

INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 11/2019 (10/03/2019 a 16/03/2019)

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 11/2019 (10/03/2019 a 16/03/2019)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - CIEVS

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 14/03/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

O boletim epidemiológico semanal divulgado pela Secretaria Estadual da Saúde (SESA) não registra novos casos de febre amarela, mas o Paraná segue em alerta com 8 casos confirmados da doenca. incluindo uma morte. "A nossa recomendação é para que a população busque uma unidade de saúde mais próxima da sua casa e tome a vacina contra a doença, que está disponível nos 399 municípios", alerta o secretário de Saúde do Paraná. Beto Preto. Ele destaca a preocupação com algumas pessoas que não querem se vacinar. "A vacina é segura é a única forma eficaz de proteger a população"

O número de casos já investigados e descartados aumentou da semana passada para cá: eram 129 e agora são 137 casos descartados

Continuam em investigação 59 notificações. Os municípios com mais notificações são Paranaguá, Curitiba e São José dos Pinhais.

A SESA segue com as ações de combate a febre amarela em todo Paraná. De janeiro até agora foram aplicadas cerca de 300 mil doses da vacina.

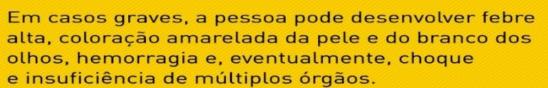
"A vacina leva 10 dias para conferir a proteção", informa a superintendente de Vigilância em Saúde, Acácia Nasr, "portanto recomendamos que todos procurem o serviço de saúde para a imunização, devem receber a vacina pessoas entre 9 meses e 59 anos", afirmou.

Os parques estaduais também estão sob alerta, pois são consideradas áreas de risco de circulação viral. "Quem for visitar essas unidades de conservação deve estar vacinado", reforça a superintendente.

Sintomas da febre amarela



- Febre
- Calafrios
- Dor de cabeça
- Dores nas costas
- Dores no corpo em geral
- Náuseas e vômitos
- Fadiga e fraqueza.







/minsaude

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 14/03/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Vigilância de casos humanos

No período de 01/07/2018 a 13/03/2019 foram notificados 204 casos. Destes, 08 foram confirmados para febre amarela sendo 07 autóctones e 59 estão em investigação. Os casos confirmados residem em: Curitiba, Antonina, Morretes, Campina Grande do Sul e Adrianópolis, com local provável de infecção na tabela 2. 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.

Tabela 1. Distribuição dos casos notificados de febre amarela, segundo classificação, Paraná, de 01/07/2018 a 13/03/2019.

Classificação	Casos	Óbitos
Confirmados	8	1
Em investigação	59	0
Descartados	137	0
Total	204	1

Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA-PR, 13/03/2019, dados preliminares sujeitos a alterações.

Tabela 2. Distribuição dos casos de febre amarela notificados no período sazonal de 01/07/2018 a 13/03/2019, por município de residência, Paraná.

nc	Mountafata de Basidênsia	No.4161 and an	For Investigation		Confirmados	Donnetodo
RS	Município de Residência	Notificados	Em Investigação	n	LPI (Local provável de infecção)	Descartados
	Antonina	7	1	2	Guaraqueçaba Antonina	4
	Guaraqueçaba	2	1	0		1
•	Guaratuba	1	1	0		0
1	Matinhos	3	1	0		2
	Morretes	8	1	1	Morretes	6
	Paranaguá	55	4	0		51
	Pontal do Paraná	2	0	0		2

Confirmados Município de Residência Notificados Em Investigação Descartados n LPI (Local provável de infecção) Adrianópolis Adrianópolis Almirante Tamandaré Bocaiúva do Sul Campina Grande do Sul Guaraqueçaba Campo Largo Campo Magro Cerro Azul Colombo Itaóca/SP Curitiba São José dos Pinhais Fazenda Rio Grande Piên **Pinhais** Piraquara São José dos Pinhais Tunas do Paraná Palmeira Ponta Grossa Chopinzinho Ampére **Dois Vizinhos** Francisco Beltrão Planalto Foz do Iguaçu Itaipulândia Cascavel Iguatu Quedas do Iguaçu Vera Cruz do Oeste Maringá Sarandi Arapongas Rio Bom Londrina 17 Lupionópolis Primeiro de Maio 18 Uraí 20 Marechal Cândido Rondon Total Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA, 13/03/2019

(Tabela continua ao lado) Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SES

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 14/03/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

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

Neste período de monitoramento 2018/2019, ocorreram epizootias em primatas não humanos (PNH) em 46 municípios, com confirmação de circulação do vírus amarílico em 02 municípios, Antonina e Morretes. Até o momento 12 municípios estão com epizootia em investigação e 14 com epizootia indeterminada (sem coleta de amostra).

Tabela 3. Distribuição das epizootias notificadas, no período de monitoramento de 01/07/2018 a 13/03/2019, por município de ocorrência, Paraná.

RS	Município de ocorrência	T to the second	01/	07/2018 a 30/06/2019		
r/3	Municipio de ocorrencia	Confirmadas	Descartadas	Indeterminadas*	Em investigação	Tota
	ANTONINA	1		2		3
1	GUARAQUEÇABA			2		2
1	MORRETES	1	1			2
	PARANAGUÁ	3			1	1
	ARAUCÁRIA	137		1		1
	BOCAIÚVA DO SUL			2		2
	CAMPINA GRANDE DO SUL	8	.d	1		1
	CERRO AZUL	86 62		2		2
	CONTENDA			1		1
2	CURITIBA		4			4
2	DOUTOR ULYSSES	8		2		2
	LAPA	3	1			1
	PIEN	2	1			1
	PIRAQUARA	8	1	,	2	3
	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS		1		1	2
	TIJUCAS DO SUL	8.	1			1

(Tabela continua ao lado)

DC		*	01/	07/2018 a 30/06/2019)	
RS	Município de ocorrência	Confirmadas	Descartadas	Indeterminadas*	Em investigação	Total
_	CASTRO	12.	2			2
3	SÃO JOÃO DO TRIUNFO	68		1		1
4	TEIXEIRA SOARES				1	1
-	BITURUNA	8	1	1		1
6	PAULO FRONTIN	8	1			1
_	MANGUEIRINHA	3			1	1
7	PALMAS				1	1
8	PRANCHITA			1		1
	FOZ DO IGUAÇU	2.	2	ř.	2	4
9	MATELÂNDIA	95			1	1
	MISSAL		1			1
10	CASCAVEL	8	2	N		2
	BOA ESPERANÇA	8		1		1
	IRETAMA	68	1			1
11	MAMBORÉ				1	1
	PEABIRU	8	i di	1		1
	JUSSARA	8	1			1
13	SÃO MANOEL DO PARANÁ	55	1			1
	TAPEJARA		1			1
14	PLANALTINA DO PARANÁ	8	1	21		1
15	MARINGÁ	8	9	2	1	12
	APUCARANA	56	1			1
16	JANDAIA DO SUL		1			1
	SÃO PEDRO DO IVAÍ	8	1	10		1
17	LONDRINA	8	1			1
18	SERTANEJA	68			1	1
	BARRA DO JACARÉ		2			2
19	CARLÓPOLIS	8	1	10		1
20	GUAÍRA		1	1		2
20	TOLEDO				1	1
otal	and an annual section of the section	2	41	20	14	77

Fonte: Sinan Net, dados atualizados em 13/03/2019, sujeitos a alteração.

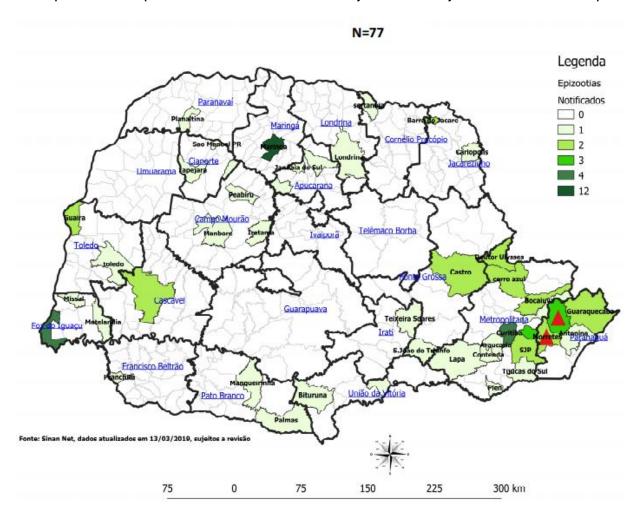
^{*} Morte de macaco, sem coleta de amostras do animal objeto da notificação.

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 14/03/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Os municípios que registraram epizootias no período de monitoramento de julho/2018 a junho/2019 estão dispostos no Mapa 1.



Mapa 1: Epizootias notificadas e confirmadas em PNH, segundo local de ocorrência, Paraná, 01/07/2018 a 13/03/2019

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 14/03/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Imunização

RS	Cobertura FA (<1 ANO)(%)
1	126,64
2	96,1
3	109,35
4	123,04
5	103,64
6	123,72
7	101,51
8	118,49
9	100,38
10	126,06
11	122,08
12	122,31
13	144,9
14	135,86
15	114,45
16	112,13
17	112,68
18	118,02
19	141,94
20	77,86
21	104,81
22	115,33
TOTAL	108,6

Fonte: SIPNI, 12/03/2019, dados preliminares

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estática (IBGE, 2010) o Estado do Paraná tem uma população estimada em 10.577.755 habitantes distribuídas em 399 municípios. Em janeiro/2019 a cobertura vacinal em menores de 1 ano foi de 108,60 %. Entre o período de 01 de janeiro a 12 de março de 2019 foram aplicadas 226.967 doses da vacina contra febre amarela na população de 9 meses a 60 anos, sendo que, o quantitativo maior da população a ser vacinada, encontram-se nos municípios do litoral, Curitiba e Região Metropolitana. Estratégias de intensificação da vacinação seletiva vêm sendo realizada em todo o estado do Paraná, com prioridade nos municípios da 1º e 2º 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	23.436
1 ANO	4.651
2 ANOS	2.520
3 ANOS	2.297
4 ANOS	2.575
>=5 a 9 ANOS	11.104
>=10 a 14 ANOS	10.941
>=15 a 59 ANOS	162.389
>=60A	7.054
TOTAL	226.967

Fonte: SIPNI, 12/03/2019, dados preliminares

Tabela 5. Relatório consolidado de doses aplicadas, por faixa etária, Paraná, 01/01/2019 a 12/03/2019

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

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 19/03/2019

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 11/2019.

Foram notificados no referido período 15.976 casos suspeitos de dengue, dos quais 8.984 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 10,05 casos por 100.000 hab. (1.122/11.163.018 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 (4.398), Foz do Iguaçu (1.395) e Maringá (839). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Londrina (396), Uraí (113) e Foz do Iguaçu (68).

DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 11/2019*	PERÍODO 2018/2019
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	299
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	116
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	19
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	91
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (02ª,03ª,06º,08ª,09ª,10ª, 11ª,12ª,13ª,14ª,15ª,16ª, 17ª, 18ª, 19ª, 20ª e 22ª)	17
TOTAL DE CASOS	1.197
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	1.122
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	75
TOTAL DE NOTIFICADOS	15.976

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2018 a 11/2019.

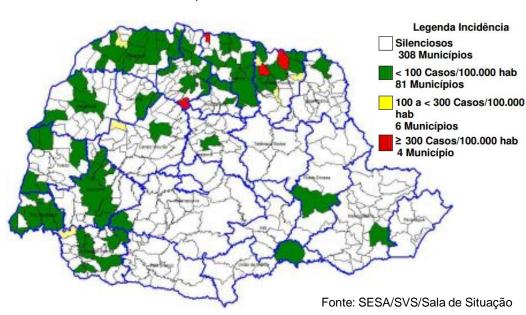


Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 11/2019.

	CRITÉRIO DE	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO					
CLASSIFICAÇÃO FINAL	Laboratorial (%)	Clínico- epidemiológico (%)	TOTAL				
Dengue	1.189 (99,3%)	8 (0,7%)	1.197				
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	39	-	39				
Dengue Grave (D G)	10	-	10				
Descartados	-	-	8.984				
Em andamento/investigação	-	-	5.746				
Total	1.238 (7,7%)	8 (0,05%)	15.976				

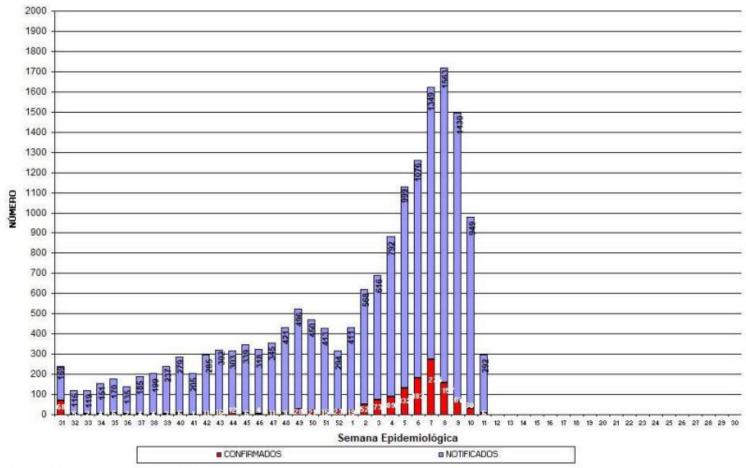
Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 19/03/2019

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

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

Figura 1. Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2018 a 11/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 19/03/2019

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

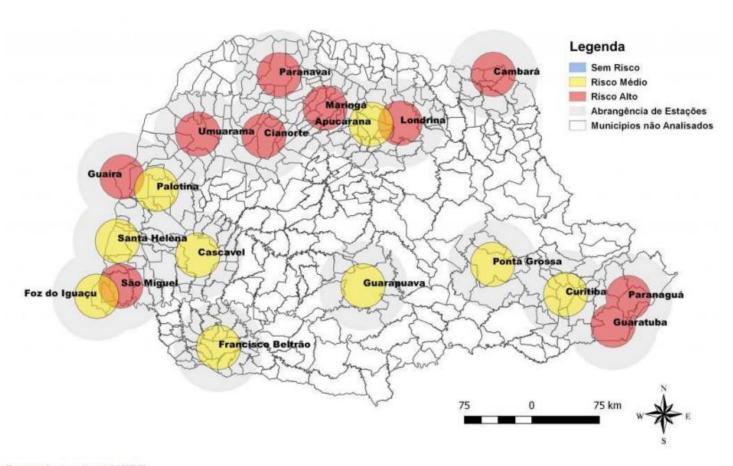
Risco climático para desenvolvimento de criadouros por Estações Meteorológicas. Paraná, 2019.

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (03/03/2019 - 09/03/2019)

Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 10/2019 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito Aedes aegypti:

- 00 (zero) sem risco;
- 00 (zero) com risco baixo
- 09 (nove) com risco médio e;
- 10 (dez) com risco alto.

