

INFORME EPIDEMIOLOGICO

CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 26/2019 (23/06/2019 a 29/06/2019)

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 26/2019

(23/06/2019 a 29/06/2019)

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

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Vigilância de casos humanos

No período de 01/07/2018 a 12/06/2019 foram notificados 467 casos, sendo 17 confirmados e 76 em investigação. O primeiro óbito por febre amarela ocorreu em 06/03/2019, tendo como município de residência e local provável de infecção o município de Morretes.

Entre os casos confirmados 15 (88,2%) são do sexo masculino, com mediana de idade de 35 anos (mínimo 10; máximo 69) e 3(17,6%) são trabalhadores rurais. Quanto ao local provável de Infecção 7(41,2%) são nos municípios da 1ª Regional de Saúde (Antonina, Guaraqueçaba, Paranaguá e Morretes), 4 (23,5%) da 2ª Regional de Saúde (São José dos Pinhais, Adrianópolis e Quatro Barras), 4(23,5%) importados (Itaóca e Barra do Turvo-SP), 1 (5,9%) permanece em investigação quanto ao município de residência e 1 (5,9%) quanto ao município de residência e local provável de infecção.

Tabela 1. Distribuição dos casos notificados de febre amarela, segundo classificação, Paraná, de 01/07/2018 a 12/06/2019.

Classificação	Casos	óbitos
Confirmados	17	1
Em investigação	76	0
Descartados	375	0
Total	467	1

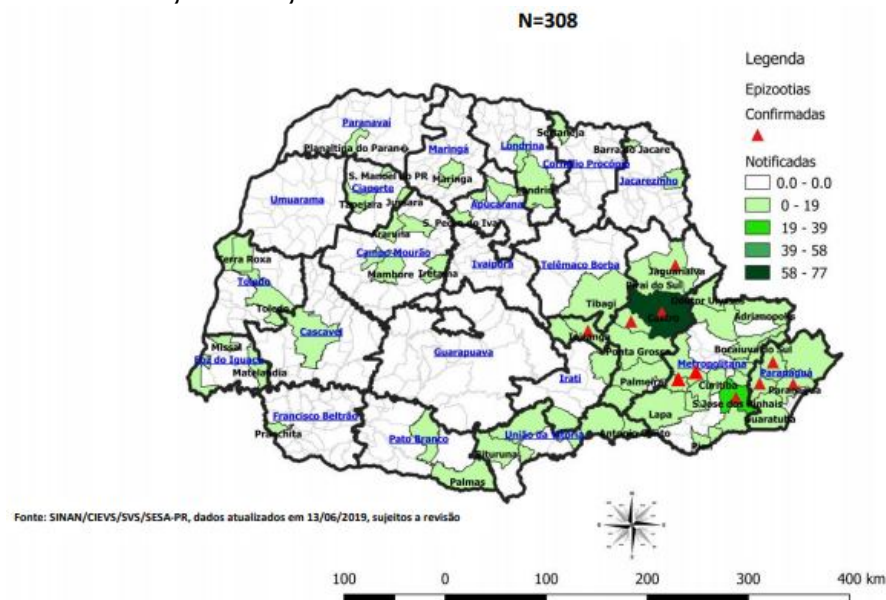
Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA-PR, 12/06/2019, dados preliminares sujeitos a alterações.

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

Neste período de monitoramento 2018/2019, ocorreram epizootias em primatas não humanos (PNH) em 72 municípios. Até o momento, 42 epizootias foram confirmadas, 86 estão em investigação e 122 são indeterminadas (sem coleta de amostra), conforme Tabela 3.

Os municípios que registraram epizootias no período de monitoramento de julho/2018 a junho/2019 estão dispostos no Mapa 1. As epizootias confirmadas estão distribuídas em 03 municípios da 1ª Regional de Saúde (Antonina, Morretes e Paranaguá), em 03 municípios da 2ª Regional de Saúde (São José dos Pinhais, Campo Largo e Balsa Nova) e 04 municípios da 3ª Regional de Saúde (Castro, Jaguariaíva, Ipiranga e Carambei).

Mapa 1: Epizootias notificadas e confirmadas em PNH, segundo local de ocorrência, Paraná, 01/07/2018 a 12/06/2019



FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Tabela 2. Distribuição dos casos de febre amarela notificados no período sazonal de 01/07/2018 a 12/06/2019, por município de residência, Paraná.

RS	Município de Residência	Notificados	Em Investigação	Confirmados		Descartados
				n	LPI (Local provável de infecção)	
1	Antonina	11	1	3	Guaraqueçaba Antonina	7
	Guaraqueçaba	3	0	0		3
	Guaratuba	4	1	0		3
	Matinhos	7	3	0		4
	Morretes	14	0	2	Morretes	12
	Paranaguá	97	3	1	Paranaguá	93
	Pontal do Paraná	4	2	0		2
2	Em investigação	1	0	1	Em investigação	0
	Adrianópolis	3	0	2	Adrianópolis	1
	Agudos do Sul	1	1	0		0
	Almirante Tamandaré	5	1	0		4
	Araucária	1	0	0		1
	Balsa Nova	1	1	0		0
	Bocaiúva do Sul	2	1	0		1
	Campina Grande do Sul	12	4	1	Guaraqueçaba	7
	Campo do Tenente	1	0	0		1
	Campo Largo	5	4	0		1
	Campo Magro	3	0	0		3
	Cerro Azul	2	0	0		2
	Colombo	14	7	0		7
	Contenda	1	0	0		1
	Curitiba	86	13	4	Itaóca-SP São José dos Pinhais Barra do Turvo-SP	69
	Fazenda Rio Grande	3	2	0		1
	Piên	3	0	0		3
	Pinhais	8	1	0		7
	Piraquara	7	1	1	Barra do Turvo-SP	5
	Quatro Barras	2	1	1	Quatro Barras	0
	Rio Branco do sul	1	1	0		0
	São José dos Pinhais	85	11	1	Barra do Turvo-SP	73
3	Carambei	3	2	0		1
	Castro	9	1	0		8
	Jaguaraíva	1	0	0		1
	Palmeira	5	0	0		5
	Ponta Grossa	9	2	0		7
4	Irati	1	0	0		1
	Rebouças	1	0	0		1

RS	Município de Residência	Notificados	Em Investigação	Confirmados		Descartados
				n	LPI (Local provável de infecção)	
6	Bituruna	1	0	0		1
	União da Vitória	1	0	0		1
7	Chopinzinho	2	0	0		2
8	Ampére	1	0	0		1
	Dois Vizinhos	1	0	0		1
	Francisco Beltrão	4	0	0		4
	Perola do Oeste	1	1	0		0
	Planalto	1	0	0		1
	Foz do Iguaçu	7	1	0		6
	Itaipulândia	1	0	0		1
	Boa Vista da Aparecida	1	0	0		1
	Cascavel	5	2	0		3
	Iguatu	1	0	0		1
	Quedas do Iguaçu	2	0	0		2
	Vera Cruz do Oeste	1	0	0		1
12	Douradina	1	1	0		0
15	Maringá	3	1	0		2
	Sarandi	2	0	0		2
	Apucarana	1	1	0		0
	Arapongas	1	0	0		1
	Rio Bom	1	0	0		1
17	Londrina	1	0	0		1
	Lupionópolis	1	0	0		1
	Primeiro de Maio	1	1	0		0
	Abatiá	1	1	0		0
	Nova Fátima	1	1	0		0
	Uraí	1	0	0		1
19	Ibaiti	1	0	0		1
	Wenceslau Braz	2	0	0		2
20	Assis Chateaubriand	1	1	0		0
	Marechal Cândido Rondon	1	0	0		1
21	Telemaco Borba	1	0	0		1
Total		467	76	17		375

Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA-PR

Resultados preliminares, sujeitos a alteração. DBF 12/06/2019.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Tabela 3. Distribuição das epizootias notificadas, no período de monitoramento de 01/07/2018 a 12/06/2019, por município de ocorrência, Paraná.

RS	Município de ocorrência	01/07/2018 a 30/06/2019				
		Confirmadas	Descartadas	Indeterminadas*	Em investigação	Total
1	Antonina	1		2		3
	Guaraqueçaba			2		2
	Guaratuba			2	1	3
	Morretes	1	1	1		3
	Paranaguá	1				1
2	Adrianópolis			2		2
	Agudos do Sul				1	1
	Araucária			1	1	2
	Balsa Nova	1	1		2	4
	Bocaiúva do Sul			2		2
	Campina Grande do Sul			1		1
	Campo Largo	1	1	4	1	7
	Cerro Azul			3		3
	Contenda			3		3
	Curitiba		5	2	7	14
	Doutor Ulysses			3		3
	Lapa		1			1
	Pien		1			1
	Piraquara		3			3
	Quatro Barras			2		2
	São José dos Pinhais	13	4	2	18	37
	Tijucas do Sul		1		1	2
3	Carambeí	3			5	8
	Castro	12	2	50	15	79
	Ipiranga	1		1		2
	Ivaí			1		1
	Jaguariaíva	8		3	2	13
	Palmeira			2	2	4
	Piraí do Sul			8	2	10
	Ponta Grossa			3	1	4
	São João do Triunfo			1		1
	Sengés			1		1
4	Fernandes Pinheiro				2	2
	Mallet				1	1
	Teixeira Soares		1		4	5
6	Antônio Olinto			3	1	4
	Bituruna		1			1
	Cruz Machado			2	1	3
	Paulo Frontin		1			1
	Porto Vitória		1			1
	São Mateus do Sul			1	1	2

RS	Município de ocorrência	01/07/2018 a 30/06/2019				
		Confirmadas	Descartadas	Indeterminadas*	Em investigação	Total
7	Chopininho			1		1
	Mangueirinha		1			1
	Palmas		1			1
8	Pranchita			1		1
9	Foz do Iguaçu		3		4	7
	Matelândia		1	1		2
	Missal		1			1
10	Cascavel		2	1	3	6
11	Araruna				1	1
	Boa Esperança			1		1
	Iretama		1			1
	Mamboré		1			1
	Peabiru			1		1
13	Jussara		1			1
	São Manoel do Paraná		1			1
	Tapejara		1			1
14	Planaltina do Paraná		1			1
15	Maringá		10	2	2	14
16	Apucarana		1			1
	Jandaia do Sul		1			1
	São Pedro do Ivaí		1			1
17	Cambé			1		1
18	Londrina		1			1
	Sertaneja				1	1
19	Barra do Jacaré		2			2
	Carlópolis		1			1
20	Guaíra		1	2		3
	Nova Santa Rosa				1	1
	Terra Roxa				1	1
21	Toledo		1	2	1	4
	Tibagi			1	3	4
Total		42	58	122	86	308

Fonte: SINAN/CIEVS/SESA-PR, dados atualizados em 12/06/2019, sujeitos a alteração.

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

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Imunização

RS	Cobertura FA (<1 ANO) Cobertura (%)
1	72,41
2	73,24
3	89,82
4	102,72
5	81,56
6	90,86
7	96,23
8	92,61
9	88,11
10	98,18
11	97,05
12	98,57
13	100,98
14	106,32
15	81,06
16	93,76
17	89,1
18	91,22
19	103,26
20	93,5
21	88,12
22	98,53
TOTAL	85,66

Fonte: SIPNI, 13/06/2019, dados preliminares

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

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) o Estado do Paraná tem uma população estimada em 10.577.755 habitantes distribuídas em 399 municípios. Em maio/2019 a cobertura vacinal em menores de um ano foi de 85,66%. Entre o período de 01 de janeiro a 12 de junho de 2019 foram aplicadas 850.698 doses da vacina contra febre amarela na população de 09 meses a 60 anos, sendo que, o quantitativo maior da população a ser vacinada, encontram-se nos municípios do litoral, Curitiba e Região Metropolitana.

Estratégias de intensificação da vacinação seletiva vêm sendo realizada em todo o estado do Paraná, com prioridade nos municípios da 1º, 2º, 3º e 21º Regional de Saúde, por meio da busca ativa seletiva da população. A Secretaria Estadual de Saúde orienta que pessoas nunca vacinadas contra febre amarela, procurem um serviço de saúde para atualização do seu esquema vacinal, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde/Programa Nacional de Imunizações.

Faixa Etária	Doses aplicadas
9M - 11M	58.810
1 ANO	12.884
2 ANOS	9.566
3 ANOS	10.084
4 ANOS	9.838
>=5 a 9 ANOS	47.275
>=10 a 14 ANOS	33.942
>=15 a 59 ANOS	622.105
>=60A	46.194
TOTAL	850.698

Fonte: SIPNI, 13/06/2019, dados preliminares

Tabela 5. Relatório consolidado de doses aplicadas, por faixa etária, Paraná, 01/01/2019 a 12/05/2019*

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

Tabela 1 – Casos e óbitos de SRAG segundo classificação final.
Paraná, 2019.

Classificação Final	Casos		Óbitos	
	n	%	n	%
SRAG por Influenza	263	11,1	59	21,5
SRAG não especificada	1.014	42,7	168	61,1
SRAG por outros vírus respiratórios	692	29,1	39	14,2
SRAG por outros agentes etiológicos	4	0,2	1	0,4
Em investigação	403	17,0	8	2,9
TOTAL	2.376	100	275	100

Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 18/06/2019, dados sujeitos a alterações.

Tabela 2 – Casos e óbitos de SRAG por Influenza e subtipo viral.
Paraná, 2019.

Classificação Final	Casos		Óbitos	
	n	%	n	%
SRAG por Influenza A (H1N1) pdm09	235	89,4	52	88,1
SRAG por Influenza A (H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
SRAG por Influenza A (H3) Sazonal	12	4,6	6	10,2
SRAG por Influenza A não subtipado	0	0,0	0	0,0
SRAG por influenza B - Linhagem Vitoria	16	6,1	1	1,7
SRAG por Influenza B - Linhagem Yamagata	0	0,0	0	0,0
TOTAL	263	100	59	100

Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 18/06/2019, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 18/06/2019, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

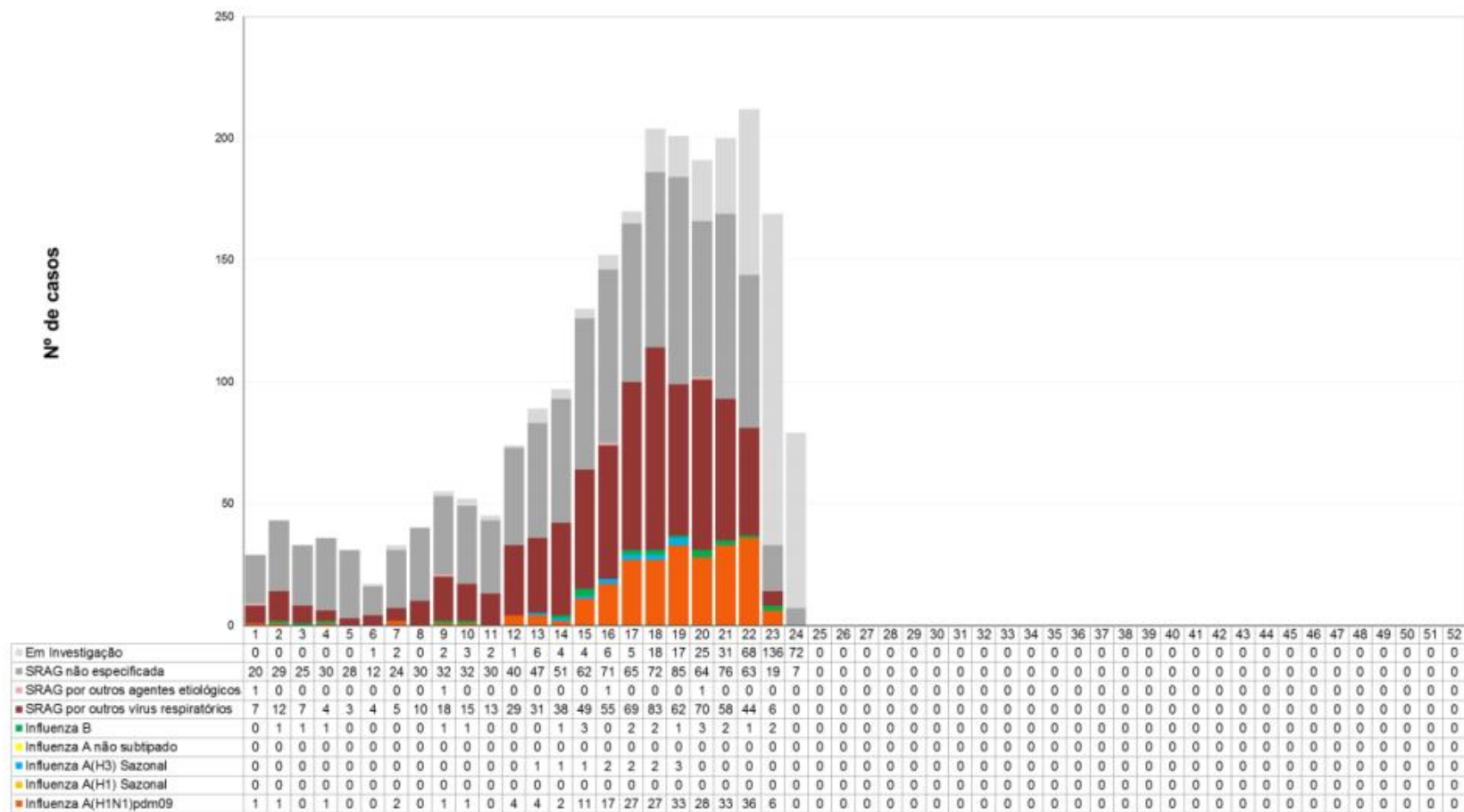
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

Gráfico 2 – Distribuição dos casos de SRAG, segundo agente etiológico e SE do início dos sintomas. Paraná, 2019.



Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 18/06/2019, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

Tabela 3 – Casos de SRAG por Influenza por município e subtipo viral. Paraná, 2019

Município de Residência	Influenza A (H1N1) pdm09		Influenza A (H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B Victoria		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
1. Reg. Saúde Paranaguá	13	4	1	0	0	0	0	0	14	4
Antonina	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Morretes	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Paranaguá	10	2	0	0	0	0	0	0	10	2
Pontal do Paraná	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
2. Reg. Saúde Metropolitana	93	11	2	1	0	0	10	1	105	13
Almirante Tamandaré	3	1	0	0	0	0	1	0	4	1
Araucária	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Campo Largo	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Campo Magro	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Colombo	7	1	0	0	0	0	0	0	7	1
Curitiba	62	6	2	1	0	0	7	1	71	8
Fazenda Rio Grande	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Itaperuçu	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Pinhais	4	1	0	0	0	0	0	0	4	1
Piraquara	5	0	0	0	0	0	1	0	6	0
São José dos Pinhais	6	1	0	0	0	0	1	0	7	1
3. Reg. Saúde Ponta Grossa	14	0	0	0	0	0	0	0	14	0
Carambei	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Palmeira	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Ponta Grossa	12	0	0	0	0	0	0	0	12	0
4. Reg. Saúde Irati	2	1	0	0	0	0	1	0	3	1
Inácio Martins	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Irati	1	1	0	0	0	0	1	0	2	1
5. Reg. Saúde Guarapuava	4	0	1	0	0	0	0	0	5	0
Guarapuava	4	0	1	0	0	0	0	0	5	0
6. Reg. Saúde União da Vitória	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
São Mateus do Sul	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
União da Vitória	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7. Reg. Saúde Pato Branco	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Pato Branco	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	35	15	2	1	0	0	0	0	37	16
Foz do Iguaçu	33	14	2	1	0	0	0	0	35	15
Matelândia	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santa Terezinha de Itaipu	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
10. Reg. Saúde Cascavel	19	5	2	2	0	0	0	0	21	7
Cascavel	16	3	2	2	0	0	0	0	18	5
Céu Azul	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Diamante do Sul	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Vera Cruz do Oeste	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1

Município de Residência	Influenza A (H1N1) pdm09		Influenza A (H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B Victoria		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
11. Reg. Saúde Campo Mourão	7	3	0	0	0	0	1	0	8	3
Campina da Lagoa	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Campo Mourão	2	0	0	0	0	0	1	0	3	0
Juranda	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Mamborê	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Moreira Sales	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Ubiratã	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12. Reg. Saúde Umuarama	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Mariluz	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
13. Reg. Saúde Cianorte	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0
Cianorte	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Jussara	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
14. Reg. Saúde Paranavaí	8	4	0	0	0	0	0	0	8	4
Paranavaí	8	4	0	0	0	0	0	0	8	4
15. Reg. Saúde Maringá	9	1	2	2	0	0	2	0	13	3
Flórida	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Maringá	6	1	2	2	0	0	1	0	9	3
Paçandu	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Sarandi	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0
16. Reg. Saúde Apucarana	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Rio Bom	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
17. Reg. Saúde Londrina	5	2	0	0	0	0	1	0	6	2
Cambé	4	2	0	0	0	0	0	0	4	2
Londrina	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0
18. Reg. Saúde Cornélio Procopio	7	1	0	0	0	0	0	0	7	1
Cornélio Procopio	7	1	0	0	0	0	0	0	7	1
19. Reg. Saúde Jacarezinho	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Joaquim Távora	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
20. Reg. Saúde Toledo	9	2	2	0	0	0	0	0	11	2
Guaira	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Marechal Cândido Rondon	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Toledo	7	1	1	0	0	0	0	0	8	1
Tupãssi	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
21. Reg. Saúde Telêmaco Borba	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Imbaú	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Telêmaco Borba	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	235	52	12	6	0	0	16	1	263	59

Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 18/06/2019, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

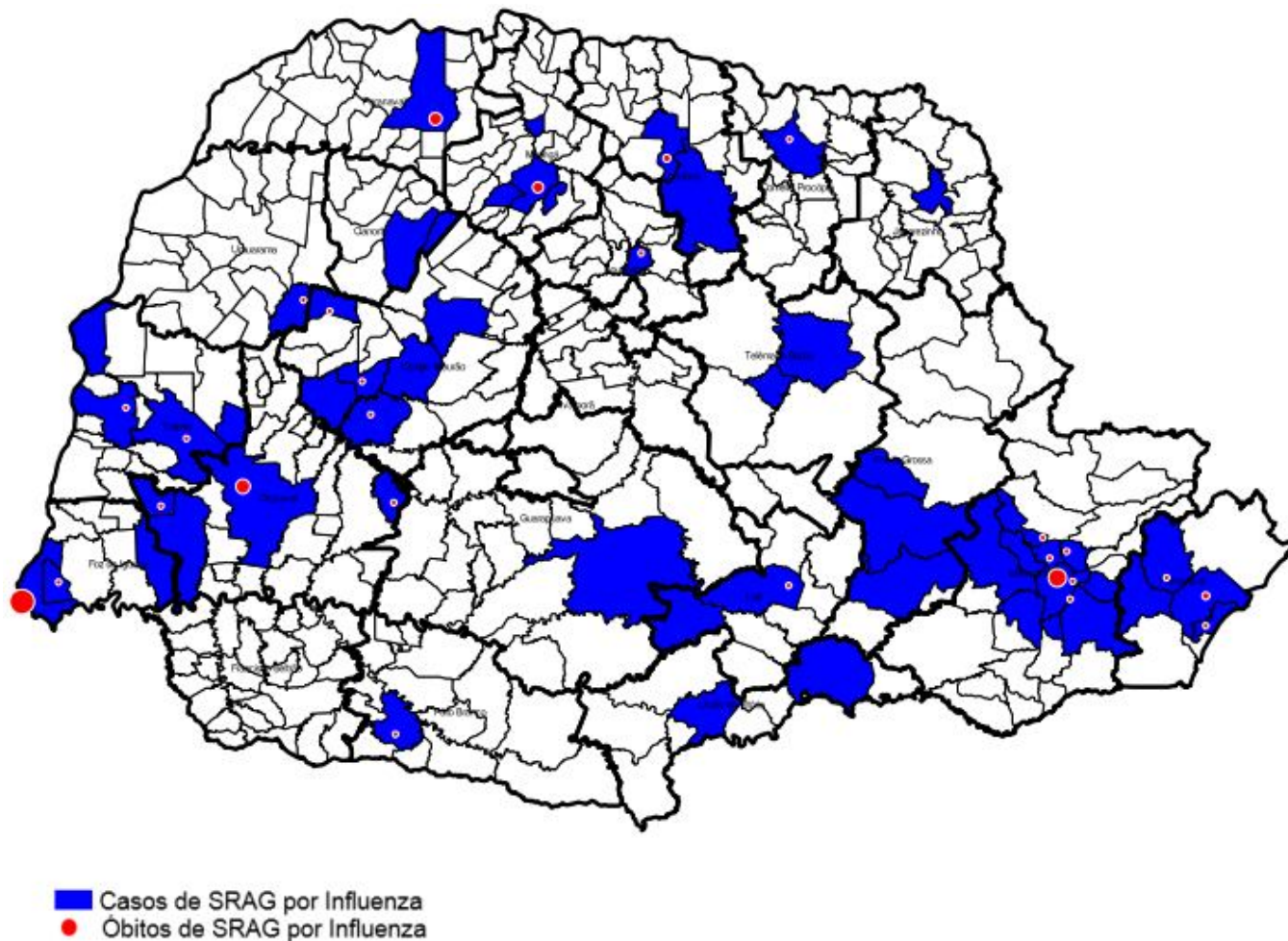
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

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



Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 18/06/2019, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

Tabela 4 – Casos de SRAG por Influenza segundo faixa etária e subtipo viral. Paraná, 2019.

