pernambuco. Por isso, temos que ficar preparados para fazer a intervenção no momento adequado. O ideal é que não tivéssemos condições de proliferação, mas nosso clima favorece, o que eleva o risco de introdução de novos arbovírus”, explicou Claudenice Pontes.

Outros arbovírus

Apesar desses riscos, a gerente afirmou que a grande preocupação hoje em Pernambuco é com a dengue, cujos casos apresentam aumento em relação ao ano passado, e aos casos de complicações neurológicas decorrente da infecção pela dengue e a chikungunya. Em Pernambuco, foram implantadas três unidades sentinelas – Hospital da Restauração (HR), Hospital Correia Picanço e Hospital Mestre Vitalino (HMV) – para monitorar as complicações neurológicas decorrentes das arboviroses. Parte das informações coletadas será apresentada em um evento, na Secretaria Estadual de Saúde (SES), no Bongi. “Iremos fazer uma apresentação de qual a sintomatologia, das formas atípicas, para alertar sobre a evolução inesperadas de algumas arboviroses. Queremos deixar os profissionais sensíveis”, acrescentou Claudenice Pontes.

BOTULISMO

Local de ocorrência: Santa Catarina

Data da informação: 27/05/2019

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

COMENTÁRIOS:

Um laudo divulgado na segunda-feira (27/05) pela Associação de Moradores do Bairro Pedra Branca, em Palhoça, na Grande Florianópolis, confirmou a suspeita da bactéria responsável pelo botulismo na água de um lago que fica no local. A informação também foi confirmada pela Defesa Civil do município, que manteve a interdição da área.

A suspeita surgiu após a morte de patos que viviam na região do lago. Uma veterinária analisou os animais e começou a levantar a hipótese. No dia 11 de maio, a prefeitura e a Defesa Civil decidiram interditar a área, até que fossem feitos exames para determinar a presença da bactéria.

De acordo com a associação de moradores, o exame foi realizado em um laboratório no Paraná. A empresa responsável detectou a presença da bactéria *Clostridium botulinum* nos patos que morreram.

A orientação da Defesa Civil é para que moradores e visitantes do bairro evitem o contato com a água do lago e também com os peixes e animais que vivem soltos na região. Na terça-feira (28), a associação de moradores e a prefeitura devem se reunir para planejar ações que possam combater a proliferação da doença.

O que é o botulismo?

O botulismo é uma doença causada pela bactéria *Clostridium botulinum*. Ela pode atingir animais e seres humanos, com alto grau de fatalidade em qualquer espécie. Os principais sintomas são paralisia das pernas, pálpebras e pescoço. Em aves, é possível perceber sinais de fraqueza, perda da coordenação motora, penas eriçadas e diarreia.

A bactéria que causa a doença pode ser encontrada tanto no solo quanto na água não tratada. Alimentos em conserva ou enlatados também podem conter o organismo. Em humanos, a ingestão causa envenenamento grave.

Apesar do alto grau de mortalidade, há cura para o botulismo. Quem sentir algum dos sintomas deve procurar ajuda médica imediatamente.



DENGUE

Local de ocorrência: Minas Gerais

Data da informação: 20/05/2019

Fonte da informação: saude.mg.gov.br

COMENTÁRIOS:

Em 2019, até o momento (dados atualizados dia 20/05), Minas Gerais registrou 289.500 casos prováveis (casos confirmados + suspeitos) de dengue. Em 2019, até o momento, foram confirmados 49 óbitos por dengue nos municípios de Arcos (1), Belo Horizonte (6), Betim (10), Contagem (2), Curvelo (1), Frutal (1), Ibitiara (1), João Monlevade (1), João Pinheiro (4), Lagoa da Prata (1), Martinho Campos (1), Paracatu (1), Passos (1), Patos de Minas (1), Rio Paranaíba (1), São Gonçalo do Pará (1), São Gotardo (1), Uberaba (1), Uberlândia (9), Unaí (2), Vazante (2). São 97 óbitos em investigação para dengue. Vale ressaltar que os óbitos em questão foram notificados ao longo de 2019 e não são, necessariamente, óbitos recentes.

A SES-MG esclarece que um registro maior de casos é esperado para este período (meses quentes e chuvosos) devido à sazonalidade da doença. Dessa forma, o estado está em situação de alerta para esse aumento no número de casos das doenças transmitidas pelo Aedes (dengue, Chikungunya e zika).

Em relação às ações para controle do Aedes, a SES-MG tem adotado uma série de medidas de apoio aos municípios que apresentam aumento no número de casos de dengue, zika e chikungunya. Como uma das medidas adotadas para conter o avanço dos casos no estado, a SES-MG declarou Situação de Emergência em Saúde Pública nos municípios de abrangência das Macrorregiões de Saúde Centro, Noroeste, Norte, Oeste, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul do Estado. A partir dessa ação, que foi publicada em 23/04, no Diário Oficial de Minas Gerais, será possível mobilizar recursos de forma mais ágil para enfrentamento do Aedes aegypti e estruturação de serviços de atendimento às pessoas infectadas pelo vírus causador da doença.

Também foi publicada a Resolução SES/MG Nº 6.697, de 02 de Abril de 2019, com aprovação de liberação de recurso financeiro de R\$ 4,180 milhões para ações de enfrentamento da dengue nos 93 municípios com incidência alta ou muito alta da doença. Ainda em abril, em 27/04, foi publicada no Diário Oficial do Estado a Resolução SES/MG Nº 6.719, de 26 de abril de 2019, com aprovação de novos recursos financeiros, dessa vez na ordem de R\$ 4,2 milhões para ações de enfrentamento da dengue em 107 municípios com incidência alta ou muito alta da doença.

Tabela 1: Casos prováveis¹ de dengue por mês de início de sintomas, 2010 a 2019, MG.

Mês	Ano de início dos sintomas									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Jan	14.470	3.795	2.341	35.522	5.007	7.050	57.617	4.670	2.044	17.094
Fev	29.487	5.624	2.598	62.560	8.573	9.306	137.474	4.297	2.285	34.821
Mar	55.292	7.346	3.885	146.917	11.286	27.773	156.923	5.202	4.586	78.136
Abr	62.392	8.659	4.752	123.956	15.334	59.857	120.895	3.677	7.323	122.064
Mai	38.796	6.914	3.848	31.307	9.809	51.062	36.046	2.846	4.228	37.385
Jun	6.398	1.690	2.525	7.230	3.495	14.083	4.698	1.444	1.564	
Jul	1.683	656	1.220	1.653	1.115	3.281	990	585	784	
Ago	611	419	650	673	551	1.214	597	486	505	
Set	492	399	532	577	652	956	619	520	548	
Out	419	504	659	745	641	1.288	714	641	816	
Nov	811	880	1.162	1.056	874	3.789	1.154	676	1.514	
Dez	1.651	1.364	6.356	2.523	1.098	14.334	1.323	889	3.172	
Total	212.502	38.250	30.528	414.719	58.435	193.993	519.050	25.933	29.369	289.500

Fonte: SINAN-ONLINE/SES-MG - Acesso em: 20/05/2019

¹Casos prováveis são os casos confirmados e suspeitos

Entre as demais medidas tomadas para diminuir o crescimento do número de casos no estado está a realização de Força-Tarefa, composta por agentes da Saúde Estadual e da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) a 10 municípios com alta incidência de pessoas com dengue e alta infestação pelo mosquito. A ação envolve diferentes áreas da SES-MG, como Assistência, Vigilância Epidemiológica, Controle Vetorial e conta com reforço dos agentes de controle de endemias municipais. Os agentes de endemias visitarão as residências, comércios, instituições públicas e terrenos vagos para o recolhimento de objetos inservíveis, aplicação de larvicida onde for necessário e, o mais importante, orientar as pessoas, por meio do trabalho de educação em saúde, quais os pontos de atenção para os possíveis focos do Aedes aegypti, mosquito transmissor da dengue, zika vírus e chikungunya.

Além disso, destaca-se a elaboração dos Planos de Contingência Estadual e Municipais para prevenção e controle das doenças transmitidas pelo Aedes. A partir da fase em que o município se encontra algumas ações são desencadeadas pelo Estado. É também realizado o monitoramento dos indicadores municipais do PROMAVS (Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde do Estado de Minas Gerais). Dentre todos os indicadores, um deles é referente à obrigatoriedade de cadastro dos agentes de combate a endemias (ACE) no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) pelo município, mantendo vínculo no serviço. Isso gera continuidade nas ações de prevenção e controle das arboviroses.

SARAMPO

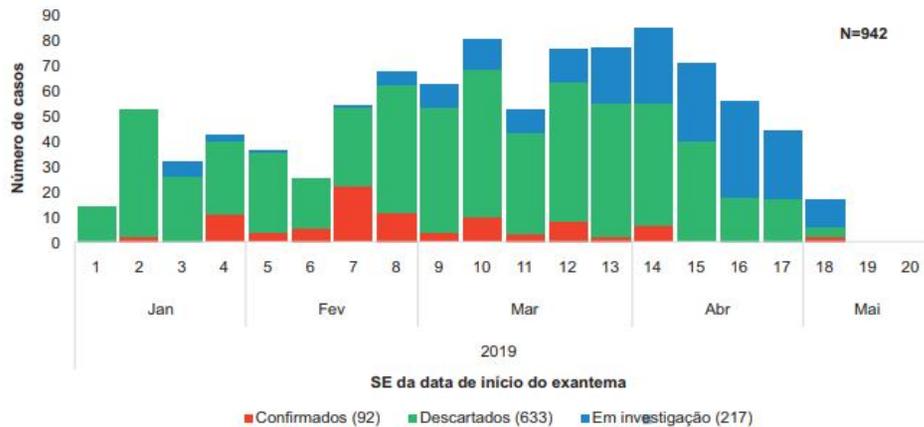
Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 16/05/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

1. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

Em 2019, até o dia 16 de maio de 2019, o Brasil confirmou 92 casos de sarampo, distribuídos em sete Unidades Federadas (UF): Amazonas (4), Roraima (1), Pará (48), São Paulo (30), Santa Catarina (3), Rio de Janeiro (2) e Minas Gerais (4). O último caso de sarampo do Amazonas e de Roraima, ocorreu há mais de 12 semanas epidemiológicas (Tabela 1).

De acordo com a curva epidêmica dos casos notificados de sarampo, segundo a classificação e Semana Epidemiológica (SE) do Brasil, podemos observar a maior concentração de casos na SE 10 e entre as SE 13 e 15 de 2019. (Figura 1).



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); Data 16/05/2019.
 *Dados preliminares e sujeitos à alteração.

FIGURA 1 • Distribuição dos casos notificados de sarampo, segundo classificação de casos e Semana Epidemiológica da data de início do exantema, Brasil, 2019*.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NOS ESTADOS COM SURTO ATIVO

2.1 São Paulo

No estado de São Paulo, no período de 01 de janeiro a 16 de maio de 2019, foram

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

Unidades Federadas	2019*		Data Exantema último caso confirmado	Semanas transcorridas último caso confirmado
	Confirmados	Inc./100.000 Hab. ²		
Amazonas	4	0,10	31/01/2019	15
Roraima	1	0,19	06/02/2019	14
Pará ¹	48	0,57	26/03/2019	7
São Paulo ¹	30	0,07	29/03/2019	6
Santa Catarina	3	0,04	18/02/2019	12
Rio de Janeiro ¹	02	0,01	10/03/2019	6
Minas Gerais ¹	04	0,02	06/03/2019	10
Total	92	0,04		

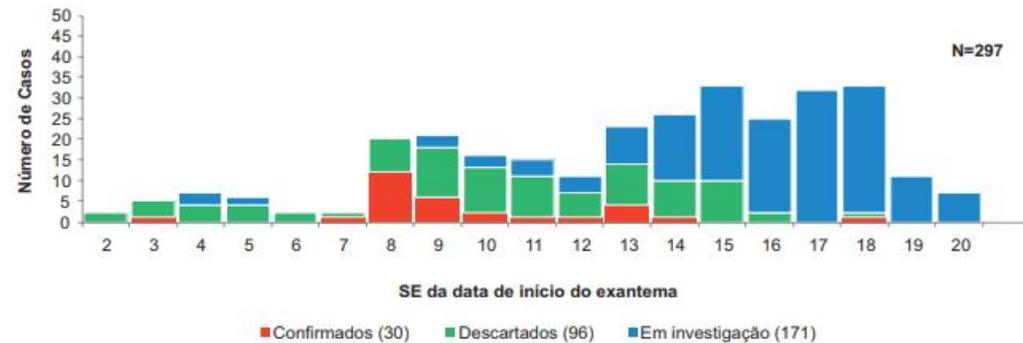
Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do AM, RR, PA, RJ, SP, SC e MG.

¹Estados em situação de surto ativo;

²Projeção populacional, IBGE.

*Dados atualizados em 16/05/2019 e sujeitos a alterações.

notificados 297 casos suspeitos de sarampo, sendo 30 (10,1%) confirmados, 96 (32,3%) descartados e 171 (57,6%) permanecem em investigação. De acordo com a curva epidêmica dos casos notificados de sarampo, por SE da data de início do exantema e classificação final, podemos observar pequenos picos de notificações entre as SE 15 e 18 de 2019, e um decréscimo nas SE 19 e 20 de 2019 (figura 2).



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP); data 16/05/2019.

*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

FIGURA 2 • Distribuição dos casos notificados de sarampo segundo classificação de casos e Semana Epidemiológica da data de início do exantema, São Paulo, 2019*.

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 16/05/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Com relação a distribuição dos casos confirmados, por faixa etária, a população de 20 a 29 anos de idade representa 40% (12) dos casos (tabela 1).

A Taxa de incidência dos casos confirmados de sarampo em São Paulo é de 0,07/100.000 habitantes. Quando calculada por faixa etária, observa-se a maior taxa de incidência na população dos menores de um ano (tabela 2). Por outro lado, a faixa etária de 20 a 29 anos concentra o maior número de casos.

TABELA 2 • Distribuição dos casos confirmados e taxa de incidência, por faixa, São Paulo, 2019*

Faixa Etária	Número de casos	%	Incidência/100.000 Hab. ¹
< 1 ano	2	6,7	0,33
1 a 4 anos	1	3,3	0,05
5 a 9 anos	0	0,0	0,00
10 a 14 anos	2	6,7	0,06
15 a 19 anos	1	3,3	0,03
20 a 29 anos	12	40,0	0,17
30 a 39 anos	5	16,7	0,07
40 a 49 anos	6	20,0	0,09
> 50 anos	1	3,3	0,01
Total	30	100	0,07

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP); data 16/05/2019.

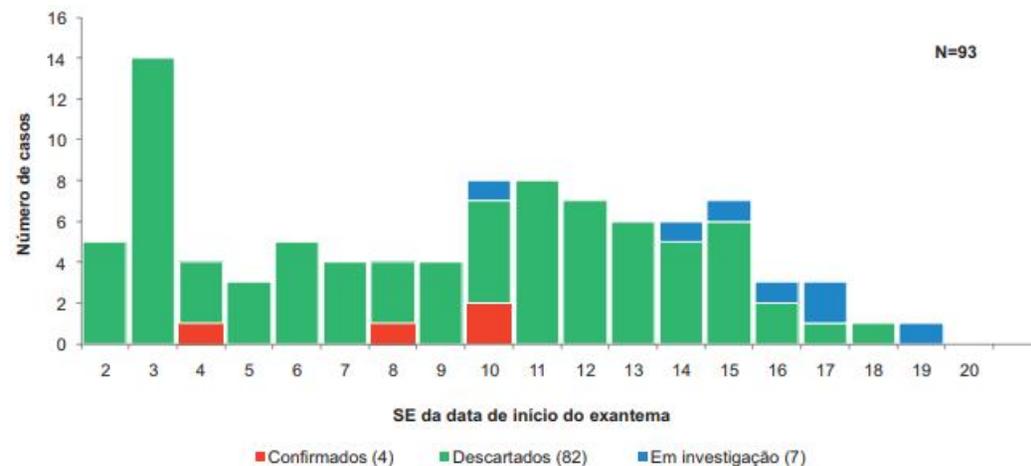
*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

¹Projeção populacional, IBGE e SINASC.