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



Fonte: Laboclima/UFPR

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 19/03/2019

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 11/2019*

DECIONAL DE CAÚDE	POPU-		CASOS	11111	NOTIFI-	DCA	DC	ÓBI-	INCI-
REGIONAL DE SAÚDE	LAÇÃO	AUTÓC	IMPORT	TOTAL	CADOS	DSA	DG	TOS	DÊNCIA
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	699	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	1	10	11	758	0	0	0	0,03
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	1	3	4	61	0	0	0	0,16
4ª RS - Irati	171.453	0	2	2	16	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	6	0	0	0	
6ª RS - União da Vitória	174.970	1	0	1	15	0	0	0	0,57
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	70	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	40	6	46	393	0	0	0	11,25
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	69	15	84	1.736	7	3	0	17,00
10ª RS - Cascavel	540.131	53	5	58	630	8	0	0	9,81
11ª RS - Campo Mourão	340.320	46	2	48	592	0	0	0	13,52
12ª RS - Umuarama	277.040	7	1	8	264	0	0	0	2,53
13ª RS - Cianorte	154.374	11	0	11	243	0	0	0	7,13
14ª RS - Paranavaí	274.257	88	1	89	859	0	0	0	32,09
15ª RS - Maringá	799.890	76	6	82	1.473	0	0	0	9,50
16ª RS - Apucarana	372.823	6	3	9	339	0	0	0	1,61
17ª RS - Londrina	935.904	484	4	488	6.314	23	7	2	51,71
18ª RS - Cornélio Procópio	230.231	220	5	225	1.009	1	0	0	95,56
19ª RS - Jacarezinho	290.216	4	1	5	133	0	0	0	1,38
20ª RS - Toledo	385.916	14	9	23	324	0	0	0	3,63
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	1	1	10	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	1	1	2	32	0	0	0	0,72
TOTAL PARANÁ	11.163.018	1.122	75	1.197	15.976	39	10	2	10,05

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

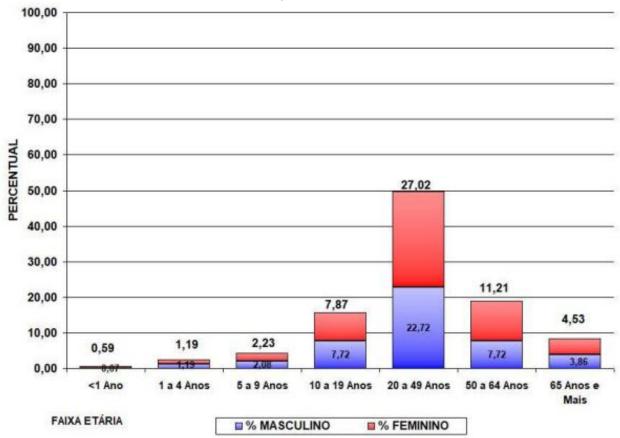
NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015.

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 19/03/2019

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 49,74% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 50 a 64 anos (18,93%) e 15,59% 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 11/2019, Paraná – 2018/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 19/03/2019

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

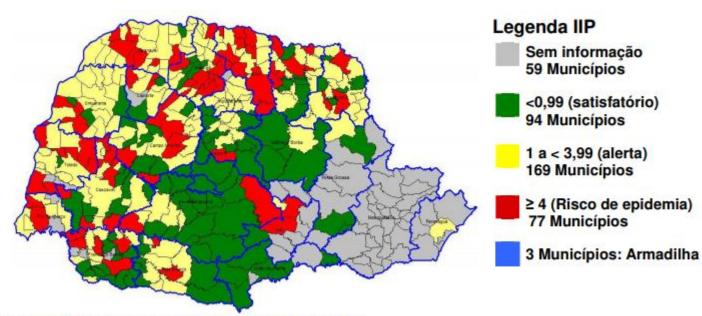
LEVANTAMENTO ENTOMOLÓGICO

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, que no período 01º Ciclo de 2019, atualizado em 11/03/2019*, em relação ao IIP, dos 399 municípios do Paraná: • 77 municípios (19,3%) estão classificados em situação em risco de epidemia; • 169 municípios (42,4%) estão em situação de alerta e; • 94 municípios (23,5%) em situação satisfatória; • 59 municípios (14,8%) não enviaram informação referente ao monitoramento entomológico.

Classificação dos municípios segundo IIP – Paraná – Nota: Dados referentes ao 01º Ciclo de 2019, atualizado em 11/03/2019 (*Dados preliminares, sujeitos a alteração).



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

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 19/03/2019

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 11/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População		CH	IKUNGU	NYA				ZIKA VÍI	RUS	
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
1	Guaratuba	35.182	0	0	0	2	-	0	0	0	0	25
1	Paranaguá	150.660	0	0	0	13	-	0	0	0	0	3
2	Campo Largo	124.098	0	0	0	1	-	0	0	0	0	34
2	Curitiba	1.879.355	0	2	2	22	-	0	0	0	6	-
2	Pinhais	127.045	0	0	0	0	-	0	0	0	1	
2	Quatro Barras	22.048	0	0	0	1	-	0	0	0	0	3
2	Quitandinha	18.419	0	0	0	1	-	0	0	0	0	
2	São José dos Pinhais	297.895	0	0	0	41	-	0	0	0	19	
3	Carambeí	21.590	0	0	0	3	-	0	0	0	3	
3	Palmeira	33.753	0	0	0	1	-	0	0	0	1	
3	Ponta Grossa	337.865	0	0	0	2		0	0	0	2	
4	Teixeira Soares	11.495	0	0	0	1	-	0	0	0	0	
5	Laranjeiras do Sul	32.133	0	0	0	0	-	0	0	0	1	
6	União da Vitória	56.265	0	0	0	1	-	0	0	0	0	
7	Honório Serpa	5.769	0	0	0	1	-	0	0	0	0	
7	Mangueirinha	17.334	0	0	0	1	0.70	0	O	0	0	
7	Pato Branco	79.011	0	0	0	1		0	0	0	0	
3	Dois Vizinhos	39.138	0	0	0	0	-	0	0	0	1	
3	Flor da Serra do Sul	4.802	0	0	0	1	-	0	0	0	0	
3	Francisco Beltrão	86.499	0	0	0	0	-	0	0	0	2	
3	Nova Prata do Iguaçu	10.722	0	0	0	1	-	0	0	0	0	
8	Salto do Lontra	14.539	0	0	0	1	-	0	0	0	0 _	
9	Foz do Iguaçu	263.782	0	2	2	34	-	1	0	1	24	0,3
9	Itaipulândia	10.236	0	0	0	1	-	0	0	0	0	
9	Medianeira	44.885	0	1	1	3	-	0	0	0	2	
9	São Miguel do Iguaçu	27.197	0	0	0	1	-	0	0	0	1	
9	Serranópolis do Iguaçu	4.652	0	0	0	0		0	0	0	1	
9	Sta Terezinha Itaipu	22.570	0	0	0	1	-	0	0	0	0	
10	Cafelândia	16.611	0	0	0	1	-	0	0	0	0	
10	Campo Bonito	4.259	0	0	0	0	-	0	0	0	1	
10	Cascavel	312.778	0	0	0	41	-	0	0	0	32	
10	Corbélia	17.076	0	0	0	0	0.70	0	O	0	1	
10	Formosa do Oeste	7.296	0	0	0	4		0	0	0	0	
10	Quedas do Iguaçu	32.982	0	0	0	1	-	0	0	0	0	
10	Três Barras do Paraná	12.227	0	0	0	1	-	0	0	0	2	
11	Campo Mourão	92.930	0	0	0	1	-	0	0	0	0	
11	Roncador	11.065	0	0	0	1	-	0	0	0	0	
12	Altônia	21.744	0	0	0	20		0	0	0	0	
12	Douradina	8.228	0	0	0	1		0	0	0	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	Umuarama	108.218	0	0	0	3	-	0	0	0	1	

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 19/03/2019

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 11/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População	155 252	CH	IKUNGU	NYA		ZIKA VÍRUS					
no	MUNICIPIOS	População	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	
14	Alto Paraná	14.518	0	0	0	2	-	0	0	0	0		
14	Cruzeiro do Sul	4.637	0	0	O	1	-	0	0	0	0	-	
14	Loanda	22.603	0	0	0	2	_	0	0	0	0	-	
14	Marilena	7.134	0	0	0	12	_	0	0	0	12	_	
14	Mirador	2.334	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-	
14	Paranavaí	86.773	0	0	0	12	-	0	0	0	10	-	
14	Planaltina do Paraná	4.277	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-	
14	Querência do Norte	12.247	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-	
15	Astorga	25.976	O	0	Õ	4	23	0	O	O	O	_	
15	Colorado	23.678	0	0	o	2	_	0	0	0	O		
15	Itambé	6.192	Ö	Ö	ŏ	1	-	Ö	o	o	Ö	-	
15	Lobato	4.690	0	o	0	1	_	0	O	0	0	-	
15	Mandaguari	34.289	Ö	ŏ	o	2	_	Ö	Ö	o	Õ	-	
15	Marialya	34.388	0	Ö	0	1	- 2	0	0	o	Ö	100	
15	Maringá	397.437	o	Ö	o	9	2	Ö	Ö	o	5	_	
15	Nova Esperança	27.886	0	0	o	0	-	0	0	o	1		
15	Paicandu	39.291	o	0	ŏ	1		o	o	Ö	o	-	
15	Paranacity	11.069	0	0	o	2		0	o	o	Ö	-	
15	Santa Fé	11.431	o	o	o	1		0	0	o	o	525	
15	Santa Inês	1.765	o	o	ŏ	1	- 2	o	o	Ö	o		
15	Sarandi	90.376	0	o	o	2	_	0	Ö	0	1	_	
16	Apucarana	130.430	0	0	0	1	-	o	0	0	0	_	
16	Arapongas	115.412	0	Ö	o	1	-	Ö	o	o	Ö	_	
17	Cambe	103.822	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-	
17	Jaguapitã	13.174	0	0	0	0	2.0	0	0	0	5	9	
17	Londrina	548.249	0	0	0	6		0	0	0	0		
19	Barra do Jacaré	2.821	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-	
19	Ibaiti	30.678	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-	
19	Quatiguá	7.410	0	0	0	1	_	0	0	0	0	_	
19	Siqueira Campos	20.094	0	0	0	4	_	O	0	0	4	2:	
20	Diamante D'Oeste	5.259	0	0	0	0	1.50	0	0	0	1	-	
20	Palotina	30.859	0	0	0	3		0	0	0	0		
20	Toledo	132.077	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-	
20	Tupãssi	8.261	0	0	0	0	-	0	0	0	1 _		
	TOTAL	11.163.018	0	5	5	296	-	1	0	1	142	0,01	

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA

NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015. *Dados considerados até 18 de Março de 2019. Alguns municípios apresentaram correção de informações. -Todos os dados deste Informe são provisórios e podem ser alterados no sistema de notificação pelas Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Essas alterações podem ocasionar diferença nos números de uma semana epidemiológica para outra.



EVENTOS NACIONAIS Semana Epidemiológica 11/2019 (10/03/2019 a 16/03/2019)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - CIEVS

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

ANVISA

Local de ocorrência: Nacional Data da informação: 18/03/2019

Fonte da informação: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COMENTÁRIOS:

- Seis vacinas contra gripe (influenza) tiveram aprovação da Anvisa para uso no Brasil, em 2019. Os produtos autorizados são os que fizeram a atualização das cepas do vírus da gripe, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Resolução RE 2.714, de outubro de 2018, da Agência. São eles:
- Fluarix Tetra GlaxoSmithKline Brasil Ltda.
- Influvac Abbott Laboratórios do Brasil Ltda.
- Influvac Tetra Abbott Laboratórios do Brasil Ltda.
- Vacina influenza trivalente (fragmentada e inativada) Instituto Butantan.
- Vacina Influenza Trivalente (subunitária, inativada) Medstar Importação e Exportação Eireli.
- Vaxigrip Sanofi-Aventis Farmacêutica Ltda.

Composição das vacinas

As vacinas da influenza sazonal são geralmente modificadas a cada ano, para proteção contra as cepas virais de gripe em circulação. Normalmente, a OMS divulga, no mês de setembro, a recomendação das cepas de vírus influenza que devem ser utilizadas na produção das vacinas para o hemisfério sul, para uso no ano seguinte.

Por isso, em conformidade com as determinações da OMS e com a Resolução RDC 151/2017, todos os anos a Anvisa publica uma resolução que define a composição das vacinas influenza que serão utilizadas no ano seguinte.

As vacinas influenza trivalentes a serem usadas no país, neste ano, devem conter, obrigatoriamente, três tipos de cepas de vírus em combinação e devem observar as seguintes especificações:

- Um vírus similar ao vírus influenza A/Michigan/45/2015 (H1N1) pdm09.
- Um vírus similar ao vírus influenza A/Switzerland/8060/2017 (H3N2).
- Um vírus similar ao vírus influenza B/Colorado/06/2017 (linhagem B/Victoria/2/87).

As vacinas influenza quadrivalentes, contendo dois tipos de cepas do vírus influenza B, deverão conter um vírus similar ao vírus influenza B/Phuket/3073/2013 (linhagem B/Yamagata/16/88), adicionalmente aos três tipos de cepas especificadas acima.



SÍFILIS

Local de ocorrência: Nacional Data da informação: 18/03/2019

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

COMENTÁRIOS:

A incidência das IST (infecções sexualmente transmissíveis), nova nomenclatura, preconizada pela organização mundial da saúde para as doenças sexualmente transmissíveis, as DST, está aumentando. "No nosso meio, podemos observar um aumento dos casos de sífilis, das infecções por papiloma vírus e da infecção pela Clamídia, uma bactéria que leva à doença inflamatória pélvica nas mulheres, podendo ser causa de infertilidade", ressalta a dermatologista, Raquel Keller.

Infelizmente, nos últimos anos a sífilis voltou a crescer com números alarmantes, não só no Brasil, como no mundo inteiro e, um dos principais motivos para esse aumento é porque muitas pessoas têm deixado de lado o sexo seguro, esquecendo o uso de preservativos, sendo esse o único modo capaz de evitar a contaminação por bactérias e vírus que podem causar graves doenças.

"Quando o paciente é portador de uma IST, vão ocorrer inflamações nas áreas genitais, levando a um aumento do fluxo sanguíneo local, favorecendo com isso o contágio de outras IST", alerta Raquel. "Dessa maneira, na suspeita de qualquer IST, torna-se mandatória a pesquisa de sífilis, hepatite B, C e HIV. É importante, também, investigar os parceiros do último ano, porque algumas das doenças têm um período de incubação bem longo".

A sífilis é causada por uma bactéria, o Treponema pallidum e o grupo de pessoas atingido por ela é principalmente a dos adultos jovens, porém está presente também na terceira idade e em pré-adolescentes.

A doença pode não apresentar sintomas ou se manifestar em três fases. A forma primária da sífilis é a presença de uma ferida, onde o treponema é inoculado; porém, ela é pouco dolorosa e pouco secretante, sendo muito raro que o paciente procure assistência médica nessa fase. Entre 10-90 dias é o período de incubação, a ferida cicatriza e depois aparecem as manchas na pele, podendo atingir as palmas das mãos e plantas dos pés. Esse período é conhecido como secundarismo da doença. "Os sintomas desta fase podem

ser facilmente confundidos com uma alergia cutânea. Alguns pacientes podem apresentar também sintomas sistêmicos como dores musculares, mal estar, gânglios, e falta de apetite; o que pode levar, felizmente, o paciente a procurar a ajuda médica, e o dermatologista deve estar atento ao possível caso de sífilis, levando o paciente a ter o diagnóstico confirmado e o tratamento indicado", ressalta a dermatologista.

Entretanto, quando o paciente não é diagnosticado, em 30% dos casos não tratados, a doença vai evoluir para a forma terciária levando ao comprometimento do sistema nervoso central, com quadros de demência, crise convulsiva e déficit motor com perda da força motora, ou seja, dificuldade para andar.

As crianças também podem ser acometidas e a sífilis congênita é transmitida para o bebê em qualquer fase da gestação, podendo acontecer até no momento do parto. Os perigos para a criança são graves e variáveis e vão do nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, lesões na pele, problemas respiratórios, óbito, até riscos tardios, como alterações de face e ósseas, surdez neurológica, déficit cognitivo, entre outros.

Em outubro de 2016, o Ministério da Saúde reconheceu que a situação estava fugindo do controle e decretou a epidemia. A maior parte dos casos está na região Sudeste (56%), a mais urbanizada e desenvolvida do País. "A doença, que antes acometia a população mais pobre, hoje atinge todas as classes sociais. Por isso, segue o alerta para o uso de preservativos durante todo ato sexual, como uma das maneiras mais eficazes de evitar não só a sífilis, como qualquer doença sexualmente transmissível", completa Raquel.

BOTULISMO

Local de ocorrência: Amazonas Data da informação: 18/03/2019

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

COMENTÁRIOS:

A Fundação de Medicina Tropical (FMT/HVD) confirmou, na sexta-feira (15/03), que duas crianças foram diagnosticadas com botulismo, no Amazonas. De acordo com o infectologista da FMT, Antonio Magela, a doença é rara e pode levar a vítima, rapidamente, de uma situação de total saúde para uma situação de morte.