Faixa etária	Influenza A(H1N1) pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 6 anos	35	14,9	0	0,0	1	8,3	0	0,0	6	37,5	42	16,0
6 a 9 anos	22	9,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	18,8	25	9,5
10 a 19 anos	11	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3	12	4,6
20 a 29 anos	14	6,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	12,5	16	6,1
30 a 39 anos	20	8,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	12,5	22	8,4
40 a 49 anos	30	12,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3	31	11,8
50 a 59 anos	38	16,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3	39	14,8
≥ 60 anos	65	27,7	0	0,0	11	91,7	0	0,0	0	0,0	76	28,9
TOTAL	235	100	0	0	12	100	0	0	16	100	263	100

Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 18/06/2019, dados sujeitos a alterações.

Tabela 5 – Óbitos de SRAG por Influenza segundo faixa etária e subtipo viral. Paraná, 2019.

Faixa etária	Influenza A(H1N1) pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
< 6 anos	5	9,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	8,5
6 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 19 anos	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	2	3,4
20 a 29 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
30 a 39 anos	3	5,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,1
40 a 49 anos	8	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	13,6
50 a 59 anos	12	23,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	20,3
≥ 60 anos	23	44,2	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	29	49,2
TOTAL	52	100	0	0,0	6	100	0	0,0	1	100	59	100

Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 18/06/2019, dados sujeitos a alterações.

Tabela 6 – Óbitos de SRAG por Influenza segundo fator de risco. Paraná, 2019.

Óbitos por Influenza (N=59)	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	55	93,2	13	23,6
Maior de 60 anos	29	49,2	11	37,9
Doença Cardiovascular Crônica	20	33,9	8	40,0
Outra Pneumopatia Crônica	12	20,3	3	25,0
Diabetes mellitus	11	18,6	4	36,4
Doença Neurológica Crônica	7	11,9	1	14,3
Obesidade	5	8,5	2	40,0
Menores de 6 anos	5	8,5	1	20,0
Doença Renal Crônica	3	5,1	1	33,3
Asma	3	5,1	1	33,3
Imunodeficiência/imunodepressão	2	3,4	0	0,0
Doença Hepática Crônica	2	3,4	0	0,0
Gestante	1	1,7	0	0,0
Síndrome de Down	1	1,7	0	0,0
Doença Hematológica Crônica	0	0,0	0	0,0
Puerpera (até 45 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	41	69,5		
Vacinados	13	22,0		

Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 18/06/2019, dados sujeitos a alterações.

Tabela 7 – Casos e óbitos de SRAG segundo subtipo viral. Paraná, 2013 a 2019.

Classificação Final	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Influenza A(H1N1) pdm09	384	47	48	8	37	4	1.087	218	1	0	237	46	235	52
Influenza A(H1) Sazonal*	6*	0	0	0	4*	1*	1*	1*	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	114	6	165	8	124	11	4	1	210	36	381	63	12	6
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	12	3	0	0
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	132	18	38	1	16	1
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1.223	240	343	54	668	113	263	59

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

Fonte: SINAN Influenza Web. Sivep-Gripe. Atualizado em 18/06/2019, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

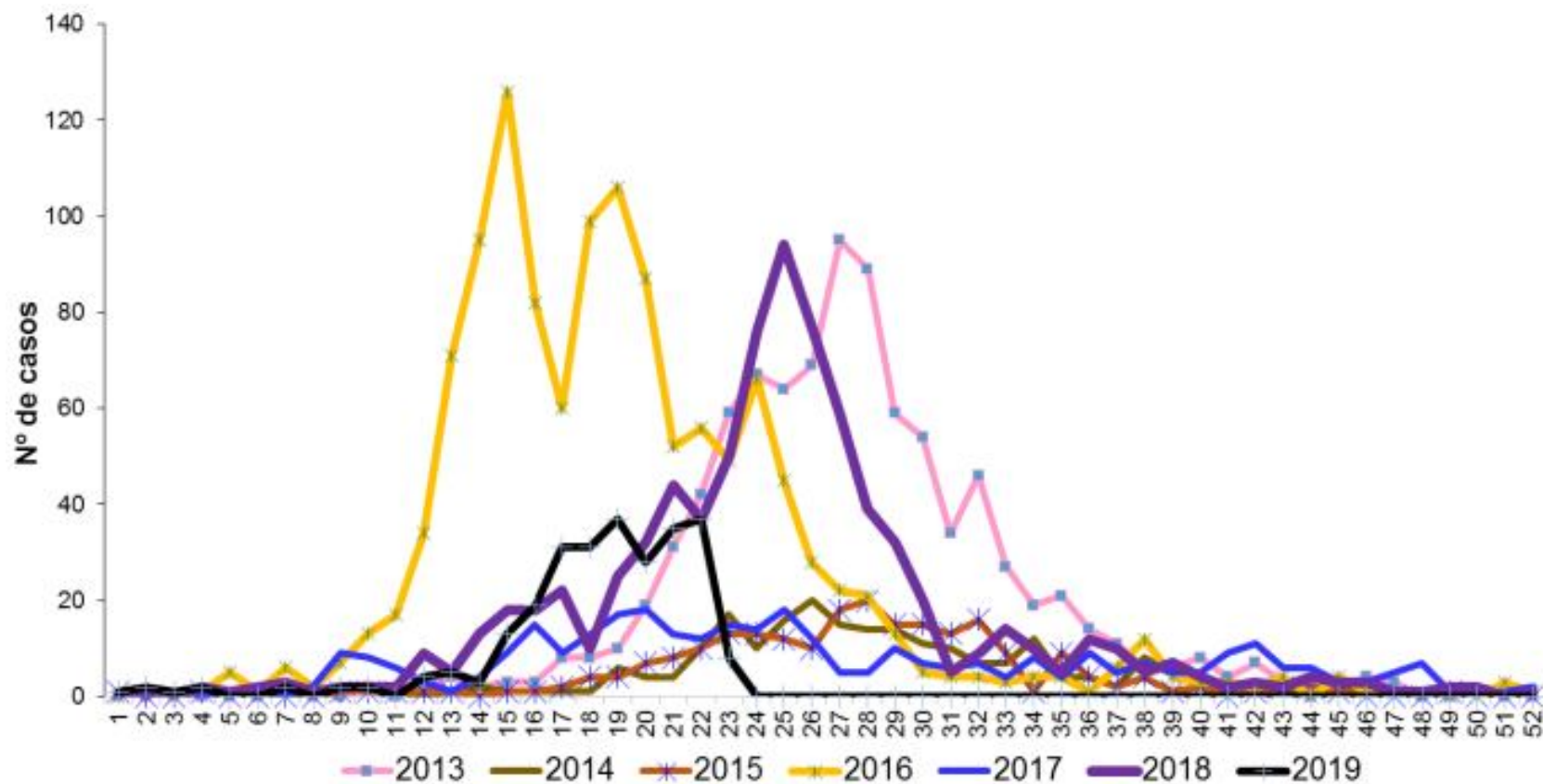
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

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



Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 18/06/2019, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

Medidas Preventivas para Influenza

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

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

Outras medidas são:

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

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

Evitar tocar as mucosas de olhos, nariz e boca;

Higienizar as mãos após tossir ou espirrar;

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

Manter os ambientes bem ventilados;

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

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

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

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

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

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/07/2019

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

COMENTÁRIOS:

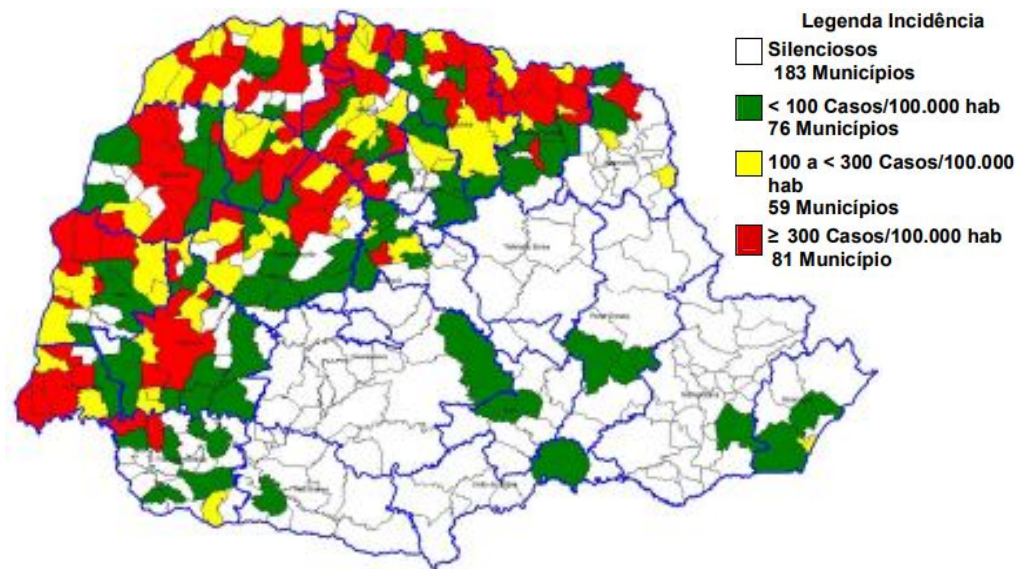
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2018 (primeira semana de agosto) a 26/2019.

Foram notificados no referido período 80.893 casos suspeitos de dengue, dos quais 36.868 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 155,15 casos por 100.000 hab. (17.319/11.163.018 hab.), considerada situação de **Alerta de Epidemia** pelo Ministério de Saúde (100 a 299,99 casos/100.000 hab.).

Os municípios com maior número de casos suspeitos notificados são Londrina (12.928), Foz do Iguaçu (8.234) e Maringá (4.958). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Foz do Iguaçu (1.449), Cascavel (1.088) e Londrina (1.054).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes – Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 26/2019



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 26/2019*	PERÍODO 2018/2019
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	339
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	249
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	22
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	216
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (01 ^a , 02 ^a , 03 ^a , 04 ^a , 05 ^a , 06 ^o , 07 ^a , 08 ^a , 09 ^a , 10 ^a , 11 ^a , 12 ^a , 13 ^a , 14 ^a , 15 ^a , 16 ^a , 17 ^a , 18 ^a , 19 ^a , 20 ^a e 22 ^a)	21
TOTAL DE CASOS	17.776
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	17.319
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	457
TOTAL DE NOTIFICADOS	80.893

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 – Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 26/2019.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	14.433 (81,2%)	3.343 (18,8%)	17.776
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	368	-	368
Dengue Grave (D G)	37	-	37
Descartados	-	-	36.868
Em andamento/investigação	-	-	25.844
Total	14.838 (18,3%)	3.343 (4,13%)	80.893

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

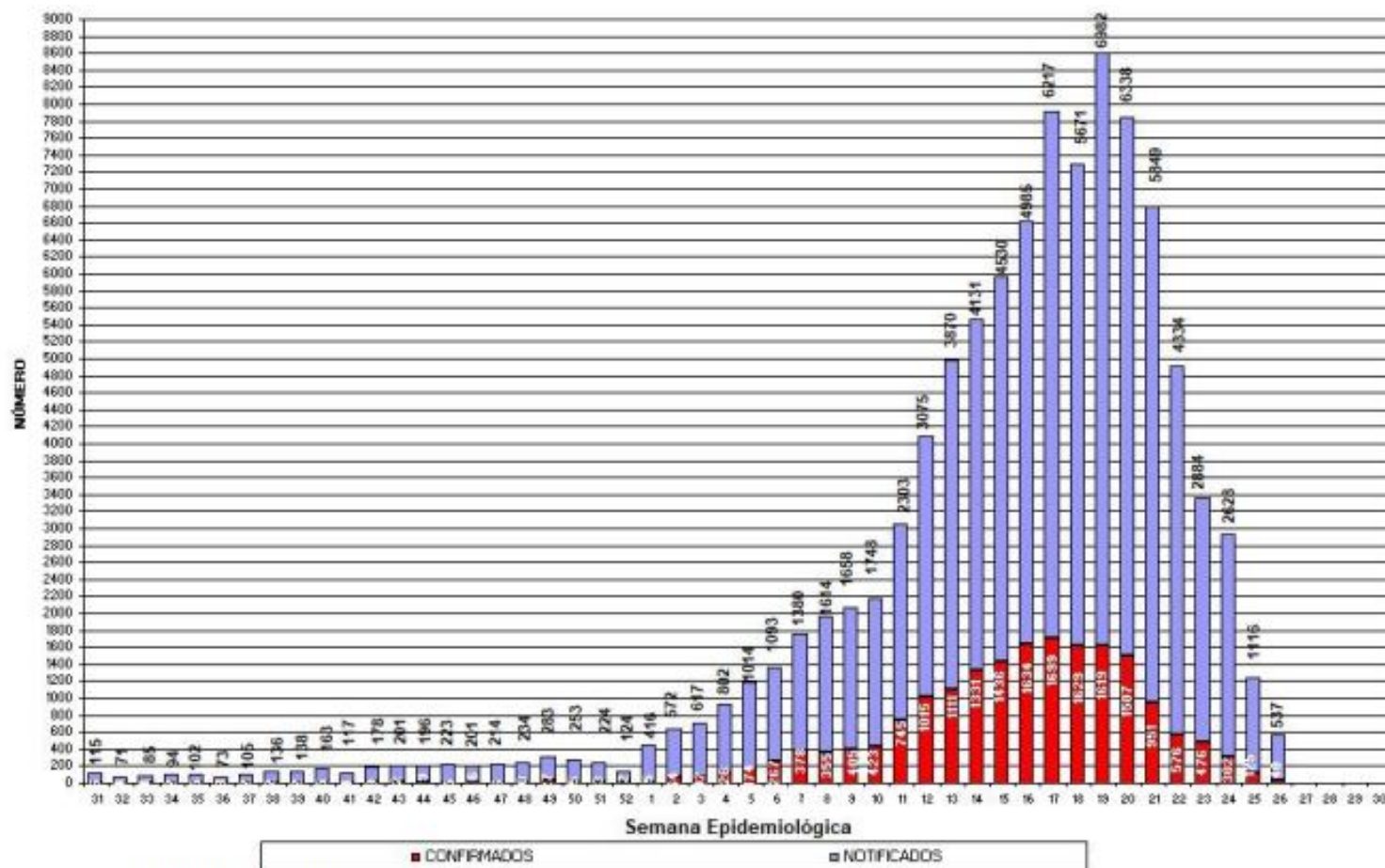
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/07/2019

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

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

Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2018 a 26/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/07/2019

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

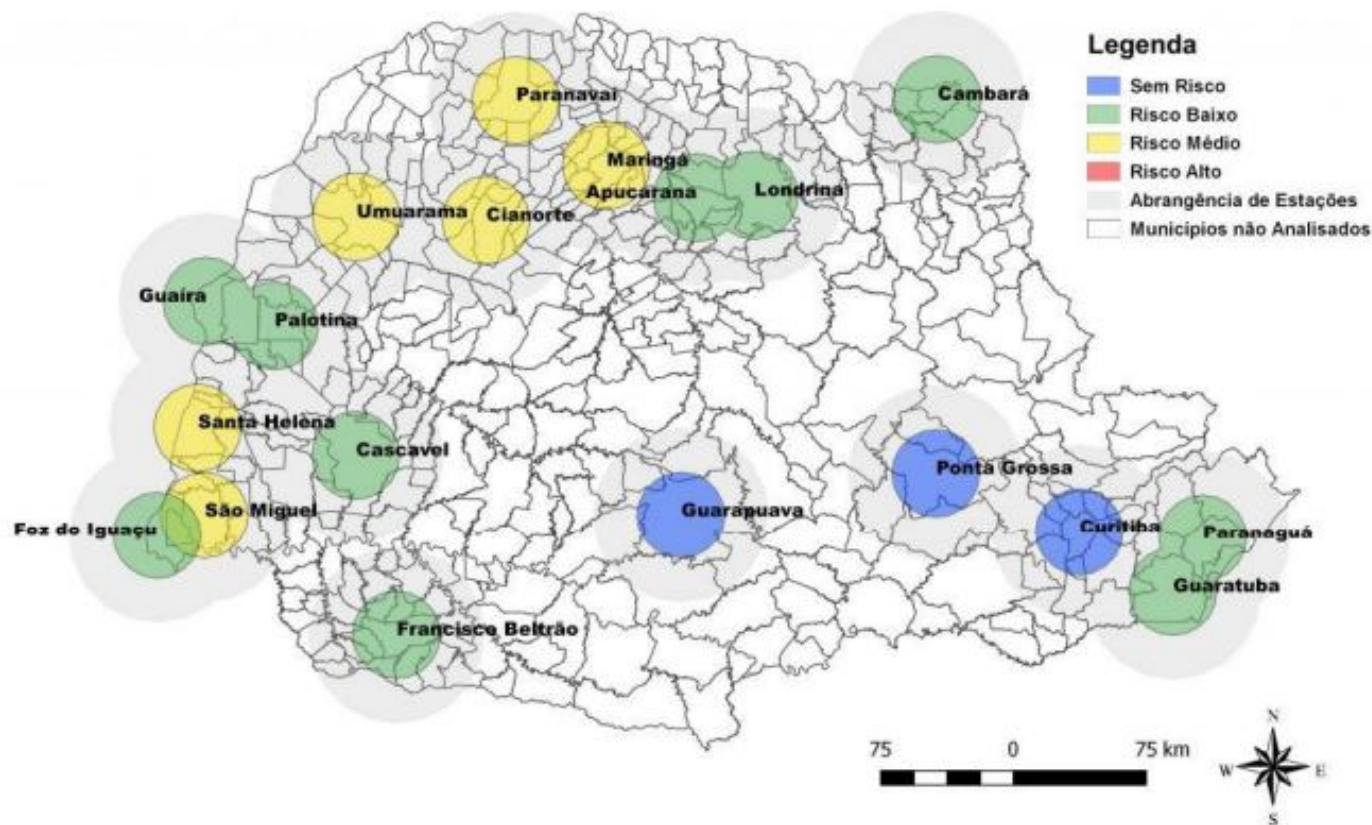
Risco climático para desenvolvimento de criadouros por Estações Meteorológicas. Paraná, 2019.

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (16/06/2019 - 22/06/2019)

Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 25/2019 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti* :

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

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



DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/07/2019

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 26/2019*

REGIONAL DE SAÚDE	POPU- LAÇÃO	CASOS			NOTIFI- CADOS	DSA	DG	ÓBI- TOS	INCI- DÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	93	0	93	1.621	0	0	0	32,45
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	1	50	51	1.287	2	0	0	0,03
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	9	9	18	144	0	0	0	1,46
4ª RS - Irati	171.453	1	4	5	78	0	0	0	0,58
5ª RS - Guarapuava	459.398	1	1	2	63	0	0	0	0,22
6ª RS - União da Vitória	174.970	2	1	3	66	0	0	0	1,14
7ª RS - Pato Branco	264.185	2	4	6	224	0	0	0	0,76
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	172	13	185	1.031	3	0	0	48,36
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	2.362	151	2.513	10.941	81	9	2	581,93
10ª RS - Cascavel	540.131	1.620	16	1.636	4.978	42	5	4	299,93
11ª RS - Campo Mourão	340.320	822	16	838	3.335	8	0	0	241,54
12ª RS - Umuarama	277.040	878	8	886	2.911	36	1	0	316,92
13ª RS - Cianorte	154.374	1.185	3	1.188	2.548	1	0	0	767,62
14ª RS - Paranavaí	274.257	1.512	13	1.525	6.623	17	1	3	551,31
15ª RS - Maringá	799.890	2.226	7	2.233	9.818	11	3	2	278,29
16ª RS - Apucarana	372.823	294	23	317	1.365	0	0	0	78,86
17ª RS - Londrina	935.904	2.576	6	2.582	24.138	130	16	9	275,24
18ª RS - Cornélio Procopio	230.231	1.639	14	1.653	4.112	4	1	1	711,89
19ª RS - Jacarezinho	290.216	591	14	605	2.087	25	0	0	203,64
20ª RS - Toledo	385.916	1.214	72	1.286	3.108	7	1	0	314,58
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	4	4	87	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	119	28	147	328	1	0	0	86,15
TOTAL PARANÁ	11.163.018	17.319	457	17.776	80.893	368	37	21	155,15

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

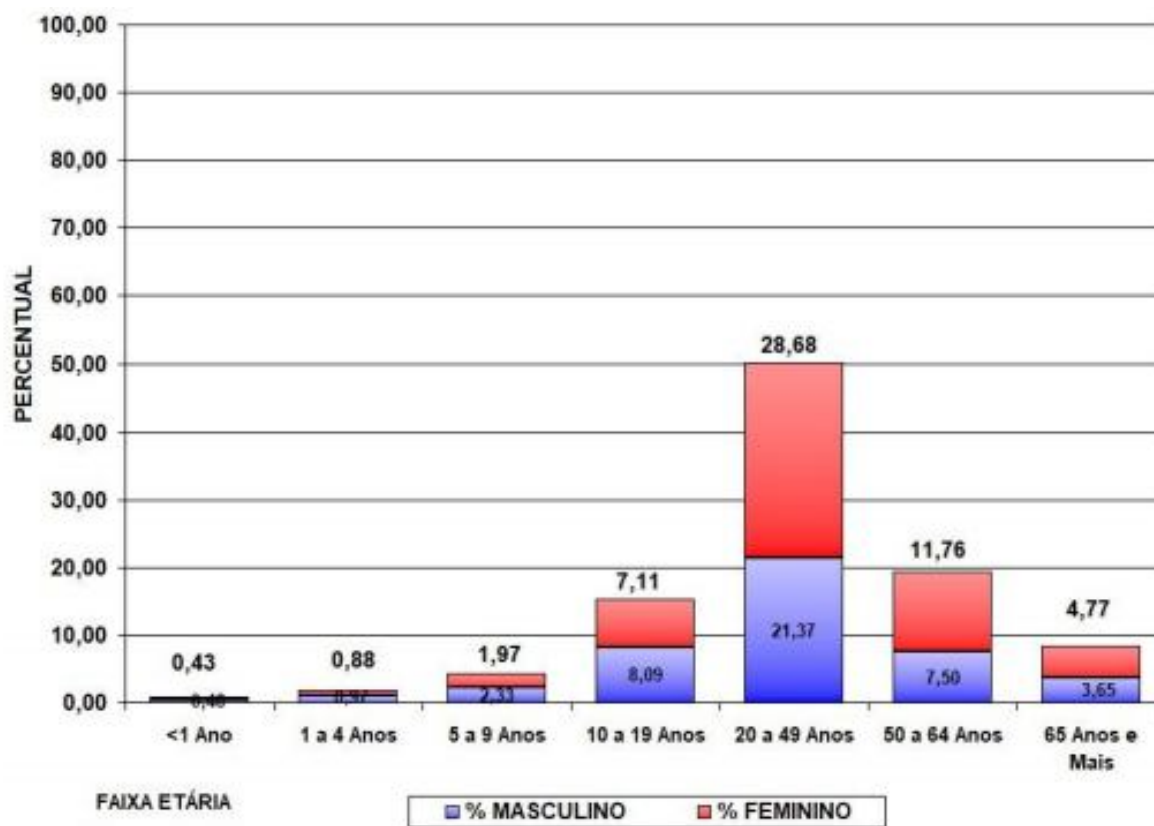
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/07/2019

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 50,05% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 50 a 64 anos (19,27%) e 15,20% 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 26/2019, Paraná – 2018/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/07/2019

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

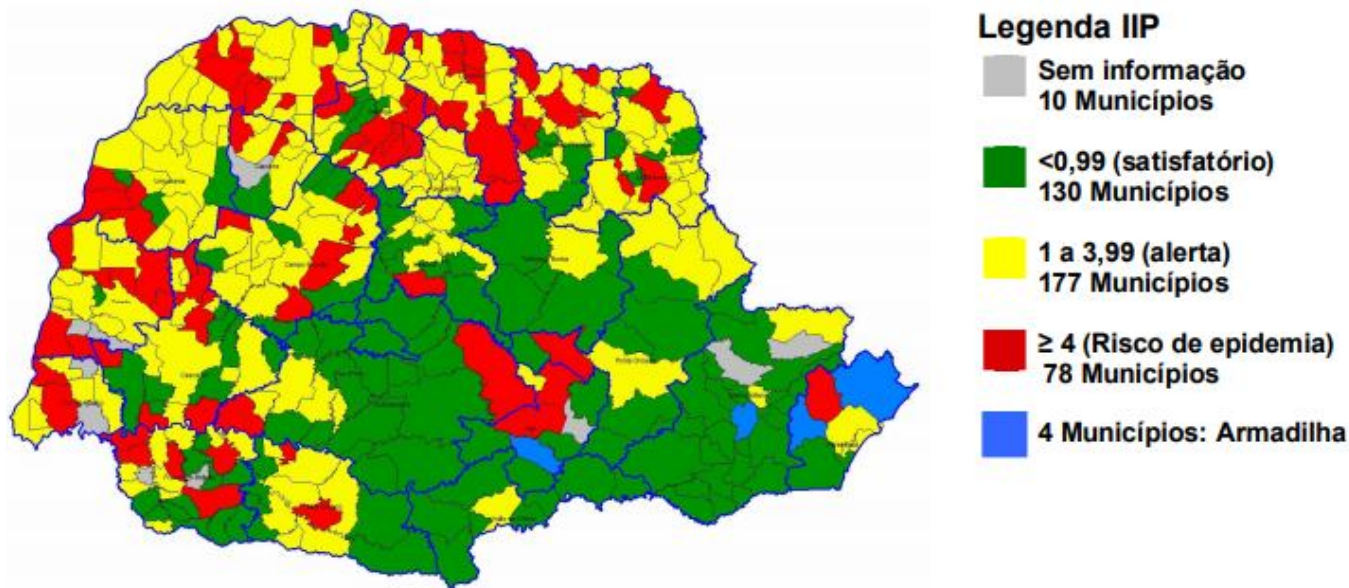
LEVANTAMENTO ENTOMOLÓGICO

Segundo a Resolução nº 12 da CIT, de 26 de janeiro de 2017, torna-se obrigatório o levantamento entomológico de Infestação por *Aedes aegypti* pelos municípios e o envio da informação para as Secretarias Estaduais de Saúde e destas, para o Ministério da Saúde². O índice de infestação predial (IIP) é a relação expressa em porcentagem entre o número de imóveis positivos e o número de imóveis pesquisados. A partir dos indicadores de IIP obtidos os municípios são classificados de acordo com o risco para desenvolvimento de epidemia, sendo os municípios considerados em

condições satisfatória quando o IIP fica abaixo de 1%, em condição de alerta quando este índice está entre 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 20/03/2019*, em relação ao IIP, dos 399 municípios do Paraná: 78 municípios (19,5%) estão classificados em situação em risco de epidemia; 177 municípios (44,4%) estão em situação de alerta e; 130 municípios (32,6%) em situação satisfatória; 10 municípios (2,5%) não enviaram informação referente ao monitoramento entomológico. 04 municípios (1,0%) realizaram a pesquisa via armadilhas

Classificação dos municípios segundo IIP – Paraná –

Nota: Dados referentes ao 01º Ciclo de 2019, atualizado em 20/03/2019 (*Dados preliminares, sujeitos a alteração).