2.2 Minas Gerais

No estado de Minas Gerais, no período de 01 de janeiro a 16 de maio de 2019, foram notificados 93 casos suspeitos de sarampo, sendo quatro (4,3%) confirmados, 82 (88,2%) descartados e sete (7,5%) permanecem em investigação. De acordo com a curva epidêmica dos casos notificados de sarampo, por SE da data de início do exantema e classificação final, podemos observar que o pico das notificações aconteceu na SE 3 de 2019, mas todos os casos foram descartados, e o pico de casos confirmados ocorreu na semana 11 (figura 3).

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



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG); data 16/05/2019.

*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 16/05/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Com relação a distribuição dos casos confirmados, por faixa etária, não houve maior concentração de casos em uma única faixa etária, estando os casos distribuídos nas faixas etárias de 1 a 4 anos, 10 a 14 anos e de 20 a 29 e 30 a 39 anos (tabela 3).

A Taxa de incidência dos casos confirmados de sarampo em Minas Gerais é de 0,02/100.000 habitantes. Quando calculada por faixa etária, observa-se que, todas as faixas etárias apresentam incidência menor que 0,1 por 100.000 habitantes (tabela 3).

TABELA 3 • Distribuição dos casos confirmados e taxa de incidência, por faixa, Minas Gerais, 2019*.

Faixa Etária	Número de casos	%	Incidência/100.000 Hab. ¹
1 a 4 anos	1	25,0	0,09
10 a 14 anos	1	25,0	0,07
20 a 29 anos	1	25,0	0,03
30 a 39 anos	1	25,0	0,03
Total	4	100	0,02

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG); data 16/05/2019.

*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

¹Projeção populacional, IBGE e SINASC.

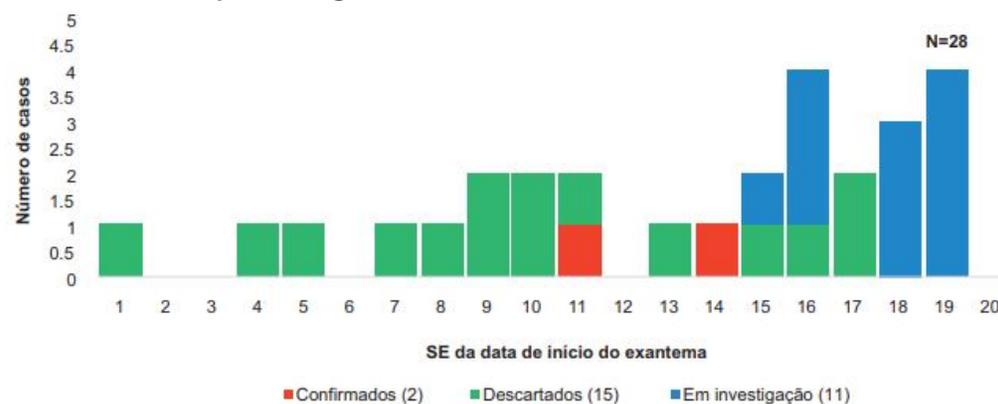
2.3 Rio de Janeiro

No estado de Rio de Janeiro, no período de 01 de janeiro a 16 de maio de 2019, foram notificados 28 casos suspeitos de sarampo, sendo dois (7,1%) confirmados, 15 (53,6%) descartados e 11 (39,3%) permanecem em investigação.

O último caso confirmado no Rio de Janeiro, SE 14/2019, é residente de Paraty, município que enfrenta o início de um surto de sarampo. No município, oito casos permanecem em investigação, tendo apresentado exantema no período da SE 17 a 20 de 2019.

De acordo com a curva epidêmica dos casos notificados de sarampo, por SE da data de início do exantema e classificação final, podemos observar os picos de notificações entre nas SE 17 e 20 de 2019, com registro de casos confirmados nas semanas 11 e 14 (figura 4).

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



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ); data 16/05/2019.*Dados preliminares e sujeitos à alteração

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 16/05/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

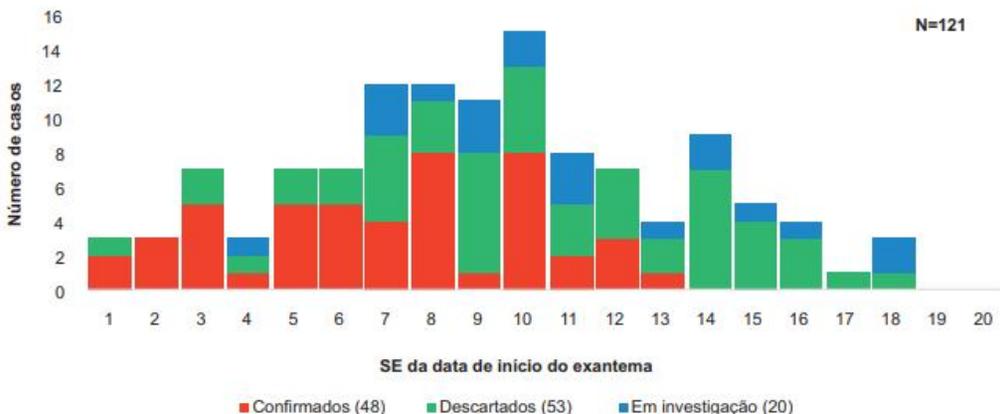
COMENTÁRIOS:

2.4 Pará

No estado do Pará, no período de 01 de janeiro a 16 de maio de 2019, foram notificados 121 casos suspeitos de sarampo, sendo 48 (39,7%) confirmados, 53 (43,8%) descartados e 20 (16,5%) permanecem em investigação.

De acordo com a curva epidêmica dos casos notificados de sarampo, por SE da data de início do exantema e classificação final, podemos observar que o pico das notificações ocorreu na SE 10 de 2019 e, a partir da SE 14 de 2019, as notificações foram decrescentes (figura 5).

FIGURA 5 • Distribuição dos casos notificados de sarampo segundo classificação de casos e Semana Epidemiológica da data de início do exantema, Pará, 2019*.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SES/SP); data 16/05/2019.
*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

Com relação a distribuição dos casos confirmados, por faixa etária, a população de 20 a 29 anos de idade representa 20,8% (10) dos casos (tabela 4). A Taxa de incidência dos casos confirmados de sarampo no Pará é de 0,5/100.000 habitantes. Quando calculada por faixa etária, observa-se a maior incidência nos menores de um ano de idade (tabela 4)

TABELA 4 • Distribuição dos casos confirmados e taxa de incidência, por faixa, Pará, 2019*.

Faixa Etária	Número de casos	%	Incidência/100.000 Hab. ¹
< 1 ano	8	16,7	5,8
1 a 4 anos	9	18,7	1,4
5 a 9 anos	4	8,3	0,5
10 a 14 anos	2	4,2	0,2
15 a 19 anos	9	18,7	1,1
20 a 29 anos	10	20,8	0,6
30 a 39 anos	5	10,4	0,3
> 50 anos	1	2,1	0,07
Total	48	100	0,5

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SES/SP); data 16/05/2019.

*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

¹Projeção populacional, IBGE e SINASC.

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 16/05/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

3. RECOMENDAÇÕES

O Ministério da Saúde tem atuado ativamente junto aos estados e municípios no enfrentamento do surto de sarampo, tendo realizado as seguintes recomendações para interrupção da circulação do vírus:

- Manter elevadas e homogêneas coberturas vacinais da tríplice e tetraviral;
- Realizar intensificação vacinal e varredura em áreas com positividade laboratorial para sarampo;
- Avaliar sistematicamente as coberturas vacinais e disponibilizar as informações para gestores, profissionais de saúde e população;
- Conduzir a vacinação de grupos de risco como profissionais da saúde, profissionais do ramo do turismo, setor hoteleiro e transportes;
- Realizar busca retrospectiva de pacientes com a tríade do sarampo em unidade de saúde de municípios silenciosos;
- Reforçar as equipes de investigação de campo para garantir a investigação oportuna e adequada dos casos notificados;
- Realizar bloqueio em até 72 horas em todos os contatos do caso suspeito;
- Fortalecer a capacidade dos sistemas de vigilância epidemiológica do sarampo, rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita nos diversos territórios, com diagnóstico de necessidades para a efetivação desse fortalecimento;
- Produzir ampla campanha midiática, para os diversos meios de comunicação, para informar profissionais de saúde, população e comunidade em geral sobre tópicos relevantes relacionados ao sarampo;
- Estabelecer estratégias para a implementação de ações de resposta rápida frente a casos importados de sarampo, rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita para evitar novas importações; e
- Planejar estratégias de vacinação com ênfase na busca de oportunidades de vacinação em locais que naturalmente ocorre aglomeração de pessoas (festas, feiras, rodoviárias, aeroporto, portos, instituições de ensino, empresas, entre outras).

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 20/05/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

A vigilância da influenza no Brasil é composta pela vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG) e de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG-hospitalizado) 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 neste informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 19 de 2019, o que compreende casos com início de sintomas de 30/12/2018 a 11/05/2019.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas de SG foi de 25,1% (1.408/5.619). Foram notificados 11.823 casos que atendem a definição de SRAG. Desses, 69,1% (8.165/11.823) possuem classificação final, dos quais 9,9% (807/8.165) foram classificadas como SRAG por influenza e 27,8% (2.269/8.165) como outros vírus respiratórios. Dentre os outros vírus respiratórios pesquisados (Vírus Sincicial Respiratório, Parainfluenza e Adenovírus), em 76,3% (1.732/2.269) dos casos foi identificado o VSR.

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.

GRIFE PODE SER EVITADA COM MEDIDAS SIMPLES DE HIGIENIZAÇÃO

- EVITAR CONTATO PRÓXIMO A PESSOAS QUE APRESENTEM SINAIS/SINTOMAS DE GRIPE.
- 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: 20/05/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

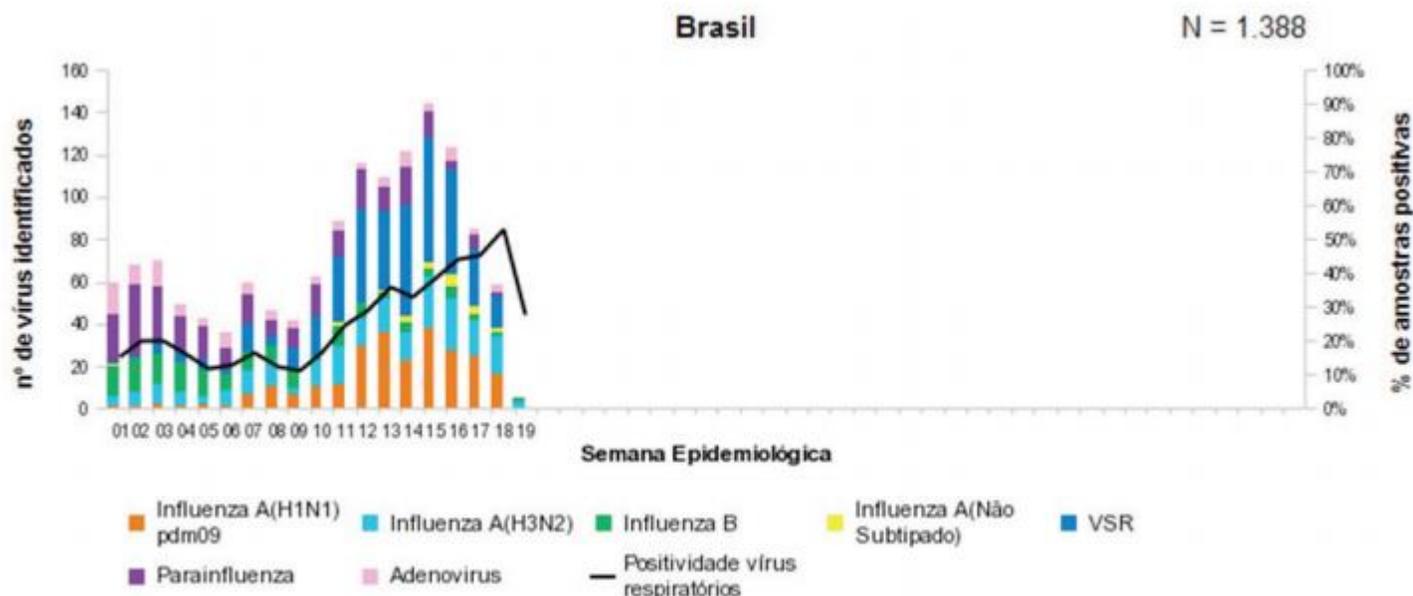
COMENTÁRIOS:

Síndrome Gripal

Até a SE 19 de 2019 foram coletadas 7.564 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Dessas, 74,3% (5.619/7.564) possuem resultados inseridos no sistema de informação e 25,1% (1.408/5.619) tiveram resultados positivos para vírus respiratório, das quais 34,9% (491/1.408) foram positivos para influenza e 65,1% (917/1.408) para outros vírus respiratórios (Vírus Sincicial Respiratório, Parainfluenza e Adenovírus) (Figura 2). Em 2018, no mesmo período, haviam sido inseridas no sistema 7.970 amostras e 23,7% (1.388/5.857) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 46,2% (641/1.388) foram positivos para influenza e 53,8% (747/1.388) para outros vírus respiratórios (Figura 1).

Dentre as amostras positivas para influenza em 2019, 40,3% (198/491) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 40,1% (197/491) de influenza B, 4,9% (24/491) de influenza A não subtipado e 14,7% (72/491) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de VSR, 65,9% (604/917) (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 19.



Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 14/5/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 20/05/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

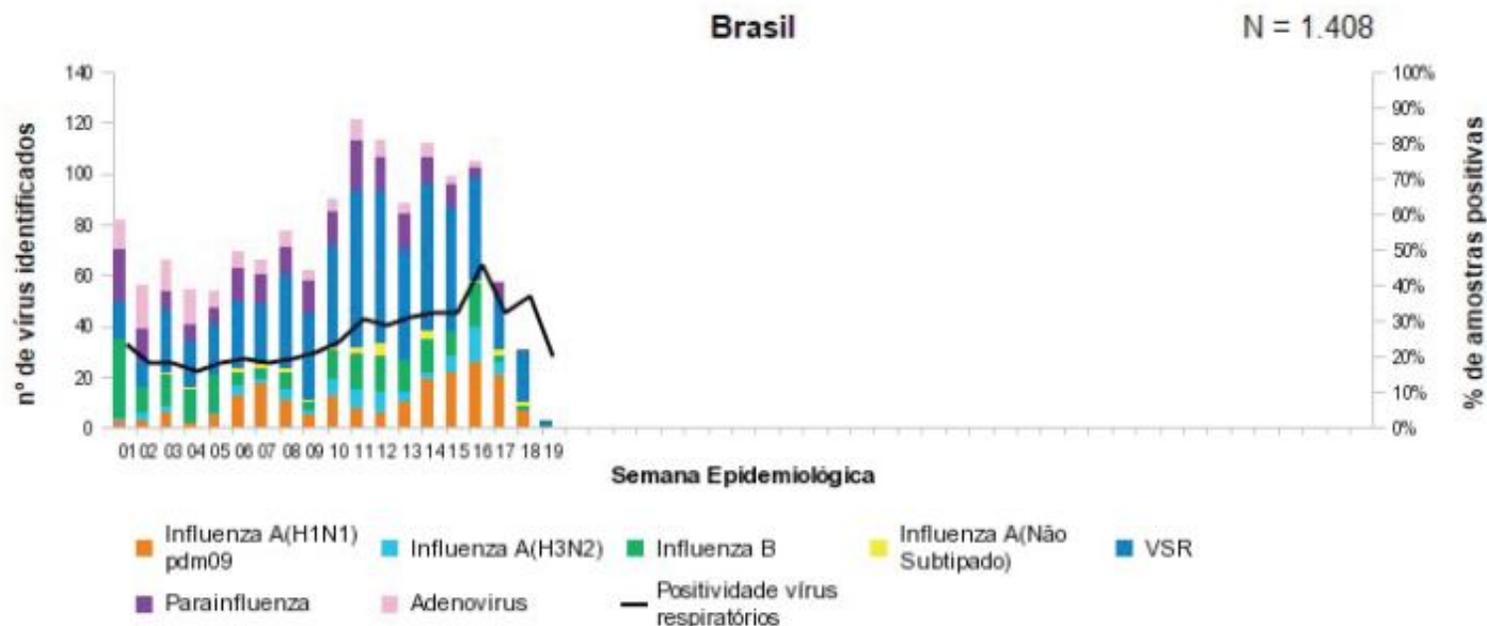
COMENTÁRIOS:

Síndrome Grial

Nas últimas semanas observa-se um aumento de identificação de vírus influenza na região sul do país, nas demais regiões nota-se o predomínio de amostras positivas para outros vírus respiratórios, não influenza, com destaque para a maior circulação de VSR (Anexo 1).