Magela informou que a primeira criança diagnosticada com a doença foi internada da Fundação, no final do ano passado. O segundo caso é de uma criança indígena, de São Gabriel da Cachoeira, que foi internada na FMT com quadro clínico compatível com botulismo.

O infectologista explica que o botulismo é uma doença grave, de transmissão alimentar. "É uma bactéria que produz uma toxina que faz uma impregnação do sistema nervoso central e que pode levar a pessoa rapidamente de uma situação de total saúde para uma situação de morte", disse.

As duas crianças, de 5 e 4 anos, diagnosticadas no Estado com a doença já receberam alta. Conforme Magela, foi feito o soro e elas sobreviveram sem nenhuma sequela.

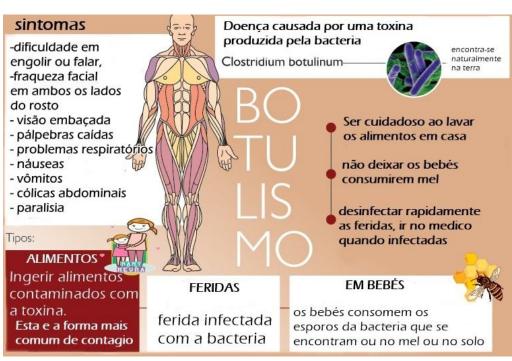
Alimentos enlatados são risco

O infectologista Antonio Magela explica que a doença é produzida pela intoxicação da toxina de uma bactéria, de nome científico Clostridium botulinum, que se reproduz em ambientes onde não há circulação de ar, ou seja, sem oxigênio, principalmente em alimentos enlatados.

"As pessoas devem atentar se for consumir um alimento que esteja com cheiro diferente, com uma coloração diferente, ou que foram consumir alimentos enlatados que as latas estejam estufadas, deve ser descartado imediatamente porque há sempre o risco de ter a presença daquela bactéria", orientou Magela.

O botulismo, ainda conforme o infectologista, é potencialmente letal para a espécie humana. Um dos sintomas é a paralisia, que começa no rosto e vai descendo para os membros, chamada de paralisia descendente. A doença também pode apresentar fraqueza muscular.

Magela orienta que, aos primeiros sinais do botulismo, o paciente que tenha ingerido alimento suspeito antes deve procurar atendimento médico, porque o tempo para fazer a antitoxina é curto, e ela encontra-se disponível na rede pública.



Fonte: google.com.br

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional Data da informação: 19/03/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Em comunicado oficial enviado na terça-feira (19/03) à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde confirmou um caso de sarampo endêmico ocorrido no Pará em 23 de fevereiro deste ano. Com isso, o Brasil perderá a certificação de país livre da doença e iniciará o plano para retomar o título dentro dos próximos 12 meses.

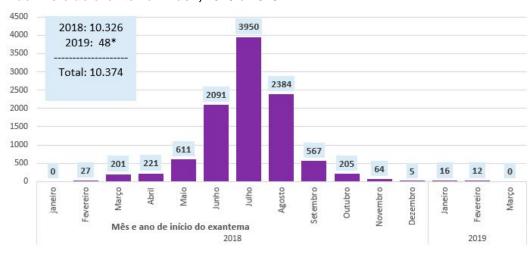
"Iniciamos a gestão, no atual governo, com taxas de imunização muito baixas. Elas atingiram um pico em 2003, mas, no geral, de lá para cá caíram ano a ano até chegarem perto de 80% no ano passado. Não é o patamar ideal. Temos que elevá-la acima a 95%", afirma o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta. "Nosso plano consiste em encaminhar medidas importantes ao Congresso Nacional, como a exigência do certificado de vacinação, não impeditiva, de ingresso na escola e no serviço militar. Reforçaremos, ainda, o monitoramento da vacinação, por meio dos programas de integração de renda e como norma para os trabalhadores de saúde", complementou.

As ações fazem parte de um conjunto de medidas que estão sendo desenvolvidas para os primeiros 100 dias de governo. As medidas ainda incluem a melhora nos sistemas de informação e monitoramento para medidas de prevenção e controle; a ampliação das estratégias a adesão da população à imunização; o acerto com estados e municípios estratégia para fomentar a oferta local de salas de vacinação em horário diferenciado; a instituição de uma "força tarefa" para apoiar os Estados e Municípios na investigação e manejo de casos de doenças imunopreveníveis e a realização de uma ampla campanha de multivacinação, entre outra ações.

O ministro também explicou que a falta de uma rede de atenção básica forte torna pouco efetivos os esforços nacionais para a promoção da saúde e prevenção de doenças. "Neste mês, iniciaremos o fortalecimento da atenção básica, com a criação de uma secretaria própria no organograma do Ministério da Saúde. Esse nível de atenção será prioritário para garantir a retomada dos índices de vacinação adequados no país e acompanhamento da saúde dos brasileiros", disse.

Nos últimos anos, casos de sarampo têm sido reportados em várias partes do mundo e segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), os países dos continentes europeu e africano registraram o maior número de casos da doença. Apenas nos primeiros meses de 2019, diversos países vêm reportando um aumento significativo

Figura 1. Distribuição de casos endêmicos confirmados de sarampo por mês de início do exantema. Brasil, 2018 e 2019.



nos números de casos dentre eles podemos citar Benin (147), Ethiopia (1351), Libéria (1902) e Europa (881). Nas Américas, o Brasil apresenta 48 casos e os Estados Unidos da América 206, além de 283 na Venezuela, surto responsável pela reintrodução da doença no país. Para o ministro, o cenário demonstra a necessidade de um esforco intranacional para a contenção do sarampo.

O Ministério da Saúde prepara uma campanha publicitária para estimular a vacinação contra o sarampo no Amazonas, Roraima e Pará. Os três estados registram, desde o ano passado, transmissão ativa do vírus. A campanha será veiculada em abril e chamará para a vacinação contra o sarampo crianças de seis meses a menores de cinco anos, público com baixa cobertura vacinal nos três estados e mais vulnerável para a doença. Esta ação será realizada de forma seletiva, mediante avaliação e atualização da situação vacinal dessas crianças para obtenção da meta preconizada pelo Ministério da Saúde de 95% de cobertura vacinal contra o sarampo. A vacina contra o sarampo está disponível gratuitamente nos postos de saúde de todo o Brasil.

(Continua na próxima página)

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional Data da informação: 19/03/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

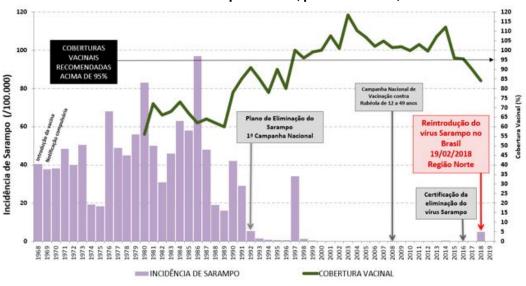
As complicações mais comuns do sarampo são infecções respiratórias, otites, doenças diarreicas e doenças neurológicas. As complicações do sarampo podem deixar sequelas, tais como: diminuição da capacidade mental, cegueira, surdez e retardo do crescimento. O agravamento da doença pode levar à morte de crianças e adultos.

CASOS DE SARAMPO

Desde que identificou os primeiros casos em fevereiro de 2018 e entendendo a gravidade da situação, o Brasil intensificou o bloqueio vacinal, com a realização de campanhas em Roraima em março e abril e em Manaus de abril a agosto, com 489 mil doses aplicadas. Nos demais estados foi realizada a campanha nacional em agosto para as crianças de 1 a menores de 5 anos.



Figura 2. Distribuição da incidência de casos de sarampo por 100.000 habitantes e cobertura vacinal em percentual, por ano. Brasil, 1968 a 2018



Um exemplo de ação rápida e recente do novo governo, foi a vacinação de mais de 15 mil pessoas contra o sarampo diante de um surto registrado no navio MSC Seaview, que visita a costa brasileira e trazia pessoas de vários continentes, inclusive da Europa, região que mantém curva endêmica crescente de casos da doença. A ação foi realizada em conjunto com as secretarias de Saúde de São Paulo e Santos (SP).

De janeiro a 19 de março de 2019, foram confirmados laboratorialmente 28 casos de sarampo em dois estados do Brasil. Os casos estão relacionados à cadeia de transmissão iniciada em 19 de fevereiro de 2018, sendo 23 casos no Pará e cinco casos no Amazonas, todos na região norte do país. A situação demonstra uma importante redução no número total de casos notificados quando comparados ao ano de 2018. Durante todo o ano de 2018, foram confirmados 10.326 casos, sendo 9.803 no Amazonas, 361 em Roraima e 79 no Pará. O pico foi atingido em julho de 2018, quando foram registrados 3.950 casos da doença.

Local de ocorrência: Nacional Data da informação: 01/03/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

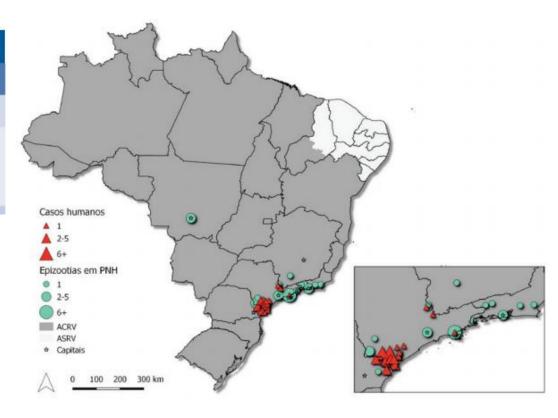
COMENTÁRIOS:

Situação Epidemiológica:

MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA FEBRE AMARELA (FA) NO BRASIL*					
Período de monitoramento: 01/07/2018 a 30/06/2019	Atualização: 01/03/2019				
Casos humanos notificados: 1.249	Epizootias em PNH¹ notificadas: 2.209				
57 confirmados (13 óbitos)	30 confirmados				
173 em investigação	171 em investigação e 978 indeterminadas				
919 descartados	1.030 descartados				

Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos à alteração. ¹ Primatas Não Humanos.

Figura 1 • Distribuição dos casos humanos e epizootias em PNH confirmados para FA, por município do local provável de infecção ou de ocorrência, monitoramento 2018/2019 (jul/18 a jun/19), Brasil, entre as semanas epidemiológicas (SE) 27/2018 e 09/2019.



Local de ocorrência: Nacional Data da informação: 01/03/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Vigilância de Casos Humanos

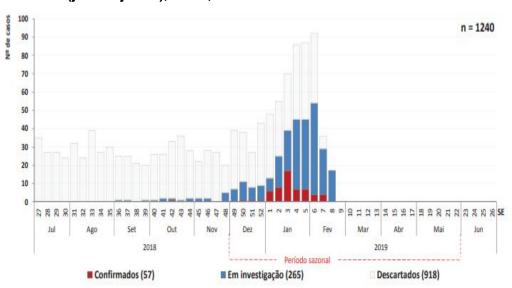
Foram registrados casos humanos confirmados nos estados de São Paulo (53) e do Paraná (04) (Tabela 1). A maior parte dos casos eram trabalhadores rurais, sendo 51 do sexo masculino, com idades entre 08 e 87 anos. O primeiro caso confirmado no Paraná teve data de início dos sintomas em janeiro/2019 (SE-04), dentro do período sazonal da doença (dezembro a maio), quando foram registrados 56 dos 57 casos confirmados. Entre os casos confirmados, 13 evoluíram para o óbito.

REGIÃO	UF (LPI)	CASOS NOTIFICADOS	CASOS DESCARTADOS	CASOS EM INVESTIGAÇÃO		CASOS CONFIRMADOS			
					TOTAL	CURAS	ÓBITOS	LETALIDADE (%)	
Norte	Acre	3	3						
	Amapá	0							
	Amazonas	6	5 13	1					
	Pará	19	13	6					
	Rondônia	11	9	þ.					
	Roraima	2	2						
	Tocantins	12	7	В					
Nordeste	Alagoas	2	1	1					
	Bahia	15	13	2					
	Ceará	1		1					
	Maranhão	1	1						
	Paraiba	2	2						
	Pernambuco	2	2						
	Piauí	0							
	Rio Grande do Norte	1	1						
	Sergipe	1	1						
Centro-Oeste	Distrito Federal	96	95	1					
	Goiás	44	40	Ja					
	Mato Grosso	8	8						
	Mato Grosso do Sul	2	1	1					
Sudeste	Espírito Santo	43	30	13					
	Minas Gerais	93	86	13 7 8					
	Rio de Janeiro	49	44	8					
	São Paulo	579	427	99	53	40	13	24,5	
Sul	Paraná	228	104	120	4	4			
	Rio Grande do Sul	15	14	h					
	Santa Catarina	14	10	Ja					
TOTAL		1249	919	273	57	44	13	22,8	

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

TABELA 1 • Distribuição dos casos humanos suspeitos de FA notificados à SVS/MS por UF do local provável de infecção e classificação, monitoramento 2018/2019 (jul/18 a jun/19), Brasil, entre as SE 27/2018 e 09/2019*

FIGURA 2 • Distribuição dos casos humanos suspeitos de FA notificados à SVS/MS, por SE de início dos sintomas e classificação, monitoramento 2018/2019 (jul/18 a jun/19), Brasil, entre as SE 27/2018 e 09/2019*.



Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. Dados preliminares e sujeitos à revisão. A data de início dos sintomas não estava registrada em 9 das notificações.

Local de ocorrência: Nacional Data da informação: 01/03/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

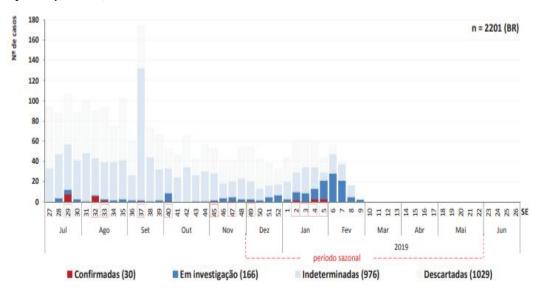
Foram registradas epizootias de PNH confirmadas em São Paulo (18), no Rio de Janeiro (08), em Minas Gerais (01), no Mato Grosso (02) e no Paraná (01), com o maior número de epizootias confirmadas na região Sudeste (90%; 27/30) (Tabela 2). A região Sul, que não havia sido afetada durante essa reemergência (iniciada em 2014), registrou circulação do vírus a partir de janeiro/2019 (SE-04).

Tabela 2 • Distribuição das epizootias em PNH notificadas à SVS/MS, por UF do local de ocorrência e classificação, monitoramento 2018/2019 (jul/18 a jun/19), Brasil, entre as SE 27/2018 e 09/2019*.

Região	UF	EPIZOOTIAS NOTIFICADAS	EPIZOOTIAS DESCARTADAS	EPIZOOTIAS INDETERMINADAS	EPIZOOTIAS EM INVESTIGAÇÃO	EPIZOOTIAS CONFIRMADAS
Norte	Acre					
	Amapá	1		1		
	Amazonas	1		1		
	Pará	22	3	15	4	
	Rondônia	24	3	12	9	
	Roraima					
	Tocantins	33	20	11	5	
Nordeste	Alagoas	4	2	1	h	
	Bahia	130	21	107	12	
	Ceará	1		1		
	Maranhão	1		1		
	Paraíba	2		2		
	Pernambuco	15	7	5	=	
	Piauí	1000	(5)		72	
	Rio Grande do Norte	19	4	11	4	
	Sergipe				ш.	
Centro-Oeste	Distrito Federal	14	13	1		
	Goiás	82	30	1 46	6	
	Mato Grosso	9	1	6	the same	2
	Mato Grosso do Sul	3		3		100
Sudeste	Espírito Santo	31	15	12	4	- Table 1
	Minas Gerais	549	127	393	28	
	Rio de Janeiro	279	190	55	26	8
	São Paulo	801	479	254	50	18
Sul	Paraná	73	46	16	10	1
	Rio Grande do Sul	7	5	2	0	
	Santa Catarina	108	64	22	22	
Total		2209	1030	978	171	30

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

Figura 3 • Distribuição das epizootias em PNH notificadas à SVS/MS, por SE de ocorrência e classificação, período de monitoramento 2018/2019 (jul/18 a jun/19), Brasil, entre as SE 27/2018 e 09/2019.