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

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/07/2019

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 26/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
1	Guaratuba	35.182	0	0	0	4	-	0	0	0	0	-
1	Matinhos	32.591	1	0	1	1	3,07	0	0	0	0	-
1	Paranaguá	150.660	0	0	0	15	-	0	0	0	0	-
2	Campina Grande Sul	41.821	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
2	Campo Largo	124.098	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	Campo Magro	27.517	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	Colombo	232.432	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	Curitiba	1.879.355	0	5	5	36	-	0	0	0	8	-
2	Fazenda Rio Grande	92.204	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	Quatro Barras	22.048	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	Quitandinha	18.419	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	São José dos Pinhais	297.895	0	1	1	58	-	1	0	1	31	0,34
3	Carambei	21.590	0	0	0	3	-	0	0	0	3	-
3	Palmeira	33.753	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
3	Ponta Grossa	337.865	0	0	0	5	-	0	1	1	4	-
4	Irati	59.708	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
4	Teixeira Soares	11.495	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
5	Laranjeiras do Sul	32.133	0	0	0	0	-	0	0	0	2	-
5	Pinhão	31.978	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
5	Pitanga	32.419	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
6	União da Vitória	56.265	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
7	Honório Serpa	5.769	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
7	Mangueirinha	17.334	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
7	Pato Branco	79.011	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Capaneia	19.275	0	1	1	2	-	0	0	0	0	-
8	Dois Vizinhos	39.138	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
8	Francisco Beltrão	86.499	0	0	0	0	-	0	0	0	2	-
8	Nova Prata do Iguaçu	10.722	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Realeza	17.023	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
8	Salto do Lontra	14.539	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Verê	7.799	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Foz do Iguaçu	263.782	2	4	6	83	0,76	1	0	1	37	0,38
9	Itaipulândia	10.236	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Medianeira	44.885	0	1	1	7	-	0	0	0	5	-
9	Missal	10.847	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Santa Terezinha de Itaipu	22.570	0	0	0	3	-	1	0	1	9	4,43
9	São Miguel do Iguaçu	27.197	0	0	0	2	-	0	0	0	2	-
9	Serranópolis do Iguaçu	4.652	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
10	Braganey	5.742	0	0	0	2	-	0	0	0	2	-
10	Cafelândia	16.611	0	0	0	26	-	0	0	0	3	-
10	Campo Bonito	4.259	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
10	Cascavel	312.778	0	0	0	131	-	0	0	0	127	-
10	Corbélia	17.076	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
10	Formosa do Oeste	7.296	0	0	0	4	-	0	0	0	0	-
10	Iguatu	2.302	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
10	Quedas do Iguaçu	32.982	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
10	Três Barras do Paraná	12.227	0	0	0	2	-	0	0	0	2	-
11	Campo Mourão	92.930	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
11	Goioerê	29.702	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
11	Iretama	10.689	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
11	Juranda	7.697	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
11	Mamborê	13.943	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
11	Roncador	11.065	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Altônia	21.744	0	0	0	20	-	0	0	0	0	-
12	Douradina	8.228	0	0	0	2	-	0	0	0	1	-
12	Iporã	14.887	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
12	Ivaté	8.013	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Maria Helena	5.982	0	0	0	5	-	0	0	0	0	-
12	Mariluz	10.541	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
12	Nova Olímpia	5.782	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	São Jorge do Patrocínio	6.015	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
12	Umuarama	108.218	0	0	0	6	-	0	0	0	5	-
14	Alto Paraná	14.518	0	0	0	17	-	0	0	0	0	-
14	Cruzeiro do Sul	4.637	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
14	Loanda	22.603	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
14	Marilena	7.134	0	0	0	15	-	0	0	0	13	-
14	Mirador	2.334	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
14	Paranavaí	86.773	0	0	0	12	-	0	0	0	10	-
14	Planaltina do Paraná	4.277	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
14	Querência do Norte	12.247	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Astorga	25.976	0	0	0	5	-	0	0	0	0	-
15	Colorado	23.678	0	1	1	4	-	0	0	0	0	-
15	Itambé	6.192	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Lobato	4.690	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Mandaguaçu	21.672	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
15	Mandaguari	34.289	0	0	0	4	-	0	0	0	0	-
15	Marialva	34.388	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
15	Maringá	397.437	1	1	2	22	0,25	0	0	0	4	-
15	Nossa Sra das Graças	4.064	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
15	Nova Esperança	27.886	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
15	Paçandu	39.291	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
15	Paranacity	11.069	1	0	1	3	0,03	0	0	0	0	-
15	Santa Fé	11.431	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Sarandi	90.376	0	0	0	2	-	0	0	0	2	-
16	Apucarana	130.430	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
16	Arapongas	115.412	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
16	Cambira	7.708	1	0	1	0	12,97	0	0	0	0	-
16	Jandaia do Sul	21.203	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
17	Cambé	103.822	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
17	Jaguapitã	13.174	0	0	0	0	-	0	0	0	5	-
17	Londrina	548.249	0	0	0	6	-	0	0	0	0	-
18	Bandeirantes	32.639	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Barra do Jacaré	2.821	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Ibaiti	30.678	0	0	0	4	-	0	0	0	0	-
19	Quatiguá	7.410	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Siqueira Campos	20.094	0	0	0	10	-	0	1	1	13	-
20	Diamante D'Oeste	5.259	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
20	Nova Santa Rosa	8.092	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Palotina	30.859	0	0	0	8	-	0	0	0	0	-
20	Santa Helena	25.415	0	0	0	0	-	0	0	0	2	-
20	São Pedro do Iguaçu	6.388	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Toledo	132.077	0	0	0	2	-	0	0	0	2	-
20	Tupãssi	8.261	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
21	Reserva	26.522	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
21	Telêmaco Borba	75.809	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
21	Tibagi	20.377	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
TOTAL		11.163.018	6	14	20	608	0,05	3	2	5	307	0,03

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA

NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015. *Dados considerados até 01 de Julho de 2019. Alguns municípios apresentaram correção de informações. Todos os dados deste Informe são provisórios e podem ser alterados no sistema de notificação pelas Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Essas alterações podem ocasionar diferença nos números de uma semana epidemiológica para outra. Os municípios que não tiveram notificações foram excluídos desta planilha.

EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 26/2019

(23/06/2019 a 29/06/2019)

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

FEBRE DO NILO OCIDENTAL (FNO)

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 12/06/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

A Febre do Nilo Ocidental (FNO) é uma doença febril aguda causada por um flavivírus transmitido principalmente por mosquitos do gênero *Culex*, que foi descrita inicialmente na África e, durante décadas, manteve-se restrita aos continentes Europeu, Africano e Asiático. No final do século passado, em 1999, o vírus do Nilo Ocidental (VNO) emergiu nas Américas, a partir dos Estados Unidos, onde se disseminou e atingiu o Canadá e o México, seguidos de países das Américas Central e do Sul nos anos subsequentes. Diante daquele contexto, em 2003 foi criado o Sistema Nacional de Vigilância da Febre do Nilo Ocidental no Brasil, com base nas recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Desde então, achados sorológicos em animais, equídeos e aves sugeriram a circulação do vírus nas Américas, assim como no Brasil. Os primeiros estudos que deram indícios da transmissão foram realizados na região do Pantanal, seguidos de novos registros em diversas regiões do país. Entretanto, o primeiro caso humano registrado da FNO no Brasil só foi documentado em 2014, no Piauí, a partir de uma estratégia de investigação de síndromes neurológicas.

Em abril/2018, epizootias em equídeos com manifestações neurológicas (meningoencefalite) foram notificadas ao Ministério da Saúde pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SES/ES). Durante as investigações, amostras de tecidos, sangue e soro foram enviadas ao Laboratório de Pesquisa em Virologia Animal (LPVA) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em iniciativa de cooperação com a SES/ES. No LPVA/UFMG, foi detectado fragmento do genoma viral que, por meio do sequenciamento genético, confirmou a 2 presença do VNO. As mesmas amostras foram encaminhadas à rede de laboratórios de saúde pública, especificamente para o Instituto Evandro Chagas (IEC), laboratório de referência nacional para arbovírus e centro colaborador da OMS, onde foi reproduzido o resultado da LPVA/UFMG em parte das amostras. A partir de amostras de tecido encefálico de um equídeo, foi possível realizar o primeiro isolamento do VNO no país. Considerando que a doença pode afetar aves silvestres, equídeos e o homem como um hospedeiro acidental e terminal, a investigação e o monitoramento do evento e das áreas de foco requerem atuação integrada, em uma rede organizada, articulada e colaborativa, inclusive com participação de diferentes segmentos do setor da Vigilância em Saúde, integrados com seus pares institucionais e

interinstitucionais de diferentes setores do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) e do Ministério do Meio Ambiente (MMA).

Vigilância de Epizootias em Equídeos

Entre janeiro de 2014 e junho de 2019, foram notificadas ao Ministério da Saúde 98 epizootias em equídeos no Brasil, das quais 5 foram confirmadas, 65 permanecem em investigação, 08 foram descartadas para FNO (confirmadas para Raiva ou Encefalite de Saint Louis) e 20 foram consideradas indeterminadas, sem amostras viáveis para o diagnóstico. As notificações concentraram-se em 2018, a partir da detecção do vírus no ES, que foi único Estado que registrou epizootia confirmada para VNO por laboratório (Figura 1).

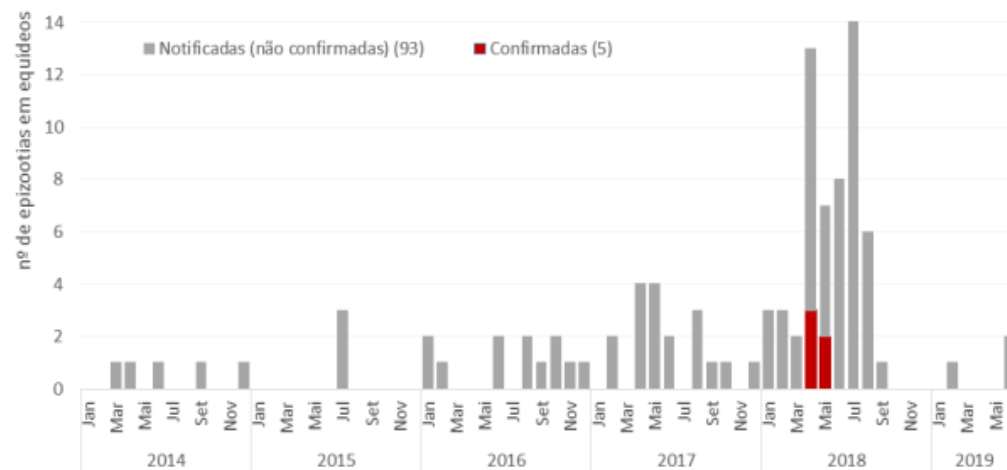


Figura 1. Epizootias em equídeos notificadas ao Ministério da Saúde, por mês e classificação, janeiro/2014 a junho/2019, Brasil.

FEBRE DO NILO OCIDENTAL (FNO)

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 12/06/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Vigilância de Epizootias em Aves Silvestres

Entre janeiro de 2014 e junho de 2019, foram notificadas ao Ministério da Saúde 68 epizootias em aves silvestres no Brasil, das quais uma foi descartada, 51 foram consideradas indeterminadas, pois não apresentaram coleta de amostras para diagnóstico, e outras 16 permanecem em investigação. A maior concentração das notificações ocorreu entre os anos de 2017 e 2018 (Figura 2).

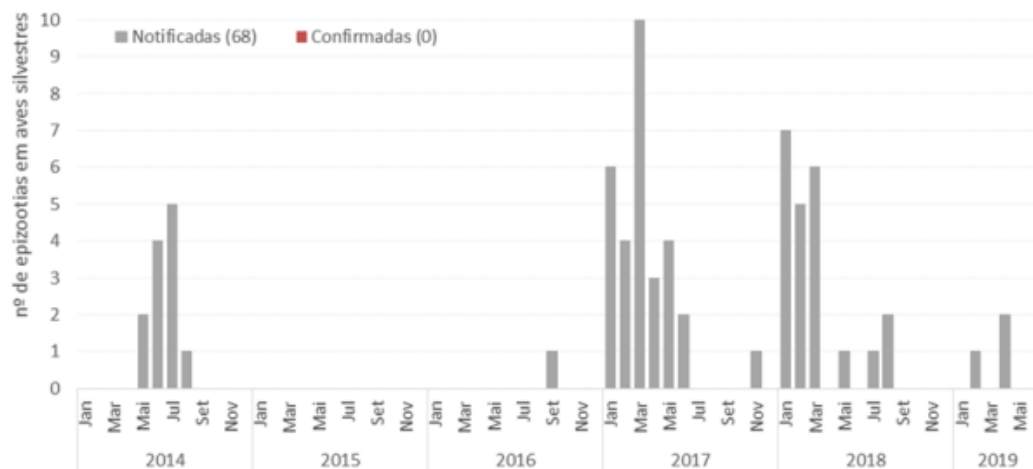
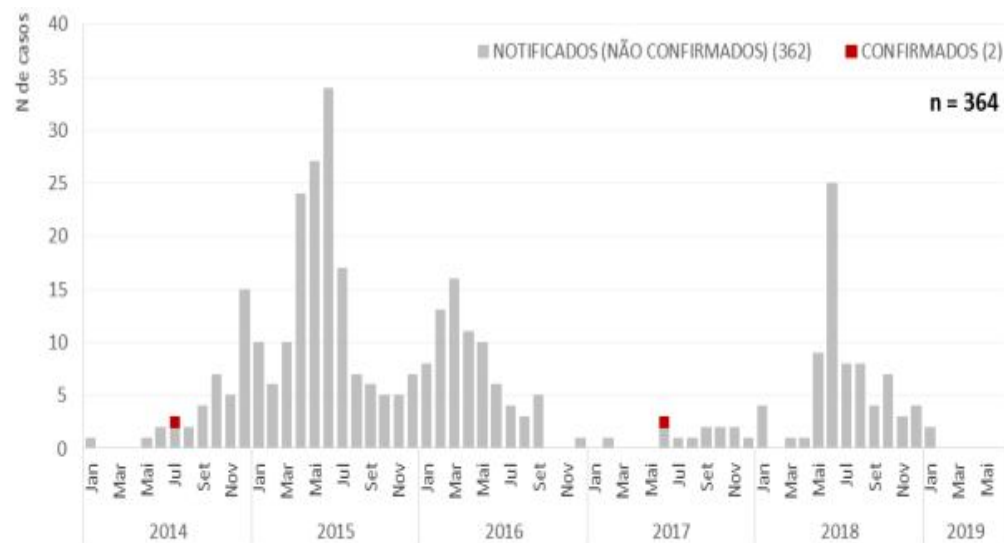


Figura 2. Epizootias em aves silvestres notificadas ao Ministério da Saúde, por mês, janeiro/2014 a junho/2019, Brasil.

Vigilância de Casos Humanos

Entre janeiro de 2014 e junho de 2019, foram registrados no Ministério da Saúde 365 casos de doença neuroinvasiva grave, que incluem casos suspeitos de FNO, entre os quais apenas dois (0,5%) foram confirmados, em 2014 e 2017, ambos com LPI no Piauí, Brasil (Figura 3). A partir 2014, após a confirmação do primeiro caso humano no PI, houve um aumento no número de notificações no Brasil, decorrente da maior sensibilidade da vigilância. A partir de 2018, um novo aumento no número de notificações foi registrado, após a confirmação de epizootias em equídeos por FNO no ES.



Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos a alterações. Um registro não possui a data de início dos sintomas. Atualização 12/06/2019.

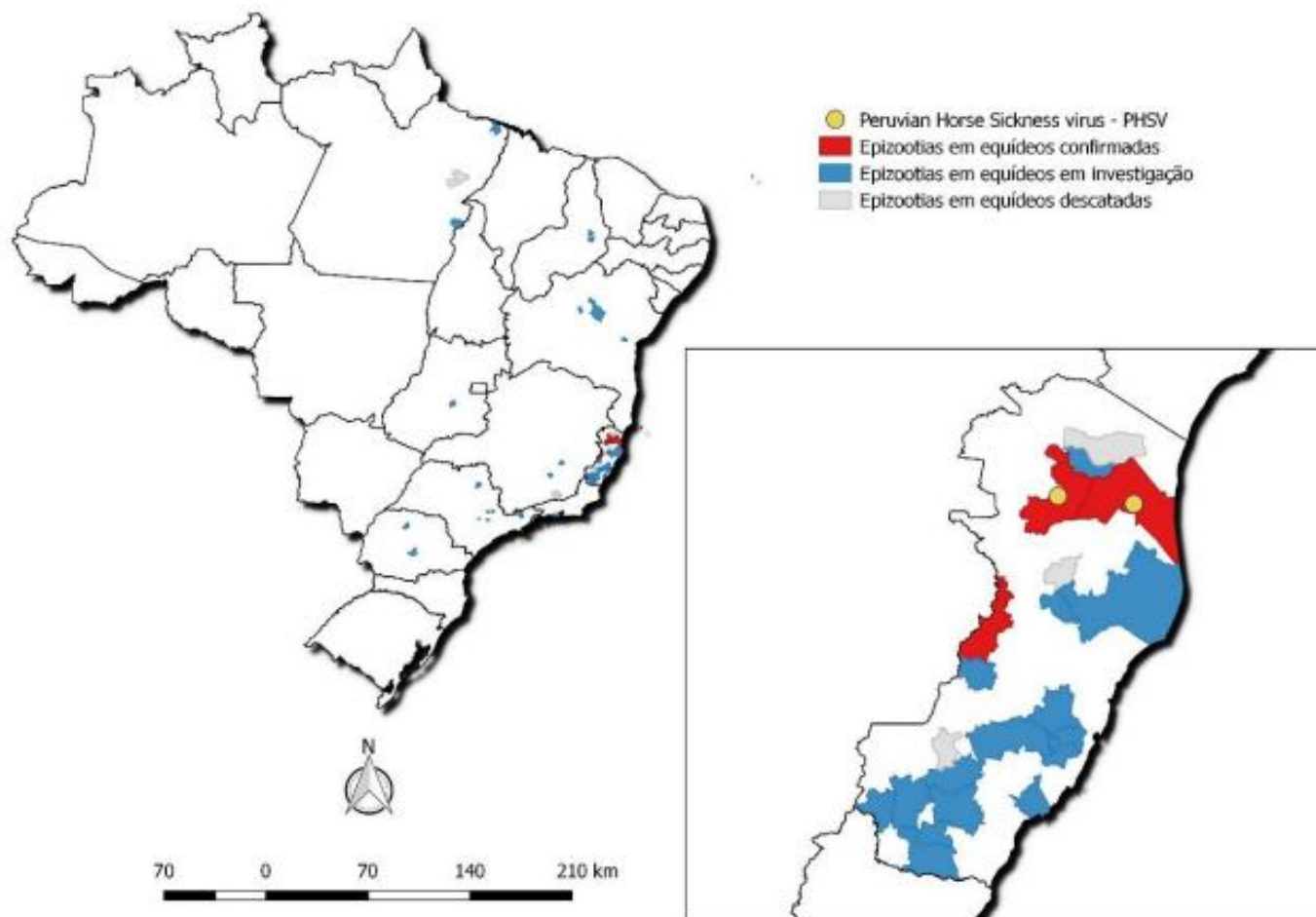
Figura 3. Casos humanos suspeitos de FNO notificados ao Ministério da Saúde, por mês e classificação, janeiro/2014 a junho/2019, Brasil.

FEBRE DO NILO OCIDENTAL (FNO)

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 12/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Figura 4. Municípios com registro de epizootias de equídeos com sinais neurológicos, notificados e confirmados para FNO e com detecção de “Peruvian Horse Sickness Virus” (PHSV), destacando áreas afetadas e de intensificação da investigação, Brasil e Espírito Santo, 2018 e 2019*.



FEBRE DO NILO OCIDENTAL (FNO)

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 12/06/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

NOTA INFORMATIVA Nº 123/2019-CGARB/DEIDT/SVS/MS

Informa sobre a detecção do “Peruvian Horse Sickness virus” durante investigação de epizootias de equídeos pelo vírus da Febre do Nilo Ocidental, Espírito Santo, Brasil, 2018 e 2019.

I - ANTECEDENTES

A Febre do Nilo Ocidental (FNO) é uma doença febril aguda causada por um flavivírus transmitido principalmente por mosquitos do gênero *Culex*, que foi descrita inicialmente na África e, durante décadas, manteve-se restrita aos continentes Europeu, Africano e Asiático. No final do século passado, em 1999, o vírus do Nilo Ocidental (VNO) emergiu nas Américas, a partir dos Estados Unidos, onde se disseminou e atingiu o Canadá e o México, seguidos de países das Américas Central e do Sul nos anos subsequentes. Diante daquele contexto, em 2003 foi criado o Sistema Nacional de Vigilância da Febre do Nilo Ocidental no Brasil, com base nas recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Desde então, estudos sorológicos apontaram para áreas de transmissão a partir de equídeos e aves (domésticas e silvestres) sugerindo ampla circulação enzootica do vírus no Brasil. Entretanto, o primeiro caso humano da FNO só foi registrado em 2014, no Piauí (PI), a partir de estratégia de vigilância de síndromes neurológicas. O paciente apresentou encefalite e sobreviveu, embora tenha apresentado manutenção de sequelas neurológicas. Na ocasião, uma ampla investigação foi realizada e os resultados corroboraram com circulação do vírus na área de foco, também registrada em animais (aves e equídeos) na ocasião. Na vigilância prospectiva de síndromes neurológicas no PI desde então, um segundo caso de foi confirmado, em 2017, indicando manutenção da transmissão de FNO.