No Brasil até o momento houve um destaque de identificação de influenza A(H1N1)pdm09 no estado do Amazonas no início de fevereiro, mas se observa 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 semanas epidemiológicas deste ano, com pequena redução nas últimas semanas.

Figura 2 – Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Grial, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2019 até a SE 19.



Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 13/5/2019, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 20/05/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – HOSPITALIZADO

Perfil Epidemiológico dos Casos

Até a SE 19 de 2019, foram notificados 11.823 casos que atendem a definição de SRAG. Desses, 69,1% (8.165/11.823) possuem classificação final, dos quais 9,9% (807/8.165) foram classificadas como SRAG por influenza e 27,8% (2.269/8.165) como outros vírus respiratórios, dos outros vírus respiratórios pesquisados ((Vírus Sincicial Respiratório, Parainfluenza e Adenovírus), em 76,3% (1.732/2.269) dos casos foi identificado o VSR – importante ressaltar que o diagnóstico para VSR é um diagnóstico diferencial desenvolvido dentro da vigilância da influenza, não existe uma vigilância específica implantada para estes casos, então os dados podem estar subnotificados. Notou-se nos primeiros meses do ano uma circulação de vírus influenza com maior intensidade e de forma localizada no estado do Amazonas, com 140 casos e 35 óbitos. O estado de São Paulo também se destaca, pois apresenta até o momento 141 casos e 11 óbitos por influenza. (Tabela 1).

REGIÃO/ Unidade Federada	SRAG Influenza		SRAG Outros Vírus Respiratórios		SRAG Outro agente respiratório		SRAG Não Especificado		SRAG Em Investigação	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
NORTE	231	53	397	47	5	2	968	84	403	1
RONDÔNIA	14	3	0	0	0	0	37	8	23	0
ACRE	36	2	21	11	0	0	28	9	65	0
AMAZONAS	140	35	356	33	5	2	718	40	135	0
RORAIMA	0	0	0	0	0	0	10	2	4	0
PARÁ	26	7	11	1	0	0	129	13	163	0
AMAPÁ	3	1	0	0	0	0	15	5	1	1
TOCANTINS	12	5	9	2	0	0	31	7	12	0

(Continua ao lado)

REGIÃO/ Unidade Federada	SRAG Influenza		SRAG Outros Vírus Respiratórios		SRAG Outro agente respiratório		SRAG Não Especificado		SRAG Em Investigação	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
NORDESTE	158	27	237	9	3	0	742	69	1122	26
MARANHÃO	1	0	1	0	0	0	15	3	42	2
PIAUÍ	9	0	36	0	1	0	23	4	127	3
CEARÁ	42	5	58	2	0	0	134	16	74	3
RIO GRANDE DO NORTE	29	9	5	1	0	0	21	9	80	8
PARAÍBA	3	3	18	4	0	0	40	11	34	5
PERNAMBUCO	26	3	0	0	1	0	372	6	639	2
ALAGOAS	4	2	0	0	0	0	12	6	25	3
SERGIPE	14	2	51	1	0	0	24	2	12	0
BAHIA	30	3	68	1	1	0	101	12	89	0
SUDESTE	243	27	439	17	53	3	1932	258	1290	30
MINAS GERAIS	37	2	97	9	2	0	425	75	180	5
ESPÍRITO SANTO	31	6	15	1	2	0	71	6	77	0
RIO DE JANEIRO	34	8	126	5	3	1	199	37	132	2
SÃO PAULO	141	11	201	2	46	2	1237	140	901	23
SUL	117	26	438	20	5	2	867	151	451	4
PARANÁ	70	21	304	18	3	2	506	97	365	2
SANTA CATARINA	32	3	74	1	0	0	157	29	23	1
RIO GRANDE DO SUL	15	2	60	1	2	0	204	25	63	1
CENTRO OESTE	57	11	758	32	5	3	508	59	392	9
MATO GROSSO DO SUL	14	5	144	7	0	0	107	8	101	0
MATO GROSSO	8	1	0	0	1	0	26	6	66	8
GOIÁS	17	3	226	18	3	2	154	35	104	0
DISTRITO FEDERAL	18	2	388	7	1	1	221	10	121	1
BRASIL	806	144	2.269	125	71	10	5.017	621	3.658	70
Outro País	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0
TOTAL	807	144	2.269	125	71	10	5.018	622	3.658	70

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 19 de 2019.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional

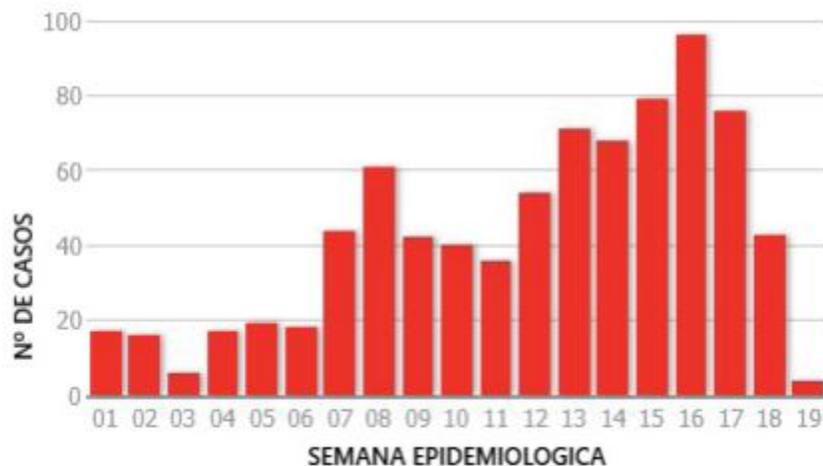
Data da informação: 20/05/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

No País, dentre os 635 casos de influenza que tiveram suas amostras submetidas à metodologia de subtipagem até o momento, 64,1% (407/635) eram influenza A(H1N1)pdm09, 14,6% (93/635) influenza A(H3N2), 7,7% (49/635) influenza A não subtipado e 13,5% (86/635) influenza B (Tabela 2)

Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 24 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 39 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, mas isso pode estar relacionado a falta de oportunidade na notificação dos casos. 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 19.

REGIÃO/ Unidade Federada	SRAG influenza por subtipo								Total Casos	Total Óbitos
	Casos				Óbitos					
	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	A Não Subtipado	Influenza B	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	A Não Subtipado	Influenza B		
NORTE	140	13	21	17	40	6	2	2	191	50
RONDÔNIA	13	1	0	0	3	0	0	0	14	3
ACRE	12	4	2	0	1	1	0	0	18	2
AMAZONAS	105	0	17	1	31	0	2	0	123	33
RORAIMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PARÁ	10	0	2	11	5	0	0	2	23	7
AMAPÁ	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
TOCANTINS	0	8	0	4	0	5	0	0	12	5
NORDESTE	65	33	9	34	11	2	5	3	141	21
MARANHÃO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PIAUÍ	0	0	0	9	0	0	0	0	9	0
CEARÁ	18	17	2	4	2	1	0	2	41	5
RIO GRANDE DO NORTE	21	2	3	0	4	0	3	0	26	7
PARAÍBA	2	0	0	1	2	0	0	1	3	3
PERNAMBUCO	9	0	1	13	0	0	1	0	23	1
ALAGOAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SERGIPE	2	7	2	3	0	1	1	0	14	2
BAHIA	13	7	1	4	3	0	0	0	25	3
SUDESTE	82	30	16	23	10	1	1	5	151	17
MINAS GERAIS	30	1	2	1	1	0	0	0	34	1
ESPIRITO SANTO	7	15	0	3	1	1	0	1	25	3
RIO DE JANEIRO	10	1	0	3	4	0	0	0	14	4
SÃO PAULO	35	13	14	16	4	0	1	4	78	9
SUL	89	14	2	7	19	3	0	1	112	23
PARANÁ	56	5	0	7	16	2	0	1	68	19
SANTA CATARINA	26	5	1	0	3	0	0	0	32	3
RIO GRANDE DO SUL	7	4	1	0	0	1	0	0	12	1
CENTRO OESTE	31	3	1	5	6	1	0	0	40	7
MATO GROSSO DO SUL	8	1	0	0	2	1	0	0	9	3
MATO GROSSO	3	0	0	1	1	0	0	0	4	1
GOIÁS	10	1	0	4	2	0	0	0	15	2
DISTRITO FEDERAL	10	1	1	0	1	0	0	0	12	1
BRASIL	407	93	49	86	86	13	8	11	635	118

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 19 de 2019.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 20/05/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Perfil Epidemiológico dos Óbitos

Até a SE 19 de 2019, foram notificados 971 óbitos por SRAG, o que corresponde a 8,2% (971/11.823) do total de casos. Desses, 92,8% (901/971) possuem classificação final, dos quais 16,0% (144/901) foram confirmados para vírus influenza. Dos 118 óbitos que tiveram suas amostras submetidas à metodologia de subtipagem, 72,9% (86/118) foram por influenza A(H1N1)pdm09, 11,0% (13/118) por influenza A(H3N2), 6,8% (8/118) influenza A não subtipado e 9,3% (11/118) por influenza B (Tabela 2). Dos óbitos por outros vírus respiratórios 64,0% (80/125) foram por VSR (Tabela 1).

Dentre os indivíduos que evoluíram ao óbito por influenza, a mediana da idade foi de 47,5 anos, variando de 0 a 92 anos e 81,9% (118/144) apresentaram pelo menos um fator, com destaque para adultos ≥ 60 anos, cardiopatas, diabetes mellitus e crianças < 5 anos. Além disso, 73,6% (106/144) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 33 dias (Tabela 3). Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas.

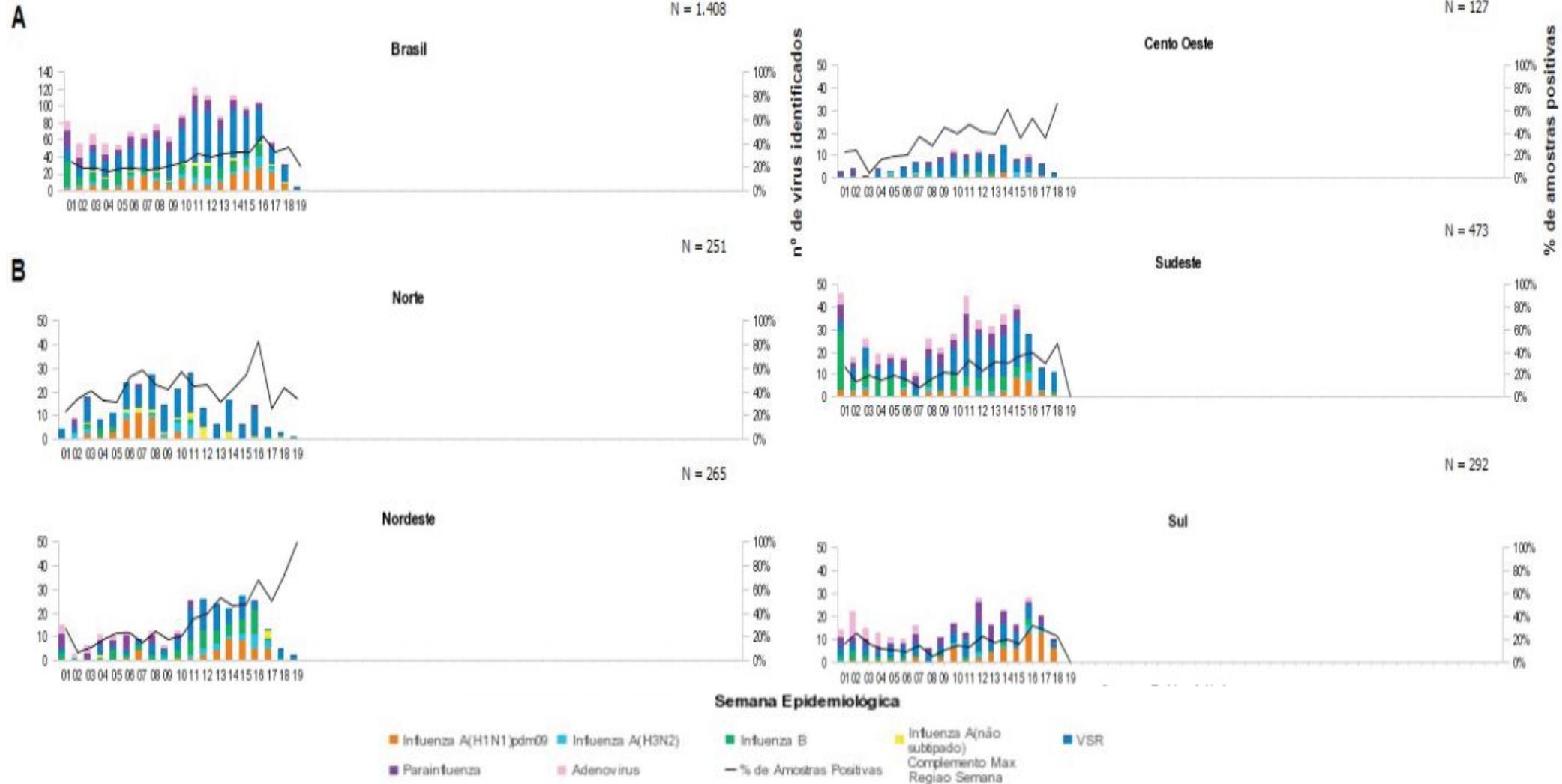
Óbitos por Influenza (N=144)	n	%
Com Fatores de Risco	118	81,9
Adulto ≥ 60 anos	41	34,7
Doença cardiovascular crônica	31	26,3
Diabetes mellitus	30	25,4
Pneumopatias crônicas	11	9,3
Obesidade	7	5,9
Criança < 5 anos	22	18,6
Imunodeficiência/Imunodepressão	13	11,0
Doença neurológica crônica	0	0,0
Doença renal crônica	6	5,1
Doença hematológica crônica	2	1,7
Doença hepática crônica	2	1,7
Gestante	3	2,5
Síndrome de Down	4	3,4
Indígena	3	2,5
Puérpera (até 45 dias do parto)	1	0,8
Que utilizaram Antiviral	106	73,6

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 19.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 20/05/2019
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 19.



Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 13/5/2019, sujeitos a alteração.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 16/05/2019
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 14/05/2019 Atualização: 15/05/2019

Casos humanos notificados: 1.206

Epizootias em PNH notificadas: 1.150

81 confirmados (14 óbitos)

48 confirmadas

348 em investigação

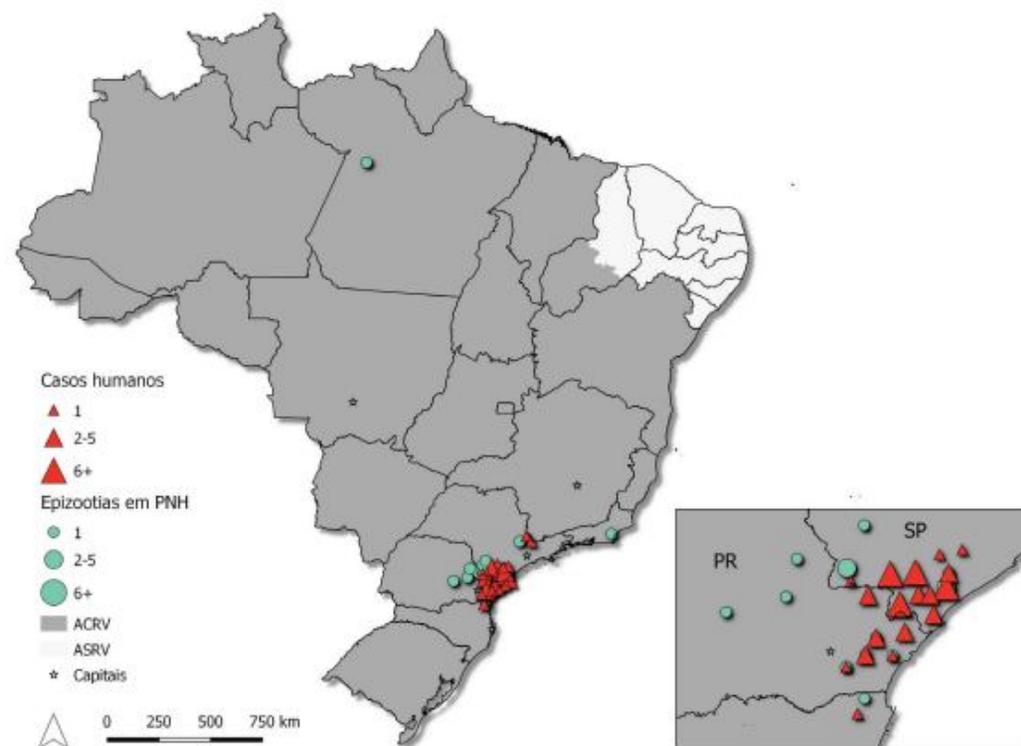
301 em investigação e 410 indeterminadas

777 descartados

391 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 19/2019.



FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 16/05/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Vigilância de Casos Humanos

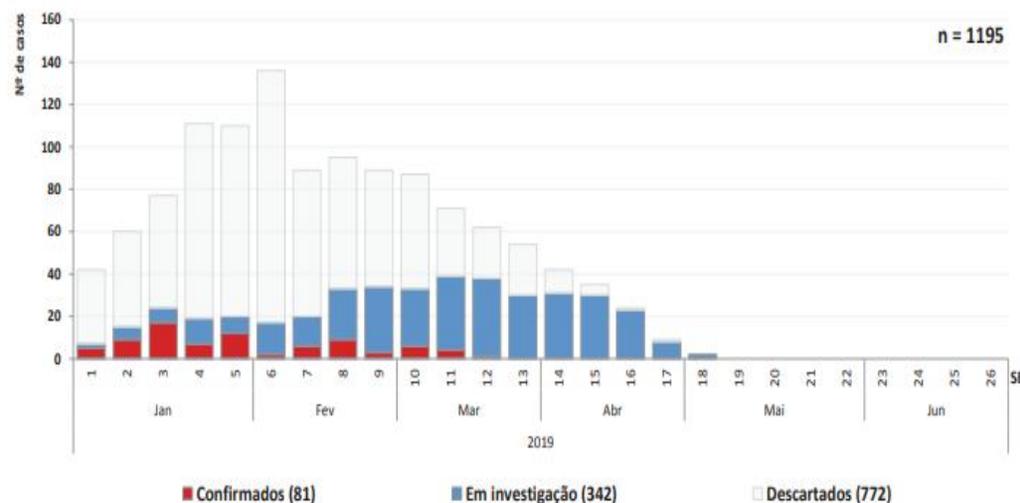
Foram registrados casos humanos confirmados nos estados de São Paulo (68), do Paraná (12) e Santa Catarina (01) (Tabela 1). A maior parte dos casos eram trabalhadores rurais e/ou com exposição em área silvestre, sendo 72 (88,9%) do sexo masculino, com idades entre 08 e 87 anos. Em março/2019 (SE-13), foi confirmado o primeiro caso de febre amarela no estado de Santa Catarina. Entre os casos confirmados, 14 evoluíram para o óbito (17,3%). O número total de casos humanos registrados no mesmo período de 2018 foi de 1.309.

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 19/2019.

REGIÃO	UF (LPI)	CASOS NOTIFICADOS	CASOS DESCARTADOS	CASOS EM INVESTIGAÇÃO	CASOS CONFIRMADOS			
					TOTAL	CURAS	ÓBITOS	LETALIDADE (%)
Norte	Acre	0						
	Amapá	0						
	Amazonas	0						
	Pará	11	2	0				
	Rondônia	4	2	0				
	Roraima	0						
	Tocantins	5	5					
Nordeste	Alagoas	0						
	Bahia	4	2	0				
	Ceará	1		1				
	Maranhão	0						
	Paraíba	0						
	Pernambuco	0						
	Piauí	0						
	Rio Grande do Norte	0						
	Sergipe	1		1				
	Centro-Oeste	Distrito Federal	49	26	0	23		
Goiás		39	19	0	20			
Mato Grosso		5	5					
Mato Grosso do Sul		3	2	1				
Sudeste	Espírito Santo	22	9	0	13			
	Minas Gerais	59	28	0	31			
	Rio de Janeiro	24	19	0	5			
	São Paulo	508	334	106	68	56	12	17,6
	Paraná	427	300	115	12	11	1	8,3
Sul	Rio Grande do Sul	9	4	0				
	Santa Catarina	35	20	0	1		1	100,0
	TOTAL	1206	777	348	81	67	14	17,3

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 19/2019*.



*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: 16/05/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

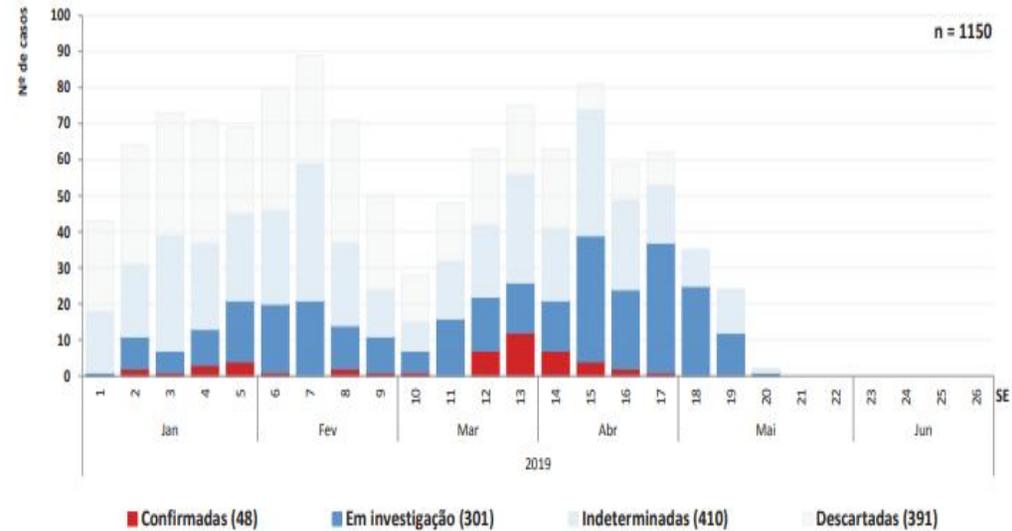
Foram registradas epizootias de PNH confirmadas em São Paulo (13), no Rio de Janeiro (01), no Paraná (32), no Pará (1) e em Santa Catarina (1). O maior número de epizootias confirmadas foi registrado na região Sul (68,7%; 33/48), sendo a maior parte das epizootias com ocorrência no estado do Paraná. (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 19/2019.

Região	UF	EPIZOOTIAS				
		NOTIFICADAS	DESCARTADAS	INDETERMINADAS	EM INVESTIGAÇÃO	CONFIRMADAS
Norte	Acre					
	Amapá					
	Amazonas					
	Pará	16	2	9	1	1
	Rondônia	5		5		
	Roraima					
	Tocantins	6	4	1	1	
Nordeste	Alagoas					
	Bahia	21	2	13	1	
	Ceará					
	Maranhão	1		1		
	Paraíba					
	Pernambuco	6	1	3	1	
	Piauí					
	Rio Grande do Norte Sergipe	15		13	1	
Centro-Oeste	Distrito Federal	3	2	1		
	Goiás	27	7	12	1	
	Mato Grosso	5	2	3		
	Mato Grosso do Sul	3			1	
Sudeste	Espírito Santo	7	0	2	1	
	Minas Gerais	159	20	101	38	
	Rio de Janeiro	128	39	20	68	1
	São Paulo	368	215	95	45	13
Sul	Paraná	206	49	69	56	32
	Rio Grande do Sul	33	5	5	23	
	Santa Catarina	141	43	57	40	1
Total		1150	391	410	301	48

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 19/2019.



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

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 16/05/2019
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.

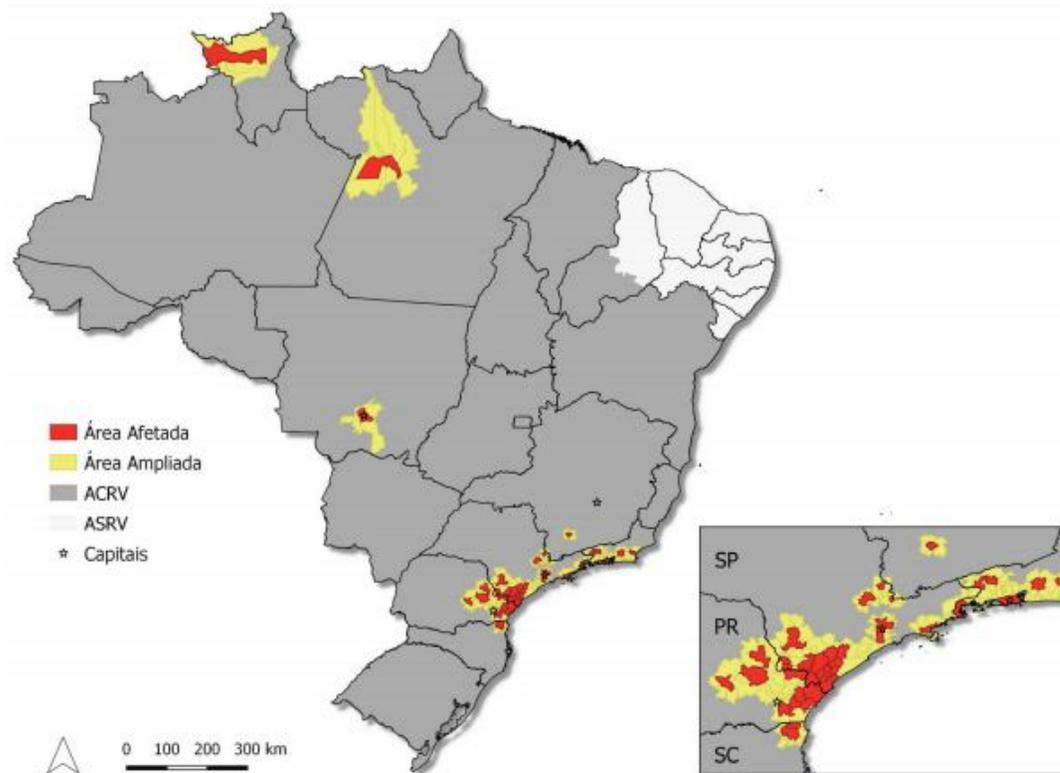


Figura 4 • Áreas afetadas (com evidência de circulação viral) e ampliadas (limítrofes àquelas afetadas), que compõem as áreas de risco de transmissão de FA e onde as ações de vigilância e resposta devem ser intensificadas.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 16/05/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

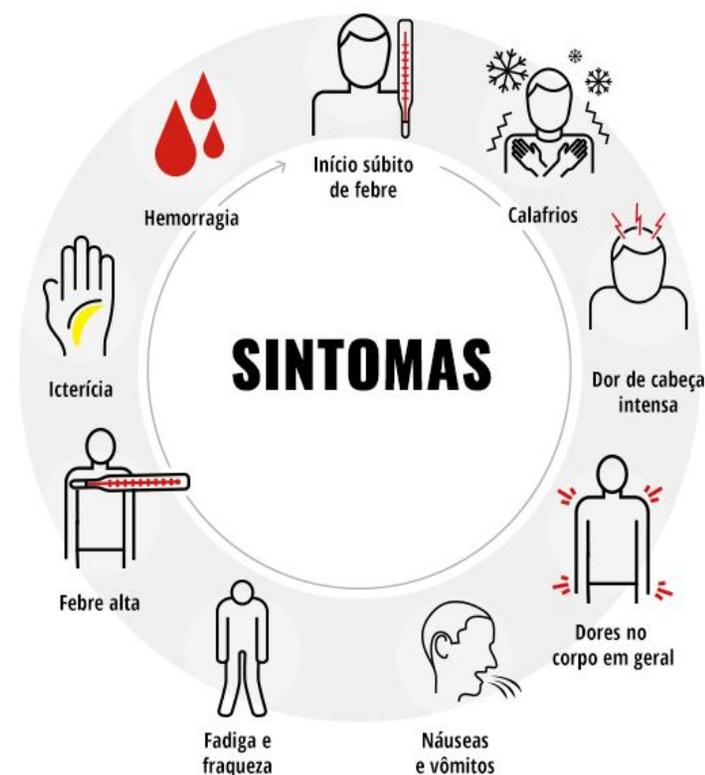
Orientações para a intensificação da vigilância:

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 e estabelecer parcerias com instituições e profissionais dos setores de saúde e extrassaúde (meio ambiente, agricultura/pecuária, entre outros) para a 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.



EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 21/2019

(19/05/2019 a 25/05/2019)

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

MALÁRIA

Local de ocorrência: Angola

Data da informação: 27/05/2019

Fonte da informação: pt.euronews.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Angola registrou já 1.025 óbitos por malária, de janeiro a maio de 2019, entre os 1.168.813 casos confirmados pelo respectivo Ministério da Saúde.

O país registrou também 77 óbitos por sarampo, particularmente, na província angolana da Lunda Sul.