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

Local de ocorrência: Nacional Data da informação: 01/03/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Áreas de Risco

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

aegypti).

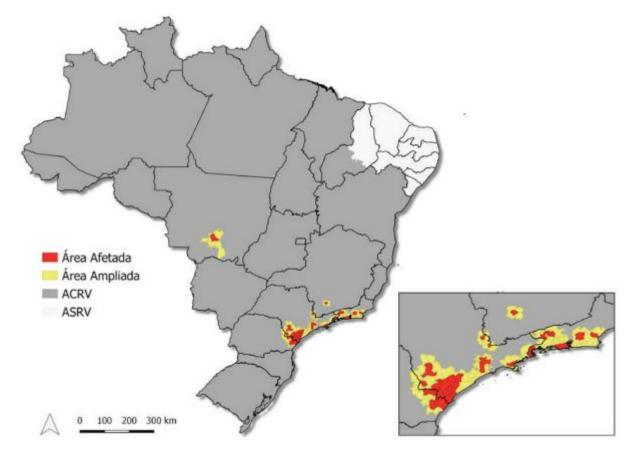


FIGURA 4 • Áreas afetadas (com evidência de circulação viral) e ampliadas (limítrofes àquelas afetadas), que compõem as áreas de risco de transmissão de FA e onde as ações de vigilância e resposta devem ser intensificadas.

Local de ocorrência: Nacional Data da informação: 01/03/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

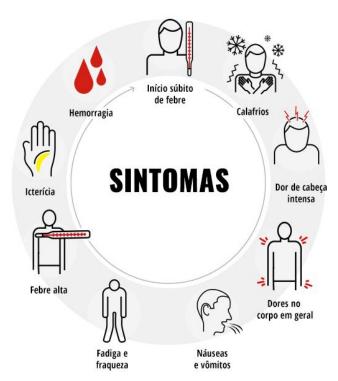
COMENTÁRIOS:

Orientações para a intensificação da vigilância:

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

- 1. Avaliar as coberturas vacinais nos municípios da Área com recomendação de Vacina (ACRV) e vacinar as populações prioritárias.
- 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.
- 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 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.



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

COMENTÁRIOS:

Dengue, chikungunya e Zika são doenças de notificação compulsória e estão presentes na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, unificada pela Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde.

As informações apresentadas neste boletim são referentes à Semana Epidemiológica (SE) 5 (30/12/2018 a 02/02/2019), comparando-se com o mesmo período para o ano de 2018.

Os dados de Zika são os disponíveis até a SE 4 (30/12/2018 a 26/01/2019). Os dados são referentes ao número de casos prováveis e de óbitos, bem como ao coeficiente de incidência, calculado utilizando-se o número de casos novos prováveis dividido pela população de determinada área geográfica, e expresso por 100 mil habitantes.

Os casos de dengue grave, dengue com sinais de alarme e óbitos por dengue foram confirmados por critério laboratorial ou clínico-epidemiológico. Os óbitos por chikungunya e Zika são confirmados somente por critério laboratorial.

Para o ano de 2019, até a SE 5, foram registrados 59.557 casos prováveis de dengue, chikungunya e Zika. Em 2018, no mesmo período, foram registrados 31.471 casos prováveis.

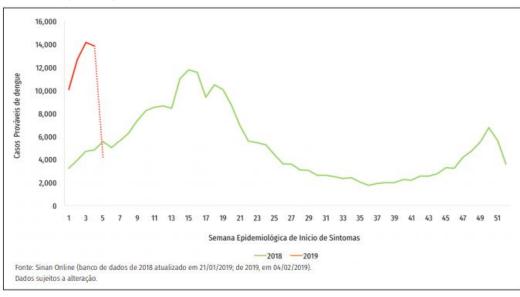
Dengue

Em 2019, até a SE 5 (30/12/2018 a 02/02/2019), foram registrados 54.777 de casos prováveis de dengue no país, com uma incidência de 26,3 casos/100 mil hab.

No mesmo período de 2018, foram registrados 21.992 casos prováveis. A região Sudeste apresentou o maior número de casos prováveis (32.821 casos; 59,9 %) em relação ao total do país, seguida das regiões Centro-Oeste (10.827 casos; 19,8 %), Norte (5.224 casos; 9,5 %), Nordeste (4.105 casos; 7,5 %) e Sul (1.800 casos; 3,3%).

A análise da taxa de incidência de casos prováveis de dengue (número de casos/100 mil hab.) em 2019, até a SE 5, segundo regiões geográficas, evidencia que as regiões Centro-Oeste e Sudeste apresentam os maiores valores: 67,3 casos/100 mil hab. e 37,4 casos/100 mil hab., respectivamente.

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



Na análise das Unidades da Federação (UFs), destacam-se Tocantins (198,4 casos/100 mil hab.), Acre (163,7 casos/100 mil hab.), Goiás (108,7 casos/100 mil hab.), Mato Grosso do Sul (79,7 casos/100 mil hab.), Espírito Santo (61,9 casos/100 mil hab.) e Minas Gerais (58,9, casos/100 mil hab.).

Casos graves e óbitos de dengue Em 2019, até a SE 5, foram confirmados 28 casos de dengue grave e 300 casos de dengue com sinais de alarme; 104 casos permanecem em investigação. Até o momento, foram confirmados 5 óbitos – em Tocantins (1), São Paulo (1), Goiás (2) e Distrito Federal (1) –, e 23 óbitos estão em investigação. Em 2018, no mesmo período, foram confirmados 23 óbitos por dengue.

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

COMENTÁRIOS:

Sorotipos virais

Em 2019, foram processadas 27.957 amostras para identificação de sorotipo DENV, e 608 foram positivas. É importante destacar que as amostras foram isoladas nas seguintes UFs: São Paulo, Bahia, Tocantins, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Goiás, Santa Catarina, Rondônia e Distrito Federal. Das amostras analisadas, 518 (85,2%) foram positivas para DENV-2.

Chikungunya

Em 2019, até a SE 5 (30/12/2018 a 02/02/2019), foram registrados 4.149 casos prováveis de chikungunya no país, com uma incidência de 2,0 casos/100 mil hab. Em 2018, até a SE 5, foram registrados 8.508 casos prováveis. Em 2019, até a SE 5, a região Sudeste apresentou o maior número de casos prováveis de chikungunya (2.730 casos; 65,8 %) em relação ao total do país. Em seguida, aparecem as regiões Norte (789 casos; 19,0 %), Nordeste (446 casos; 10,7 %), Sul (94 casos; 2,3 %) e Centro-Oeste (90 casos; 2,2 %) .

A análise da taxa de incidência de casos prováveis de chikungunya (número de casos/100 mil hab.) em 2019, até a SE 5, segundo regiões geográficas, evidencia que as regiões Norte e Sudeste apresentam as maiores taxas de incidência: 4,3 casos/100 mil hab. e 3,1 casos/100 mil hab., respectivamente.

Na análise das UFs, destacam-se Tocantins (19,9 casos/100 mil hab.), Rio de Janeiro (12,8 casos/100 mil hab.), Pará (4,8 casos/100 mil hab.) e Acre (4,3 casos/100 mil hab.). Entre os municípios com as maiores incidências de chikungunya registradas até a SE 5, segundo estrato populacional (menos de 100 mil habitantes, de 100 a 499 mil, de 500 a 999 mil e acima de 1 milhão de habitantes), destacam-se: Fernando de Noronha/PE, com 430,3 casos/100 mil hab.; Itaperuna/RJ, com 297,2 casos/100 mil hab.; Campos dos Goytacazes/RJ, com 69,7 casos/100 mil hab.; e Belém/PA, com 14,1 casos/100 mil hab.

Óbitos por chikungunya

Em 2019, não foram confirmados óbitos por chikungunya, porém existem 6 óbitos em investigação. No mesmo período de 2018, foram confirmados 3 óbitos, nos estados da Paraíba, Rio de Janeiro e Mato Grosso.

Zika

Em 2019, até a SE 4 (30/12/2018 a 26/01/2019), foram registrados 630 casos prováveis de Zika no país, com incidência de 0,3 caso/100 mil hab. Em 2018, no mesmo período, foram registrados 776 casos prováveis. A região Norte apresentou o maior número de casos prováveis (410 casos; 65,1 %) em relação ao total do país. Em seguida, aparecem as regiões Sudeste (119 casos; 18,9 %), Nordeste (49 casos; 7,8%), Centro-Oeste (43 casos, 6,8%) e Sul (9 casos, 1,4%).

A análise da taxa de incidência de casos prováveis de Zika (número de casos/100 mil hab.), segundo regiões geográficas, demonstra que a região Norte apresenta a maior taxa de incidência: 2,3 casos/100 mil hab. Entre as UFs, destacam-se Tocantins (23,8 casos/100 mil hab.) e Acre (2,2 casos/100 mil hab.).

Entre os municípios com as maiores taxas de incidência de Zika registradas até a SE 4 (30/12/2018 a 26/01/2019), segundo estrato populacional (menos de 100 mil habitantes, de 100 a 499 mil, de 500 a 999 mil e acima de 1 milhão de habitantes), destacam-se: São José da Safira/MG, com 117,5 casos/100 mil hab.; Palmas /TO, com 92,5 casos/100 mil hab.; Aparecida de Goiânia/GO, com 2,1 casos/100 mil hab.; e Goiânia/GO, com 0,3 caso/100 mil hab., respectivamente.

Óbitos por Zika

Em 2019, até a SE 4, não foram registrados óbitos.

Zika em Gestantes

Em 2019, foram registrados 74 casos prováveis, sendo 15 casos confirmados. Todos os dados referentes a esse agravo são provenientes do Sinan- NET.

Em relação às gestantes no país, em 2018 (até a SE 4), foram registrados 94 casos prováveis, sendo 39 confirmados por critério clínico-epidemiológico ou laboratorial. Ressalta-se que os óbitos em recém-nascidos, natimortos, abortamento ou feto, resultantes de microcefalia possivelmente associada ao vírus Zika, são acompanhados pelo Boletim Epidemiológico intitulado Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas.

(Continua na próxima página)

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

COMENTÁRIOS:

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

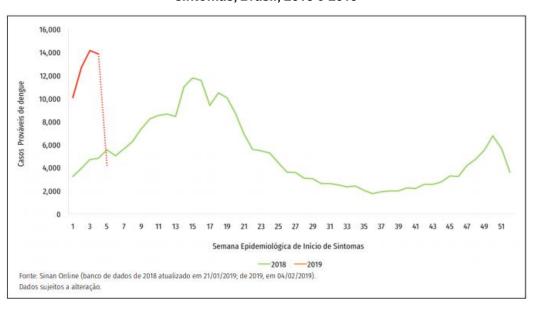
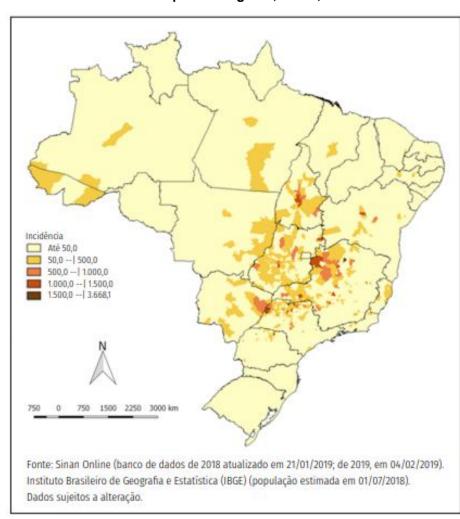


Figura 2 Distribuição de incidência de casos prováveis de dengue, até a Semana Epidemiológica 5, Brasil, 2019



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

COMENTÁRIOS:

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

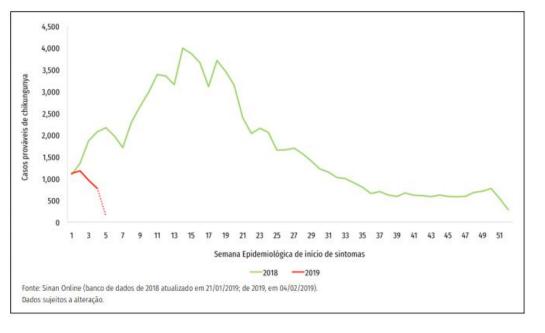
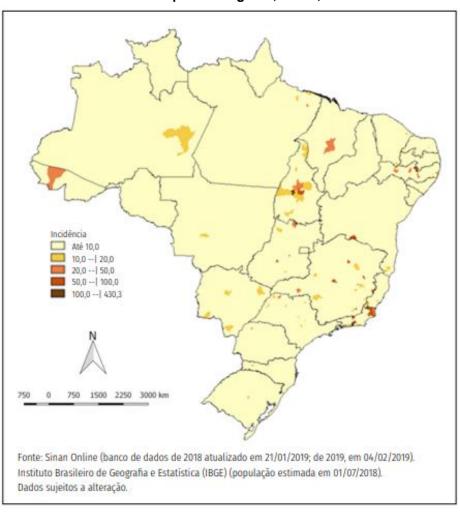


Figura 4 Distribuição de incidência de casos prováveis de chikungunya, até a Semana Epidemiológica 5, Brasil, 2019



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

COMENTÁRIOS:

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

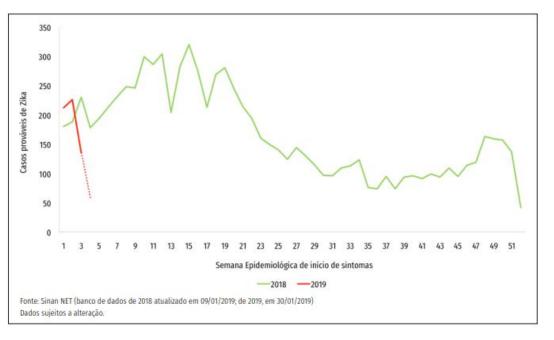
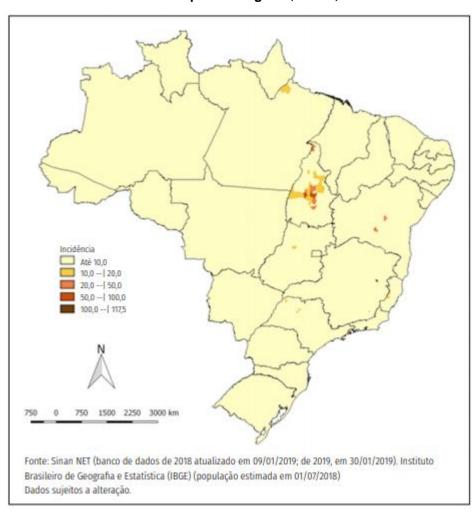


Figura 6 Distribuição de incidência de casos prováveis de Zika, até a Semana Epidemiológica 4, Brasil, 2019



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

COMENTÁRIOS:

Número de casos prováveis, variação percentual e incidência de dengue (/100mil hab.), até a Semana Epidemiológica 5, por região e Unidade da Federação, Brasil, 2018 e 2019

Região/Unidade da Federação	Caso	s (n)		Incidência (casos/100 mil hab.)		
	2018	2019	% Variação	2018	2019	
Norte	1.569	5.224	233,0	8,6	28,7	
Rondônia	116	38	-67,2	6,6	2,2	
Acre	528	1.423	169,5	60,7	163,7	
Amazonas	305	298	-2,3	7,5	7,3	
Roraima	1	64	0,0	0,2	11,1	
Pará	326	304	-6,7	3,8	3,6	
Amapá	83	12	-85,5	10,0	1,4	
Tocantins	210	3.085	1369,0	13,5	198,4	
Nordeste	2.983	4.105	37,6	5,3	7,2	
Maranhão	229	219	-4,4	3,3	3,1	
Piauí	244	50	-79,5	7,5	1,5	
Ceará	358	505	41,1	3,9	5,6	
Rio Grande do Norte	451	450	-0,2	13,0	12,9	
Paraíba	304	241	-20,7	7,6	6,0	
Pernambuco	564	779	38,1	5,9	8,2	
Alagoas	168	226	34,5	5,1	6,8	
Sergipe	10	27	170,0	0,4	1,2	
Bahia	655	1.608	145,5	4,4	10,9	

	Semanas 1 a 5						
Região/Unidade da Federação	Caso	os (n)		Incidência (casos/100 mil hab.)			
	2018	2019	% Variação	2018	2019		
Sudeste	5.732	32.821	472,6	6,5	37,4		
Minas Gerais	2.272	12.388	445,2	10,8	58,9		
Espírito Santo	459	2.460	435,9	11,6	61,9		
Rio de Janeiro	1.551	969	-37,5	9,0	5,6		
São Paulo	1.450	17.004	1072,7	3,2	37,3		
Sul	258	1.800	597,7	0,9	6,0		
Paraná	214	1.602	648,6	1,9	14,1		
Santa Catarina	18	134	644,4	0,3	1,9		
Rio Grande do Sul	26	64	146,2	0,2	0,6		
Centro-Oeste	11.450	10.827	-5,4	71,2	67,3		
Mato Grosso do Sul	527	2.191	315,7	19,2	79,7		
Mato Grosso	1.678	659	-60,7	48,8	19,1		
Goiás	9.006	7.526	-16,4	130,1	108,7		
Distrito Federal	239	451	88,7	8,0	15,2		
Brasil	21.992	54.777	149,1	10,5	26,3		

Fonte: Sinan Online (banco de dados de 2018 atualizado em 21/01/2019; de 2019, em 04/02/2019). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (população estimada em 01/07/2018).