II - A FEBRE DO NILO OCIDENTAL E A DETECÇÃO DO PERUVIAN HORSE SICKNESS VIRUS (PHSV)

Em abril/2018, epizootias de equídeos com manifestações neurológicas (meningoencefalite) foram notificadas pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SES/ES), que em colaboração com o Instituto de Defesa Agropecuária e Florestal do ES, Ministério da Saúde, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) e o Ministério do Meio Ambiente

do Centro Nacional de Pesquisa e Conservação das Aves Silvestres (CEMAVE) realizaram uma ampla investigação para avaliar os impactos sobre a população humana e animal e orientar as medidas de vigilância, prevenção e controle, uma vez que na ocasião foi isolada pela primeira vez no Brasil o vírus da FNO associado a doença neurológica em equídeos. Durante a investigação e revisão dos ensaios laboratoriais, buscou-se ativamente evidências da infecção do VNO e durante uma revisão foi identificado um outro vírus, patogênico para animais e pouco relatado na literatura, o “Peruvian Horse Sickness virus” (PHSV). Após a detecção e padronização de ensaio de RT-qPCR para detecção de novos casos, foram revisadas amostras de 19 epizootias registradas na região ao longo do período de monitoramento e 2 foram considerados positivos, co-infectados com o vírus da FNO. Os estudos e a investigação avançam e até o momento não foram registrados casos humanos ou em outros animais por PHSV.

III - A FEBRE DO NILO OCIDENTAL E A DETECÇÃO DO PERUVIAN HORSE SICKNESS VIRUS (PHSV)

As ações de vigilância e investigação, tanto para casos humanos suspeitos como animais, permanecem na região. Atualmente todas as instituições envolvidas como o Ministério da Saúde, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), Ministério do Meio Ambiente (MMA) em colaboração com autoridades regionais e locais, estão atuando de modo articulado e integrado, acompanhando a situação, cujo impacto observado até então apresentou-se restrito aos equídeos.

RODRIGO FABIANO DO CARMO SAID

Coordenador Geral da Coordenação Geral de Arboviroses

JÚLIO HENRIQUE ROSA CRODA

Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis

Brasília, 25 de junho de 2019.

DOENÇA MENINGOCÓCICA

Local de ocorrência: Santa Catarina

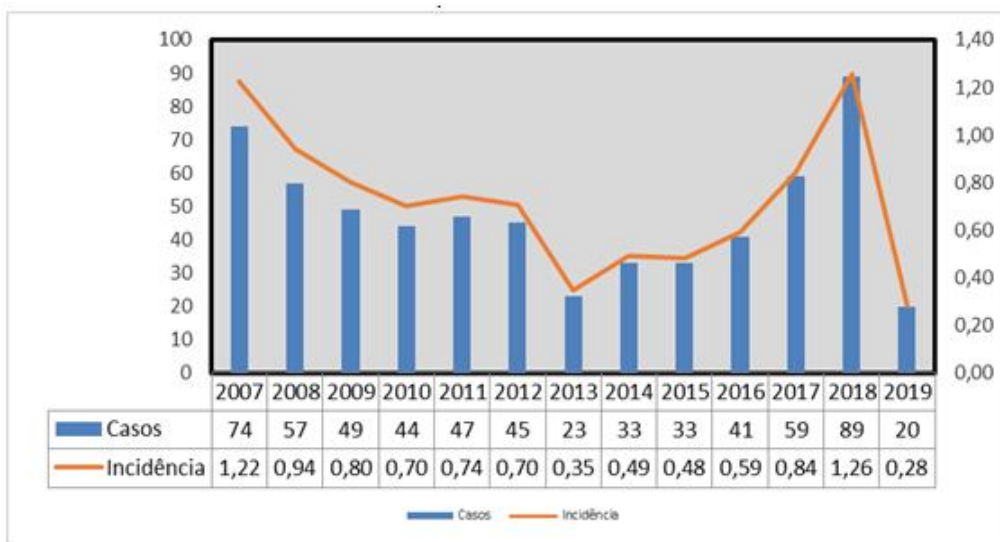
Data da informação: 24/06/2019

Fonte da informação: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

COMENTÁRIOS:

Monitoramento da Doença Meningocócica em Santa Catarina

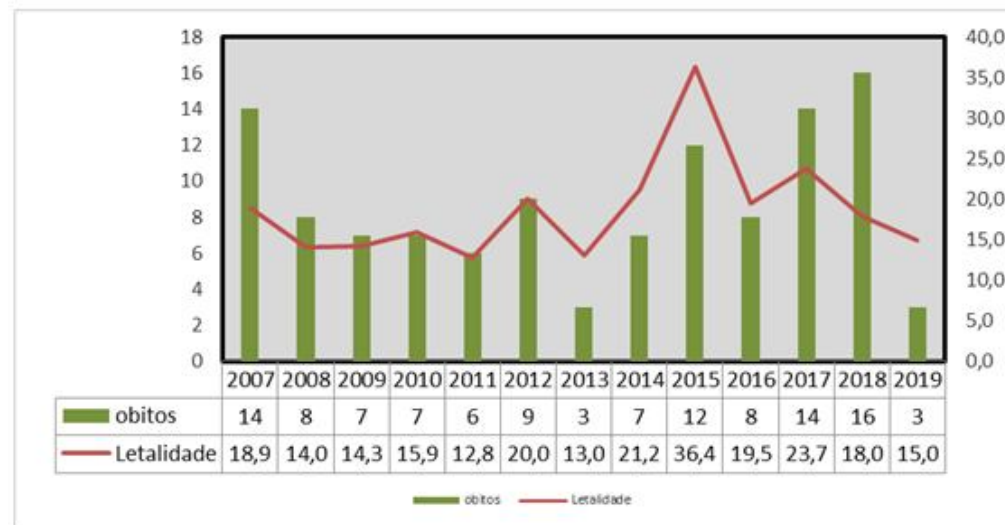
Em Santa Catarina, a partir do ano de 2008, a doença meningocócica apresenta características endêmicas (incidência <1 por 100.000 hab.). A redução nas taxas de incidência ocorreu de forma sustentada até 2013, observando-se um aumento a partir de 2014 chegando a 1,26 no ano de 2018, a mais alta desde ano de 2008. Em 2019, até a semana epidemiológica nº 25 (24/06/2019), foram confirmados 20 casos de DM com uma taxa de incidência de 0,28 caso por 100 mil habitantes (Gráfico 1).



Fonte: SINAN (Atualizado em 24/06/2019). SE 25. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 1: Casos confirmados e incidência (100 mil hab.) por doença meningocócica. SC, 2007-2019*.

O número de óbitos por doença meningocócica apresentou uma queda a partir de 2008, mantendo-se numa média de 7 óbitos por ano entre 2008 e 2014, com uma letalidade variando de 18,9% a 21,2%. Em 2015, o número de óbitos subiu para 12, elevando a letalidade para 36,4%, reduzindo para 19,5% em 2016, porém voltando a aumentar em 2017 (23,7%) e encerrando ano de 2018 com 13,3%. Em 2019, até a SE 25 foram confirmados 3 óbitos por doença meningocócica, com uma taxa de letalidade de 15,0%, de acordo com Gráfico 2.



Fonte: SINAN (Atualizado em 24/06/2019). SE 25. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 2: Óbitos e taxa de letalidade (%) por doença meningocócica. SC, 2007-2019*.

DOENÇA MENINGOCÓCICA

Local de ocorrência: Santa Catarina

Data da informação: 24/06/2019

Fonte da informação: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

COMENTÁRIOS:

No ano de 2018, a faixa etária com maior número de casos foi de 30 anos, com 29,2%, seguida pela faixa etária de 20 a 29 anos de idade, com 25,8%. A taxa de letalidade, em 2018, concentrou-se ao longo do ano na faixa etária de 20 a 29 anos. Em 2019, 30,0% dos casos se concentraram na faixa etária de maior de 30 anos; a letalidade se apresentou maior na faixa etária de menores de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos com uma taxa de 50% em cada faixa etária. (Tabela 1).

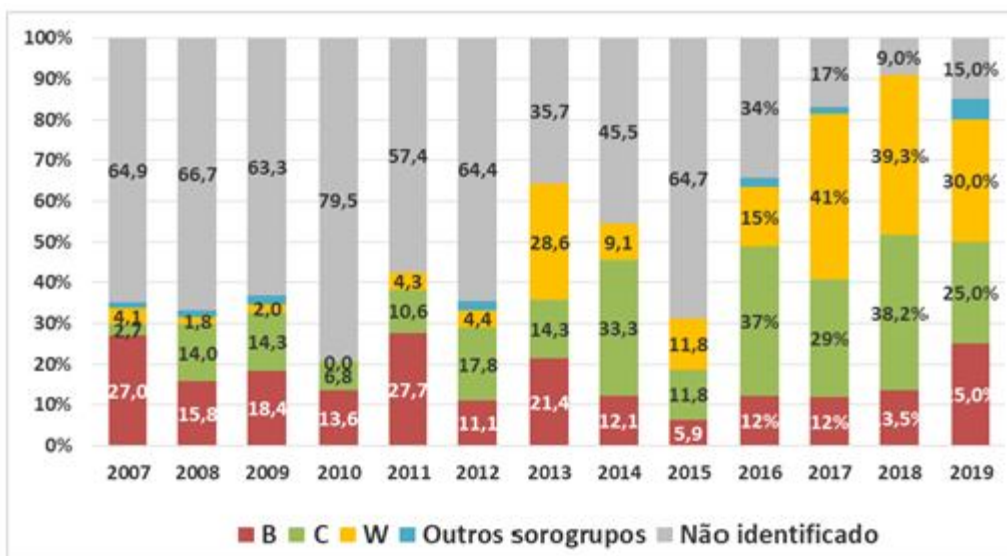
	2018				2019			
	Casos	%	óbitos	Letalidade	Casos	%	óbitos	Letalidade
<1 Ano	10	11,2	4	40	3	15,0	1	33
01-04	14	15,7	2	14	2	10,0		0
05-09	2	2,2	0	0	1	5,0		0
10-14	5	5,6	1	0	2	10,0	1	50
15-19	9	10,1	0	0	2	10,0	1	50
20-29	23	25,8	6	26	4	20,0		0
30 e+	26	29,2	3	12	6	30,0		0
Total	89	100,0	16,0	18,0	20	100,0	3,0	15,0

Fonte: SINAN (Atualizado em 24/06/2019). SE 25. Dados sujeitos a alterações.

Tabela 1: Distribuição de casos, óbitos e letalidade por Doença Meningocócica segundo faixa etária e ano de início de sintomas. SC, 2018-2019*.

Com relação à distribuição por sorogrupo, observa-se um incremento importante no diagnóstico laboratorial por meio da diminuição da proporção de casos não identificados, com queda de 64,9% em 2007 para 17% em 2017. De 2007 a 2013, o sorogrupo B teve uma maior proporção de amostras identificadas. Entre 2014 e 2016, observou-se uma maior circulação do sorogrupo C, com uma pequena elevação do sorogrupo W. Já em 2018, o sorogrupo W é o responsável por 39,3% do total de casos de DM seguido pelo sorogrupo C (38,2%) e sorogrupo B (13,5%). Em 2019, o sorogrupo C e B são responsáveis por 25,0%

das amostras, sorogrupo W foi responsável por 30,0%, os casos que não tem sorogrupo identificado representam 15% como ilustra o Gráfico 3.



Fonte: SINAN (Atualizado em 24/06/2019). SE 25. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 3: Distribuição de casos confirmados de doença meningocócica segundo sorogrupos. Santa Catarina, 2007-2019*

DOENÇA MENINGOCÓCICA

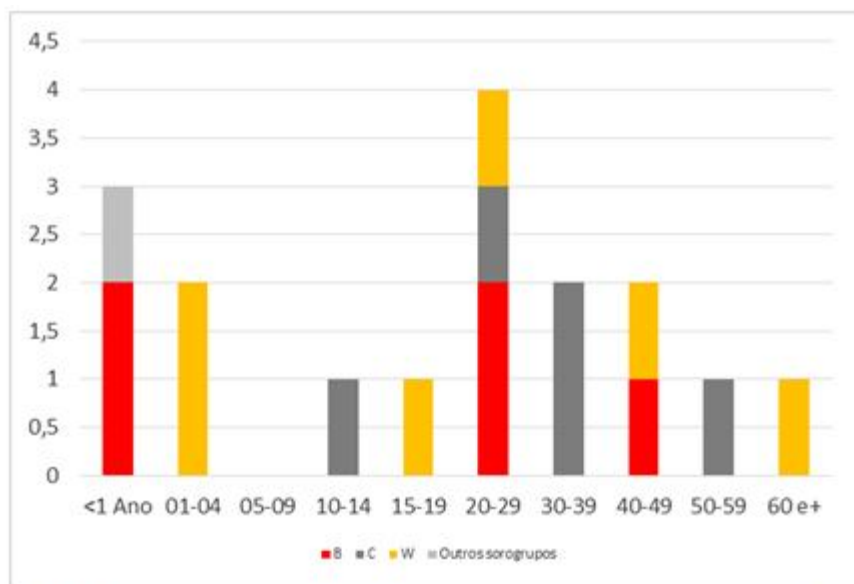
Local de ocorrência: Santa Catarina

Data da informação: 24/06/2019

Fonte da informação: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

COMENTÁRIOS:

Quando observada a distribuição por sorogrupo nas faixas etárias, identificamos o sorogrupo W presente nas faixas etárias de 1 a 4 anos, 15 a 29 anos e de 40 a 49 anos e nas faixas etárias acima de 60 anos. O sorogrupo C foi identificado somente na faixa etária de 10 a 14 anos de 20 a 39 anos e de 50 a 59 anos. O sorogrupo B foi identificado nos menores de 1 ano, na faixa etária de 20 a 29 anos e também na faixa de 40 a 49 anos. Em menores de 1 ano foi identificado 1 caso de sorogrupo Y. (Gráfico 4).



Fonte: SINAN (Atualizado em 24/06/2019). SE 25. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 4: Distribuição dos casos confirmados de doença meningocócica segundo faixa etária e sorogrupo. Santa Catarina, 2019*

Em relação ao local de ocorrência dos casos, em 2019, até a semana epidemiológica nº 25, os 20 casos confirmados de DM ocorreram em 16 municípios catarinenses. Blumenau, Itajaí, Lages e Itapema concentram o maior número de casos, 2 em cada município. Em Balneário Camboriú, Bombinhas, Criciúma, Fraiburgo, Garopaba, Imbituba, Jaraguá do Sul, Navegantes, Palhoça, Porto União, São Francisco e Turvo, foram identificados 1 caso em cada município. (Tabela 2).

Município de Residência	jan	fev	mar	abr	mai	jun	Total
Balneário							
Camboriú			1				1
Blumenau		1	1				2
Bombinhas					1		1
Criciúma				1			1
Fraiburgo				1			1
Garopaba			1				1
Imbituba						1	1
Itajaí			1		1		2
Itapema		1		1			2
Jaraguá do Sul				1			1
Lages				1		1	2
Navegantes			1				1
Palhoça					1		1
Porto União				1			1
São Francisco do Sul			1				1
Turvo	1						1
Total	1	2	6	6	3	2	20

Fonte: SINAN (Atualizado em 24/06/2019). SE 25. Dados sujeitos a alterações.

Tabela 2: Casos de Doença Meningocócica segundo mês e município de residência. Santa Catarina, 2019*

SARAMPO

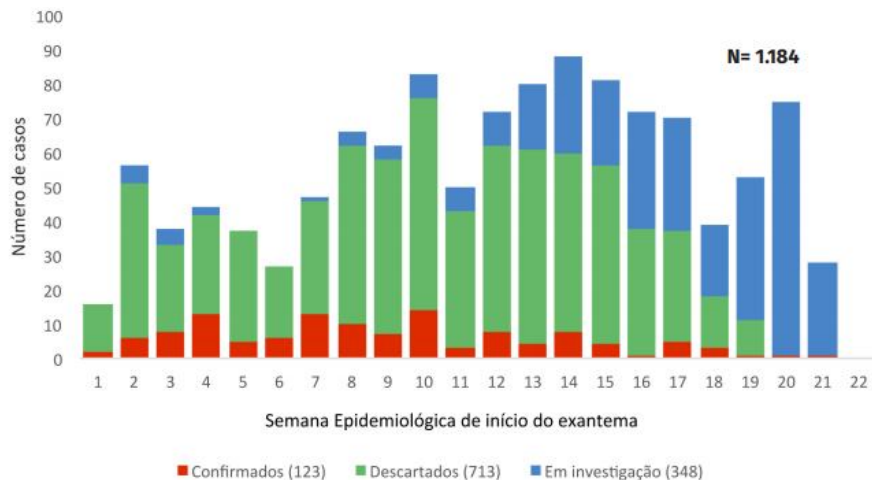
Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 05/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

1. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

Em 2019, até o dia 05 de junho de 2019, o Brasil confirmou 123 casos de sarampo, distribuídos em sete Unidades Federadas (UF): Amazonas (4), Roraima (1), Pará (53), São Paulo (51), Santa Catarina (3), Rio de Janeiro (7) e Minas Gerais (4). A taxa de incidência da doença foi de 0,06 por 100.000 habitantes (Tabela 1).

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



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); Data 05/06/2019.
*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

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

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NOS ESTADOS COM SURTO ATIVO

2.1 São Paulo

No estado de São Paulo, no período de 01 de janeiro a 05 de junho de 2019, foram notificados 418 casos suspeitos de sarampo, sendo 51 (12,2%) confirmados (relacio-

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

Unidades Federadas	2019*		Data Exantema último caso confirmado	Semanas transcorridas último caso confirmado
	Confirmados	Inc./100.000 Hab. ²		
Amazonas	4	0,1	31/01/2019	18
Roraima	1	0,19	06/02/2019	17
Pará ¹	53	0,7	03/04/2019	5
São Paulo ¹	51	0,1	21/05/2019	2
Santa Catarina	3	0,04	18/02/2019	15
Rio de Janeiro ¹	7	0,01	07/05/2019	6
Minas Gerais ¹	4	0,02	06/03/2019	13
Total	123	0,06		

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

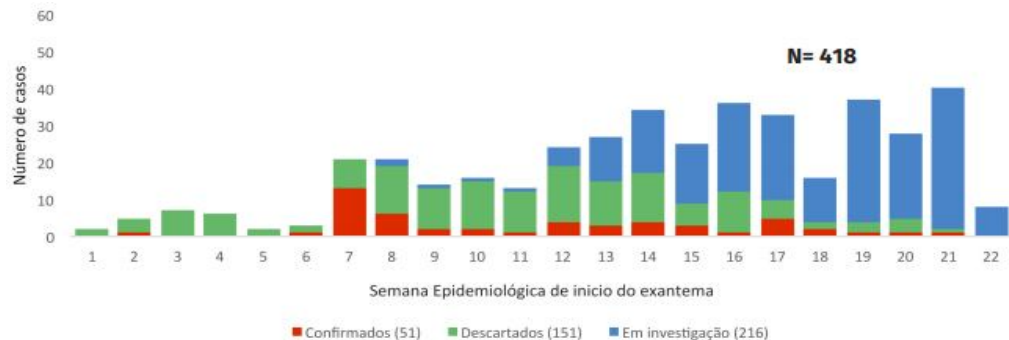
¹Estados em situação de surto ativo;

²Projeção populacional, IBGE.

*Dados atualizados em 05/06/2019 e sujeitos a alterações.

nados à importação e autóctones), 151 (36,1%) descartados e 216 (51,7%) permanecem em investigação.

De acordo com a curva epidêmica dos casos notificados de sarampo, por SE da data de início do exantema e classificação final, podemos observar pequenos picos de notificações nas SE 16, 19 e 21 de 2019 (figura 2).



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP); data 05/06/2019.

*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

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

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 05/06/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Com relação a distribuição dos casos confirmados, por faixa etária, a população de 20 a 29 anos de idade representa 41,2% (21) dos casos (tabela 2).

A Taxa de incidência dos casos confirmados de sarampo em São Paulo é de 0,1/100.000 habitantes. Quando calculada por faixa etária, observa-se que, a maior taxa de incidência na população dos menores de um ano (tabela 2).

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

Faixa Etária	Número de casos	%	Incidência/100.000 Hab. ¹
< 1 ano	5	9,8	0,82
1 a 4 anos	1	2,0	0,05
10 a 14 anos	2	3,9	0,06
15 a 19 anos	2	3,9	0,06
20 a 29 anos	21	41,2	0,30
30 a 39 anos	12	23,5	0,16
40 a 49 anos	7	13,7	0,11
> 50 anos	1	2,0	0,01
Total	51	100	0,1

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP); data 05/06/2019.

*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

¹Projeção populacional, IBGE e SINASC.

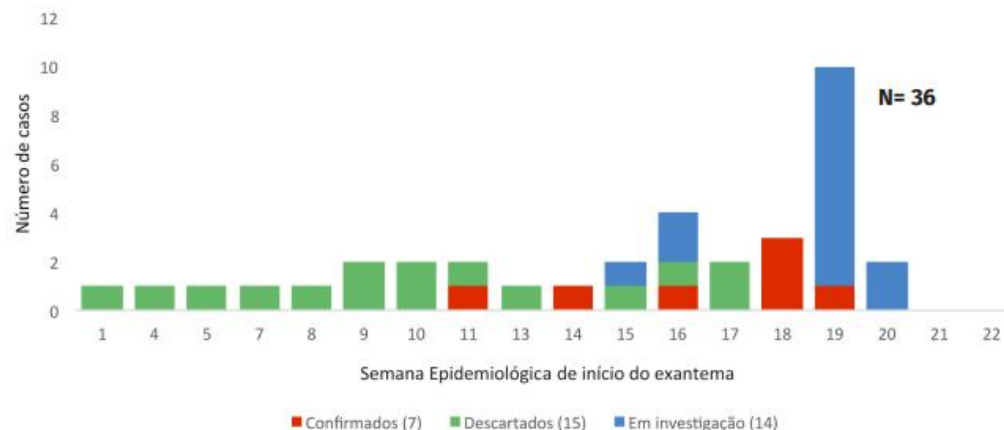
2.2 Rio de Janeiro

No estado de Rio de Janeiro, no período de 01 de janeiro a 05 de junho de 2019, foram notificados 36 casos suspeitos de sarampo, sendo sete (19,4%) confirmados, 15 (41,7%) descartados e 14 (38,9%) permanecem em investigação.

O último caso confirmado no Rio de Janeiro, SE 19/2019, é residente de Paraty, município que enfrenta surto de sarampo. No município, sete casos permanecem em investigação, tendo apresentado exantema entre as SE 16 a 20 de 2019.

De acordo com a curva epidêmica dos casos notificados de sarampo, por SE da data de início do exantema e classificação final, podemos observar o pico de notificações na SE 19 de 2019.

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



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ); data 05/06/2019.

*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 05/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Com relação aos casos confirmados, estão distribuídos nas faixas etárias de menores de 1 ano, 1 a 4 anos, 10 a 14 anos, 20 a 29 e maiores de 50 anos (tabela 3).

A Taxa de incidência dos casos confirmados de sarampo no Rio de Janeiro é de 0,1/100.000 habitantes. Quando calculada por faixa etária, observa-se que a maior incidência é nos menores de 1 ano de idade (tabela 3).

TABELA 3 • Distribuição dos casos confirmados e taxa de incidência, por Faixa Etária, Rio de Janeiro, 2019*.

Faixa Etária	Número de casos	%	Incidência/100.000 Hab. [†]
< 1 ano	2	28,6	0,90
1 a 4 anos	1	14,3	0,13
10 a 14 anos	1	14,3	0,09
20 a 29 anos	2	28,6	0,08
> 50 anos	1	14,3	0,02
Total	7	100	0,1

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ); data 05/06/2019.

*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

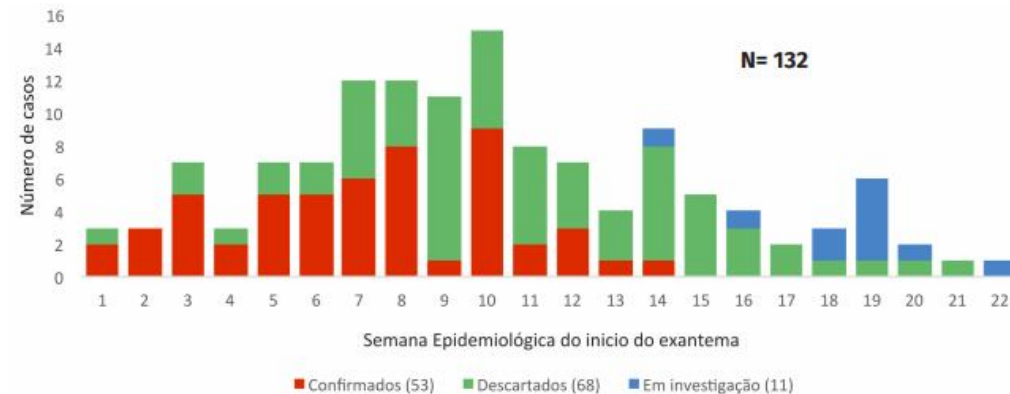
[†]Projeção populacional, IBGE e SINASC.