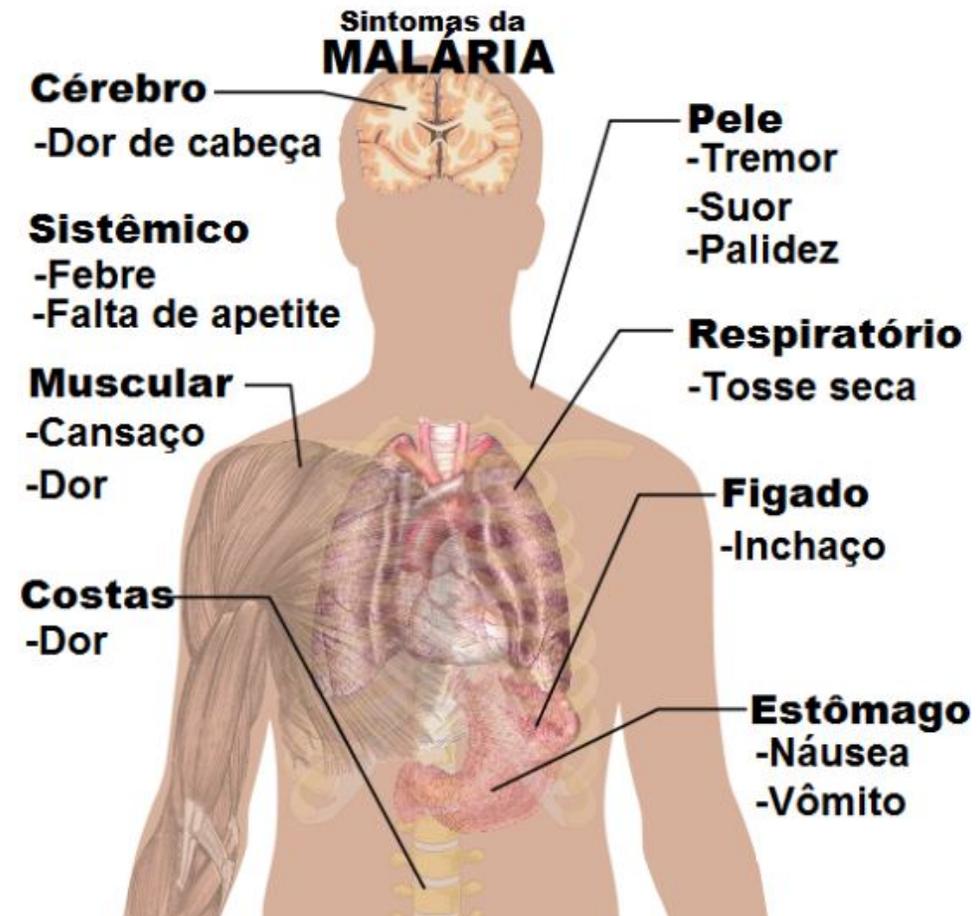
Em Angola, a malária é a principal causa de mortes e de internamentos nas unidades hospitalares do país, seguida pelos acidentes de viação.

De acordo com o mapa da "Situação Epidemiológica de Angola" a que a Lusa teve acesso, em Luanda, as autoridades sanitárias estão também "preocupadas com alta taxa de letalidade" da raiva, que registrou, no mesmo período, 33 casos e igual número de óbitos.

A tuberculose, "particularmente a resistente", é igualmente motivo de preocupação das autoridades com o registro de 2.096 casos, de janeiro a maio, e 56 óbitos.

Segundo o mapa, foram confirmados 25 casos de cólera sem registro de óbitos, 42 casos de meningite que vitimaram 19 pessoas bem como 52.996 casos de sarna.

Os dados sobre a "Situação Epidemiológica de Angola" referem ainda que a média trimestral da malária, em 2018, foi de 1.780.125 casos e 974 mortes, da cólera 738 casos e sete mortes, da meningite 192 casos e 15 óbitos, tuberculose 15.993 casos e da raiva 18 casos e igual número de óbitos.



MALÁRIA



Local de ocorrência: Grécia

Data da informação: 24/05/2019

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

COMENTÁRIOS:

Em 15 de Maio, o ECDC foi informado pela Organização Nacional de Saúde Pública da Grécia sobre um caso de malária por *P. vivax* diagnosticado na semana anterior. O doente teve início dos sintomas em 26 de abril de 2019. O caso não tinha viajado para o estrangeiro e não havia histórico de transfusão de sangue. De acordo com a investigação de caso (foco e detecção de casos reativos), o provável local de infecção é considerada uma aldeia na unidade regional de Trikala, Região da Tessália. Não foram identificados casos adicionais de malária, embora a população foco será seguida por quatro semanas. A investigação vetorial na área não recuperou mosquitos *Anopheles* ou larvas.

Considerando o início dos sintomas do paciente (final de abril de 2019), os resultados da investigação entomológica (ausência de vetor) e as condições climáticas na primavera de 2019 nesta área, é mais provável que o paciente tenha sido infectado durante a temporada de transmissão anterior em 2018 por uma cepa *P. vivax* com um longo período de incubação (tensão temperada).

As atividades de comunicação têm como alvo os profissionais de saúde locais e o público para aumentar a conscientização. Autoridades regionais e locais foram aconselhados sobre medidas de resposta recomendadas, incluindo a necessidade de intensificar a vigilância e o controle de vetores na área.

De acordo com as autoridades de saúde pública gregas, foram notificados em torno de 42 casos autóctones de malária por *P. vivax* todos os anos de 2009 a 2018. Em 2017 e 2018, seis e nove casos de *P. vivax* foram relatados, respectivamente. Um caso adicional de *P. vivax* introduzido foi relatado na mesma aldeia em 2015.

Fonte: Organização Nacional de Saúde Pública da Grécia

Avaliação do ECDC

O relatório dos casos de malária introduzidos foi observado nos últimos anos em alguns países do sul da Europa com potencial malariogênico. A ocorrência de casos de *P. vivax* na primavera é consistente com infecção durante a estação anterior e tem sido relatado em mais casos na Grécia desde 2009. O evento não é, portanto, inesperado. Além disso, de acordo com a Organização Nacional de Saúde Pública da Grécia, o local provável de exposição é uma área rural e não turística, com trabalhadores rurais sazonais originários do subcontinente indiano. A probabilidade de identificar novos casos na mesma região é avaliada baixa e medidas foram implementadas antecipadamente. Medidas de proteção pessoal contra mosquitos são incentivadas durante a temporada de circulação do mosquito.

SARAMPO

Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 17/05/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Em 2019 até 17 de maio, 12 países da região relataram casos confirmados de sarampo: Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, México, Peru, Estados Unidos da América, Uruguai e República Bolivariana da Venezuela. Não há casos fatais relatados em 2019 na região. Houve um caso confirmado de sarampo relatado na Região a bordo de um navio de cruzeiro que navegou entre Aruba e Curaçao.

Desde a atualização Epidemiológica sobre o Sarampo da OPAS/OMS, publicada em 18 de abril de 2019, 9 países relataram casos adicionais de sarampo: Brasil (70 casos), Canadá (12 casos), Chile (1 caso), Colômbia (27 casos), Costa Rica (1 caso), Peru (1 caso), Estados Unidos da América (284 casos), Uruguai (6 casos) e República Bolivariana da Venezuela (63 casos). Argentina, Bahamas e México não notificaram casos adicionais durante este período.

A **Argentina** informou 4 casos confirmados de sarampo, dos quais 3 foram importados e um foi relacionado à importação. Os detalhes dos quatro casos foram publicados na publicação Epidemiológica da OPAS / OMS.

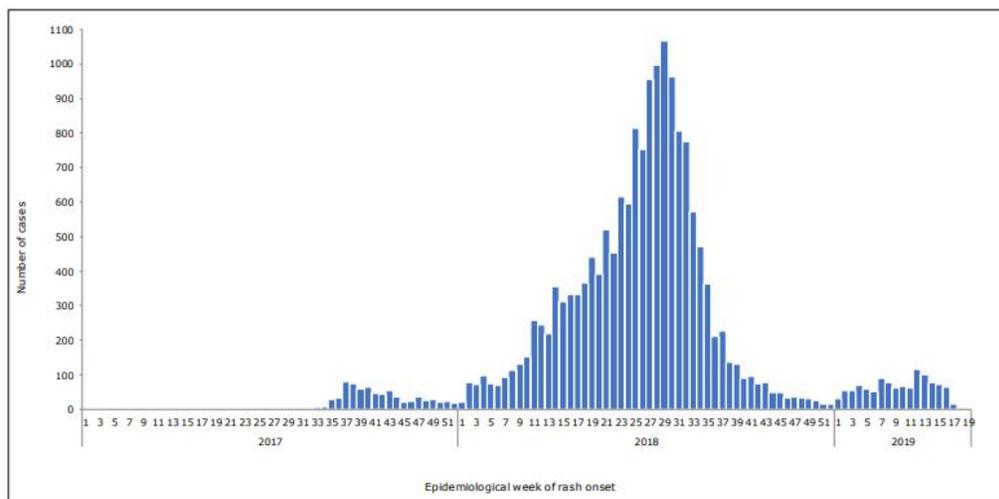
No **Brasil**, entre SE 1 de 2018 e SE 16 de 2019, houve 19.036 suspeitas de sarampo notificados (18.428 em 2018 e 608 em 2019), dos quais 10.424 foram confirmados (10.351 em 2018 e 73 em 2019) incluindo 12 mortes (todas em 2018).

A taxa de incidência acumulada no nível nacional é de 5,09 por 100.000 habitantes. Entre casos confirmados com informações disponíveis, 4.691 eram do sexo masculino e 5.715 do sexo feminino.

Em 2018, 11 unidades federadas relataram casos confirmados de sarampo: Amazonas (9.803 casos, 6 mortes), Bahia (3 casos), Distrito Federal (1 caso), Pará (104 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, 7 unidades federais relataram casos confirmados de sarampo: Amazonas (4 casos), Pará (43 casos), São Paulo (20 casos), Santa Catarina (3 casos), Rio de Janeiro (1 caso), Roraima (1 caso), e Minas Gerais (1 caso).

No **Canadá**, entre SE 1 e SE 17 de 2019, houve 45 casos confirmados de sarampo relatados nas províncias de Québec, British Columbia, Ontário e Alberta, New

Figura 1. Distribuição dos casos confirmados de sarampo * por semana epidemiológica de início da erupção cutânea em países da Região das Américas. 2017-2019 (até SE 19).



* Informações disponíveis sobre casos por SE de início de erupção cutânea (18.044 casos).

Fonte: Dados fornecidos pelos Pontos Focais Nacionais do Regulamento Sanitário Internacional da Argentina, o Bahamas, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México, Peru, Uruguai e Venezuela e de informações publicadas pela Agência de Saúde Pública do Canadá e pelos Centros de Doença dos Estados Unidos - Controle e Prevenção e reproduzidos pela OPAS / OMS.

Brunswick, e os Territórios do Noroeste. Para 37 dos 45 casos confirmados, o genótipo foi identificado, correspondendo a B3 (12 casos) e D8 (25 casos).

No **Chile**, foram notificados 27 casos confirmados de sarampo (23 em 2018 e 4 em 2019, até a SE 8), dos quais 9 foram importados e 18 foram importados. Quatorze casos precisaram de hospitalização, e nenhuma morte foi relatada. Do total de casos

(Continua na próxima página)

SARAMPO

Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 17/05/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

confirmados, 54% (14) são do sexo masculino e 57% (15) são crianças menores de um ano de idade.

Na Colômbia, entre SE 10 de 2018 e SE 19 de 2019, havia 8.752 suspeitas de sarampo notificados (6.701 em 2018 e 2.051 em 2019), dos quais 318 foram confirmados (209 com datas de início da erupção em 2018 e 109 em 2019). Nenhuma morte foi relatada.

A **Costa Rica** relatou 10 casos confirmados de sarampo entre a SE 1 e a SE 17 de 2019, dos quais 3 foram importados e 7 foram relacionados à importação.

Peru relatou dois casos confirmados de sarampo em 2019. O caso importado é de uma peruana de 40 anos da Espanha que chegou ao Peru em 21 de março. O início da erupção cutânea foi em 1º de abril e o caso foi hospitalizado por pneumonia. O segundo caso é uma criança de 5 meses que esteve em contato com o primeiro caso durante o período de transmissibilidade na sala de espera de um serviço de saúde privado e que apresentava início em 21 de abril.

Nos **Estados Unidos**, entre 1º de janeiro e 10 de maio de 2019, foram confirmados 839 casos de sarampo relatados em 23 estados: Arizona, Califórnia, Colorado, Connecticut, Flórida, Geórgia, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Maryland, Massachusetts, Michigan, Missouri, Nevada, New Hampshire, Nova Jersey, Nova Iorque, Oregon, Pensilvânia, Tennessee, Texas, e Washington.

Em 2018, 17 surtos foram registrados 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** registrou 9 casos confirmados de sarampo, dos quais 7 são adultos e 2 são bebês.

Na **Venezuela**, o surto que começou em 2017 continua em andamento. Entre a SE 26 de 2017 e a SE 18 de 2019, um total de 9.655 casos suspeitos (1.307 em 2017,

7.790 em 2018 e 558 em 2019), incluindo 6.600 casos confirmados de sarampo (727 em 2017, 5.670 em 2018 e 203 em 2019) foram relatados. Casos em 2018 foram confirmados por laboratório (2.201), diagnóstico clínico (2.662), e ligação epidemiológica (807). Em 2019, os casos foram confirmados por laboratório (96), diagnóstico (50) e link epidemiológico (57) e 149 casos permanecem sob investigação.

Foram registradas 78 mortes: 2 em 2017 (em Bolívar) e 76 em 2018 (37 no Delta Amacuro, 27 no Amazonas, 8 em Miranda, 3 no Distrito Capital e 1 em Bolívar).

Sarampo em um navio de cruzeiro

Em 1º de maio de 2019, a OPAS / OMS recebeu informações sobre um caso importado de sarampo em um Cruzeiro. O caso é uma mulher de 40 anos de idade, com erupção cutânea em 26 de abril. Foi realizada a investigação epidemiológica, incluindo a coleta de amostras de todos os passageiros e tripulantes a bordo do navio. Nenhum caso secundário foi identificado. Resultados de amostras de laboratório coletadas em Curaçao de tripulantes e passageiros indicam que 93% das pessoas estavam protegidas contra o sarampo. A vacinação foi realizada para a maioria dos passageiros e tripulantes que não tinham soroproteção.

Sarampo nas comunidades indígenas

No **Brasil**, foram notificados 183 casos suspeitos entre populações indígenas, dos quais 145 foram confirmados no estado de Roraima e 2 (ambos fatais) no estado do Pará. A maioria dos casos confirmados no Estado de Roraima são do Distrito de Saúde Indígena de Auari, 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 (149 casos, dos quais 132 no Sanema, 16 em Yanomami e 1 em etnia Baniva); Bolívar (1 caso na etnia pemón), Distrito Capital (1 caso no grupo étnico Wayú), Delta Amacuro (331 casos, todos no Grupo étnico warao); Monagas (22 casos, dos quais 20 estavam em Warao, 1 em Shaima e 1 em Etnias Eñepa); e Zulia (9 casos no grupo étnico Wayú). Além disso, 62 mortes foram relatadas, dos quais 35 estavam no Delta Amacuro (todos no grupo étnico Warao) e 27 estavam no Amazonas (26 em Sanema e 1 em grupos étnicos Yanomami).

DENGUE / CHIKUNGUNYA



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 17/05/2019

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, o Brasil registrou 15.352 casos prováveis, incluindo dois óbitos confirmados, em 23 de março de 2019, um aumento de 2.410 casos e duas mortes desde a atualização anterior do relatório. Rio de Janeiro, Tocantins, Pará e Acre são as regiões com maior incidência relatada em 2019. Durante o mesmo período em 2018, 26.840 casos prováveis, incluindo 10 mortes, foram relatados no Brasil.

Colômbia: Em 2019, a Colômbia registrou 238 casos em 4 de maio de 2019, seis dos quais confirmados em laboratório. Isso representa um aumento de 36 casos desde a atualização anterior do relatório.