Dados sujeitos a alteração.



EVENTOS INTERNACIONAIS Semana Epidemiológica 11/2019 (10/03/2019 a 16/03/2019)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - CIEVS

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

DESASTRES

Local de ocorrência: Moçambique Data da informação: 18/03/2019

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

COMENTÁRIOS:

A passagem do ciclone Idai deixou 138 mortos em Moçambique e no Zimbábue, anunciou na segunda-feira (18/03) a Federação Internacional da Cruz Vermelha (FICV).

Beira, a segunda maior cidade moçambicana, e seu arredores ficaram 90% danificados ou destruídos. "O alcance dos danos provocados pelo ciclone Idai é enorme e aterrorizante", afirma a FICV em um comunicado. A cidade tem 530 mil habitantes.

O ciclone atingiu o centro de Moçambique na noite de quinta-feira (14) e avançou rumo ao Zimbábue e o Malawi, destruindo tudo em sua passagem: estradas, escolas, casas, lojas, hospitais e até mesmo uma represa.

O balanço mais recente indica que 68 pessoas morreram em Moçambique - 55 delas na cidade portuária de Beira--, e outras 70 no Zimbábue.

Esse balanço pode aumentar em consequência das fortes chuvas previstas para a região e à medida que as equipes de emergência avançam por todas as localidades, segundo a Cruz Vermelha.

"A situação é terrível. Os meios de comunicação estão totalmente cortados e as estradas estão destruídas. Muitas localidades são inacessíveis", afirmou Jamie LeSueur, da FICV, citado no comunicado.

"Nos contaram que a situação pode ser pior fora da cidade. No domingo, uma represa cedeu e cortou a última estrada ainda acessível para seguir até a cidade", explicou LeSueur.

No sábado (16), o porta-voz do governo do Zimbábue, Nick Mangwana, disse que 25 pessoas tinham morrido no país até então por causa das enchentes.

As mortes foram registradas principalmente em Chimanimani, uma região montanhosa perto da fronteira com a Mozambique. Não havia registro de turistas entre as vítimas.

A televisão estatal do Zimbábue, ZBC, informou que 150 pessoas estavam desaparecidas.



Passagem do ciclone Idai derrubou árvores em Chipinge, no Zimbabue, no domingo (17) — Foto: Tony Saywood/ Reuters

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial Data da informação: 11/03/2019

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

COMENTÁRIOS:

Os vírus circulantes permanecem suscetíveis a inibidores da neuraminidase que apóiam o uso de tratamento antiviral de acordo com as normas de diretrizes nacionais.

A atividade da gripe na região da Europa baseada na amostragem sentinela ultrapassou uma taxa de positividade de 10% na semana 49 de 2018, excedeu 50% entre as semanas 3 e 7 de 2019 e atingiu o pico na semana 5 de 2019.

Ambos os subtipos do vírus influenza A circulam amplamente, com cocirculação em certos países, enquanto outros relatam dominância de Vírus (H1N1) pdm09 ou A (H3N2).

Entre os pacientes hospitalizados infectados pelo vírus influenza admitidos nas unidades de terapia intensiva, 41% dos vírus influenza A foram subtipados. Destes, 72% eram vírus A (H1N1) pdm09. Entre os pacientes infectados pelo vírus influenza admitidos em outras alas, 35% dos vírus influenza A foram subtipados e 63% eram vírus A (H1N1) pdm09.

Mais de 90% dos casos positivos para o vírus influenza A detectados pela vigilância SARI desde a semana 40 de 2018 foram subtipados e 81% eram vírus A (H1N1) pdm09.

Em geral, as vacinas atuais contra influenza tendem a funcionar melhor contra os vírus influenza A (H1N1) pdm09 e influenza B do que contra os vírus influenza A (H3N2) e as estimativas preliminares da eficácia da vacina continuam a apoiar o uso de vacinas. Dados adiantados sugerem que as vacinas são eficazes e as estimativas variam dependendo da população estudada e das proporções de influenza circulante A e subtipos de vírus.

Em 21 de fevereiro de 2019, a OMS publicou recomendações para a composição da vacina contra influenza a ser utilizada no período 2019 e 2020, na temporada no hemisfério norte. A recomendação permaneceu inalterada para as cepas B, foi atualizada para A (H1N1) pdm09 e adiada para 21 de março de 2019 para A (H3N2).

Um resumo recente da atividade regional de outubro de 2018 a fevereiro de 2019 foi publicado no Eurosurveillance em 28 de fevereiro de 2019.

Avaliação do ECDC

A atividade da gripe e a dispersão geográfica permanecem nos níveis sazonais esperados. Influenza A (H3N2) e A (H1N1) pdm09 cocirculam na Europa. A cobertura vacinal contra a influenza entre idosos, grupos de risco de doenças crônicas é abaixo do esperado na maioria dos Estados-Membros da UE, de acordo com o relatório VENICE. Os esforços de vacinação contra a gripe devem continuar na UE.

Ações

O ECDC monitoriza a atividade da gripe na Europa durante a época de Inverno e publica o seu relatório semanal sobre a Flu News Europe.

Recomendações sobre a composição da vacina contra o vírus da gripe 2018 2019 estão disponíveis no site da Organização Mundial de Saúde (OMS).





FEBRE DO VALE DO RIFT (FVR)

Local de ocorrência: França Data da informação: 15/03/2019

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

COMENTÁRIOS:

Segundo as autoridades francesas, de 22 de novembro de 2018 a 8 de março de 2019, 88 casos humanos e nenhuma morte de FVR foram informadas em Mayotte. Entre os 63 casos com informações disponíveis sobre sexo e idade, a maioria dos casos era do sexo masculino, com uma relação homem-mulher de 4: 1 e faixa etária de 10 a 74 anos. Todos os 63 casos foram adquiridos localmente.

Investigações posteriores identificaram 52 focos epizoóticos da febre do Vale Rift, incluindo bovinos (42) e pequenos ruminantes (10).

A maioria dos casos de febre do Vale do Rift está concentrada principalmente nas áreas Centro-Oeste e Norte de Mayotte.

De acordo com o Centro Francês de Pesquisa Agrícola para o Desenvolvimento Internacional, a soroprevalência da febre do Vale do Rift entre ruminantes diminuiu de 2008 a 2017, mas aumentou significativamente em 2017 e 2018.

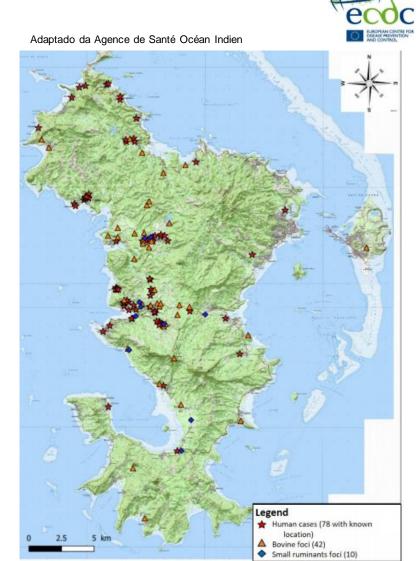
A detecção de casos autóctones em Mayotte não é inesperada, mas a ocorrência de 88 casos humanos em pouco tempo neste período é motivo de preocupação, pois as condições climáticas atuais (estação chuvosa de novembro a março) são favoráveis para os vetores.

A importação de casos para a UE ocorreu nos últimos anos. Até o momento, nenhum caso autóctone foi relatado no países continentais da UE / EEE.

Os Estados-Membros da UE devem manter a consciência da situação na África e continuar a incluir a febre do Vale do Rift com diagnóstico para os doentes que retornam, uma vez que a importação de casos de Mayotte não pode ser excluída.

Ações

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



Distribuição geográfica de casos humanos (estrelas) e focos epizoóticos em bovinos (triângulos) e pequenos ruminantes (diamantes) de FVR em Mayotte, de 22 de novembro de 2018 a 07 de março de 2019.

MORBIDADE / MORTALIDADE

Local de ocorrência: Américas Data da informação: 13/03/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) está oferecendo mais capacitações e apoio aos profissionais responsáveis por registrar dados precisos sobre mortalidade e morbidade na América Latina e no Caribe. Essa iniciativa compõe os esforços para melhorar a qualidade, pertinência e uniformidade das informações que servem de base para muitas decisões no âmbito da saúde pública.

Os profissionais conhecidos como codificadores de mortalidade e morbidade desempenham um papel fundamental ao garantir a qualidade das estatísticas vitais e de saúde. Eles interpretam informações médicas completas (escritas por médicos) para determinar o diagnóstico exato de um paciente ou a causa de morte subjacente. Para isso, atribuem o diagnóstico a um código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e o utilizam para elaborar dados de saúde padronizados em níveis local, regional e nacional.

"O trabalho dos codificadores é de vital importância para assegurar a geração de dados precisos sobre morbidade e mortalidade, que são utilizados para o planejamento, monitoramento e avaliação de políticas para manter e melhorar a saúde pública", afirmou Patricia Ruiz, chefe interina da Unidade de Sistemas de Informação e Plataformas para a Saúde da OPAS. "No entanto, apesar desta responsabilidade, os codificadores geralmente precisam interpretar terminologias médicas complexas com pouca ou nenhuma capacitação sobre as atualizações mais recentes da CID-10, uma situação que deve ser modificada."

Para abordar este tema, a Rede Latino-Americana e do Caribe para o Fortalecimento dos Sistemas de Informação de Saúde (RELACSIS), da OPAS, está trabalhando para colocar em prática diversas iniciativas que permitam melhorar a capacidade técnica dos codificadores da CID na região e lhes proporcionar as ferramentas necessárias para que possam realizar suas tarefas de forma mais eficaz.

Entre as iniciativas, está o desenho de cursos virtuais sobre a codificação de morbidade e mortalidade conforme a CID-10 – como, por exemplo, um curso online para médicos sobre como completar certidões de óbito. Há também uma

outra capacitação virtual, com duração de dois meses, para novos codificadores, com o intuito de orientá-los sobre a forma correta de interpretar os termos médicos para utilizar os códigos, de compreender a estrutura da CID-10 e de atribuir códigos aos diagnósticos dos médicos. Mais de 250 codificadores participaram do último curso. A RELACSIS também criou uma plataforma virtual para promover debate técnico e responder às perguntas frequentes.

Também foi realizado um censo regional sobre os codificadores de mortalidade e morbidade para determinar, pela primeira vez, sua demografia, ambiente de trabalho e nível de competência. O censo revelou que existem cerca de 7 mil codificadores em países de língua espanhola da América Latina e do Caribe e permitirá intervenções mais direcionadas para apoiar essa força essencial de trabalho. Em novembro de 2018, celebrou-se na Cidade do México a Primeira Reunião Regional de Codificadores de Mortalidade e Morbidade. O objetivo da conferência foi destacar o papel fundamental dos codificadores ao facilitar a criação de políticas de saúde fundamentadas na região e oferecer a esses profissionais o apoio necessário para desempenhar essa função no mais alto nível possível.

Durante a reunião, a RELACSIS, junto aos Centros Colaboradores para a Família de Classificações Internacionais da OMS na Argentina (CACE), Cuba (CECUCE) e México (CEMECE) aceitaram seguir trabalhando para buscar um maior reconhecimento do trabalho dos codificadores da CID e programar reuniões entre esses profissionais para intercâmbio de ideias, experiências e perspectivas em torno dessa função, assim como para tratar de suas necessidades técnicas específicas. Todas essas iniciativas fazem parte do Plano de Ação da OPAS para o fortalecimento das estatísticas vitais (2017-2022). O documento tem foco na melhoria do papel dos codificadores, estabelecendo um registro desses profissionais; em fornecer treinamento e desenvolvimento de habilidades, de acordo com as necessidades do codificador; preparar codificadores para a CID-11 em 2022; expandir as iniciativas para codificadores do Caribe de língua inglesa; e desenvolver uma qualificação profissional para garantir o desenvolvimento profissional dos codificadores.

SAÚDE DA MULHER MIGRANTE

Local de ocorrência: Américas Data da informação: 11/03/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

O acesso ao planejamento familiar e à assistência pré-natal, a violência perpetrada pelo parceiro e a saúde das adolescentes são alguns dos principais desafios enfrentados pelas mulheres migrantes nas Américas, segundo especialistas que participaram de painel realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no Dia Internacional da Mulher (8 de março).

"Políticas e resoluções que protegem o acesso à saúde, à saúde materna e à saúde dos migrantes já existem, mas muitos países lutam para garanti-las às populações em geral, sem considerar as populações migrantes", afirmou a diretora da OPAS, Carissa F. Etienne, que também pontuou que recursos suficientes não estão sendo mobilizados.

Etienne também destacou que as atuais ondas migratórias na região não são de curto prazo. "Não se trata apenas de lidar com uma crise. Precisamos de programas que abordem essas questões a longo prazo", disse a diretora da OPAS, que também pediu um "enfoque coerente que aborde a combinação de desigualdades de gênero e outras barreiras à saúde".

O painel se centrou em uma discussão sobre as necessidades mais urgentes de saúde das mulheres migrantes e em formas de atendê-las. Reuniu especialistas da OPAS; Carmen Moreno, da Comissão Interamericana de Mulheres da Organização dos Estados Americanos (OEA); e Claudia Palacios, jornalista colombiana cujo trabalho se baseou em questões relacionadas à migração nas Américas.

Em 2017, dos 258 milhões de migrantes internacionais em todo o mundo, 38 milhões eram da América Latina e do Caribe. Há cada vez mais mulheres entre essas populações migrantes, o que destaca a necessidade urgente de eliminar as barreiras de acesso à saúde e oferecer proteção às mulheres migrantes, particularmente devido à violência e ao abuso durante o processo migratório.

"A migração coloca novas tensões sobre as já frágeis redes de segurança social em muitos países", disse Etienne. "Ao mesmo tempo, exacerba muitas desvantagens socioeconômicas subjacentes que as mulheres já enfrentam, por exemplo, com relação às condições de vida e de trabalho, status legal;

discriminação, 'desempoderamento' e exclusão", acrescentou.