2.3 Pará

No estado do Pará, no período de 01 de janeiro a 05 de junho de 2019, foram notificados 132 casos suspeitos de sarampo, sendo 53 (40,2%) confirmados, 68 (51,5%) descartados e 11 (8,3%) permanecem em investigação.

De acordo com a curva epidêmica dos casos notificados de sarampo, por SE da data de início do exantema e classificação final, podemos observar que o pico das notificações ocorreu na SE 10 de 2019 e, da SE 15 a 18 de 2019, as notificações foram decrescentes (figura 4).

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



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SES/PA); data 05/06/2019. *Dados preliminares e sujeitos à alteração.

Com relação a distribuição dos casos confirmados, por faixa etária, a população de 15 a 19 anos de idade representa 22,6% (12) dos casos (tabela 4). 6 A Taxa de incidência dos casos confirmados de sarampo no Pará é de 0,7/100.000 habitantes. Quando calculada por faixa etária, observa-se a maior incidência nos menores de um ano de idade (tabela 4).

Faixa Etária	Número de casos	%	Incidência/100.000 Hab. [†]
< 1 ano	9	17,0	6,5
1 a 4 anos	10	18,9	1,7
5 a 9 anos	4	7,5	0,5
10 a 14 anos	2	3,8	0,2
15 a 19 anos	12	22,6	1,5
20 a 29 anos	10	18,9	0,6
30 a 39 anos	5	9,4	0,4
> 50 anos	1	1,9	0,1
Total	53	100	0,7

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SES/PA); data 05/06/2019.

*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

[†]Projeção populacional, IBGE e SINASC.

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

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 05/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

3. RECOMENDAÇÕES

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

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 28/06/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

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

Este informe refere-se ao período compreendido entre as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 23 de 2019, com o início de sintomas dos casos entre os dias 30/12/2018 a 08/06/2019.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas de SG foi de 29,0% (2.145/7.397). Foram notificados 18.237 casos que atendem a definição de SRAG. Desses, 77,6% (14.159/18.237) possuem classificação final, dos quais 13,4% (1.896/14.159) foram classificadas como SRAG por influenza e 27,0% (3.826/14.159) como outros vírus respiratórios. Entre esses outros vírus respiratórios pesquisados (Vírus Sincicial Respiratório, Parainfluenza e Adenovírus), em 69,4% (2.654/3.826) dos casos foi identificado o VSR.

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



INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 28/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

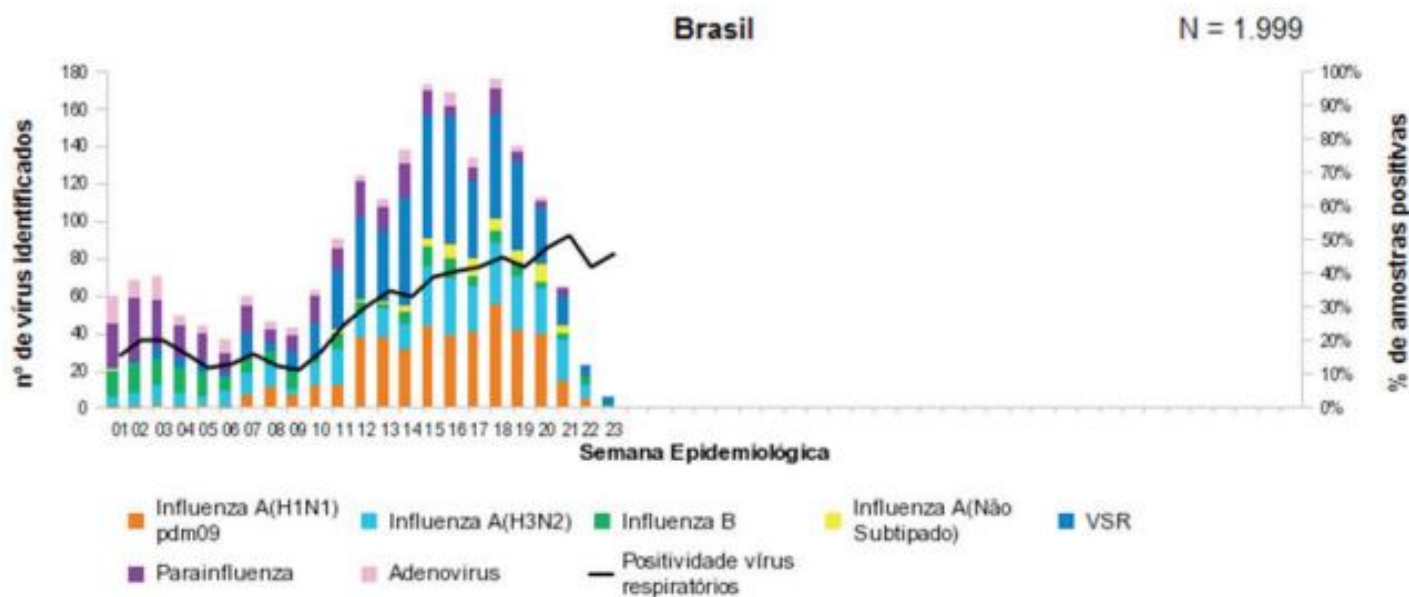
COMENTÁRIOS:

Síndrome Gripal

Preconiza-se a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela, sendo que até a SE 23 de 2019 foram coletadas 9.385 amostras. Das amostras coletadas, 78,8% (7.397/9.385) possuem resultados inseridos no sistema de informação e 29,0% (2.145/7.397) tiveram resultados positivos para vírus respiratório, das quais 41,9% (899/2.145) foram positivos para influenza e 58,1% (1.246/2.145) para outros vírus respiratórios (Vírus Sincicial Respiratório, Parainfluenza e Adenovírus) (Figura 2). Em 2018, no mesmo período, foram inseridas no sistema 7.331 amostras e 27,3% (1.999/7.331) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 51,1% (1.021/1.999) foram positivos para influenza e 48,9% (978/1.999) para outros vírus respiratórios (Figura 1).

Dentre as amostras positivas para influenza em 2019, 46,1% (414/899) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 30,5% (274/899) de influenza B, 4,4% (40/899) de influenza A não subtipado e 19,0% (171/899) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de VSR, 68,9% (858/1.246) (Figura 2).

Figura 1 – Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 23.



Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 11/6/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 28/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

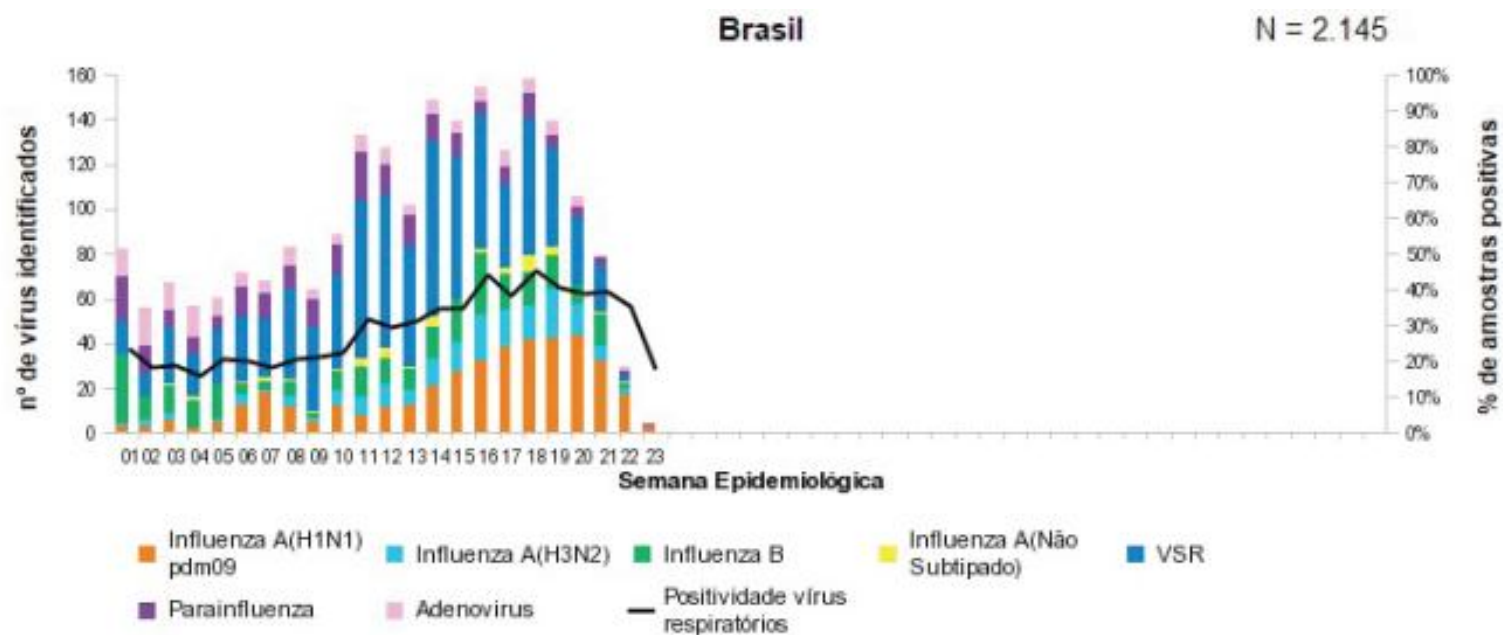
COMENTÁRIOS:

Síndrome Gripal

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

No Brasil até o momento houve um destaque de identificação de influenza A(H1N1)pdm09 no estado do Amazonas no início de fevereiro, mas se observa redução na detecção do vírus. Entre os vírus influenza A o predominante no país até o momento é o influenza A(H1N1)pdm09. O vírus influenza B se destaca na região Nordeste e Sudeste durante praticamente todas semanas epidemiológicas deste ano, com pequena redução nas últimas semanas.

Figura 2 – Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2019 até a SE 23.



Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 10/6/2019, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 28/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – HOSPITALIZADO

Perfil Epidemiológico dos Casos

Até a SE 23 de 2019, foram notificados 18.237 casos que atendem a definição de SRAG. Desses, 77,6% (14.159/18.237) possuem classificação final, dos quais 13,4% (1.896/14.159) foram classificadas como SRAG por influenza e 27,0% (3.826/14.159) como outros vírus respiratórios. Entre os outros vírus respiratórios pesquisados (Vírus Sincicial Respiratório, Parainfluenza e Adenovírus), em 69,4% (2.654/3.826) dos casos foi identificado o VSR – importante ressaltar que o diagnóstico para VSR é um diagnóstico diferencial desenvolvido dentro da vigilância da influenza, não existindo vigilância específica para estes casos (Tabela 1).

REGIÃO/ Unidade Federada	SRAG Influenza		SRAG Outros Vírus Respiratórios		SRAG Outro agente respiratório		SRAG não Especificado		SRAG Em Investigação	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
NORTE	261	60	505	61	7	2	1268	117	380	3
RONDÔNIA	17	3	0	0	0	0	59	12	21	0
ACRE	48	5	29	14	0	0	45	16	51	0
AMAZONAS	140	35	407	39	5	2	817	43	100	0
RORAIMA	0	0	0	0	0	0	13	2	3	0
PARÁ	32	8	52	6	1	0	260	26	183	3
AMAPÁ	3	1	0	0	1	0	25	6	6	0
TOCANTINS	21	8	17	2	0	0	49	12	16	0
NORDESTE	403	73	412	24	3	0	1376	107	1136	33
MARANHÃO	2	0	4	1	0	0	18	4	48	1
PIAUÍ	25	1	98	5	2	0	46	8	78	1
CEARÁ	110	25	76	2	0	0	187	20	107	8
RIO GRANDE DO NORTE	50	20	5	1	0	0	29	13	113	16
PARAÍBA	13	5	24	7	0	0	64	19	46	1
PERNAMBUCO	49	2	0	0	0	0	736	10	438	4
ALAGOAS	34	3	2	2	0	0	65	14	15	1
SERGIPE	19	3	81	3	0	0	30	3	7	0
BAHIA	101	14	122	3	1	0	201	16	284	1

(Continua ao lado)

Tabela 1 – Distribuição de casos e óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, por Classificação final e em Investigação. Brasil, regiões e unidades federadas (UF), até a SE 23 de 2019.

REGIÃO/ Unidade Federada	SRAG Influenza		SRAG Outros Vírus Respiratórios		SRAG Outro agente respiratório		SRAG não Especificado		SRAG Em Investigação	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
SUDESTE	668	101	866	41	54	9	3246	458	1630	29
MINAS GERAIS	83	16	156	15	8	2	659	110	237	0
ESPÍRITO SANTO	62	10	39	4	4	0	110	15	97	2
RIO DE JANEIRO	113	41	259	17	3	1	326	60	263	3
SÃO PAULO	410	34	412	5	39	6	2151	273	1033	24
SUL	365	72	978	42	7	1	1614	252	568	11
PARANÁ	221	52	626	35	3	1	930	157	340	6
SANTA CATARINA	96	13	150	4	0	0	277	54	54	1
RIO GRANDE DO SUL	48	7	202	3	4	0	407	41	174	4
CENTRO OESTE	197	33	1064	45	6	3	854	96	363	10
MATO GROSSO DO SUL	71	14	253	15	0	0	203	19	118	1
MATO GROSSO	19	8	2	1	1	0	83	15	59	5
GOIÁS	47	7	309	22	4	2	253	47	85	3
DISTRITO FEDERAL	60	4	500	7	1	1	315	15	101	1
BRASIL	1.894	339	3.825	213	77	15	8.358	1.030	4.077	86
Outro País	2	0	1	0	0	0	2	1	1	0
TOTAL	1.896	339	3.826	213	77	15	8.360	1.031	4.078	86

Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 28/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – HOSPITALIZADO

Perfil Epidemiológico dos Casos

Notou-se nos primeiros meses do ano uma circulação de vírus influenza com maior intensidade e de forma localizada no estado do Amazonas, com 140 casos e 35 óbitos. Os estados de São Paulo e Paraná também se destacam, pois apresentam até o momento 410 e 221 casos, 34 e 52 óbitos por influenza respectivamente (Tabela 1).

No País, dentre os 1.576 casos de influenza que tiveram suas amostras submetidas à metodologia de subtipagem até o momento, 66,7% (1.051/1.576) eram influenza A(H1N1)pdm09, 16,7% (263/1.576) influenza A(H3N2), 5,4% (85/1.576) influenza A não subtipado e 11,2% (177/1.576) influenza B (Tabela 2).

REGIÃO/ Unidade Federada	SRAG Influenza por subtipo									
	Casos				Óbitos				Total Casos	Total Óbitos
	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	A Não Subtipado	Influenza B	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	A Não Subtipado	Influenza B		
NORTE	150	22	20	23	43	8	2	4	215	57
RONDÔNIA	15	2	0	0	3	0	0	0	17	3
ACRE	15	8	2	0	3	2	0	0	25	5
AMAZONAS	108	0	17	1	32	0	2	0	126	34
RORAIMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PARÁ	12	0	1	14	5	0	0	3	27	8
AMAPÁ	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
TOCANTINS	0	12	0	7	0	6	0	1	19	7
NORDESTE	157	104	18	80	29	15	6	9	359	59
MARANHÃO	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
PIAUÍ	0	3	0	24	0	0	0	1	27	1
CEARÁ	39	39	2	24	6	7	0	7	104	20
RIO GRANDE DO NORTE	35	3	4	0	12	1	3	0	42	16
PARAÍBA	10	1	0	0	3	0	0	0	11	3

(Continua ao lado)

Tabela 2 – Distribuição dos casos e óbitos por subtipo de influenza. Brasil, regiões e unidades federadas (UF), até a SE 23 de 2019.

REGIÃO/ Unidade Federada	SRAG Influenza por subtipo									
	Casos				Óbitos				Total Casos	Total Óbitos
	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	A Não Subtipado	Influenza B	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	A Não Subtipado	Influenza B		
PERNAMBUCO	21	4	3	17	1	0	1	0	45	2
ALAGOAS	20	6	3	0	2	0	0	0	29	2
SERGIPE	2	10	2	5	0	2	1	0	19	3
BAHIA	30	38	4	9	5	5	1	1	81	12
SUDESTE	312	90	30	44	66	8	4	6	476	84
MINAS GERAIS	67	5	3	1	12	1	1	0	76	14
ESPÍRITO SANTO	27	25	0	4	2	3	0	1	56	6
RIO DE JANEIRO	60	2	0	5	33	0	0	0	67	33
SÃO PAULO	158	58	27	34	19	4	3	5	277	31
SUL	306	35	4	13	61	9	0	1	358	71
PARANÁ	196	11	0	13	46	5	0	1	220	52
SANTA CATARINA	80	14	1	0	11	2	0	0	95	13
RIO GRANDE DO SUL	30	10	3	0	4	2	0	0	43	6
CENTRO OESTE	126	12	13	17	26	2	0	2	168	30
MATO GROSSO DO SUL	52	6	11	1	11	1	0	0	70	12
MATO GROSSO	12	0	0	6	7	0	0	1	18	8
GOIÁS	32	3	0	8	6	1	0	0	43	7
DISTRITO FEDERAL	30	3	2	2	2	0	0	1	37	3
BRASIL	1.051	263	85	177	225	42	12	22	1.576	301

Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

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

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

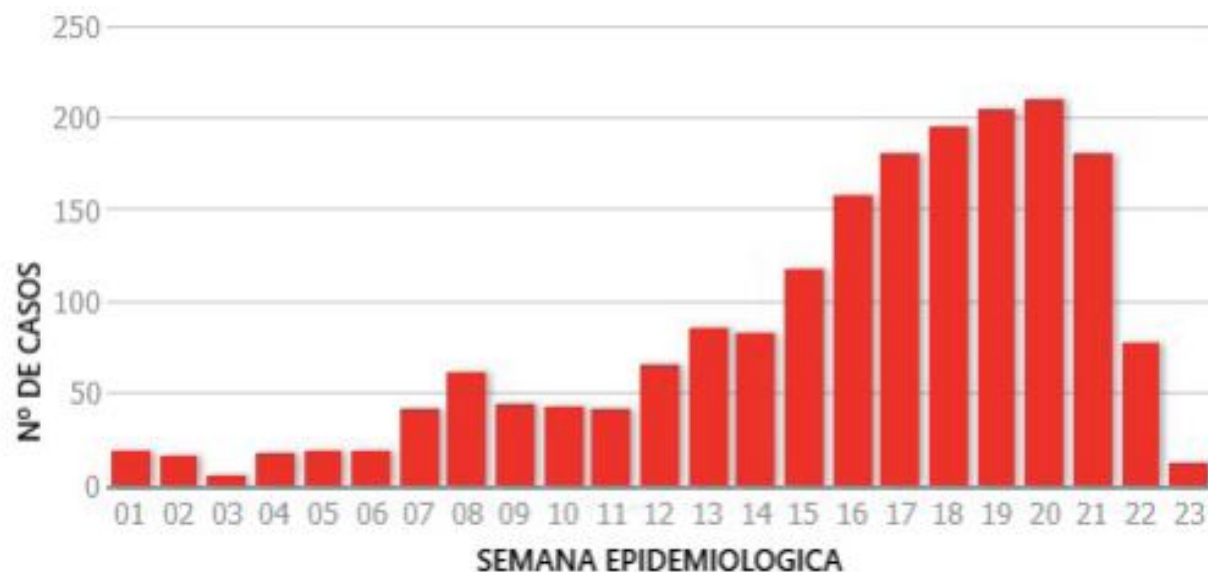
INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 28/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 32 anos, variando de 0 a 98 anos. Entre os casos de SRAG por influenza foi observada uma mediana de 3 dias para o início do tratamento variando de 0 a 124 dias. Na Figura 3, observa-se que a positividade para vírus influenza em casos de SRAG apresentou aumento na SE 07 mantendo-se com pequena variação até a SE 12 quando a sazonalidade de influenza se

apresenta instalada mantendo-se pelas semanas seguintes. A redução de casos nas últimas semanas epidemiológicas pode estar relacionada a falta de oportunidade na notificação dos casos, por isso ressalta-se a necessidade da oportuna notificação dos casos para uma boa resposta epidemiológica e orientação da tomada de decisão dos gestores, no que se refere às ações de prevenção e controle da influenza.



Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

Figura 3 – Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, confirmados para influenza, por semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2019 até a SE 23.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 28/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Perfil Epidemiológico dos Óbitos

Até a SE 23 de 2019, foram notificados 1.684 óbitos por SRAG, o que corresponde a 9,2% (1.684/18.237) do total de casos. Entre os óbitos, 94,9% (1.598/1.684) possuem classificação final, dos quais 21,2% (339/1.598) confirmados para vírus influenza. Dos 301 óbitos que tiveram suas amostras submetidas à metodologia de subtipagem, 74,8% (225/301) foram por influenza A(H1N1)pdm09, 14,0% (42/301) por influenza A(H3N2), 4,0% (12/301) influenza A não subtipado e 7,3% (22/301) por influenza B (Tabela 2). Dos óbitos por outros vírus respiratórios 63,8% (136/213) foram por VSR (Tabela 1).

Dentre os indivíduos que evoluíram ao óbito por influenza, a mediana da idade foi de 52 anos, variando de 0 a 98 anos e 79,9% (271/339) apresentaram pelo menos um fator de risco, com destaque para adultos com 60 ou mais anos e cardiopatas. Além disso, 74,3% (252/339) fizeram uso de antiviral (Tabela 3), com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 93 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas.

Óbitos por Influenza (N=339)	n	%
Com Fatores de Risco	271	79,9
Adulto ≥ 60 anos	122	45,0
Doença cardiovascular crônica	83	30,6
Diabetes mellitus	71	26,2
Criança < 5 anos	48	17,7
Pneumopatias crônicas	41	15,1
Imunodeficiência/Imunodepressão	24	8,9
Obesidade	17	6,3
Doença renal crônica	16	5,9
Doença hematológica crônica	8	3,0
Gestante	6	2,2
Síndrome de Down	6	2,2
Doença hepática crônica	3	1,1
Indígena	3	1,1
Puérpera (até 45 dias do parto)	2	0,7
Que utilizaram Antiviral	252	74,3

Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

Tabela 3 – Distribuição dos óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2019 até a SE 23.

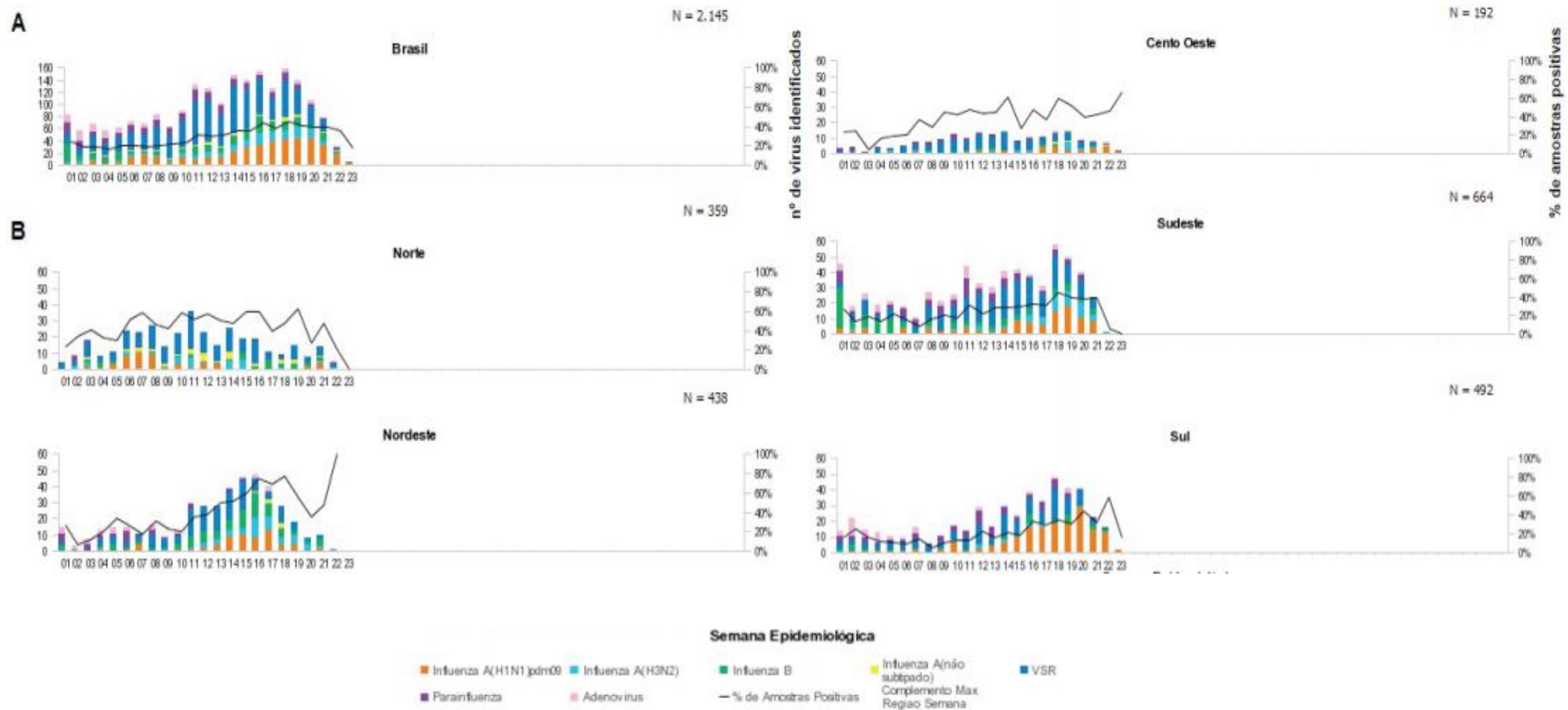
INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 28/06/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

Anexo 1 – Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal por semana epidemiológica do início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2019 até a SE 23.



Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 10/6/2019, sujeitos a alteração.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 09/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Situação Epidemiológica:

MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA FEBRE AMARELA NO BRASIL*

Período de monitoramento: 01/01/2019 a 31/05/2019

Atualização: 04/06/2019

Casos humanos notificados: 1.281

Epizootias em PNH notificadas: 1.240

82 confirmados (14 óbitos)

48 confirmadas

286 em investigação

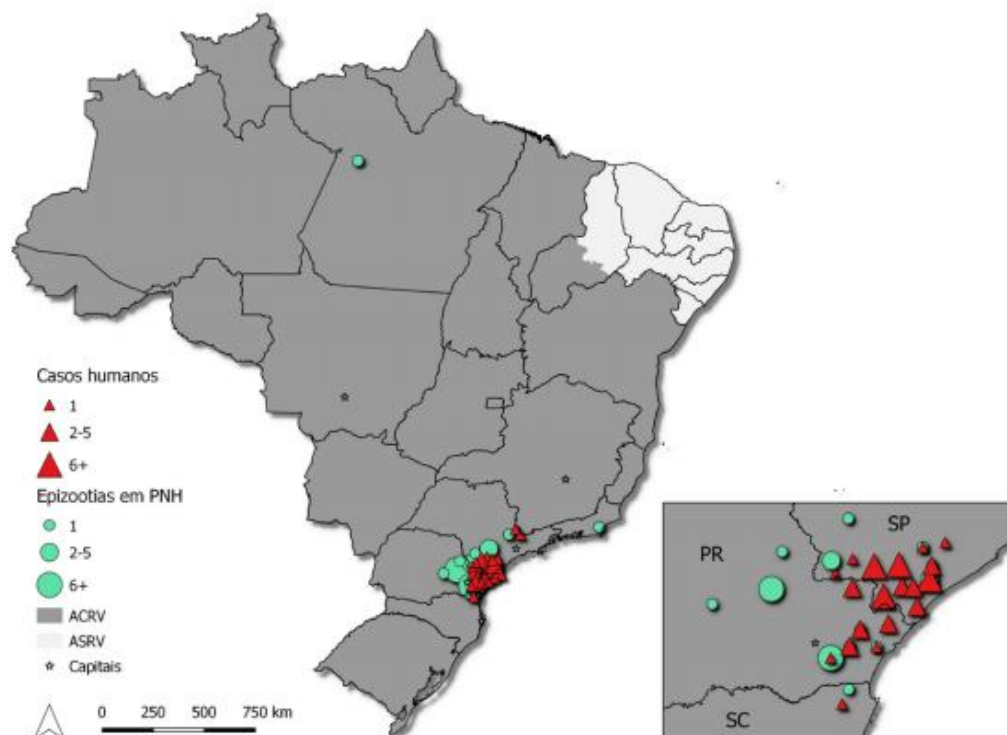
321 em investigação e 435 indeterminadas

913 descartados

436 descartadas

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

FIGURA 1 • Distribuição dos casos humanos e epizootias em primatas não humanos confirmados para Febre Amarela, por município do local provável de infecção e/ou de ocorrência, no Brasil, entre as semanas epidemiológicas 01 e 22/2019.



FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 09/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Vigilância de Casos Humanos

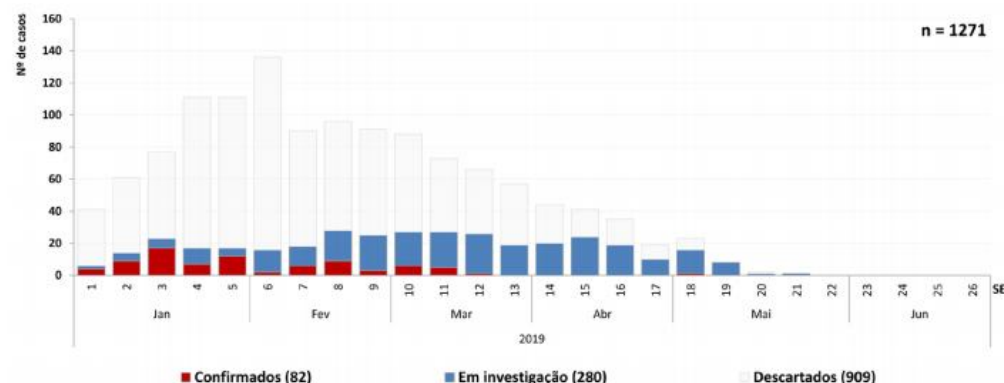
Foram registrados casos humanos confirmados nos estados de São Paulo (68), do Paraná (13) e Santa Catarina (01) (Tabela 1). A maior parte dos casos eram trabalhadores rurais e/ou com exposição em área silvestre, sendo 73 (89%) do sexo masculino, com idades entre 08 e 87 anos. Em março/2019 (SE-13), foi confirmado o primeiro caso de febre amarela no estado de Santa Catarina. Entre os casos confirmados, 14 evoluíram para o óbito (17,1%). O número total de casos humanos registrados no mesmo período de 2018 foi de 1.309.

TABELA 1 • Distribuição dos casos humanos suspeitos de Febre Amarela notificados à SVS/MS, por UF do local provável de infecção e classificação, Brasil, semanas epidemiológicas 1 a 22/2019.

REGIÃO	UF (LPI)	CASOS NOTIFICADOS	CASOS DESCARTADOS	CASOS EM INVESTIGAÇÃO	CASOS CONFIRMADOS			
					TOTAL	CURAS	ÓBITOS	LETALIDADE (%)
Norte	Acre	0						
	Amapá	0						
	Amazonas	0						
	Pará	11	2	9				
	Rondônia	4	2	2				
	Roraima	0						
	Tocantins	5	5					
Nordeste	Alagoas	0						
	Bahia	6	4	2				
	Ceará	1		1				
	Maranhão	0						
	Paraíba	0						
	Pernambuco	0						
	Piauí	0						
	Rio Grande do Norte	0						
	Sergipe	1		1				
Centro-Oeste	Distrito Federal	49	30	19				
	Goiás	39	19	20				
	Mato Grosso	5	5					
	Mato Grosso do Sul	3	2	1				
Sudeste	Espírito Santo	22	13	9				
	Minas Gerais	67	35	32				
	Rio de Janeiro	33	26	7				
	São Paulo	556	422	66	68	56	12	17,6
Sul	Paraná	432	312	107	13	12	1	7,7
	Rio Grande do Sul	9	4	5				
	Santa Catarina	38	32	6	1		1	100,0
TOTAL		1281	913	286	82	68	14	17,1

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

FIGURA 2 • Distribuição dos casos humanos suspeitos de Febre Amarela notificados à SVS/MS, por semana epidemiológica de início dos sintomas e classificação, Brasil, entre as semanas epidemiológicas 01 e 22/2019*.



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

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

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 09/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

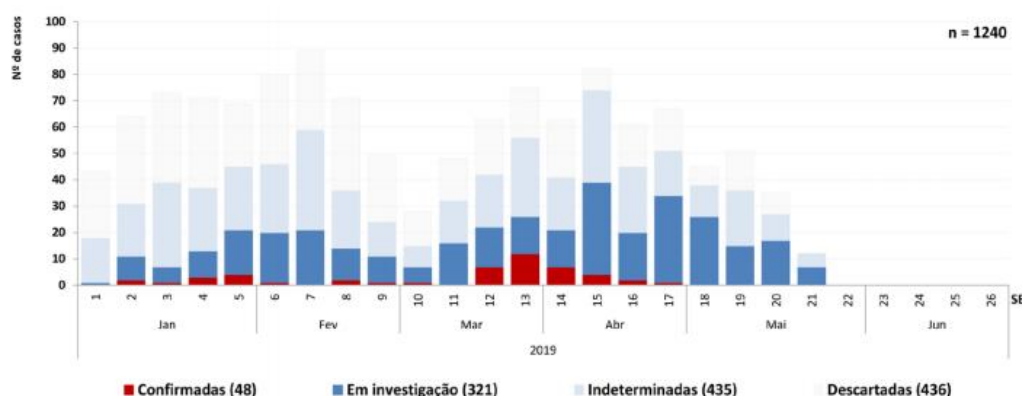
Foram registradas epizootias de PNH confirmadas em São Paulo (13), no Rio de Janeiro (01), no Paraná (32), no Pará (1) e em Santa Catarina (1). O maior número de epizootias confirmadas foi registrado na região Sul (68,7%; 33/48), sendo a maior parte das epizootias com ocorrência no estado do Paraná (Tabela 2).

TABELA 2 • Distribuição das epizootias em primatas não humanos notificadas à SVS/MS, por UF do local de ocorrência e classificação, Brasil, entre as semanas epidemiológicas 01 e 22/2019.

Região	UF	EPIZOOTIAS				
		NOTIFICADAS	DESCARTADAS	INDETERMINADAS	EM INVESTIGAÇÃO	CONFIRMADAS
Norte	Acre					
	Amapá					
	Amazonas					
	Pará	16	2	9	4	1
	Rondônia	5		5		
	Roraima					
	Tocantins	8	6	1	1	
Nordeste	Alagoas					
	Bahia	21	2	13	6	
	Ceará					
	Maranhão	1		1		
	Paraíba					
	Pernambuco	6	1	3	2	
	Piauí					
	Rio Grande do Norte	15		13	2	
	Sergipe					
Centro-Oeste	Distrito Federal	3	2	1		
	Goiás	27	7	12	8	
	Mato Grosso	5	3	2		
	Mato Grosso do Sul	3			3	
Sudeste	Espírito Santo	7	0	2	5	
	Minas Gerais	159	20	101	38	
	Rio de Janeiro	128	39	20	68	1
	São Paulo	429	255	113	48	13
Sul	Paraná	227	51	75	69	32
	Rio Grande do Sul	33	5	5	23	
	Santa Catarina	147	43	59	44	1
Total		1240	436	435	321	48

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

FIGURA 3 • Distribuição das epizootias em primatas não humanos notificadas à SVS/MS, por semana epidemiológica de ocorrência e classificação, Brasil, entre as semanas epidemiológicas 01 e 22/2019.



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

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 09/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Áreas de risco

Diante desse cenário, é fundamental que os municípios das áreas de risco ampliem as coberturas vacinais (no mínimo 95%), com o objetivo de garantir a proteção da população contra a doença, reduzindo o risco de óbitos e surtos, além do risco de reurbanização da transmissão (por *Aedes aegypti*). A vacinação está recomendada para toda a Área com Recomendação de Vacina (ACRV) destacada no mapa abaixo. Ressalta-se que o maior risco está nas áreas consideradas afetadas e ampliadas, onde a transmissão foi documentada recentemente (2018/2019). As pessoas não vacinadas e expostas nessas localidades devem ser vacinadas, prioritariamente.

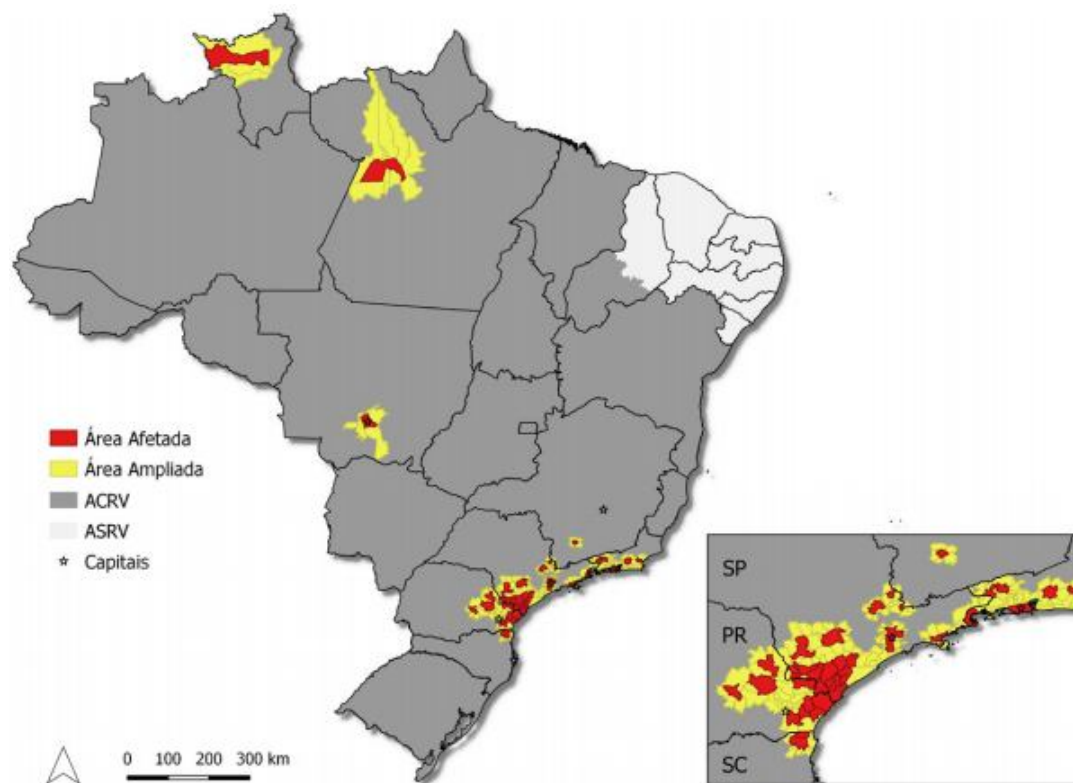


FIGURA 4 • Áreas afetadas (com evidência de circulação viral) e ampliadas (limitrofes àquelas afetadas), que compõem as áreas de risco de transmissão de FA e onde as ações de vigilância e resposta devem ser intensificadas.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 09/06/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

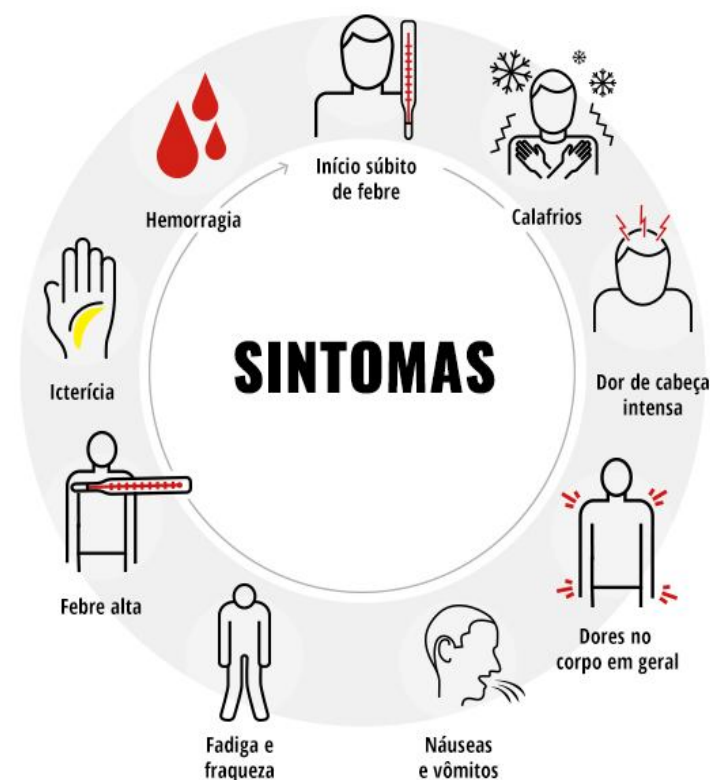
Orientações para a intensificação da vigilância:

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

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

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

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



EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 26/2019

(23/06/2019 a 29/06/2019)

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

DENGUE / CHIKUNGUNYA



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 28/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

Europa

Doença do vírus Chikungunya / dengue:

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

Américas e Caribe

Doença do vírus Chikungunya:

Brasil: Em 2019, o Brasil registrou 38.000 casos confirmados, incluindo 15 mortes confirmadas, até 8 de junho de 2019. Isso representa aumento de duas vezes em comparação com 19 mil casos confirmados registrados para o mesmo período de 2018. Rio de Janeiro, Pará e Minas Gerais são os estados com maior incidência em 2019.

Colômbia: em 2019, a Colômbia registrou 308 casos em 15 de junho de 2019, dos quais 20 foram confirmados em laboratório. Isso segue a mesma tendência que em 2018, quando 394 casos foram reportados para o mesmo período.

El Salvador: El Salvador registrou 204 casos suspeitos em 15 de junho de 2019, em comparação com 127 casos no mesmo período em 2018.

Nicarágua: Em 2019, a Nicarágua registrou 74 casos suspeitos em 15 de junho de 2019, em comparação com 148 suspeitos e 22 casos confirmados durante o mesmo período em 2018.

Paraguai: Em 2019, o Paraguai registrou menos casos do que em 2018. Em 1º de junho de 2019, o país registrou 40 casos prováveis, em comparação com 945 prováveis e 56 casos confirmados durante o mesmo período do ano passado.

Peru: em 2019, o Peru registrou 127 casos em 30 distritos em todo o país em 8 de junho de 2019, em comparação com 259 casos no mesmo período em 2018. Os casos afetam principalmente Piura, San Martín e Tumbes.

Não há atualização para Honduras.

Dengue:

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) registrou 741.500 casos suspeitos e confirmados na região das Américas em 2019 em 16 de junho de 2019. O Brasil é



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

responsável por 80% dos casos (586.000), seguido pela Colômbia (49.000), Nicarágua (33.000) e México (20.000). O Brasil já registrou um aumento de cinco vezes em relação ao mesmo período de 2018, quando foram relatados. Os relatórios de mídia também chamaram a atenção para um aumento acentuado no número de casos em Honduras, onde o número de casos até à data (12.878) já ultrapassou o total de 2018 (7.900). Os números para cada país na região das Américas podem ser encontrados na Plataforma de Informação sobre Saúde da OPAS.

Ásia

Doença do vírus Chikungunya:

A Agência de Proteção à Saúde das Maldivas relatou um aumento notável nos casos

(Continua na próxima página)

DENGUE / CHIKUNGUNYA



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 28/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

nos últimos meses. Até 18 de junho de 2019, foram 1.226 casos, afetando principalmente Thaa, Gaaf Alif e Kaafu Atolls.

Tailândia: em 2019, a Tailândia comunicou 3.994 casos sem mortes associadas em 27 províncias em 22 de junho de 2019. As províncias mais afetadas estão localizadas na parte sul do país. Isto representa um aumento de 600 casos desde a atualização anterior. Durante o mesmo período do ano passado, apenas 34 casos foram registrados.

Não há atualizações para a Índia e a Indonésia.

Dengue:

A maioria dos países da Ásia e do Sudeste Asiático observaram uma tendência crescente neste ano.

Até 25 de maio de 2019, o **Camboja** comunicou aproximadamente 9.000 casos, em comparação com 1.000 para o mesmo período de 2018.

Até 25 de maio de 2019, **Laos** registrou 4.216 casos, em comparação com 100 para o mesmo período em 2018.

Em 24 de junho de 2019, a **Malásia** registrou 60.400 casos em 2019, em comparação com 29.000 para o mesmo período em 2018.

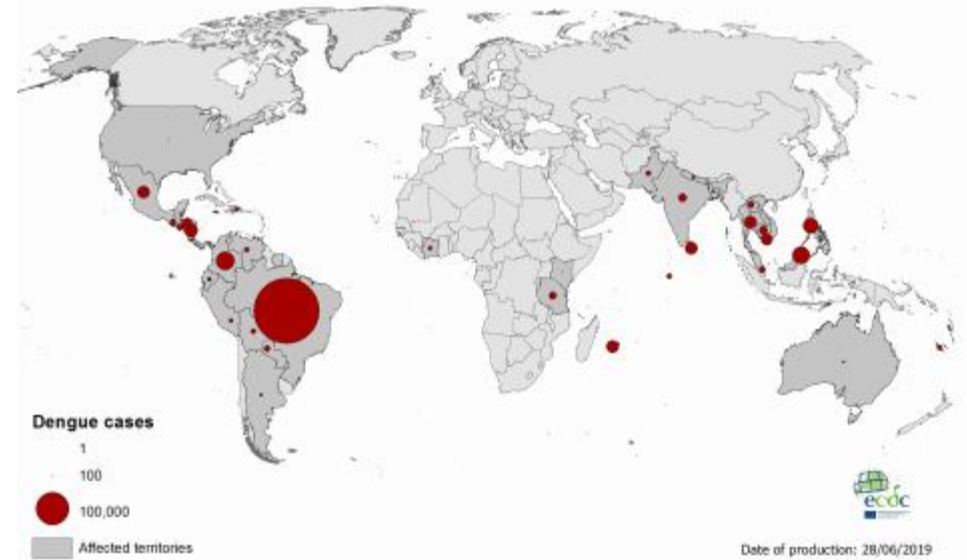
No sul da Ásia, as **Maldivas** relataram 2.558 casos em 18 de junho de 2019, um aumento de quatro vezes em comparação com o mesmo período em 2018.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde, o **Paquistão** informou 2.153 desde o início do ano até 10 de junho de 2019.

Até 18 de maio de 2019, as **Filipinas** relataram 77.000 casos, em comparação com 41.100 para o mesmo período em 2018.

Até 22 de junho de 2019, **Cingapura** registrou 5.620 casos, em comparação com 1.200 para o mesmo período em 2018.

Até 17 de junho de 2019, a **Tailândia** comunicou 20.900 casos, em comparação com



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

10.600 para o mesmo período de 2018. Os mais afetados são as províncias Trat, Ubon Ratchathani e Samut Sakhon ao sul de Bangkok. Devido à intensa circulação do vírus em todo o país, a Tailândia declarou estado de emergência e está prevendo aproximadamente 90.000 casos para 2019.

Em 11 de maio de 2019, o **Vietnã** registrou 60.000 casos, em comparação com 18.400 no mesmo período de 2018.

Atualizações recentes foram publicadas para os países abaixo:

O **Sri Lanka** segue a mesma tendência de 2018. De acordo com o Ministério da Saúde e em 25 de junho de 2019, o Sri Lanka relatou 23.520 casos de dengue em 2019, em comparação com 22.600 casos no mesmo período do ano passado. Colombo, Gampaha e os distritos de Galle são as áreas mais afetadas.

(Continua na próxima página)

DENGUE / CHIKUNGUNYA



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 28/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

Bangladesh registrou 840 casos desde o início do ano até 23 de junho de 2019.

De acordo com o Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar, em 26 de maio de 2019, a **Índia** relatou 5 504 casos.

De acordo com relatos da mídia citando autoridades de saúde, o **Nepal** está enfrentando um surto afetando principalmente Katmandu. O país relatou 560 casos em 13 de junho de 2019.

O **Sri Lanka** segue a mesma tendência de 2018. De acordo com o Ministério da Saúde e em 25 de junho de 2019, o Sri Lanka relatou 23.520 casos de dengue em 2019, em comparação com 22.600 casos no mesmo período do ano passado. Colombo, Gampaha e os distritos de Galle são as áreas mais afetadas.

África

Doença do vírus Chikungunya:

O surto na **República do Congo** está em curso. Até 19 de maio de 2019, o país registrou 9.015 casos, o que representa um aumento de 3.000 casos desde a atualização anterior do relatório. Os departamentos mais afetados são Bouenza, Brazzaville, Kouilou, Lékoumou, Niari, Plateaux, Pool e Pointe-Noire.