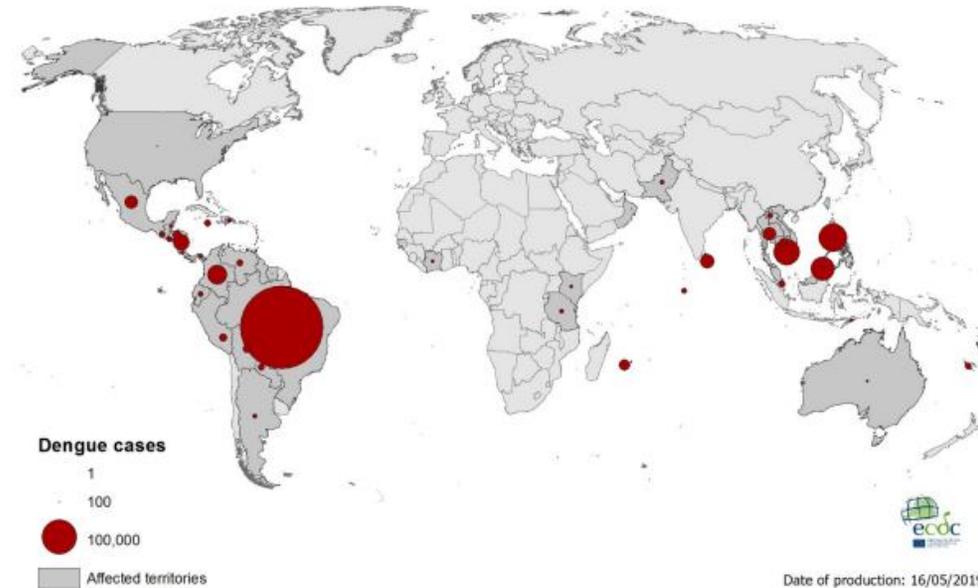
El Salvador: Em 2019, El Salvador registrou 129 casos suspeitos em 4 de maio de 2019, um aumento de 24 casos desde a última atualização. No mesmo período de 2018, El Salvador registrou 105 casos suspeitos.

Honduras: De acordo com fontes da mídia citando autoridades de saúde, 47 casos foram registrados em Honduras em 2019 até 8 de abril de 2019.

México: Em 2019, nenhum caso adicional foi relatado desde a atualização anterior, em 27 de abril de 2019. O Ministério da Saúde relatou dois casos confirmados em 2019. Para o mesmo período de 2018, o México relatou seis casos confirmados.

Nicarágua: Em 2019, a Nicarágua registrou 57 casos suspeitos em 5 de maio de 2019, nenhum confirmado. Para o mesmo período em 2018, a Nicarágua relatou 121 casos suspeitos, incluindo 22 confirmados.

Paraguai: Em 2019, o Paraguai registrou 20 casos prováveis em 27 de abril de 2019, um aumento de 9 casos adicionais desde a atualização anterior.



Distribuição geográfica dos casos de dengue notificados em todo o mundo, de março a maio de 2019

Peru: em 2019, o Peru registrou 91 casos em 30 distritos em todo o país até 21 de abril de 2019, um aumento de 12 casos desde a atualização anterior. Para o mesmo período de 2018, o Peru informou 160 casos.

Dengue:

Para o ano em curso, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) registrou 691.000 casos suspeitos e confirmados de dengue nas Américas até 4 de maio de 2019. O **Brasil** foi responsável por 85% dos casos em toda a região (586.000 casos), seguido pela Colômbia (32.000 casos), Nicarágua (21.000 casos) e México (13.000 casos). O Brasil já registrou um aumento de seis vezes em comparação com o mesmo período em 2018, quando foram reportados 91.000.

(Continua na próxima página)

DENGUE / CHIKUNGUNYA



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 17/05/2019

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

COMENTÁRIOS:

Ásia

Doença do vírus Chikungunya:

Índia: Em 2019 e de acordo com fontes da mídia citando autoridades de saúde, 250 casos foram registrados no Estado de Tamil Nadu até abril de 2019.

Indonésia: De acordo com fontes de mídia citando autoridades de saúde, 17 casos foram relatados em Depok, Java Ocidental, em abril de 2019.

Maldivas: Em 2019 e de acordo com fontes de mídia citando autoridades de saúde, 790 casos foram registrados nas Maldivas até abril de 2019. Segundo as mesmas fontes, o último surto relatado nas Maldivas foi em 2006.

Tailândia: em 2019, a Tailândia notificou 3.379 casos sem mortes associadas em 23 províncias em 13 de maio de 2019. Outras províncias afetadas estão localizados na parte sul do país. Isto representa um aumento de 238 casos desde a última atualização, embora o número de casos relatados por semana esteja diminuindo.

Dengue:

A maioria dos países que notificam a Ásia e o Sudeste Asiático observaram uma tendência crescente neste ano.

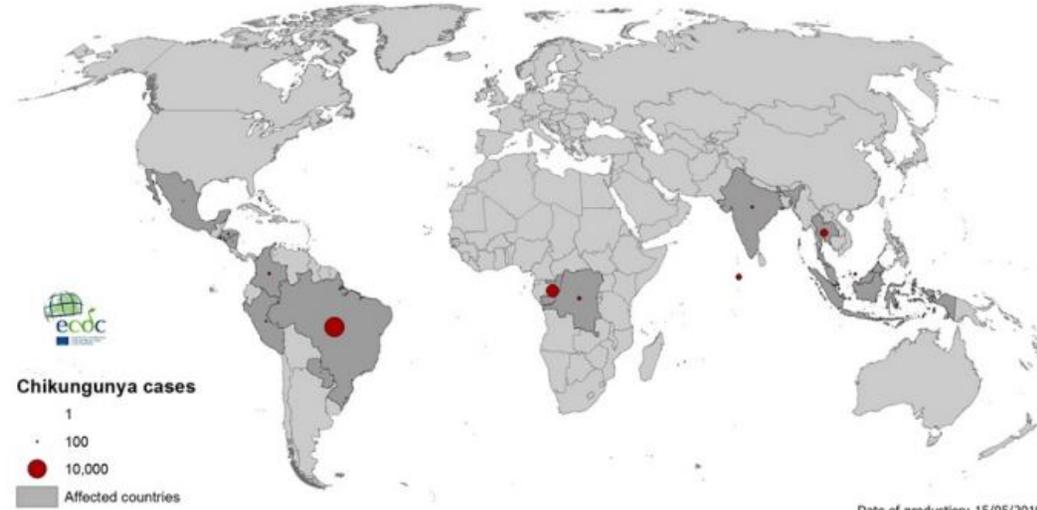
Em 27 de abril de 2019, o **Camboja** registrou 5.045 casos, em comparação com 500 para o mesmo período em 2018.

Até 27 de abril de 2019, **Laos** relatou 2.405 casos, em comparação com 100 para o mesmo período em 2018.

Até 13 de maio de 2019, a **Malásia** registrou 47.147 casos em 2019, em comparação com 22.000 para o mesmo período em 2018.

No sul da Ásia, as **Maldivas** relataram 2.102 casos em 14 de maio de 2019, um aumento de quatro vezes em comparação com o mesmo período em 2018.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde, o **Paquistão** registrou 1.206 casos desde o início do ano até 28 de abril de 2019.



Distribuição geográfica dos casos de chikungunya notificados em todo o mundo, de março a maio de 2019

Até 20 de abril de 2019, as **Filipinas** relataram 67.106 casos, quase o dobro dos 35.247 relatados no mesmo período em 2018.

Até 11 de maio de 2019, **Cingapura** registrou 3.236 casos, em comparação com 990 casos para o mesmo período em 2018.

O **Sri Lanka** relatou uma ligeira diminuição em comparação com 2018. De acordo com o Ministério da Saúde até 13 de maio de 2019, o país relatou 16.681 casos de dengue em 2019, em comparação com 19 mil casos no mesmo período do ano passado. Colombo, Jaffna e os distritos de Gampaha são as áreas mais afetadas.

Até 13 de maio de 2019, a **Tailândia** relatou 13.329 casos, em comparação com 6.140 para o mesmo período em 2018.

DENGUE / CHIKUNGUNYA



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 17/05/2019

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

COMENTÁRIOS:

Até 4 de maio de 2019, o **Vietnã** registrou 57.880 casos, um aumento de três vezes em comparação com o mesmo período de 2018.

Não há atualizações oficiais disponíveis para o Bangladesh ou a Índia.

África

Doença do vírus Chikungunya:

República do Congo: Segundo a OMS, em 2019, foram notificados 6.149 casos suspeitos em 14 de abril de 2019, dos quais 61 foram confirmadas por laboratório. Nenhuma morte relacionada a este surto foi relatada. Este é um aumento de 877 casos desde a atualização anterior. Casos são relatados em oito dos 12 departamentos da República do Congo: Kouilou, Bouenza, Pointe-Noire, Plateaux, Pool, Niari, Lékoumou e Brazzaville.

República Democrática do Congo: Segundo a OMS, desde o início do surto até 17 de abril de 2019, 823 casos, incluindo 254 confirmados, foram relatados. Nenhuma morte relacionada a este surto foi relatada. Isso representa um aumento de 493 casos desde a atualização anterior.

Dengue:

Segundo a OMS, a **Costa do Marfim** continua registrando casos. Desde o início do ano até 8 de maio de 2019, o país relatou 526 casos suspeitos e 80 confirmados.

De acordo com a OMS, **Maurício** registrou 122 casos autóctones de 26 de fevereiro a 3 de maio de 2019, um aumento de 60 casos desde a última atualização do relatório. A área mais afetada é Port Louis (Vallée des Prêtres). Além disso, três casos foram relatados como sendo importado da Reunião.

Reunião continua a ver um aumento acentuado nos casos de dengue. De acordo com as autoridades regionais, em 14 de maio de 2019, a Reunião detectou mais de 10.000 casos confirmados e 30.000 suspeitos desde o início de 2019.

De agosto de 2018 a 28 de abril de 2019, a **Tanzânia** detectou 1.288 casos suspeitos, dos quais 948 foram confirmados. Este é um aumento de 800 casos desde a última atualização.

Austrália e o Pacífico

Doença do vírus Chikungunya:

Nenhum surto foi relatado desde a atualização anterior.

Dengue:

Segundo a OMS, a **Austrália** relatou 429 casos de dengue em 30 de abril de 2019, em comparação com 248 para o mesmo período do ano passado.

Até 5 de maio de 2019, a **Polinésia Francesa** registrou aproximadamente 260 casos de dengue desde o início do ano. Destes, 20 são casos autóctones de DENV-2 relatados no Taiti e em Moorea.

Em 6 de maio de 2019, a **Nova Caledônia** registrou 3081 casos de dengue, mostrando um aumento importante desde o início do ano. O sorotipo circulante é o DENV-2.

Vários meios de comunicação relataram surtos em Vanuatu (216 casos) e nas Ilhas Cook (40 casos).

MERS-CoV



Local de ocorrência: Arábia Saudita

Data da informação: 17/05/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

De 9 a 30 de abril de 2019, o Ponto Focal da Arábia Saudita do National International Health Regulations (IHR) relatou nove casos adicionais de infecção pelo coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV), incluindo três mortes. Dos nove casos relatados, cinco foram associados a clusters em andamento em três cidades. Três casos (incluindo uma morte) foram relatados na cidade de Alkhafji, na região oriental da Arábia Saudita, um caso na cidade de Alderb, na região de Jazan, e um caso na cidade de Alkharji, na região de Riad, na Arábia Saudita.

De 2012 a 30 de abril de 2019, um total de 2.428 casos confirmados em laboratório de infecção por MERS-CoV e 839 mortes associadas foram relatados globalmente à OMS sob o RSI. As mortes associadas relatadas à OMS foram identificadas através do acompanhamento com os estados membros afetados.

Avaliação de risco da OMS

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

A notificação desses casos adicionais não altera a avaliação de risco geral da OMS da MERS. A OMS espera que casos adicionais de MERS sejam relatados no Oriente Médio e que os casos continuem sendo exportados para outros países por indivíduos que possam adquirir a infecção após exposição a camelos dromedários, produtos de origem animal (por exemplo, consumo de leite cru de camelo).

A OMS continua monitorando a situação epidemiológica e conduz uma avaliação de risco com base nas últimas informações disponíveis.

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 (IPC) são críticas para evitar a possível disseminação de MERS-CoV em unidades de saúde. Nem sempre é possível identificar precocemente pacientes com infecção por MERS-CoV porque, assim como outras infecções respiratórias, os primeiros sintomas da MERS são inespecíficos. Portanto, os profissionais de saúde devem sempre aplicar as precauções padrão de maneira consistente com todos os pacientes, independentemente do diagnóstico. Precauções com gotículas devem ser adicionadas às precauções padrão ao fornecer cuidados a pacientes com sintomas de infecção respiratória aguda; precauções de contato e proteção para os olhos devem ser adicionadas ao cuidar de casos prováveis ou confirmados de MERS; precauções aerotransportadas devem ser aplicadas ao realizar procedimentos de geração de aerossóis.

A identificação precoce, o gerenciamento de casos e o isolamento, juntamente com medidas apropriadas de prevenção e controle de infecção, podem impedir a transmissão de MERS-CoV entre humanos.

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

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

ÉBOLA

Local de ocorrência: República Democrática do Congo

Data da informação: 23/05/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)



COMENTÁRIOS:

Durante as últimas três semanas, os relatórios indicam que a transmissão permanece mais intensa em sete áreas principais de hotspot: Beni, Butembo, Kalunguta, Katwa, Mabalako, Mandima e Musienene. Coletivamente, essas zonas de saúde respondem pela grande maioria (93%) dos 349 casos notificados nos últimos 21 dias entre 1º e 21 de maio de 2019. Durante esse período, foram notificados novos casos de 91 áreas de saúde em 15 das 22 zonas de saúde afetadas até o momento (Figura 1).

Até 21 de maio, um total de 1.866 casos de DVE (Doença do Vírus Ebola) confirmados e prováveis foram relatados, dos quais 1.241 morreram (taxa de letalidade de 67%). Do total de casos com registro de sexo e idade, 56% (1.051) eram do sexo feminino e 30% (545) eram crianças menores de 18 anos. O número de profissionais de saúde afetados subiu para 105 (6% do total de casos). 490 pacientes com DVE que receberam cuidados em ETCs foram liberadas com sucesso.

Avaliação de risco da OMS

A OMS monitora continuamente as mudanças na situação epidemiológica e no contexto do surto para garantir que o apoio à resposta seja adaptado às circunstâncias em evolução. A última avaliação concluiu que os níveis de risco nacionais e regionais permanecem muito altos, enquanto os níveis globais de risco permanecem baixos. Aumentos semanais no número de novos casos estão em andamento desde o final de fevereiro de 2019. A deterioração geral da situação de segurança e a persistência de bolsas de desconfiança da comunidade, exacerbadas por tensões políticas e insegurança, resultaram em suspensão temporária recorrente e atrasos na investigação de casos e atividades de resposta nas áreas afetadas, reduzindo a eficácia geral das intervenções. No entanto, o recente diálogo com a comunidade, as iniciativas de extensão e a restauração do acesso a certas áreas do hotspot resultaram em algumas melhorias na aceitação da comunidade de atividades de resposta e esforços de investigação de casos. A alta proporção de mortes na comunidade relatadas entre os casos confirmados, a proporção relativamente baixa de novos casos que eram conhecidos contatos sob vigilância, existência de cadeias de transmissão ligadas à infecção nosocomial, atrasos persistentes na detecção e isolamento em ETCs e desafios na notificação e resposta em tempo hábil em casos

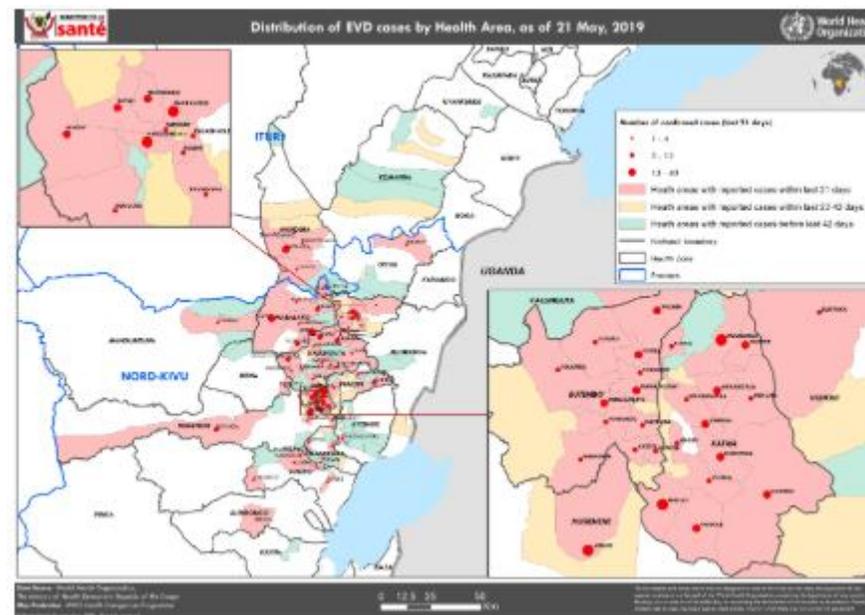


Figura 1: Casos confirmados e prováveis da doença do vírus Ébola por área de saúde, províncias de Kivu do Norte e Ituri, República Democrática do Congo, dados de 21 de maio de 2019

prováveis, todos os fatores aumentam a probabilidade de novas cadeias de transmissão nas comunidades afetadas e aumentam o risco de propagação geográfica tanto na República Democrática do Congo quanto nos países vizinhos. As altas taxas de movimento populacional ocorridas nas áreas afetadas pelo surto para outras áreas da República Democrática do Congo e através das fronteiras porosas para os países vizinhos, durante os períodos de maior insegurança, agravam ainda mais estes riscos. Riscos adicionais são colocados pela longa duração do surto atual, fadiga entre a equipe de resposta e pressão contínua sobre recursos limitados. Por outro lado, atividades substantivas de preparo operacional e prontidão em vários países vizinhos provavelmente aumentaram a capacidade de detectar casos rapidamente e reduzir a disseminação local. No entanto, esses esforços devem continuar a ser ampliados neste momento.