Para Claudia Palacios, que trabalhou com meios de comunicação em áreas com alta população de mulheres migrantes, algumas das mais vulneráveis são as que requerem serviços de saúde sexual e reprodutiva ou atendimento pré-natal. Embora o atendimento de emergência, como no caso de parto, possa ser acessado, "essas mulheres não podem ir aos exames do pré-natal porque não têm a documentação legal necessária", enfatizou. Ela também destacou que muitas gestantes chegam aos países com complicações na gravidez por causa das condições em seus próprios países ou que foram adquiridas durante a viagem — algo que eleva o risco para a saúde da mãe e do bebê quando não há acesso à atenção pré-natal.

"Abordar as necessidades das mulheres migrantes requer um enfoque que analise as causas profundas das questões associadas à migração desorganizada", disse Palacios. "Essa é a única forma de garantir que nos próximos anos esse fenômeno passará de um enorme desafio para uma oportunidade de desenvolvimento.

Carmen Moreno, secretária executiva da Comissão Interamericana de Mulheres, destacou que, ao se analisar o tema de saúde das mulheres migrantes, é importante levar em conta os fatores subjacentes da migração, incluindo a migração voluntária e involuntária. "Precisamos apoiar melhor as mulheres migrantes no exercício de seus direitos humanos", alegou.

Para abordar os problemas enfrentados pelas mulheres migrantes quando tentam acessar os serviços de saúde nos países que as acolhem, Moreno pediu vontade política para criar políticas de saúde e migração que protejam os migrantes. "Há uma responsabilidade clara tanto nos países que acolhem quanto nos países de trânsito para proporcionar aos migrantes serviços de saúde", afirmou. As mulheres migrantes contribuem significativamente para economias formais e informais, mas há poucos dados sobre suas necessidades específicas de proteção social em matéria de saúde.

Local de ocorrência: Américas Data da informação: 04/03/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Resumo da situação

Entre a semana epidemiológica (SE) 1 e a SE 9 de 2019, dez países da Região das Américas relataram casos confirmados ocorridos entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019: Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, México, Estados Unidos da América e a República Bolivariana da Venezuela. Nenhum caso fatal foi relatado em 2019.

Em 2018, havia 12 países na Região das Américas que relataram ter confirmado casos de sarampo, e apenas dois desses países relataram casos fatais: Brasil e Venezuela.

A seguir, é apresentada uma atualização da situação epidemiológica nos países que relataram casos confirmados em 2019.

A **Argentina** informou um caso confirmado de sarampo importado, em um homem de 35 anos de idade na cidade de Rosário, província de Santa Fé, sem histórico conhecido de vacinação. A erupção cutânea foi em 17 de fevereiro depois de ter retornado à Argentina em 5 de fevereiro de uma viagem de negócios a Hong Kong, Região Administrativa Especial (SAR) da República Popular da China.

Bahamas relatou um caso importado confirmado de sarampo. O caso é um menino de 4 anos de idade, sem história de vacinação que estava visitando a França e chegou às Bahamas em 10 de fevereiro de 2019, enquanto a caminho de uma ilha de propriedade privada. A erupção cutânea foi em 18 de fevereiro de 2019, e no mesmo dia, a criança procurou atendimento médico com seus pais. No dia 21 de fevereiro de 2019, as amostras de soro testadas num laboratório internacional foram positivas para sarampo.

No **Brasil**, entre SE 6 de 2018 e SE 9 de 2019, foram 10.334 casos confirmados, incluindo 12 mortes. Desde 18 de janeiro de 2019, a OPAS/OMS Atualização epidemiológica sobre o Sarampo, um adicional de 60 casos confirmados foram relatados.

Existem 11 unidades federais que relataram casos confirmados de sarampo: Amazonas (9.804 casos, 6 óbitos), Bahia (3 casos), Distrito Federal (1 caso), Pará (87 casos, 2 óbitos), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (46 casos), Rio de



Janeiro (19 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (361 casos, 4 óbitos), São Paulo (3 casos) e Sergipe (4 casos).

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

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

No estado do Amazonas, entre 6 de fevereiro de 2018 e 26 de fevereiro de 2019, havia 11.422 casos suspeitos notificados, incluindo 6 mortes. Do total de casos suspeitos, 9.804 foram confirmados, 1.607 foram descartados, e 11 permanecem sob investigação.

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

A taxa de incidência mais alta para casos confirmados por faixa etária é entre crianças menores de 1 ano (2.190,5 casos por 100.000 habitantes), seguida por crianças de 15 a 19 anos (552,1 casos por 100.000 habitantes), de 20 a 29 anos (358.6 casos por 100.000 habitantes), de 1 a 4 anos de idade (354,1 casos por 100.000 habitantes), entre 30 e 39 anos (188,8 casos por 100.000 habitantes), e de 40 a 49 anos de idade (117,4 casos por 100.000 habitantes).

No estado de Roraima, entre 4 de fevereiro de 2018 e 22 de fevereiro de 2019, havia 596 casos suspeitos notificados, incluindo 4 mortes. Do total de casos suspeitos, 361 foram confirmados, 223 foram descartados e 12 permanecem sob investigação. Dos casos confirmados, 54,2% (195) são homens, 61% (219) são venezuelanos, 38% (139) são brasileiros e 1% (3 casos) correspondem a pessoas de outros países. Em outros casos, 41% são indígenas (127 da Venezuela e 18 do Brasil).

Dos 15 municípios do estado de Roraima, 13 relataram casos suspeitos. Os municípios de Amajarí, Boa Vista e Pacaraima são responsáveis por 90% (536) dos casos e 89% (323) dos casos confirmados relatados em Roraima. A taxa de incidência em Roraima é de 48,2 casos por 100.000 habitantes, e os municípios com as mais altas taxas de incidência são: Pacaraima (314,5 casos por 100.000 habitantes), Amajarí (72,6 casos por 100.000 habitantes), Cantá (61,6 casos por

(Continua na próxima página)

Local de ocorrência: Américas Data da informação: 04/03/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

100.000 habitantes), Rorainópolis (50,8 casos por 100.000 habitantes) e Boa Vista (48,5 casos por 100.000 habitantes).

A partir da SE 15 de 2018, houve uma diminuição no número de casos suspeitos e confirmados, e entre SE 32 e SE 35 de 2018 foi relatado um aumento nos casos, afetando os municípios de Boa Vista e Amajarí; outro ligeiro aumento ocorreu na SE 7 de 2019.

A maior taxa de incidência por faixa etária é entre crianças menores de 1 ano de idade (812,1 casos por 100.000 habitantes), de 1 a 4 anos (245,7 casos por 100.000 habitantes), 5 a 9 anos de idade (106,9 casos por 100.000 habitantes), de 10 a 14 anos (66,6 casos por 100.000), 15 a 19 anos de idade (51,0 casos por 100.000 habitantes).

Além disso, em 20 de fevereiro de 2019, o Brasil registrou um surto de sarampo em um navio de cruzeiro. Até 28 de fevereiro, foram notificados 32 casos suspeitos, dos quais 18 foram confirmados laboratorialmente. Todos os casos confirmados estão na tripulação. Quatro casos suspeitos foram relatados em passageiros. Antes da chegada do navio de cruzeiro no Brasil em 2 de dezembro de 2018, o navio tinha viajado pelo Mediterrâneo, e espera-se que permaneça no Brasil até abril de 2019.

No **Canadá**, até a SE 6 de 2019, houve 5 casos confirmados de sarampo. A maioria dos casos notificados em 2019 está associada a um surto que afeta crianças em idade escolar em Vancouver, originalmente ligadas à importação.

No Chile, entre SE 45 de 2018 e SE 8 de 2019, houve 26 casos confirmados de sarampo, dos quais 8 foram importados e 18 foram relacionados à importação. Quatorze dos casos necessitaram de hospitalização e não foram notificadas mortes.

Do total de casos relatados, 54% são do sexo masculino e 57% são crianças menores de 1 ano de idade. Casos foram reportados nas regiões Metropolitana (24 casos) e Biobío (2 casos).

Na Colômbia, entre as SE 10 de 2018 e SE 9 de 2019, houve 241 casos confirmados de sarampo sem mortes relatadas.

Casos confirmados foram relatados nos departamentos de Antioquia, Arauca,



Atlântico, Bolívar, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Madalena, Norte de Santander, Risaralda, Santander e Sucre, e nos distritos de Barranquilla, Bogotá, Cartagena e Santa Marta. Os distritos de Barranquilla e Cartagena e o departamento de Norte de Santander é responsável por 68% do total de casos confirmados.

A taxa de incidência cumulativa no país é de 0,22 casos por 100.000 habitantes, e a taxa de maiores taxas de incidência foram relatadas nas seguintes entidades territoriais: Cartagena (5.3 casos por 100.000 habitantes), Barranquilla (2.4 casos por 100.000 habitantes) e Bolívar (1,1 casos por 100.000 habitantes).

A maior taxa de incidência por faixa etária para os casos associados à importação ou transmissão secundária entre colombianos foram relatados em crianças menores de 1 ano de idade (6 casos por 100.000 crianças menores de 1 ano), seguidas por crianças de 1 a 4 anos de idade (1.74 casos por 100.000 habitantes).

Costa Rica relatou um caso confirmado de sarampo; o caso é um menino de 5 anos de idade do sexo masculino de nacionalidade francesa, sem história de vacinação que chegou à Costa Rica com seus pais em 18 de fevereiro de Paris, França. O início da erupção cutânea ocorreu em 20 de fevereiro e o caso foi confirmado em laboratório. Além disso, testes laboratoriais (PCR em tempo real para o vírus do sarampo) foram realizados em aspirado nasofaríngeo e amostras de urina dos pais, que foram positivos (embora não apresentaram sintomas compatíveis com o sarampo), elevando o total para 3 casos confirmados.

O México informou um caso de sarampo importado confirmado em laboratório. O caso é de 54 anos de idade, residente do estado de Nuevo León, com histórico de viagens para Paris, França, e para Houston, Texas, Estados Unidos. O caso não tinha histórico de vacinação contra o sarampo e teve início eruptivo em 10 de fevereiro de 2019. O caso foi confirmado através de sorologia (detecção de IgM) e (RT-PCR) realizados pelo Laboratório de Saúde Pública do Estado. O genótipo B3 foi identificado.

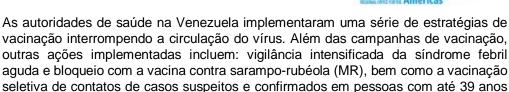
Setenta e um contatos estão sendo acompanhados, todos os quais são assintomáticos até o momento.

de idade.

Local de ocorrência: Américas Data da informação: 04/03/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:



Nos Estados Unidos, entre 1º de janeiro e 21 de fevereiro de 2019, foram confirmados 159 casos de sarampo notificados em 10 estados, correspondendo a 6 surtos. Estados que têm casos confirmados relatados são Califórnia, Colorado, Connecticut, Geórgia, Illinois, Kentucky, Nova York, Oregon, Texas e Washington.

Em 2018, 17 surtos foram registrados nos Estados Unidos: surtos no Estado de Nova York, Nova York City e New Jersey relataram o maior número de casos. Os casos ocorreram principalmente entre pessoas não vacinadas nas comunidades judaicas ortodoxas. Estes surtos foram associados a viajantes que importaram sarampo 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.

Na Venezuela, entre 26 de março de 2017 e 52 de dezembro de 2018, um total de 9.116 casos suspeitos (1.307 em 2017 e 7.809 em 2018), incluindo 6.202 casos confirmados de sarampo (727 em 2017 e 5.475 em 2018), foram relatados. Os casos em 2018 foram confirmados por laboratório (2.416), diagnóstico clínico (2.274) e vínculo epidemiológico (785). Houve 76 mortes: 2 em 2017 (em Bolívar) e 74 em 2018 (37 no Delta Amacuro, 27 no Amazonas, 6 em Miranda, 3 na Capital e 1 em Bolívar). Entre 1º de janeiro e 27 de fevereiro de 2019, foram notificados 283 casos, dos quais 40 foram confirmados. O caso confirmado mais recente teve erupção cutânea em 17 de fevereiro de 2019.

A taxa de incidência cumulativa no país durante 2017-2019 é de 19,6 casos por 100.000. As maiores taxas de incidência foram relatadas em: Delta Amacuro (212,3 casos por 100.000 habitantes), o Distrito Capital (114,7 casos por 100.000 habitantes), Amazonas (79,9 casos por 100.000 habitantes), Bolívar (53,8 casos por 100.000 habitantes), Vargas (48,7 casos por 100.000 habitantes) e Miranda (37,9 casos por 100.000 habitantes).

Casos confirmados relatados entre SE 44 e SE 50 de 2018 foram nos estados de Apure (4 casos), Barinas (5 casos), Bolívar (9 casos), Carabobo (10 casos). Distrito da Capital (13 casos), Cojedes (1 caso), Delta Amacuro (1 caso), Falcón (5 casos), Lara (4 casos), Mérida (6 casos), Miranda (3 casos), Monagas (4 casos), Vargas (1 caso) e Zulia (64 casos).



Pan American

Sarampo nas comunidades indígenas

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

Na Venezuela, entre SE 1 e SE 52 de 2018, houve 508 casos confirmados de sarampo entre as populações indígenas no Amazonas (153 casos, dos quais 134 no Sanema, 16 em Yanomami, 2 em Yekuana e 1 em etnia Baniva); Bolívar (1 caso no Pemón grupo étnico), o Distrito Capital (1 caso no grupo étnico Wayú), Delta Amacuro (328 casos, todos na etnia Warao); Monagas (21 casos, dos quais 19 estavam em Warao, 1 em Shaima e 1 em etnias Eñepa); e Zulia (4 casos no grupo étnico Wayú).

Além disso, foram registradas 62 mortes, das quais 35 no Delta Amacuro (todas no Warao etnia) e 27 no Amazonas (todos do grupo étnico Sanema).

Conselhos às autoridades nacionais

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

- Vacinar para manter uma cobertura homogênea de 95% com a primeira e segunda doses da vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (MMR) em todos os municípios.
- Vacinar as populações em risco (sem comprovação de vacinação ou imunidade contra sarampo e rubéola), como profissionais de saúde, pessoas que trabalham com turismo e transporte (hotéis, aeroportos, taxistas e outros) e viajantes internacionais.

(Continua na próxima página)

Local de ocorrência: Américas Data da informação: 04/03/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

- Manter um estoque de vacinas e seringas MR e / ou MMR para controle de casos em cada país da Região.
- Fortalecer a vigilância epidemiológica do sarampo para obter a detecção oportuna de todos os casos suspeitos de sarampo em estabelecimentos de saúde pública e privados e garantir que as amostras são recebidas pelos laboratórios no prazo de 5 dias após a colheita e os resultados estão disponíveis em um período não superior a 4 dias.
- Fornecer uma resposta rápida a casos de sarampo importados, para evitar o restabelecimento de transmissão endêmica, através da ativação de equipes de resposta rápida treinadas e implementando protocolos nacionais de resposta rápida quando forem casos importados. Uma vez que uma equipe de resposta rápida tenha sido ativada, a coordenação entre os níveis nacional e local deve ser assegurada, com canais de comunicação fluidos entre todos os níveis (nacionais, subnacionais e local).
- Identificar fluxos migratórios (chegada de estrangeiros) e fluxos internos (populações deslocadas) em cada país, incluindo populações indígenas, a fim de facilitar o acesso a serviços de vacinação de acordo com o regime nacional.
- Implementar um plano para imunizar as populações migrantes em áreas fronteiriças de alto tráfego, priorizando aqueles considerados de risco, tanto migrantes como residentes locais, nestes municípios.
- Aumentar a cobertura vacinal e fortalecer a vigilância epidemiológica nas áreas de fronteiras para aumentar a imunidade da população e detectar / responder rapidamente a casos suspeitos de sarampo.
- Durante os surtos, estabelecer um adequado gerenciamento de caso hospitalar para evitar a transmissão, com encaminhamento adequado de pacientes para salas de isolamento (para qualquer nível de cuidado) e evitar contato com outros pacientes em salas de espera e / ou outros quartos.