Não há atualizações para a República Democrática do Congo.

Dengue:

Segundo a OMS, a **Costa do Marfim** continua relatando casos. Desde o início do ano até 9 de junho de 2019, o país relatou 170 casos confirmados e 1.026 casos suspeitos. Isso representa um aumento de duas vezes desde o último relatório em maio.

Segundo a OMS, **Maurício** registrou 130 casos autóctones de 26 de fevereiro a 17 de maio de 2019. A área mais afetada é Port Louis (Vallée des Prêtres).

As autoridades regionais em **Mayotte** estão relatando nove casos de dengue em 11 de junho de 2019. Três casos são suspeitos de serem casos autóctones, uma vez

que não tiveram viagens recentes.

Segundo o Santé publique France, até 16 de junho de 2019, a **Reunião** detectou mais de 17.000 casos confirmados, 46.000 casos suspeitos e cinco mortes desde o início de 2019. A Reunião continua a registrar uma tendência decrescente, embora permaneça ativo na maioria das cidades da ilha, especialmente em Saint-Pierre. Cerca de 300 casos confirmados são relatados semanalmente.

Até agosto de 2018 a meados de junho de 2019, a **Tanzânia** detectou 4.227 casos suspeitos, um aumento de 3.000 casos desde a última atualização.

As regiões mais afetadas são Dar es Salaam e Tanga.

Austrália e o Pacífico

Doença do vírus Chikungunya:

Nenhum surto foi relatado desde a atualização anterior.

Dengue:

Segundo a OMS, a **Austrália** registrou 569 casos em 2019 em 5 de junho de 2019, em comparação com 338 no mesmo período do ano passado.

Em 27 de maio de 2019, a **Nova Caledônia** registrou 3.447 casos, mostrando uma tendência decrescente desde abril.

Até 16 de junho de 2019, a **Polinésia Francesa** registrou aproximadamente 388 casos desde o início do ano. Destes, 106 são DENV-2, afetando as ilhas do Taiti, Moorea, Bora Bora e Nuku Hiva. A proporção de DENV-2 aumentou gradualmente nas últimas semanas.

Avaliação do ECDC

A doença do vírus Chikungunya e a dengue são endêmicas em grandes regiões da zona de convergência intertropical. Atualmente e durante todo o verão, as condições ambientais são favoráveis para a atividade do vetor e sua abundância deve ser suficiente para apoiar surtos locais.

SARAMPO



Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 18/06/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS) / Organização Pan-Americana de Saúde

COMENTÁRIOS:

Na **Argentina**, entre SE 1 e SE 22 de 2019, 5 casos confirmados de sarampo foram reportados, dos quais 3 foram importados, um foi relacionado à importação e um caso está sob investigação. A informação sobre os quatro primeiros casos foi publicada na atualização Epidemiológica da SIDA da OPAS / OMS sobre Sarampo, publicada em 18 de abril de 2019.

O último caso confirmado relacionado com importações teve início em 25 de maio de 2019 e corresponde a um homem de 30 anos, com histórico de viagem ao estado de São Paulo, Brasil, entre 4 e 9 de maio de 2019. Além disso, durante o período de transmissibilidade, o caso viajou para a cidade de Carmelo, Departamento de Colonia, Uruguai, por navio. O genótipo identificado para este caso foi D8 e a identificação de linhagem está em andamento.

No **Brasil**, entre a SE 1 de 2018 e SE 22 de 2019, 19.612 casos suspeitos de sarampo (18.428 em 2018 e 1.184 em 2019), dos quais 10.448 foram confirmados (10.326 em 2018 e 122 em 2019), incluindo 12 mortes (todas em 2018).

De 2018 a SE 22 de 2019, a taxa de incidência acumulada a nível nacional é de 5 casos por 100.000 habitantes (4,95 casos por 100.000 habitantes em 2018 e 0,04 casos por 100.000 habitantes em 2019). Entre os casos confirmados com informações disponíveis, 5.715 eram mulheres (54,8%). A maior taxa de incidência cumulativa por faixa etária entre os casos confirmados foi relatado entre 15 a 29 anos de idade no estado do Amazonas, com 4.526 casos (46%).

Em 2019, 7 unidades federadas relataram casos confirmados: Amazonas (4 casos), Minas Gerais (4 casos), Pará (52 casos), Rio de Janeiro (7 casos), Roraima (1 caso), Santa Catarina (3 casos) e São Paulo (51 casos).

Durante 2018 e 2019, nos estados do Amazonas, Roraima e Pará, o genótipo identificado foi D8, linhagem MVi / HuluLangat.MYS / 26.11, semelhante à que circula na Venezuela e outros países da região. No entanto, uma linhagem diferente de genótipo D8 foi identificada nos estados de São Paulo, Santa Catarina, Rio de Janeiro, e por um recente surto relatado em um cruzeiro em um navio no Brasil, conforme descrito na Atualização Epidemiológica do Sarampo de 18 de abril de 2019. Além do que, 2 casos importados da Europa foram notificados nos estados de São Paulo (genótipo D8, MVs / GirSomnath. IND / 42.16) e Minas Gerais (genótipo D8, MVs lineage / Frankfurt Main.DEU / 17.11.).

O caso confirmado mais recentemente no Brasil teve início em 21 de maio (SE 21) 2019 e foi relatado no Estado de São Paulo. O mais recente caso confirmado importado da Venezuela teve início na SE 06 de 2019 e foi relatado no estado de Roraima.

Amazonas: entre 6 de fevereiro de 2018 e 5 de junho de 2019, 11.464 casos suspeitos foram relatados, incluindo 6 mortes. Do total de casos suspeitos, 9.807 casos foram confirmados (4 casos em 2019), e 1.657 foram descartados. O caso confirmado mais recente teve início na SE 5 de 2019 e o caso mais recente sob investigação teve início precipitado na SE 13 de 2019.

Minas Gerais: entre 1º de janeiro e 5 de junho de 2019, 93 casos suspeitos foram relatados. Destes, 4 foram confirmados, 82 foram descartados e 7 permanecem sob investigação.

O caso confirmado mais recente teve início na SE 10 de 2019 e o caso mais recente sob investigação na SE 17 de 2019. Para 2 dos 4 casos confirmados, foi identificada o genótipo D8, MVs lineage / Frankfurt Main.DEU / 17.11.

Pará: entre 4 de fevereiro de 2018 e 5 de junho de 2019, foram notificados 407 casos suspeitos, dos quais foram confirmados 135 (833 com início de erupção em 2018 e 52 em 2019), 261 casos foram descartados e 11 permanecem sob investigação. Nenhuma morte foi relatada em 2019.

Entre os casos com informação disponível, 30% (120) dos casos suspeitos e 32% (42) dos casos confirmados foram relatados pelo município de Santarém. A taxa de incidência no estado é de 1,55 casos por 100.000 habitantes.

A maior taxa de incidência cumulativa para casos confirmados por faixa etária é entre crianças menores de 1 ano de idade (6,5 casos por 100.000 habitantes) seguido por crianças de 1 a 4 anos (1,7 casos por 100.000 habitantes), de 15 a 19 anos (1,5 casos por 100.000 habitantes), de 20 a 29 anos de idade (0,6 casos por 100.000 habitantes) e entre 5 e 9 anos (0,5 casos por 100.000 habitantes).

Rio de Janeiro: entre 1º de janeiro e 5 de junho de 2019, 36 casos suspeitos foram relatados, destes, 7 foram confirmados, 15 descartados e 14 permanecem sob investigação. O caso confirmado mais recente teve início na SE 19 de 2019 e os casos mais recentes na SE 20 de 2019.

(Continua na próxima página)

SARAMPO



Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 18/06/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS) / Organização Pan-Americana de Saúde

COMENTÁRIOS:

Roraima: entre 4 de fevereiro de 2018 e 5 de junho de 2019, 610 casos suspeitos foram relatados, incluindo 4 mortes. Do total de casos suspeitos, 362 foram confirmados (1 caso em 2019), 245 foram descartados, e 3 permanecem sob investigação. O caso confirmado mais recente teve erupção cutânea em 6 de fevereiro de 2019 (SE 6) e o caso mais recente sob investigação na SE 20 de 2019.

São Paulo: entre 1º de janeiro e 5 de junho de 2019, foram notificados 418 casos suspeitos, destes, 51 foram confirmados, 151 foram descartados e 216 permanecem sob investigação. O caso confirmado mais recente teve início precipitado na SE 21 de 2019 e os casos mais recentes na SE 22 de 2019. Para uma cadeia de transmissão, foi identificado o genótipo D8, Linage MVs / Gir Somnath. IND / 42,16.

No **Canadá**, entre SE 1 e SE 22 de 2019, houve 65 casos confirmados de sarampo relatados nas províncias de Quebec, British Columbia, Ontário, Alberta, New Brunswick e Territórios do Noroeste. Para 51 dos 65 casos confirmados, o genótipo foi identificado, correspondendo a B3 (15 casos) e D8 (36 casos).

Na **Colômbia**, entre as SE 10 de 2018 e 22 de 2019, havia 9.507 suspeitas de sarampo relatados (7.020 em 2018 e 2.487 em 2019), dos quais 333 foram confirmados, nenhuma morte foi relatada.

Em 2019, foram confirmados casos confirmados nos departamentos de Atlântico, César, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander e os distritos de Barranquilla e Bogotá.

Nas últimas quatro semanas (SE 19 - SE 22) 15 casos foram confirmados no Departamento de La Guajira (3 importados da Venezuela e 12 casos relacionados a importações), e um caso foi relatado pelo Distrito de Bogotá na semana epidemiológica 19, importado da Europa.

Cuba relatou um caso importado de sarampo confirmado por laboratório. O caso não tinha história de vacinação e o início da erupção foi em 20 de Maio de 2019. O genótipo identificado neste caso foi D8.

Nos **Estados Unidos**, entre 1º de janeiro e 13 de junho de 2019, 1.044 casos de sarampo foram confirmadas em 28 estados: Arizona, Califórnia, Colorado, Connecticut, Flórida, Geórgia, Illinois, Indiana, Idaho, Iowa, Kentucky, Maine,

Maryland, Massachusetts, Michigan, Missouri, Nova México, Nevada, New Hampshire, Nova Jersey, Nova York, Oklahoma, Oregon, Pensilvânia, Tennessee, Texas, Virgínia e Washington.

Atualmente, surtos de sarampo estão em andamento em 4 estados: Califórnia (Butte County), Nova York (Nova York e Rockland County), Pensilvânia e Washington.

Estes surtos são relacionado com viajantes com um histórico de viagens para outros países, incluindo Israel, Ucrânia e Filipinas. A maioria dos casos não foi vacinada.

Na Venezuela, o surto que começou em 2017 continua em andamento. Entre a SE 26 de 2017 e SE 23 de 2019, 9.923 casos suspeitos (1.307 em 2017; 7.790 em 2018 e 826 em 2019), incluindo 6.729 casos confirmados de sarampo (727 em 2017, 5.670 em 2018 e 332 em 2019). De acordo com informações recentes, os casos relatados em 2018 foram confirmados por laboratório (2.201), diagnóstico clínico (2.662) e link epidemiológico (807). Em 2019, os casos foram confirmados pelo laboratório (162), diagnóstico clínico (119) e link epidemiológico (52). Houve 79 mortes registradas, 2 em 2017 (em Bolívar) e 77 em 2018 (37 no Delta Amacuro, 27 no Amazonas, 9 em Miranda, 3 no Distrito Capital, e 1 em Bolívar).

Casos confirmados com datas de início de erupção entre SE 1 e SE 23 de 2019 foram relatados de Anzoátegui (147), Zulia (143), Carabobo (16), Monagas (7), Distrito da Capital (7), Miranda (3), Cojedes (2), Sucre (2), Yaracuy (2), Amazonas (1), Aragua (1) e Bolívar (1).

Sarampo nas comunidades indígenas

No Brasil, foram notificados 183 casos suspeitos entre populações indígenas, dos quais 145 foram confirmados no estado de Roraima e 2 (ambos fatais) no estado do Pará. A maioria de casos confirmados no Estado de Roraima são do Distrito de Saúde Indígena Auari, que faz fronteira com a Venezuela.

Venezuela.

Na Venezuela, entre SE 1 e SE 52 de 2018, houve 513 casos confirmados de sarampo entre as populações indígenas no Amazonas.

ÉBOLA

Local de ocorrência: República Democrática do Congo

Data da informação: 27/06/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Nos 21 dias, entre 5 e 25 de junho de 2019, 67 áreas de saúde dentro de 19 zonas de saúde relataram novos casos, representando 10% das 664 áreas de saúde nas províncias de Kivu do Norte e Ituri (Figura 1). Durante este período, um total de 252 casos confirmados foram notificados, a maioria dos quais foram das zonas de saúde de Mabalako (35%, n = 88), Beni (17%, n = 43), Mandima (12%, n = 30), Butembo (5%, n = 13), Musienene (5%, n = 13), Kalunguta (5%, n = 12) e Katwa (5%, n = 12). Em 25 de junho de 2019, um total de 2277 casos de DVE, incluindo 2183 casos confirmados e 94 casos prováveis, foram relatados. Um total de 1531 mortes foram relatadas (taxa global de casos fatais de 67%), incluindo 1437 mortes entre os casos confirmados. Dos 2277 casos confirmados e prováveis com idade e sexo conhecidos, 57% (1287) eram do sexo feminino e 29% (663) eram crianças menores de 18 anos. Casos continuam a aumentar entre os trabalhadores de saúde, com o número acumulado infectado subindo para 129 (6% do total de casos).

Em Mabalako, um total de 88 casos confirmados, com 61 concentrados na área de saúde de Aloya, foram relatados de 5 a 25 de junho. Múltiplas cadeias de transmissão foram identificadas como relacionadas a conexões familiares, e 15 infecções foram associadas a infecções relacionadas a serviços de saúde. Atualmente, os principais desafios presentes em Mabalako estão relacionados ao acompanhamento de casos registrados e ao baixo número de alertas relatados em relação ao número de novos casos de DVE detectados.

Em Mandima, em 25 de junho, um total de 30 casos foram registrados nos últimos 21 dias, sendo a maioria dos casos (22) originários das áreas de saúde de Biakato Mines, Biakato Mayi e Alima. Seis cadeias de transmissão foram identificadas ao longo desse período de tempo, com novos casos sendo atribuídos principalmente a indivíduos que têm contato com um membro da família infectado ou outros pacientes em instalações de saúde. A investigação oportuna de alertas em Mandima até o momento tem sido sub-ótima devido à falta de acesso e insegurança, com apenas 73% dos alertas sendo investigados exaustivamente nas primeiras 24 horas.

Não foram notificados novos casos DVE ou mortes na República do Uganda desde a publicação anterior do DVE Disease Outbreak News em 13 de junho de 2019. Em 26 de junho, 108 contatos potencialmente expostos foram identificados e estão sob vigilância, incluindo 13 que completaram acima. Os contatos serão visitados

diariamente durante 21 dias, até que o último contato termine o acompanhamento em 3 de julho. Todos os contatos permanecem assintomáticos até o momento. Todos os 14 casos suspeitos reportados até à data foram negativos para DVE. Em 26 de junho, foi concluída a vacinação de contatos em potencial, com um total de 1063 indivíduos tendo consentido e sido vacinados com sucesso, incluindo 74 contatos (34 não eram elegíveis para vacinação), 740 contatos de contatos e 249 profissionais de saúde.

A OMS continua a monitorar de perto e, se necessário, verificar as medidas de viagem e comércio em relação a esse evento. Atualmente, nenhum país implementou medidas de viagem que interfiram significativamente no tráfego internacional para a República Democrática do Congo. Os viajantes devem procurar aconselhamento médico antes de viajar e devem praticar uma boa higiene.

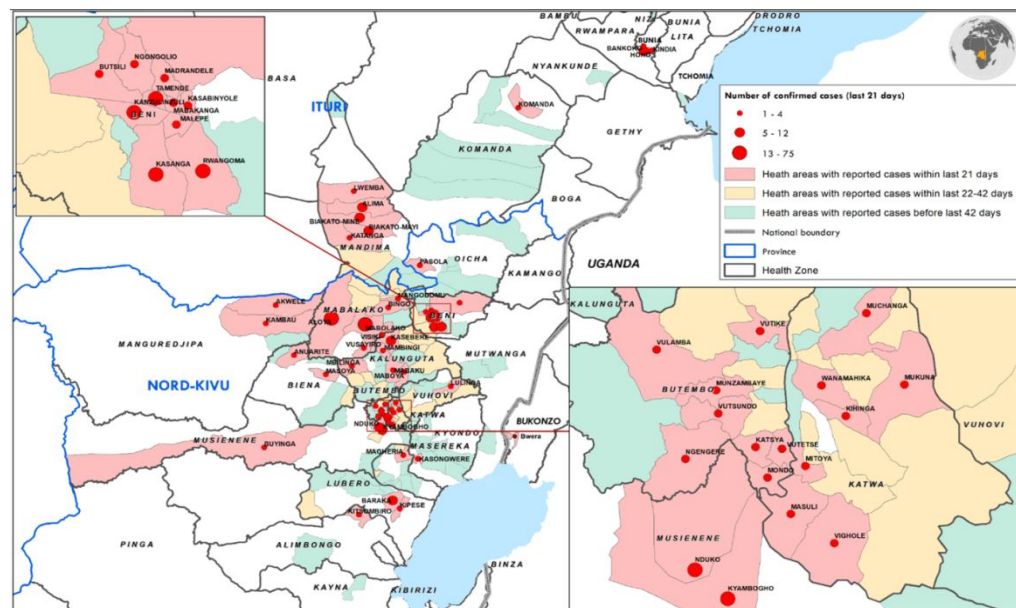


Figura 1: Casos confirmados e prováveis da doença do vírus Ebola por semana de início da doença por zona de saúde. Dados até 25 de junho de 2019 *

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 26/06/2019

Origem da informação: The Global Polio Eradication Initiative e OPAS

COMENTÁRIOS

Duas novas emergências do cVDPV2 são relatadas esta semana na República Democrática do Congo; um da província de Sankuru e outro da província de Kasai. A província de Sankuru está no centro do país e anteriormente não participou de campanhas de resposta a surtos de mOPV2. No entanto, são vizinhas províncias infectadas conhecidas, onde a resposta mOPV2 continua a ser implementada. O Kasai já participava de campanhas de surto de mOPV2, já que ele já havia sido afetado por um cVDPV2 separado. Atualmente, no total, seis surtos de cVDPV2 geneticamente distintos afetam o país.

Um dos principais fatores que determina se uma criança receberá vacinas é a receptividade do cuidador principal à imunização. A decisão de vacinar é uma interação complexa de vários fatores socioculturais, religiosos e políticos.

O estado de Bayelsa, no Delta do Níger, na Nigéria, é um estado ribeirinho com transporte precário e rios que cruzam a terra. Graças aos profissionais de saúde, ao envolvimento da comunidade e às inovações nas práticas de imunização, o estado de Bayelsa saltou de um dos estados com pior desempenho em termos de vacinação de rotina para ser o segundo melhor do país.

Resumo de novos vírus nesta semana: **Afganistão** - dois casos de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1); **Paquistão** - três casos de WPV1; **Nigéria** - um caso poliovírus derivado da vacina circulante tipo 2 (cVDPV2); **RDC** - quatro casos de cVDPV2; **Etiópia** - três cVDPV2 isoladas de contatos saudáveis na comunidade.

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

Total cases	Year-to-date 2019		Year-to-date 2018		Total in 2018	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	37	20	13	26	33	104
- in endemic countries	37	9	13	4	33	34
- in non-endemic countries	0	11	0	22	0	70

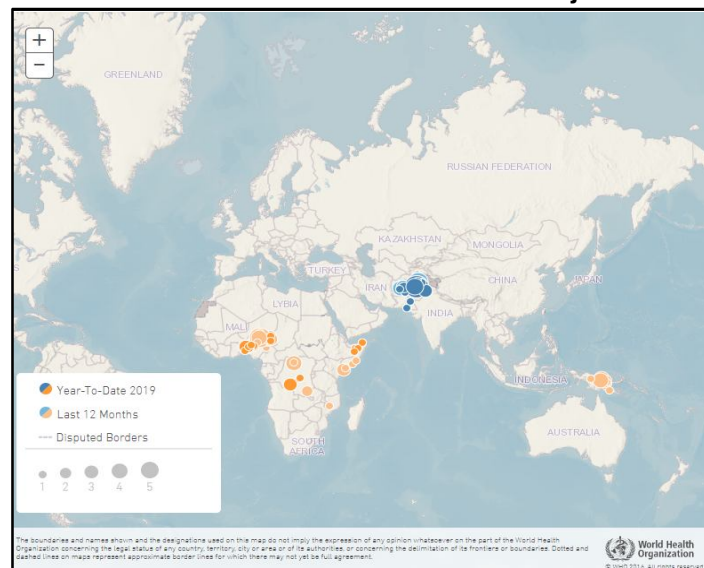
<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS

Countries	Year-to-date 2019		Year-to-date 2018		Total in 2018		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afganistão	10	0	10	0	21	0	19-Maio-2019	NA
Rep Dem Congo	0	5	0	12	0	20	NA	6-Maio-2019
Etiópia	0	1	0	0	0	0	NA	20-Maio-2019
Indonésia	0	0	0	0	0	1	NA	27-Nov-2018
Moçambique	0	0	0	0	0	1	NA	21-Out-2018
Niger	0	1	0	0	0	10	NA	3-Abr-2019
Nigéria	0	9	0	4	0	34	NA	19-Maio-2019
Paquistão	27	0	3	0	12	0	5-Jun-2019	NA
Papua Nova Guiné	0	0	0	4	0	26	NA	18-Out-2018
Somália	0	3	0	6	0	12	NA	8-Maio-2019

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

Poliovírus selvagem global e casos de poliovírus circulantes derivados da vacina - últimos 12 meses - em 02 de julho de 2019



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 24/06/2019

Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

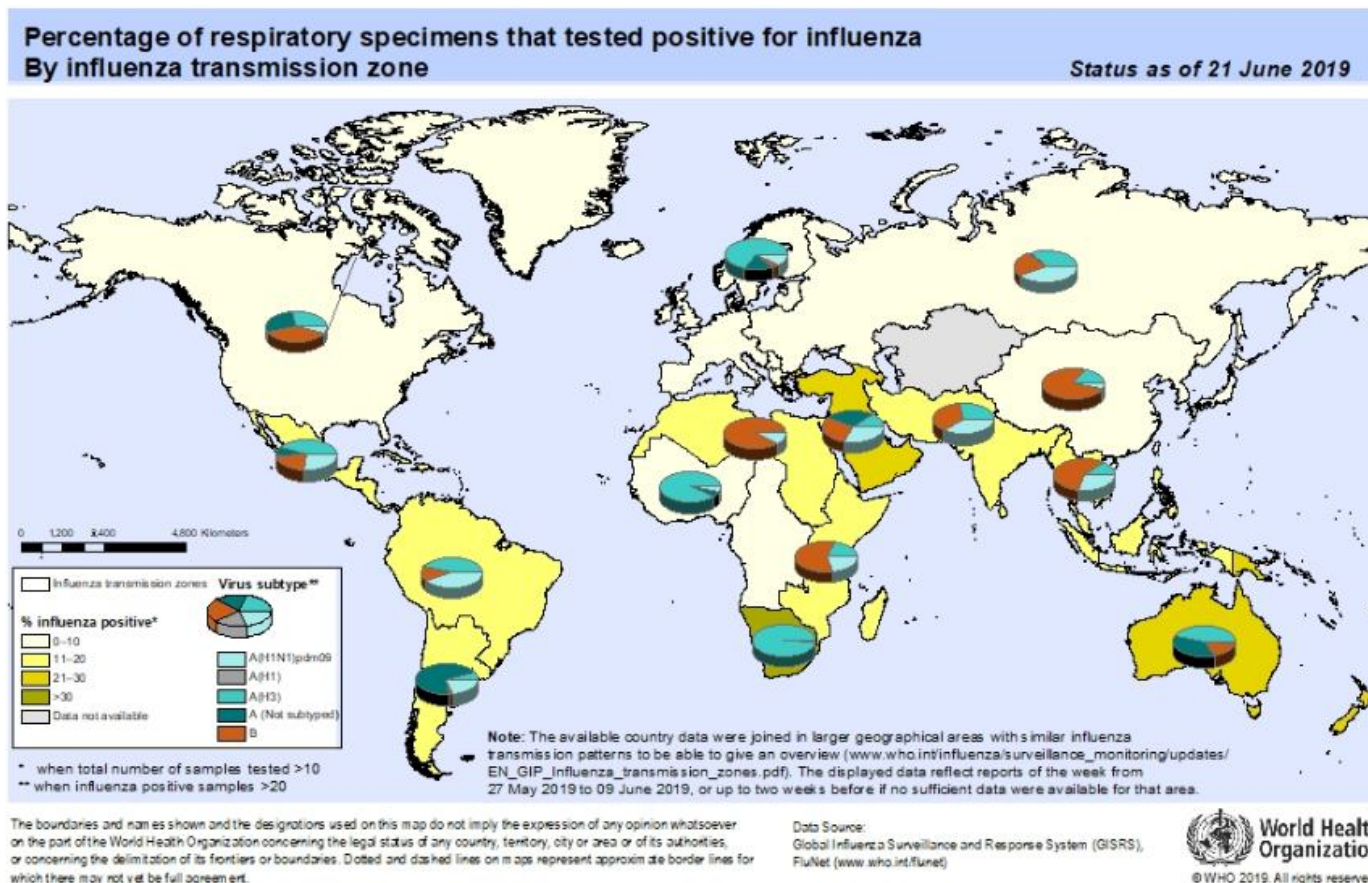


COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

Nas zonas temperadas do hemisfério sul, as detecções de influenza continuam a aumentar. A temporada de gripe de 2019 parece ter começado mais cedo do que nos anos anteriores na Austrália, Chile, África do Sul e Nova Zelândia. Os vírus da influenza A (H3N2) predominaram na Oceania e na África do Sul. Os vírus influenza A (H1N1) pdm09 predominaram na América do Sul temperada. No sul da Ásia e no sudeste da Ásia, a atividade de influenza foi baixa em todos os países relatados. No Caribe, nos países da América Central e nos países tropicais da América do Sul, a atividade da influenza e do VSR foi baixa em geral, com exceção da Costa Rica, onde a atividade do vírus influenza A foi alta. Na África Oriental, Ocidental e Central, a atividade da gripe foi baixa em todos os países relatados.