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 22/05/2019

Origem da informação: The Global Polio Eradication Initiative e OPAS

COMENTÁRIOS

Os ministros e delegados da Saúde que participaram da Assembléia Mundial da Saúde esta semana em Genebra saudaram a nova Estratégia de Jogo Final da Pólio 2019-2023, reiterando a necessidade de implementar e financiar todos os aspectos da estratégia para garantir um mundo livre da pólio. O plano de cinco anos detalha as táticas e ferramentas para eliminar o poliovírus de seus últimos reservatórios, incluindo estratégias inovadoras para vacinar crianças e expandir as parcerias com a comunidade do Programa Ampliado de Imunização e emergências de saúde.

Aproveitando a massa crítica de líderes globais, a Iniciativa Global de Erradicação da Pólio organizou um evento para erradicadores da pólio, parceiros e partes interessadas em 21 de maio de 2019. O evento, que teve sucesso em 2023 - Alcançando Todas as Últimas Crianças, celebrou a nova Estratégia de Endosso do Pólio da GPEI 2019-2023.

Resumo de novos vírus nesta semana: **Afganistão** - uma amostra ambiental positiva para poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1); **Paquistão** - dois casos de WPV1 e sete amostras ambientais positivas para WPV1; **Níger** - um poliovírus derivado da vacina circulante tipo 2 (cVDPV2) isolado de um contato saudável com a comunidade; **Nigéria** - Um caso classificou o cVDPV2 com base em um contato positivo e três amostras ambientais positivas para 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	24	10	11	15	33	104
- in endemic countries	24	8	11	2	33	34
- in non-endemic countries	0	2	0	13	0	70

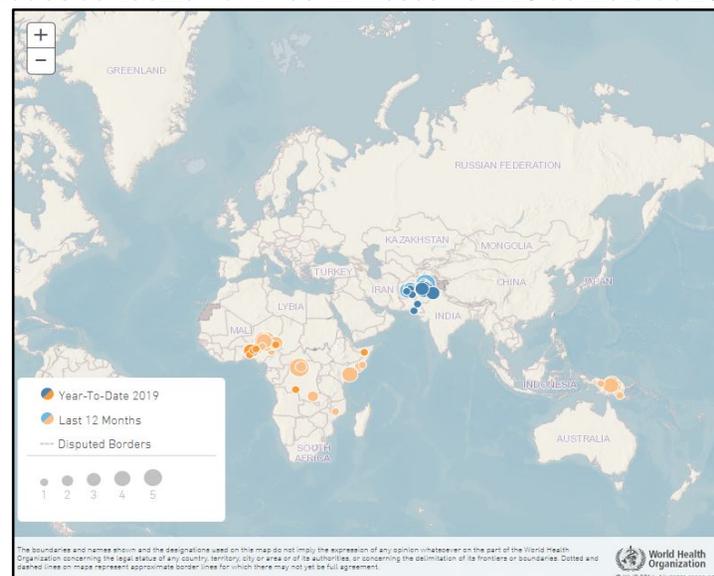
<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

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
Afganistão	7	0	8	0	21	0	3-Abr-2019	NA
Rep Dem Congo	0	1	0	8	0	20	NA	8-Fev-2019
Indonésia	0	0	0	0	0	1	NA	27-Nov-2018
Mozambique	0	0	0	0	0	1	NA	21-Out-2018
Niger	0	0	0	0	0	10	NA	5-Dez-2018
Nigéria	0	8	0	2	0	34	NA	29-Mar-2019
Paquistão	17	0	3	0	12	0	29-Abr-2019	NA
Papua Nova Guiné	0	0	0	1	0	26	NA	18-Out-2018
Somália	0	1	0	4	0	12	NA	15-Mar-2019

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

Poliovírus selvagem global e casos de poliovírus circulantes derivados da vacina - últimos 12 meses - em 28 de maio de 2019



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

INFLUENZA



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 27/05/2019

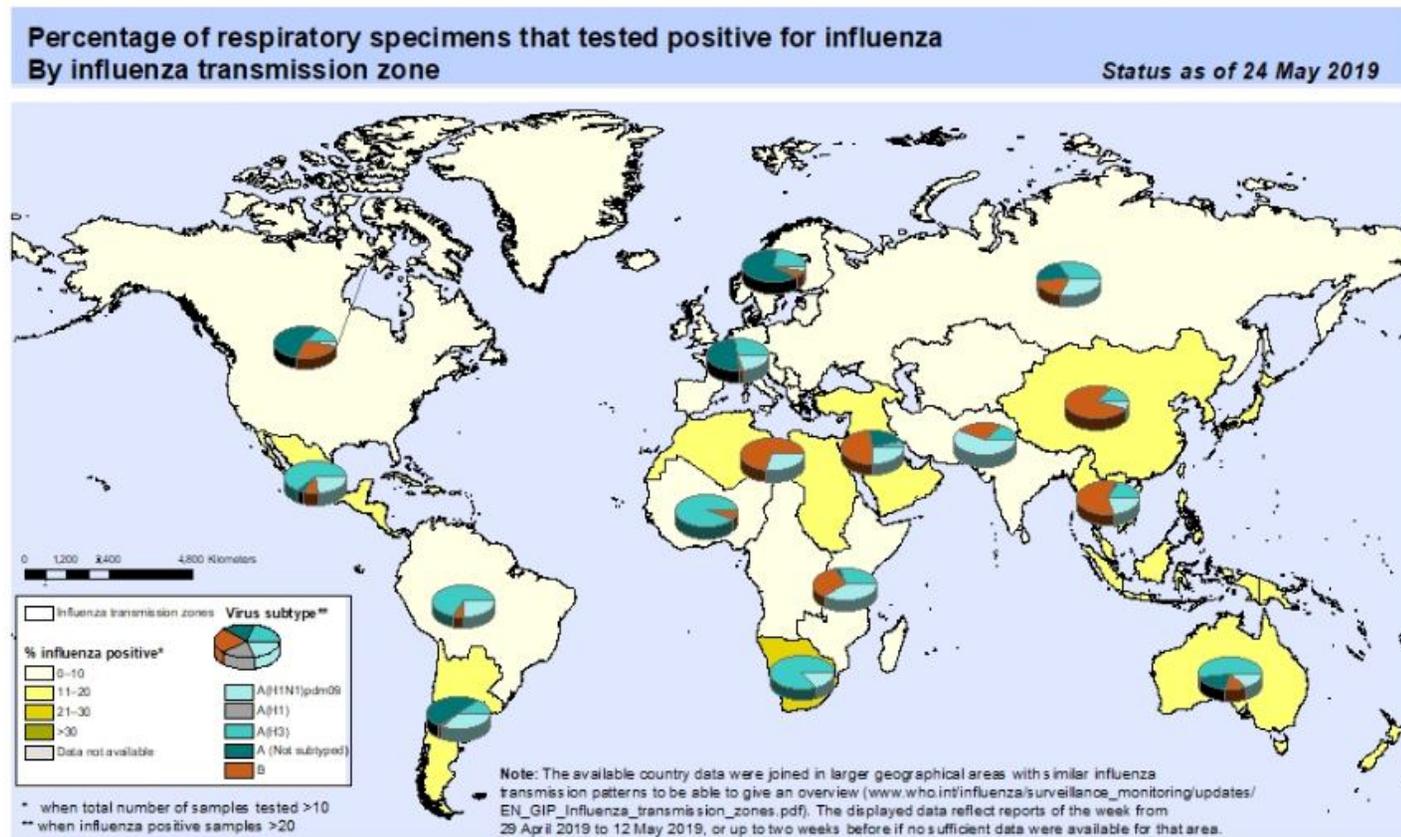
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

Nas zonas temperadas do hemisfério sul, as detecções de influenza aumentaram em geral. Na Austrália e na Nova Zelândia, as detecções de influenza foram predominantemente de vírus influenza A (H3N2) e influenza B. Na África do Sul, detectaram-se predominantemente vírus da gripe A (H3N2). Na América do Sul, os vírus influenza A (H1N1) pdm09 predominaram. No sul da Ásia, a atividade da influenza foi baixa em geral.

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. Na África Oriental, Ocidental e Central, a atividade da gripe foi baixa em todos os países relatados. Na zona temperada do hemisfério norte, a atividade da influenza diminuiu em geral. Na América do Norte e na Europa, a atividade da influenza foi baixa em geral. No norte da África, as detecções de influenza foram baixas entre os países declarantes. Na Ásia Ocidental, a atividade da gripe foi baixa no geral, mas com detecções contínuas em alguns países da Península Arábica. Na Ásia Oriental, a atividade da influenza diminuiu.

Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de influenza de 111 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 29 de abril de 2019 a 12 de maio de 2019 (dados em 2019-05-24 03:41:52 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 80.173 espécimes durante esse período de tempo. 7.693 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 4.383 (57%) foram tipificados como influenza A e 3.310 (43%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 707 (30,9%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 1.578 (69,1%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 63 (2,9%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 2.075 (97,1%) à linhagem B-Victoria.

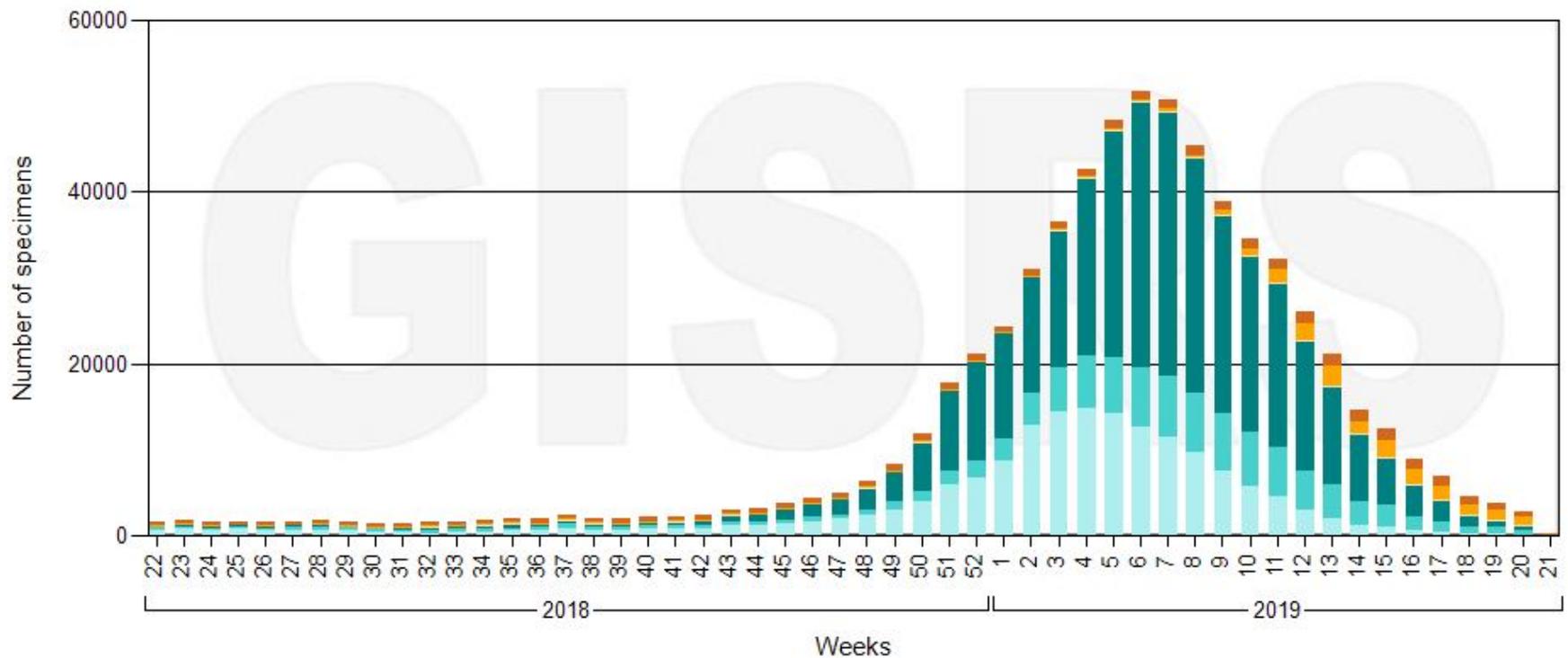


The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers 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-net)