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



SARAMPO

O QUE É COMPLICAÇÕES O sarampo é uma doença infecciosa aguda > Infecção nos ouvidos e viral, provocada pelo > Pneumonia morbilivírus, com elevada transmissibilidade e que > Convulsões pode acometer pessoas > Lesões no sistema de qualquer idade nervoso TRANSMISSÃO SINTOMAS **PREVENÇÃO** > Tosse

> Febre

> Coriza

0

> Manchas

> Dores no corpo

> Conjuntivite

avermelhadas na pele

Ocorre de pessoa para pessoa. por secreções nasais expelidas ao tossir, espirrar

ou falar

0

0

A única forma de prevenção é a vacina tríplice

viral

Fonte: google.com.br

Local de ocorrência: Europa Data da informação: 08/03/2019

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

COMENTÁRIOS:

A Bulgária comunicou um surto de sarampo, com 51 casos notificados pelo Ministério da Saúde até 27 de fevereiro de 2019. Os casos foram relatados por Blagoevgrad (40), cidade de Sofia (7), distrito de Sófia (3) e Varna (1). No mesmo período de 2018, um caso de sarampo foi notificado na Bulgária. Globalmente, em 2018, a Bulgária comunicou 13 casos. De acordo com relatos da mídia citando o Ministério da Saúde, 52 casos de sarampo foram relatados em 1º de março de 2019.

Croácia: Não foram comunicados surtos em 2019 desde 1º de março de 2019. A Croácia comunicou 23 casos em 2018, de acordo com a TESSy.

Chipre: Não foram detectados casos em 2019. Em 2018, Chipre comunicou 14 casos, de acordo com relatos dos meios de comunicação.

A República Checa informou 170 casos, incluindo 162 casos confirmados em 2019, até 28 de fevereiro. Trata-se de um aumento de 137 desde a publicação do relatório, em 8 de fevereiro de 2019. A maioria dos casos foi notificada por Praga (76), Pardubice (29) e Regiões Morávia-Silésia (24). Em 2018, foram notificados 207 casos de sarampo no país.

A Dinamarca comunicou quatro casos, de acordo com os dados de vigilância. Um surto de cinco casos com uma cepa idêntica foi relatado em 27 de fevereiro de 2019. Em 2018, a Dinamarca relatou oito casos.

A Estônia notificou três casos em janeiro de 2019, um aumento de três casos desde o relatório anterior em 8 de fevereiro de 2019. Em 2018, 10 casos foram relatados pela Estônia. De acordo com relatos da mídia, quatro casos foram relatados, três dos quais relacionados a viagens.

A Finlândia comunicou cinco casos em 2019, até 1º de março de 2019, um aumento de dois casos desde 4 de fevereiro de 2019. Em 2018, a Finlândia relatou 15 casos.

A França registrou vários surtos de sarampo no início de 2019, resultando em 244 casos registrados em 27 de fevereiro de 2019 em comparação com 665 casos no mesmo período de 2018. Destes casos, 73 (30%) foram hospitalizados e 19 (8%) complicações. Os surtos foram notificados na estância de esqui de Val Thorens na Sabóia (47 casos), Mayotte (14), Reunião (36) e Haute Garonne (15). Entre 18 de dezembro de 2017 e 16 de dezembro de 2018, a França registrou 2.902 casos, incluindo três óbitos.



 Desde o relatório anterior sobre as ameaças das Doenças Transmissíveis (CDTR), publicado em 8 de fevereiro de 2019, foram fornecidas atualizações de 26 países da UE/EFTA: Áustria, Bélgica, Bulgária, Croácia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estônia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Lituânia, Luxemburgo, Noruega, Polônia, Portugal, Romênia, Eslováquia, Espanha, Suécia, Islândia e Suíça.

Em 2019, três mortes foram registradas na UE na Romênia.

Atualizações relevantes fora da UE / EE países são fornecidos para a Austrália, Brasil, Israel, Japão, Madagascar, Mianmar, Norte Macedônia, Filipinas, Rússia, Sérvia, Tailândia, Ucrânia, EUA e Vietnã.

Destes países, foram notificados surtos pela Áustria, Bélgica, Bulgária, República Checa, Dinamarca, França, Irlanda, Lituânia, Eslováguia e Polônia e fora da UE / EEE pelo Brasil, Madagáscar, Mianmar, Macedônia do Norte, Filipinas, Rússia e a Ucrânia.

O relatório mensal do sarampo publicado no CDTR fornece os dados mais recentes sobre casos e surtos de sarampo com base em dados reportados em websites de autoridades nacionais ou através de relatórios de mídia. É complementar ao sarampo mensal do ECDC e do relatório de monitorização da rubéola baseado em dados submetidos rotineiramente por 30 países da UE / EEE ao Sistema Europeu de Vigilância (TESSy). Os dados apresentados em ambos os relatórios mensais podem ser diferentes.

Resumo epidemiológico para os países da UE / EFTA com atualizações desde o mês passado:

A Áustria comunicou 52 casos em 2019, até 20 de fevereiro, um aumento de 44 casos desde 23 de janeiro de 2019. Os casos foram relatados em Steiermark (34), Salzburg (13), Tirol (4) e Viena (1). Em 2018, houve 77 casos notificados de todas os estados e 12% dos casos eram trabalhadores da saúde.

Bélgica: De acordo com os relatórios em 22 de fevereiro de 2019, foram notificados dois surtos na região de Bruxelas, com 24 casos confirmados este ano em comparação com 13 no mesmo período em 2018, e Wallonia, com 13 casos confirmados em comparação com 2 no mesmo período em 2018. Em 2018, foram notificados 120 casos de sarampo na Bélgica, de acordo com o TESSy.

Local de ocorrência: Europa Data da informação: 08/03/2019

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

COMENTÁRIOS:

A **Polônia** comunicou 314 casos em 2019 em 28 de fevereiro, em comparação com 46 casos notificados em meados de janeiro de 2019. No mesmo período de 2018, a Polônia comunicou 29 casos e 339 casos no total em 2018.

aumento de 97 casos desde o relatório em 8 de fevereiro de 2019. Quase metade dos casos foram notificados na região da Renânia do Norte-Vestefália (59). No mesmo período de 2018, a Alemanha relatou 39 casos. **Grécia**: Não foram detectados novos casos em 2019 desde 1º de março de 2019. Em

A Alemanha informou 120 casos de sarampo em 2019 até 10 de fevereiro, um

Grécia: Não foram detectados novos casos em 2019 desde 1º de março de 2019. Em 2018 até 20 de dezembro de 2018, 2.290 casos, incluindo duas mortes, foram relatados na Grécia.

A **Hungria** comunicou quatro casos em 2019, até 10 de fevereiro, um aumento de um caso desde o relatório em 8 de fevereiro de 2018.

A **Islândia** comunicou dois casos confirmados de sarampo em 2019, até 3 de março. Os casos desenvolveram sintomas durante uma viagem em voo de ligação de Londres para Reykjavík em 14 de fevereiro de 2019.

A **Irlanda** comunicou 10 casos em 2019, em 23 de fevereiro de 2019, dos quais três foram confirmados. Este é um aumento de três casos desde o relatório publicado em 8 de fevereiro de 2019. Em 2018, a Irlanda relatou 90 casos de sarampo, de acordo com TESSy. De acordo com a mídia, há surtos registrados no país.

A **Itália** registrou 163 casos em janeiro de 2019, em comparação com 99 casos em dezembro de 2018. A maioria dos casos foi notificada nas regiões Lombardia (53), Puglia (29) e Emilia-Romagna (19). Em 2018, a Itália comunicou 2.526 casos de sarampo, incluindo oito mortes. Além disso, a mídia relatou quatro casos em Roma.

A **Lituânia** relatou 67 casos em 2019, até 2 de fevereiro de 2019, de acordo com relatos da mídia citando autoridades de saúde. A maioria dos casos estão relacionados a um surto no condado de Kaunas (44). Este é um aumento de 53 casos desde o relatório publicado em 8 de fevereiro. Em janeiro de 2019, foram notificados 12 casos. No total, 30 casos foram notificados na Lituânia em 2018.

Luxemburgo: De acordo com relatos da mídia em 26 de fevereiro de 2019, nenhum caso foi relatado em 2019. No geral, quatro casos foram notificados nos últimos dois anos em Luxemburgo.

A **Noruega** comunicou um caso em 2019 até $1^{\rm o}$ de março de 2019. Em 2018, a Noruega comunicou 12 casos em 2018.

Portugal não reportou novos casos relatados em 2019 desde o final de janeiro. A DGS declarou o fim de três surtos em Cascais, Oeiras e Madeira, durante as quais foram notificados 37 casos desde novembro de 2018. No geral, Portugal registrou 162 casos em 2018.

A **Romênia** comunicou 381 casos, incluindo três mortes, em 2019 até 1º de março de 2019, um aumento de 248 casos e 2 mortes desde 1º de fevereiro de 2019. Desde o início do surto em outubro de 2016 e em 1º de março de 2019, a Romênia comunicou 15.981 casos confirmados, incluindo 62 mortes. Em 2018, 5.376 casos de sarampo, incluindo 22 mortes, foram notificados pela Romênia.

A **Eslováquia** comunicou 67 casos em 2019, em 14 de fevereiro de 2019. Destes casos, 57 são notificados no distrito de Trebišov. Desde o início do surto em setembro de 2018 e em 14 de fevereiro de 2019, 149 casos, incluindo 125 casos confirmados, foram relatados no distrito de Trebišov.

A **Espanha** comunicou 17 casos confirmados em 2019, até 24 de fevereiro de 2019. Trata-se de um aumento de 11 casos desde 27 de janeiro de 2019.

Suécia: Não foram relatados casos em 2019 a partir de 1º de março. No entanto, um caso foi notificado em um hospital de Estocolmo, em fevereiro, de acordo com relatos da mídia. Em 2018, houve 43 casos relatados pela Suécia.

A **Suíça** comunicou 38 casos em 2019, até 26 de fevereiro de 2019, um aumento de 32 casos desde o relatório nacional de 29 de janeiro de 2018.

Resumo epidemiológico relevante para países fora da UE / EFTA:

Segundo a UNICEF em 2018, 10 países representaram aproximadamente três quartos do aumento total do sarampo em 2018, incluindo surtos significativos no Brasil, Madagascar, Filipinas, Ucrânia e Iêmen.

Austrália: De acordo com relatos da mídia, 14 casos foram relatados em Brisbane em 2019 até 28 de fevereiro.

Brasil: Segundo a UNICEF, mais de 10 mil casos foram registrados em 2018.



Local de ocorrência: Europa Data da informação: 08/03/2019

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

Israel notificou casos esporádicos de sarampo em 2019 até 1º de março, em 2018

Japão: De acordo com relatos da mídia, 170 casos foram relatados até 08 de março,

A Macedônia do Norte comunicou 318 casos de sarampo, incluindo 3 mortes, em

2019, até 22 de fevereiro de 2019 e maioria dos casos é relatada por Skopje (311).

mais de 3.150 casos de sarampo foram notificados por Israel.

COMENTÁRIOS:

em 2019.

A **Ucrânia** comunicou 24.042 casos, incluindo dois óbitos, em 2019, em 22 de fevereiro de 2019. Dos casos, 10.588 eram adultos e 13.454 eram crianças. Este é um aumento de 8.947 casos e uma morte desde o final de janeiro de 2019. Desde o

início do surto, 30 mortes relacionadas com o sarampo foram relatados pela Ucrânia. Em 2018, a Ucrânia comunicou 54.481 casos de sarampo (20.204 adultos e 34.277

crianças), incluindo 16 mortes.

Os **EUA**: De 1º de janeiro a 21 de fevereiro de 2019, 159 casos de sarampo foram confirmados em 10 estados. Este é um aumento de 80 casos desde o relatório publicado em 8 de fevereiro de 2019. Estados que relataram casos ao CDC são Califórnia, Colorado, Connecticut, Geórgia, Illinois, Kentucky, Nova Iorque, Oregon, Texas e Washington.

O Vietnã registrou 664 casos de sarampo em 43 das 64 províncias em 2019, de acordo com relatos da mídia citando o Ministério da Saúde.

Madagascar relata um grande surto de sarampo. Segundo a OMS, de 3 de setembro de 2018 ± 21 de fevereiro de 2019, 82.905 casos foram notificados (983 confirmados em laboratório, o restante epidemiologicamente ligado) com 926 mortes, incluindo 622 mortes em unidades de saúde. Os números de casos reportados semanalmente diminuíram desde um pico de 10.744 casos na semana 4 de 2019.

Mianmar: De acordo com relatos da mídia, 1.300 casos, incluindo um óbito, foram relatados em 2019 até 27 de fevereiro.

Filipinas: Um grande surto de sarampo em 2019 foi relatado, de acordo com a mídia citando autoridades de saúde. Até 22 de fevereiro de 2019, 12.736 casos e 203 mortes foram relatadas.

Rússia: Vários surtos foram relatados em todo o país em janeiro e fevereiro de 2019. De acordo com relatos da mídia, surtos foram relatados na cidade de Moscou, no Daguestão, na região de Vladimir, em São Petersburgo e no Distrito Autônomo de Yamalo-Nenets. Além disso, os relatórios da mídia, citando autoridades de saúde, relataram 2.238 casos de sarampo de dezembro de 2018 \pm janeiro de 2019 (725 casos no mesmo período em 2018).

A **Sérvia** comunicou 5.785 casos, incluindo 14 mortes, de outubro de 2017 a 22 de fevereiro de 2019, incluindo casos notificados no Kosovo.

Este é um aumento de um caso desde o relatório publicado em 8 de fevereiro de 2019. Dos casos relatados, 2.933 foram confirmados.

Tailândia: De acordo com a mídia citando autoridades de saúde, 613 casos, incluindo 2 mortes, de 47 províncias da Tailândia foram relatados em 2019 até 4 de fevereiro de 2019.

Avaliação do ECDC

Dada a atual extensão da circulação do sarampo na UE / EFTA, a tendência nos últimos anos e o fato da cobertura vacinal para a primeira e segunda dose é abaixo do esperado, existe um risco elevado de transmissão continuada do sarampo com exportação mútua e importação entre os Estados-Membros da UE/EFTA e os países terceiros. Cobertura vacinal de pelo menos 95% da população geral nos níveis nacional e subnacional com duas doses de vacina contendo sarampo é recomendada e necessária para assegurar que a circulação do sarampo seja interrompida e a introdução de casos de sarampo não resulte em casos secundários.

Ações

O ECDC monitoriza a situação do sarampo através de informações epidemiológicas e relatórios mensais. O ECDC também reúne vigilância do sarampo através dos dados do Sistema Europeu de Vigilância (TESSy) para 30 países da UE / EEE.



ÉBOLA

Local de ocorrência: República Democrática do Congo

Data da informação: 14/03/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

A resposta da saúde pública ao surto da doença pelo vírus Ebola (DVE) continua a gerar ganhos. Durante os últimos 21 dias (20 de fevereiro a 12 de março de 2019), nenhum caso novo foi detectado em 10 das 20 zonas de saúde que foram afetadas durante o surto (Figura 1). Houve também menos casos novos observados nas últimas cinco semanas em comparação com janeiro de 2019 e no início do surto (Figura 2).