Na zona temperada do hemisfério norte, a atividade da gripe retornou ao nível inter-sazonal na maioria dos países. 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 85 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 27 de maio de 2019 a 09 de junho de 2019 (dados em 2019-06-21 03:36:44 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 54.199 amostras durante esse período de tempo. 6.672 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 3.949 (59,2%) foram tipificados como influenza A e 2723 (40,8%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 781 (31,2%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 1.725 (68,8%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 43 (2,3%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 1.828 (97,7%) à linhagem B-Victoria.



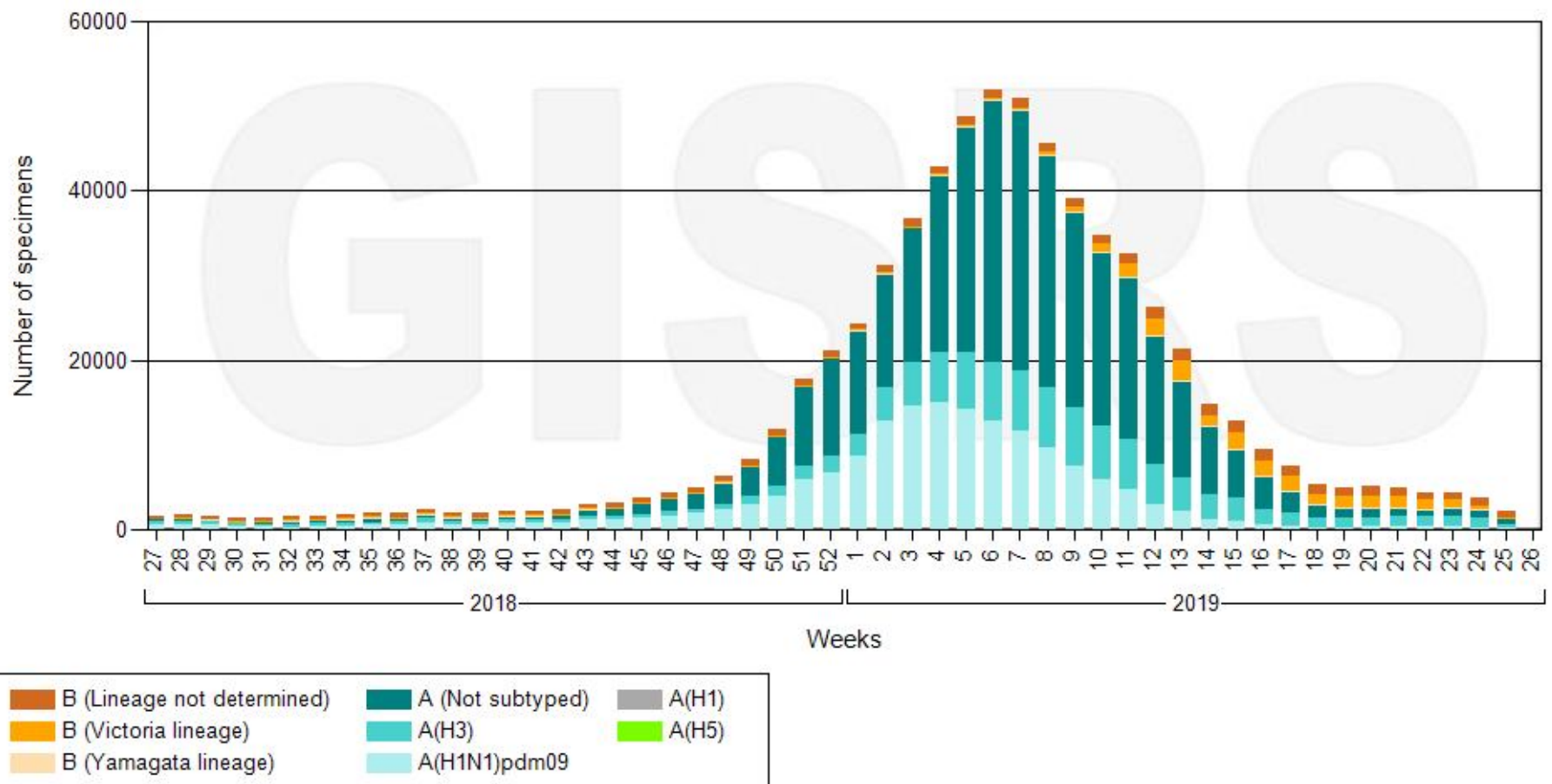
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 03/07/2019 11:43:59 UTC

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



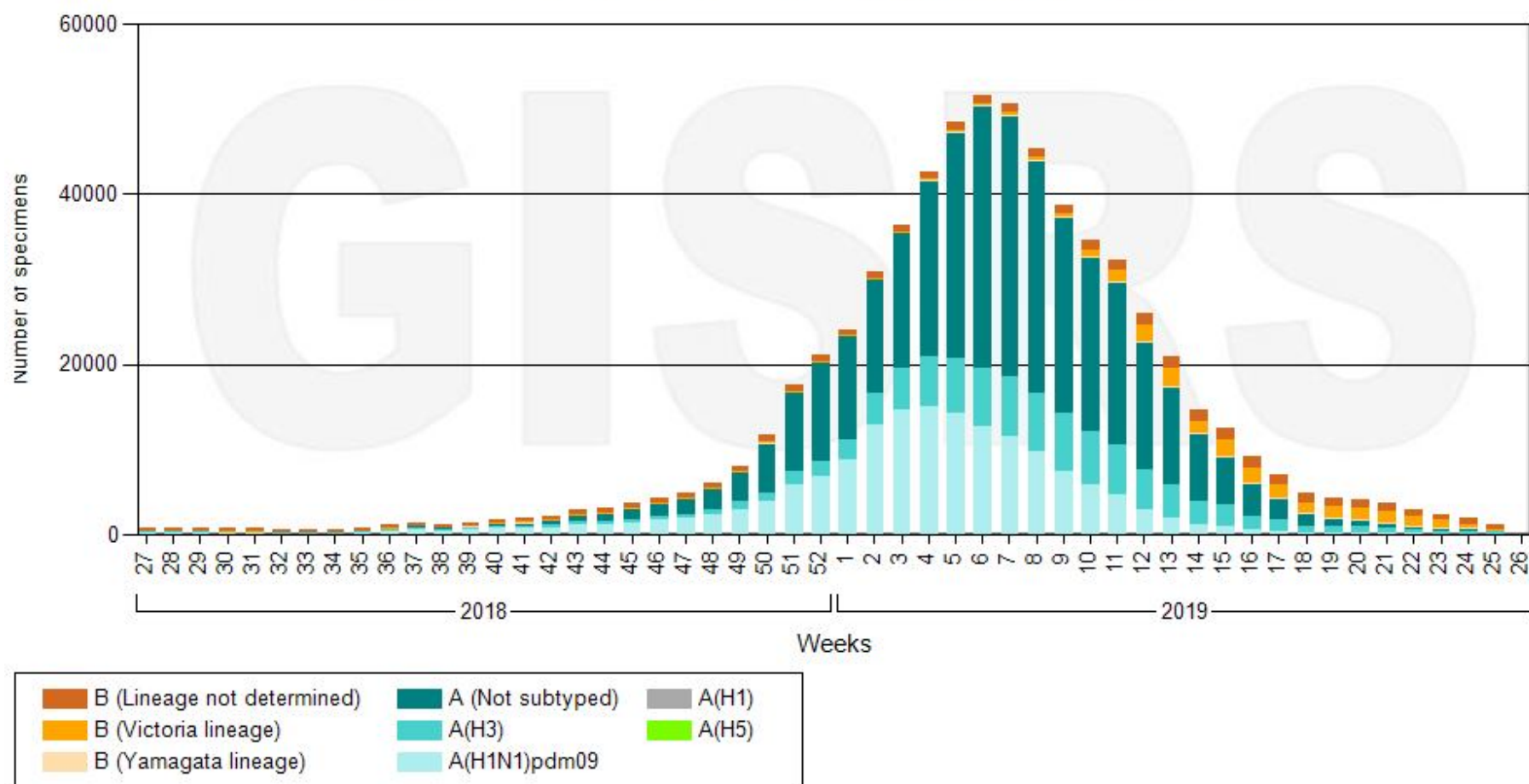
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 03/07/2019 11:45:19 UTC

Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



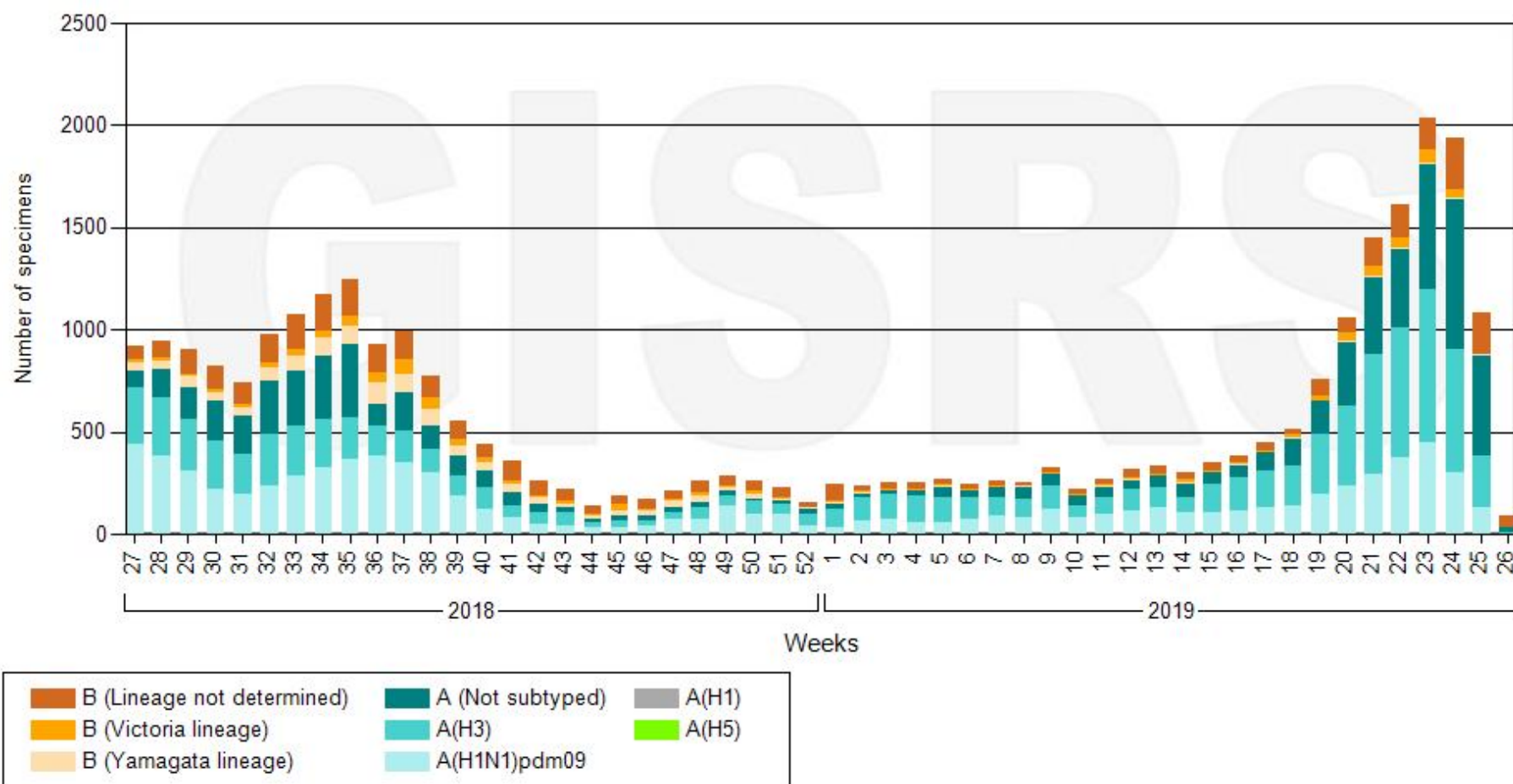
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 03/07/2019 11:46:05 UTC

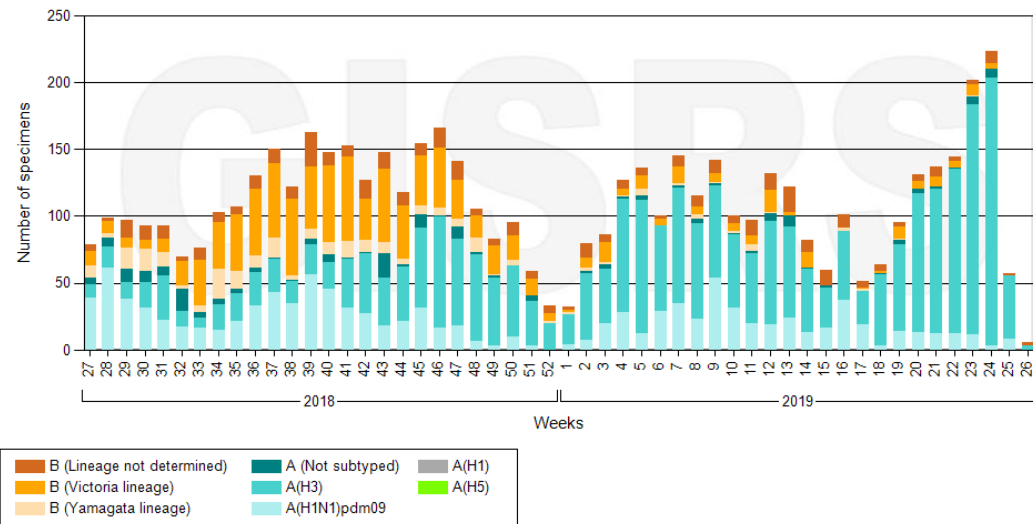
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



Number of specimens positive for influenza by subtype

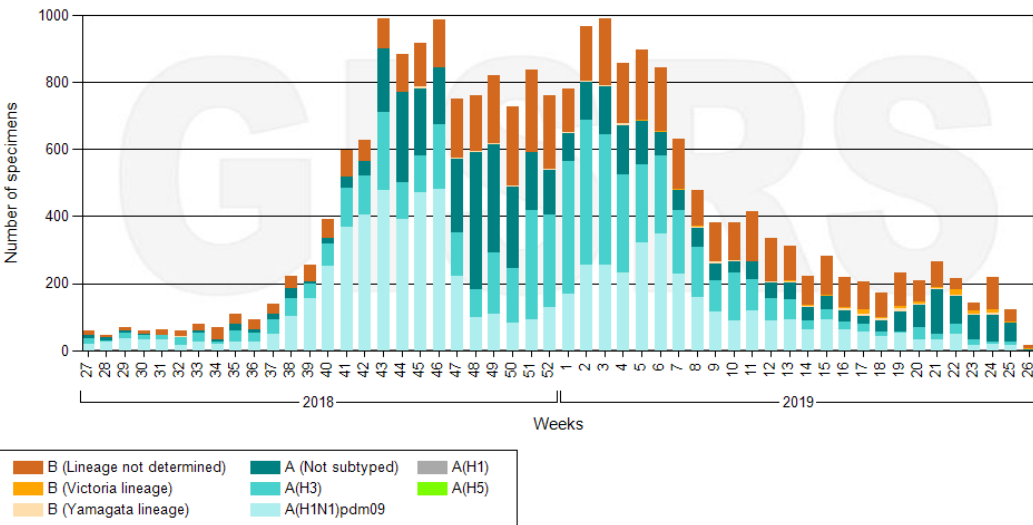


Data source: FluNet (www.who.int/flunet), GISRS

© World Health Organization 2019

generated on 03/07/2019 11:47:46 UTC

Number of specimens positive for influenza by subtype



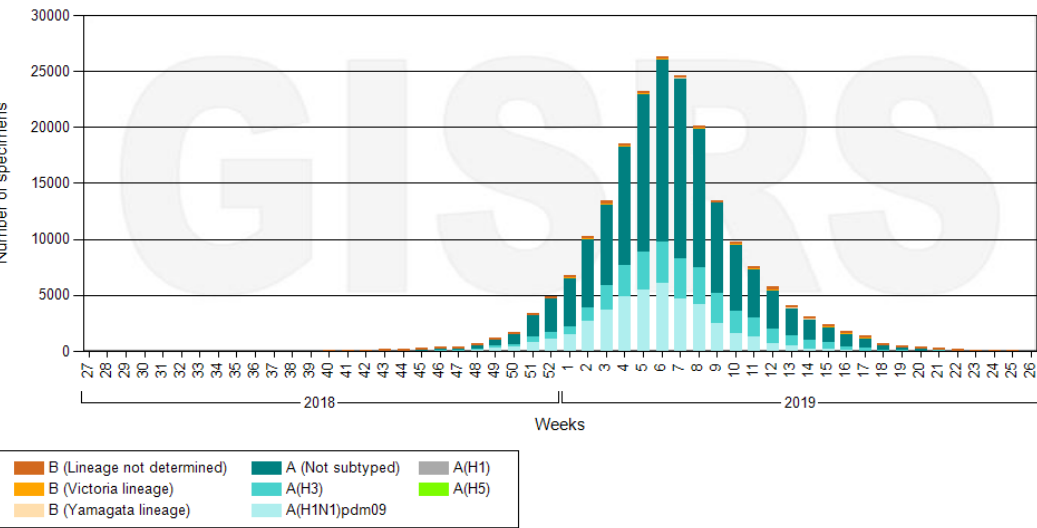
Data source: FluNet (www.who.int/flunet), GISRS

© World Health Organization 2019



European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

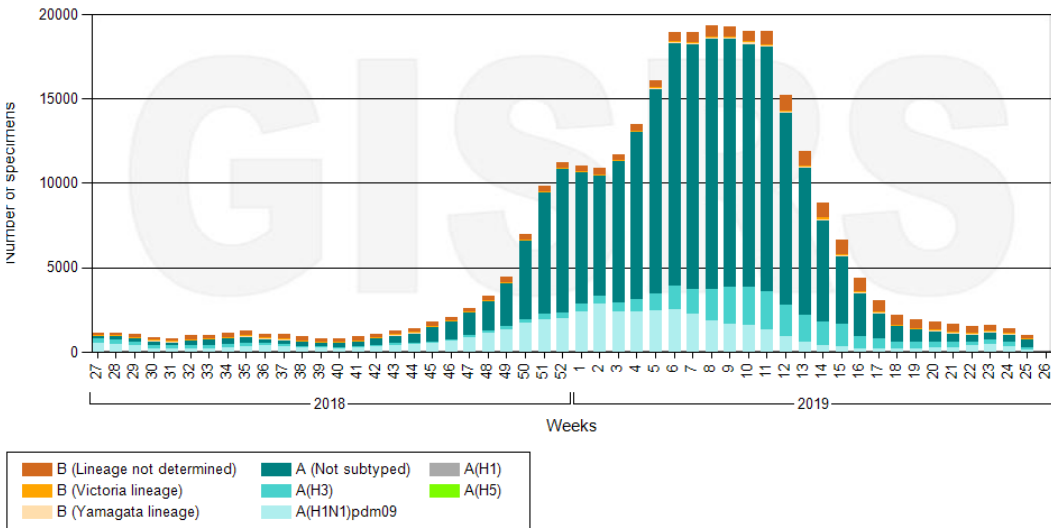


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2019

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



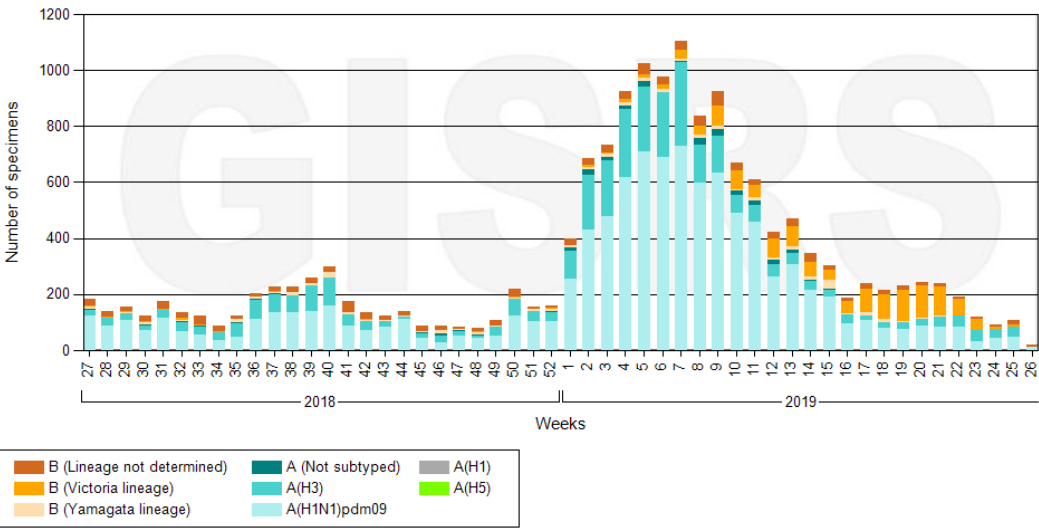
Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2019



South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

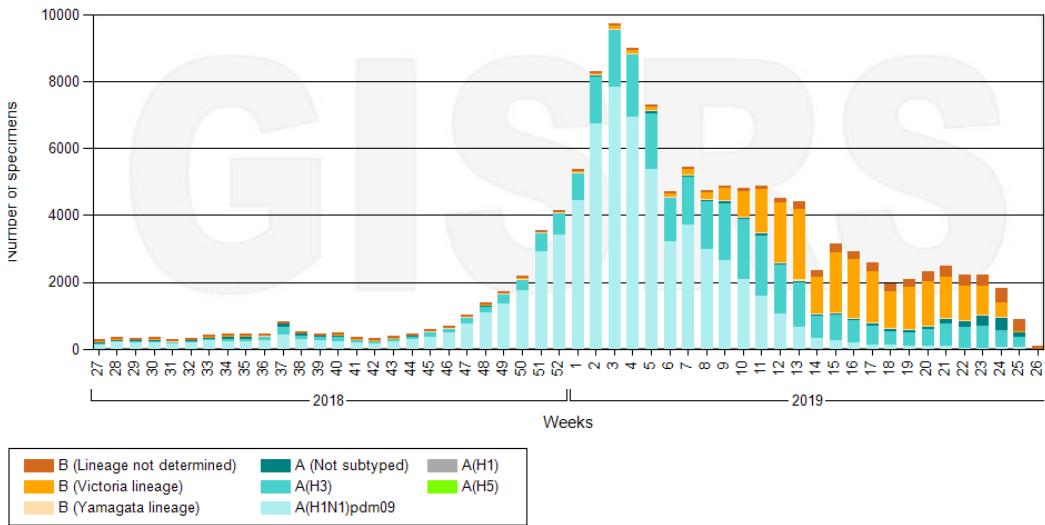


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet/), GISRS

© World Health Organization 2019

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2019

Fontes utilizadas na pesquisa

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