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype

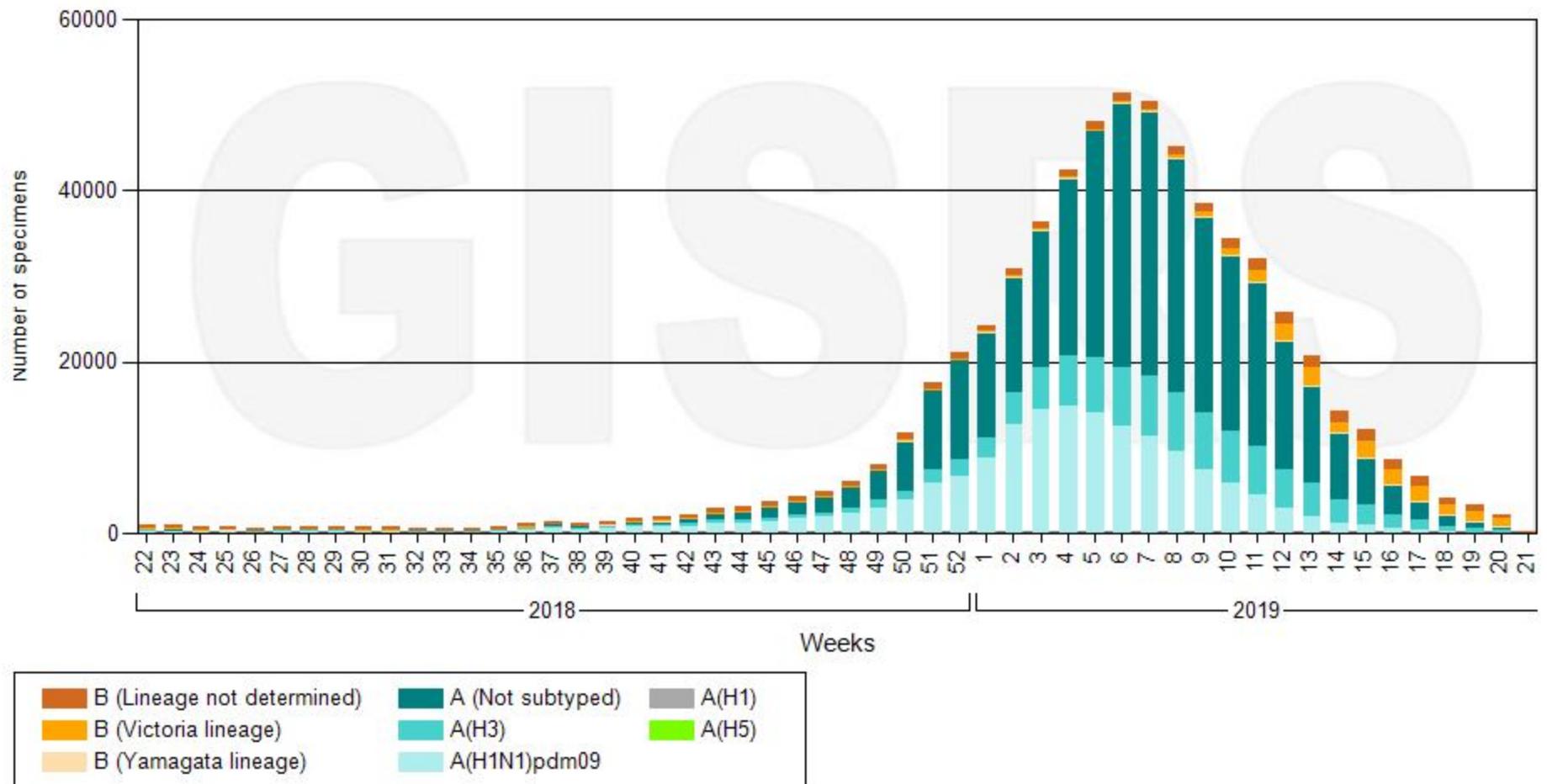


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 28/05/2019 18:11:19 UTC

Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype

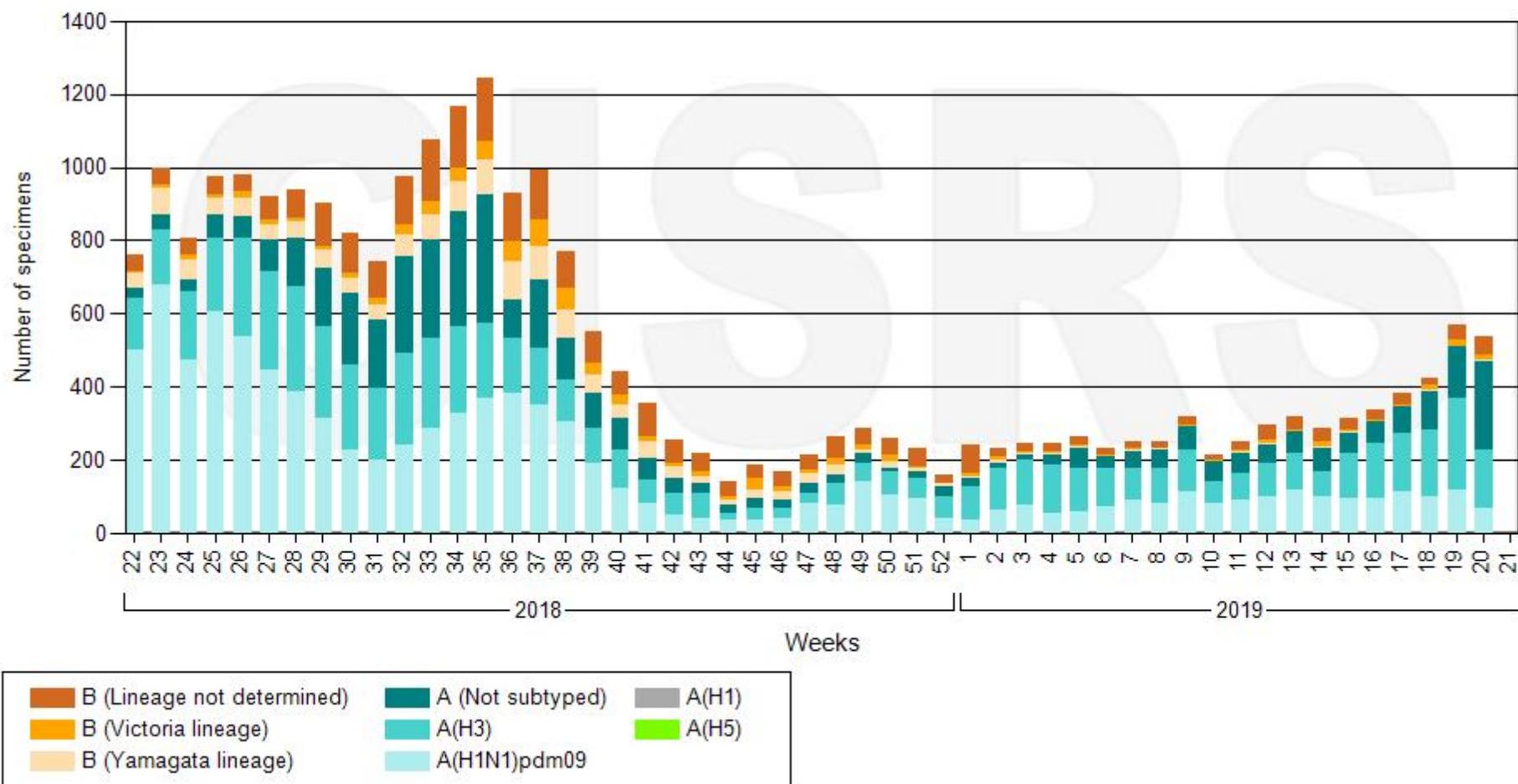


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 28/05/2019 18:12:03 UTC

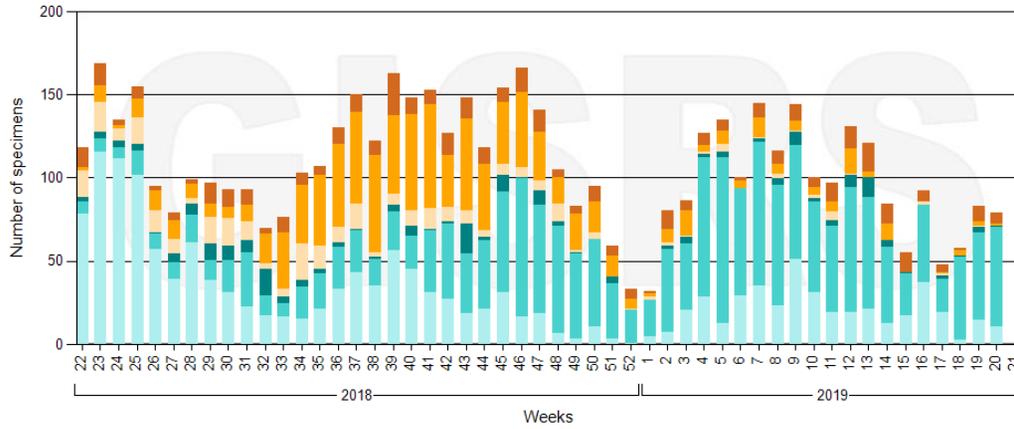
Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

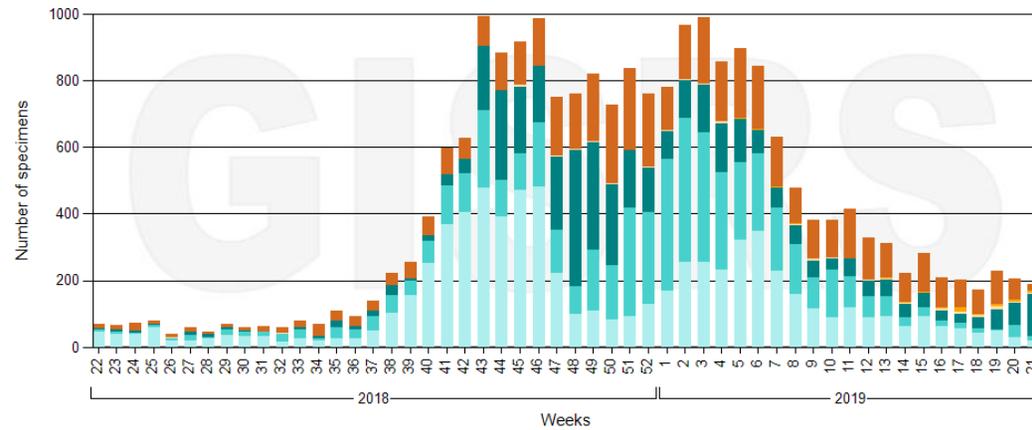


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2019

Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

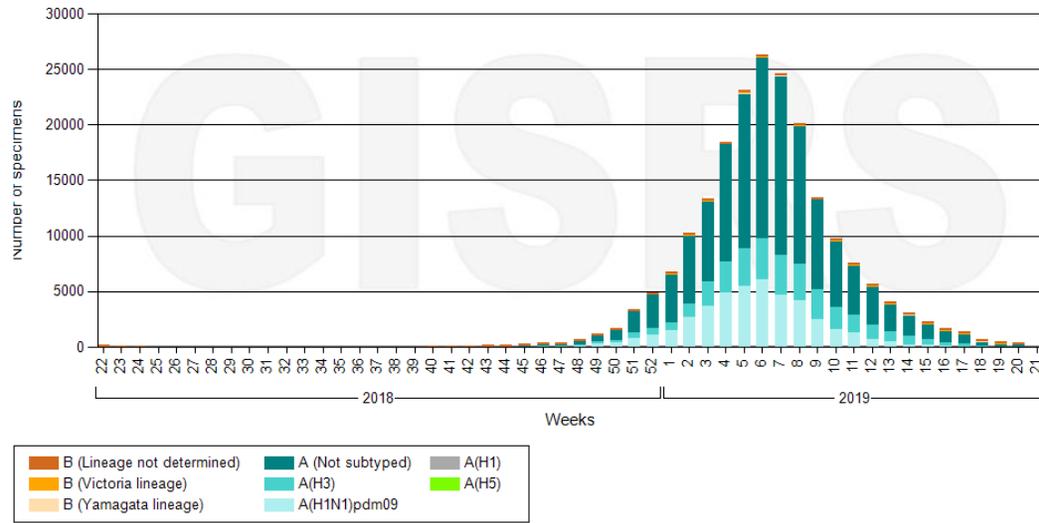


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2019

European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

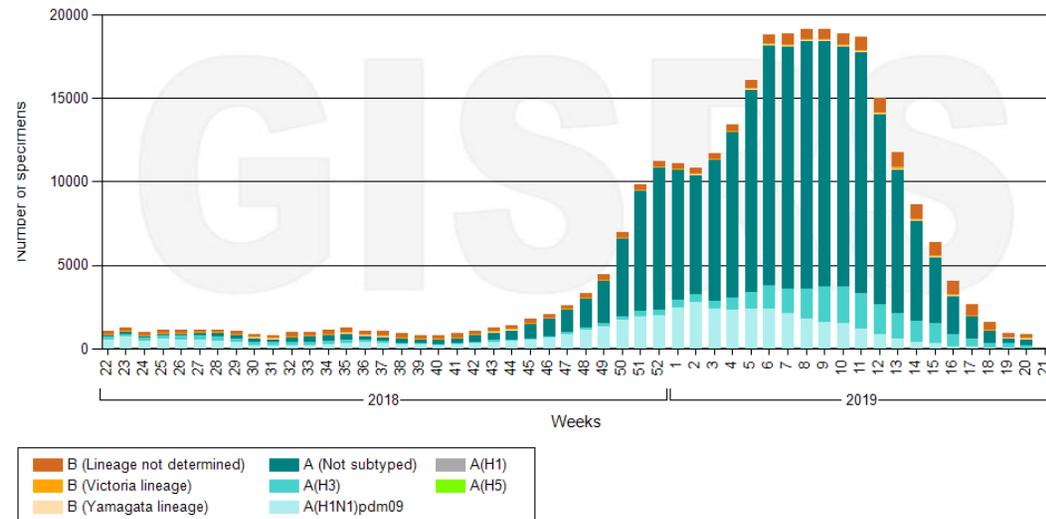


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2019

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



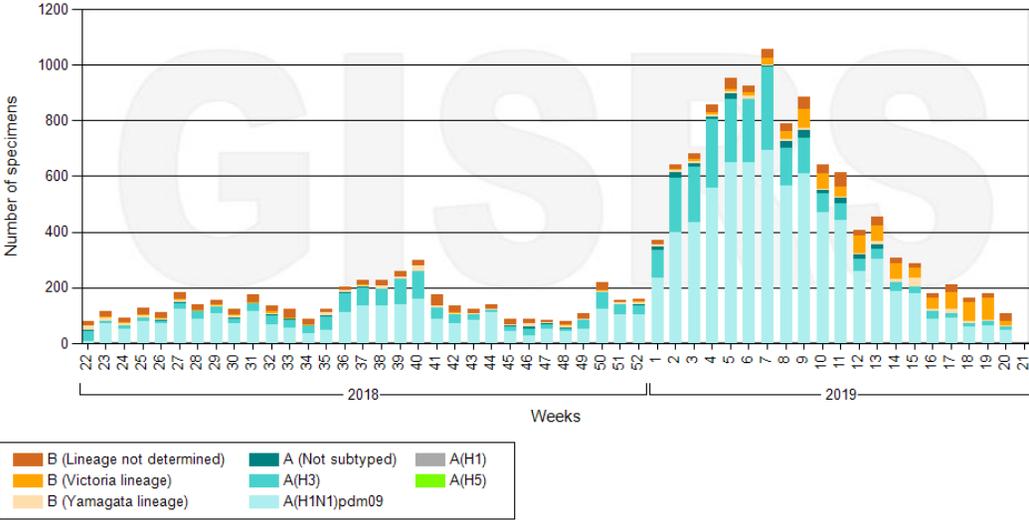
Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2019



South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

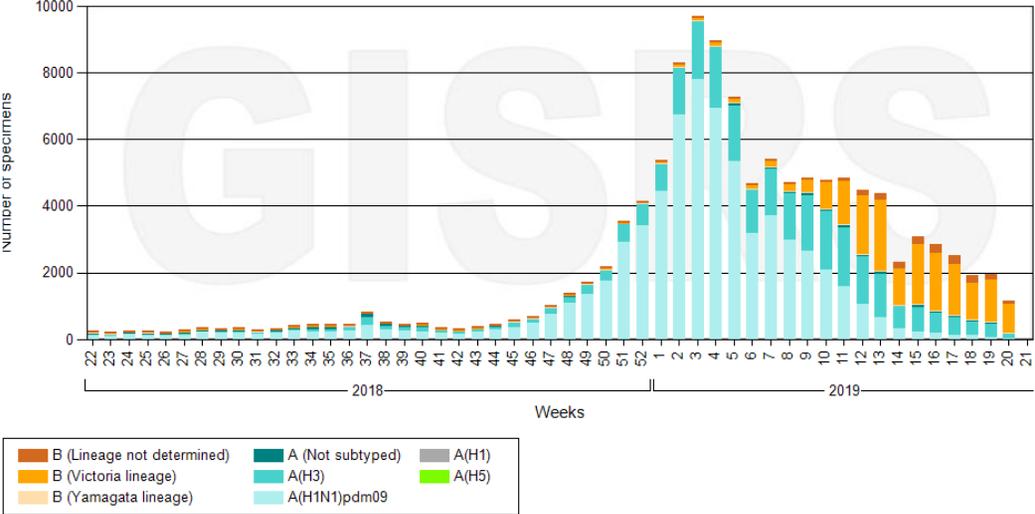


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet)_GISRS

© World Health Organization 2019

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



Data source: FluNet (www.who.int/fluinet)_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>