Atualmente, a maior preocupação está nas áreas urbanas vizinhas de Katwa e Butembo, que continuam contribuindo com cerca de três quartos dos casos recentes. Os aglomerados em outras áreas das províncias de Kivu do Norte e Ituri foram ligados a cadeias de transmissão em Katwa e Butembo, e até agora foram contidos para transmissões locais limitadas com um número relativamente pequeno de casos. Um total de 74 casos confirmados foram

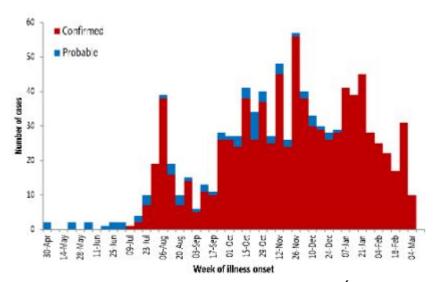


Figura 2: Casos confirmados e prováveis da doença do vírus Ébola por semana de início da doença, dados de 12 de março de 2019 *



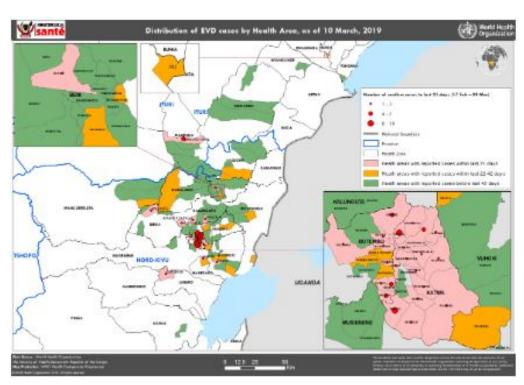


Figura 1: Casos confirmados e prováveis da doença do vírus Ébola por área de saúde, províncias de Kivu do Norte e Ituri, República Democrática do Congo, dados de 10 de março de 2019

relatados durante os últimos 21 dias de 32 das 125 áreas de saúde afetadas até o momento. O risco de novas cadeias de transmissão e disseminação permanece alto, conforme destacado pela recente disseminação para a Zona de Saúde de Lubero, e a reintrodução à Zona de Saúde de Biena após um período prolongado sem novos casos.

MERS-CoV

Local de ocorrência: Mundial Data da informação: 15/03/2019

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

COMENTÁRIOS:

Em 2019 até 12 de março, foram notificados 112 casos de MERS-CoV na Arábia Saudita (99) e Omã (13). Havia também 22 mortes na Arábia Saudita (18) e Omã (4). Na Arábia Saudita, 36 casos eram primários (20 dos quais relataram contato com camelos), 31 foram adquiridos na área da saúde, 18 foram contatos domiciliares e 14 casos estão sob investigação. A maioria (76%) dos casos na Arábia Saudita foram relatados em Wadi Aldwasir (56) e em Riad (19).

Desde abril de 2012 até 12 de março de 2019, 2.409 casos de MERS-CoV, incluindo 871 mortes, foram relatados pelas autoridades de saúde em todo o mundo.

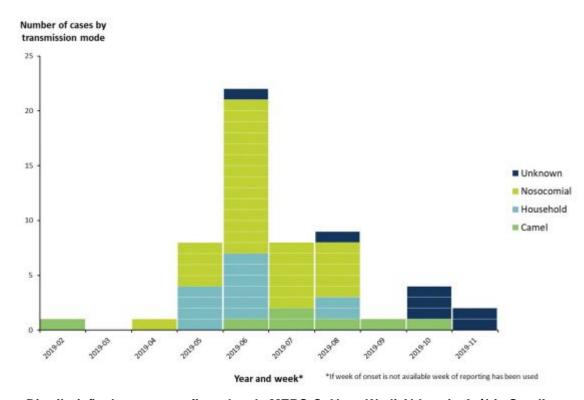
Avaliação do ECDC

O risco de transmissão sustentada de humano para humano na Europa permanece baixo. A avaliação do ECDC continua a ser que o MERS-CoV continua sendo um surto de risco baixo para a UE, tal como indicado na avaliação rápida dos riscos publicada em 29 de agosto de 2018, que também fornece detalhes sobre o último caso relatado na Europa.

Ações

O ECDC monitoriza esta ameaça através de relatórios e informações epidemiológicas semanais





Distribuição de casos confirmados de MERS-CoV em Wadi Aldwasir, Arábia Saudita, em 2019 por modo de transmissão e semana de início / notificação, até 12 de março de 2019.

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial Data da informação: 13/03/2019

Origem da informação: The Global Polio Erradication Initiative e OPAS

COMENTÁRIOS

Por ocasião do Dia Internacional da Mulher, em 8 de março de 2019, a Iniciativa Global de Erradicação da Pólio apresentou histórias de mulheres trabalhando no local para os esforços de erradicação da pólio.

O poliovírus selvagem continua a transmitir no Afeganistão - uma das paisagens geográficas e sócio-políticas mais desafiadoras -, mas a GPEI está trabalhando com os parceiros e o governo para obter ganhos concretos na eliminação da doença.

Vigilância de doenças em tempo real é o futuro da doença da vigilância, que está sendo implementada no Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para a África, em colaboração com a Fundação Bill & Melinda Gates.

Resumo de novos vírus nesta semana: Paquistão - nove amostras ambientais positivas para WPV1; Nigéria - um poliovírus derivado da vacina circulante tipo 2 (cVDPV2) - caso de contato comunitário positivo e três amostras ambientais positivas para cVDPV2.

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

Total acces	Year-to-date 2019		Year-to-	date 2018	Total in 2018	
Total cases	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	6	1	3	2	33	105
- in endemic countries	6	1	3	0	33	34
- in non-endemic countries	0	0	0	2	0	71

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

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS

Countries	Year-to-date 2019		Year-to-date 2108		Total in 2018		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afeganistão	2	0	3	0	21	0	12-Jan-2019	NA
Rep Dem Congo	0	0	0	2	0	20	NA	7-Oct-2018
Niger	0	0	0	0	0	10	NA	5-Dec-2018
Nigeria	0	1	0	0	0	34	NA	22-Jan-2019
Paquistão	4	0	0	0	12	0	20-Jan-2019	NA
Papua Nova Guiné	0	0	0	0	0	26	NA	18-Oct-2018
Somália	0	0	0	0	0	13	NA	7-Sep-2018

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

Poliovírus selvagem global e casos de poliovírus circulantes derivados da vacina - últimos 12 meses - em 11 de março de 2019



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial Data da informação: 04/03/2019

Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

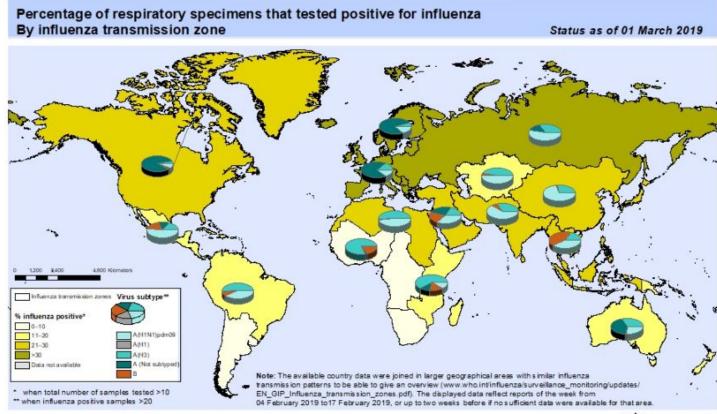


COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

Na América do Norte, a atividade da influenza continuou a aumentar nos Estados Unidos, com o influenza A (H1N1) pdm09 como subtipo dominante, seguido pelo influenza A (H3N2). Na Europa, a atividade da gripe permaneceu elevada em todo o continente e foi relatada como generalizada na maioria dos países. Vírus da gripe A co-circulados. No norte da África, a atividade da gripe permaneceu elevada. Na Ásia Ocidental, a atividade da gripe atingiu o pico em alguns países e aumentou em outros, com todos os subtipos de influenza sazonal co-circulando. No leste da Ásia, a atividade da influenza pareceu diminuir no geral, com predominância do vírus influenza A (H1N1) pdm09. No sul da Ásia, a atividade da influenza permaneceu elevada, com predomínio do vírus influenza A.

No Caribe, nos países da América Central e nos países tropicais da América do Sul, a atividade de influenza e VSR foi baixa em geral. Nas zonas temperadas do hemisfério sul, a atividade da gripe permaneceu em níveis inter-sazonais, com exceção de algumas partes da Austrália onde a atividade da influenza permaneceu acima dos níveis intersazonais. Em todo o mundo, os vírus sazonais da gripe A foram responsáveis pela maioria das detecções.

Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de influenza de 115 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 04 de fevereiro de 2019 a 17 de fevereiro de 2019 (dados em 2019-03-01 05:22:16 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 220.347 espécimes durante esse período de tempo. 74.302 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 73.225 (98,6%) foram tipificados como influenza A e 1.077 (1,4%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 19.600 (65,2%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 10.447 (34,8%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 82 (26,2%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 231 (73,8%) 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, tentory, only 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.

Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS), FluNet (www.who.int/flunet)

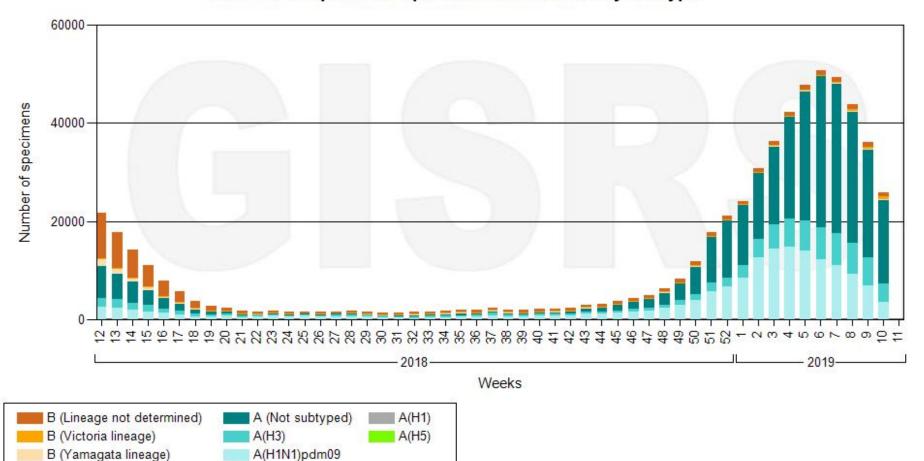




Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Global circulation of influenza viruses

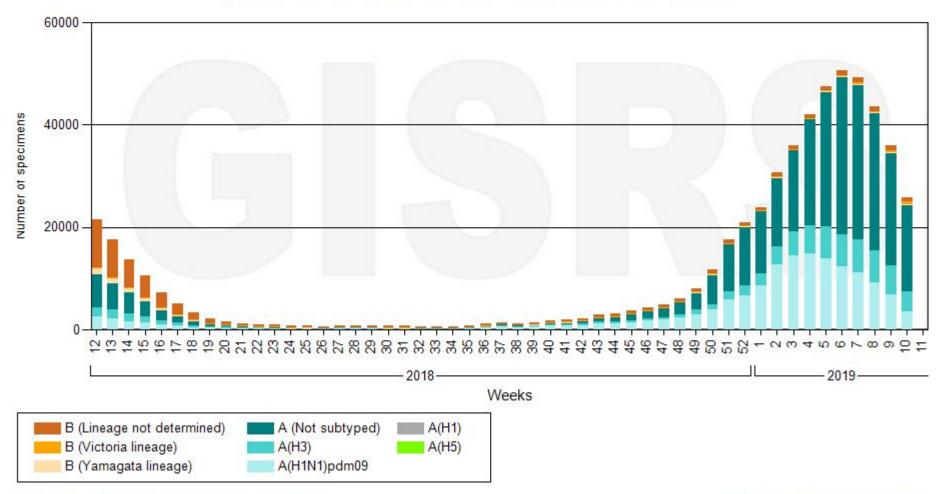




Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Northern hemishere

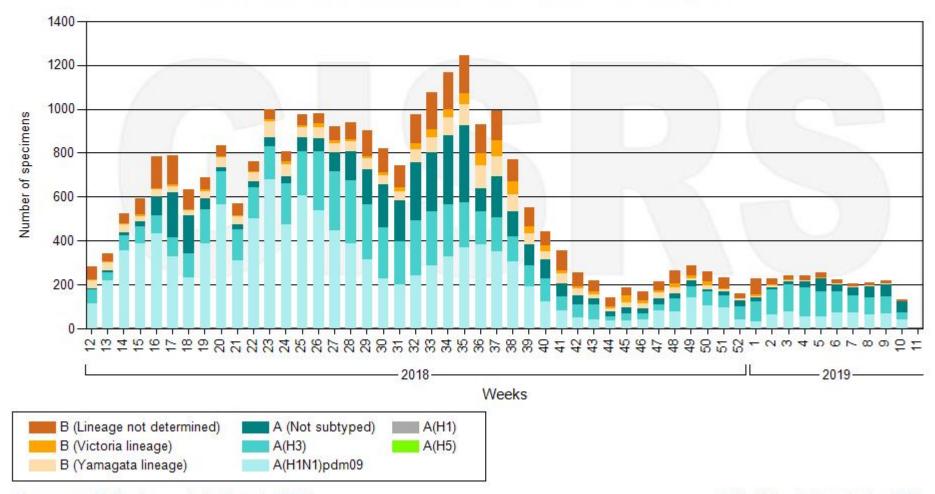




Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

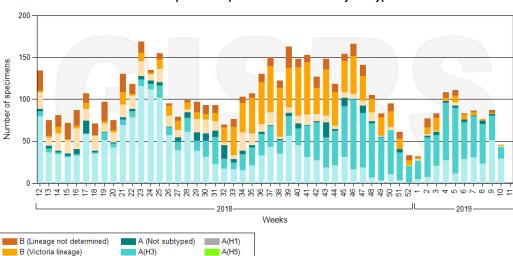
Southern hemisphere



A(H1N1)pdm09

African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



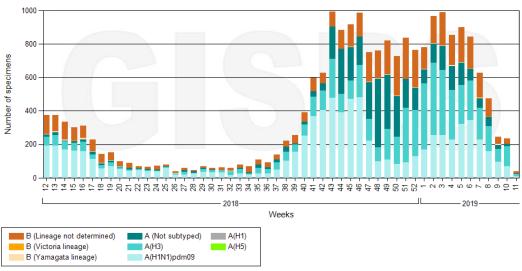
© World Health Organization 2019 Influenza Laboratory Surveillance Information by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 18/03/2019 13:47:27 UTC

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

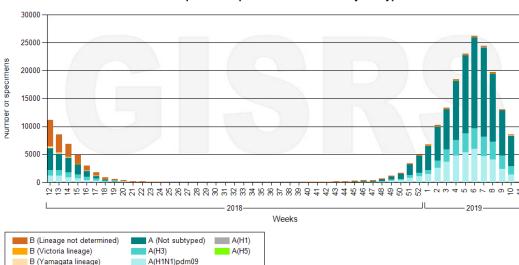
B (Yamagata lineage)

Eastern Mediterranean Region of WHO



European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

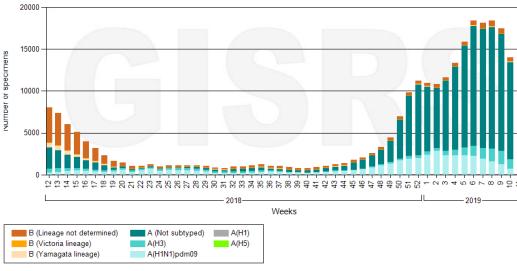


generated on 18/03/2019 13:49:20 UTC

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

© World Health Organization 2019 Influenza Laboratory Surveillance Information by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

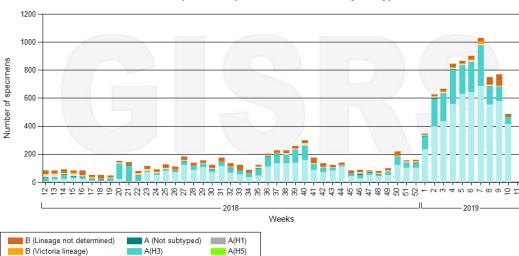
Region of the Americas of WHO



A(H1N1)pdm09

South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



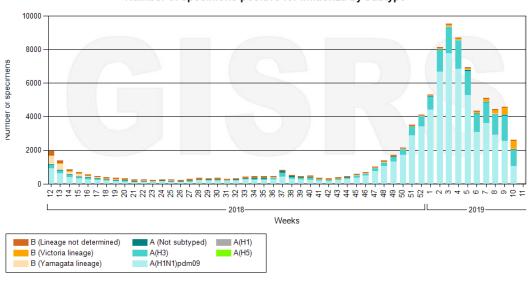
© World Health Organization 2019 Influenza Laboratory Surveillance Information by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

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

B (Yamagata lineage)

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



generated on 18/03/2019 13:50:51 UTC

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