



INFORME EPIDEMIOLÓGICO

CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 06/2019
(03/02/2019 a 09/02/2019)

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 06/2019

(03/02/2019 a 09/02/2019)

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: 07/02/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Vigilância de casos humanos

No período de 01/07/2018 a 06/02/2019 foram notificados 38 casos. Destes, 03 foram confirmados para febre amarela e 10 estão em investigação. Um dos casos confirmado reside em Antonina-PR, mas o local provável de infecção do vírus tenha sido Guaraqueçaba-PR, os outros dois casos são autóctone de Adrianópolis-PR.

RS	Município de Residência	Notificados	Em Investigação	Confirmados		Descartados
				n	LPI (Local provável de infecção)	
1	Antonina	1	0	1	Guaraqueçaba	0
	Matinhos	1	1	0		0
	Morretes	3	0	0		3
	Paranaguá	1	1	0		0
2	Adrianópolis ¹	3	1	2	Adrianópolis	0
	Campina Grande do Sul	1	0	0		1
	Colombo	2	0	0		2
	Curitiba	4	0	0		4
	São José dos Pinhais	4	2	0		2
	Tijucas do Sul	1	1	0		0
3	Palmeira	3	1	0		2
7	Chopininho	2	0	0		2
8	Ampére	1	0	0		1
	Francisco Beltrão	2	0	0		2
	Planalto	1	0	0		1
9	Foz do Iguaçu	1	1	0		0
	Itaipulândia	1	0	0		1
10	Cascavel	2	1	0		1
15	Sarandi	2	0	0		2
16	Arapongas	1	0	0		1
17	Londrina	1	1	0		0
Total		38	10	3		25

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

Nota¹ : 01 Caso confirmado de Adrianópolis notificado por São Paulo

Resultados preliminares, sujeitos a alteração. DBF 06/02/2019.

Distribuição dos casos de febre amarela notificados no período sazonal de 01/07/2018 a 06/02/2019, por município de residência, Paraná.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 07/02/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

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

Neste período de monitoramento 2018/2019, ocorreram epizootias em primatas não humanos (PNH) em 33 municípios, com confirmação de circulação do vírus amarelo em 01 município, Antonina. Até o momento 10 municípios estão com epizootia em investigação e 06 com epizootia indeterminada (sem coleta de amostra).

RS	Município de ocorrência	01/07/2018 a 30/06/2019			
		Confirmadas	Descartadas	Indeterminadas*	Em investigação
	ANTONINA	1		1	
	GUARAQUEÇABA			1	
1	MORRETES		1		
	ARAUCÁRIA			1	
	CONTENDA			1	
	CURITIBA		2		1
2	PIEN		1		
	PIRAQUARA		1		
	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS				1
	TIJUCAS DO SUL		1		
	CASTRO		2		
3	SÃO JOÃO DO TRIUNFO			1	
6	BITURUNA		1		
	PAULO FRONTIN				1
7	MANGUEIRINHA				1
8	PRANCHITA			1	
	FOZ DO IGUAÇU		2		1
9	MATELÂNDIA				1
	MISSAL		1		
10	CASCADEL		2		
11	IRETAMA				1
13	JUSSARA				1
13	SÃO MANOEL DO PARANÁ		1		
13	TAPEJARA		1		
14	PLANALTINA DO PARANÁ		1		
15	MARINGÁ		8		3
16	APUCARANA		1		
	JANDAIA DO SUL		1		
	SÃO PEDRO DO IVAÍ		1		
17	LONDRINA		1		
19	BARRA DO JACARÉ		2		
	CARLÓPOLIS		1		
20	GUAÍRA				2
Total		1	32	6	13

Distribuição das epizootias notificadas, no período de monitoramento de 01/07/2018 a 06/02/2019, por município de ocorrência, Paraná.

Fonte: Sinan Net, dados atualizados em 06/02/2019, sujeitos a revisão * Morte de macaco, sem coleta de amostras do animal objeto da notificação.

FEBRE AMARELA

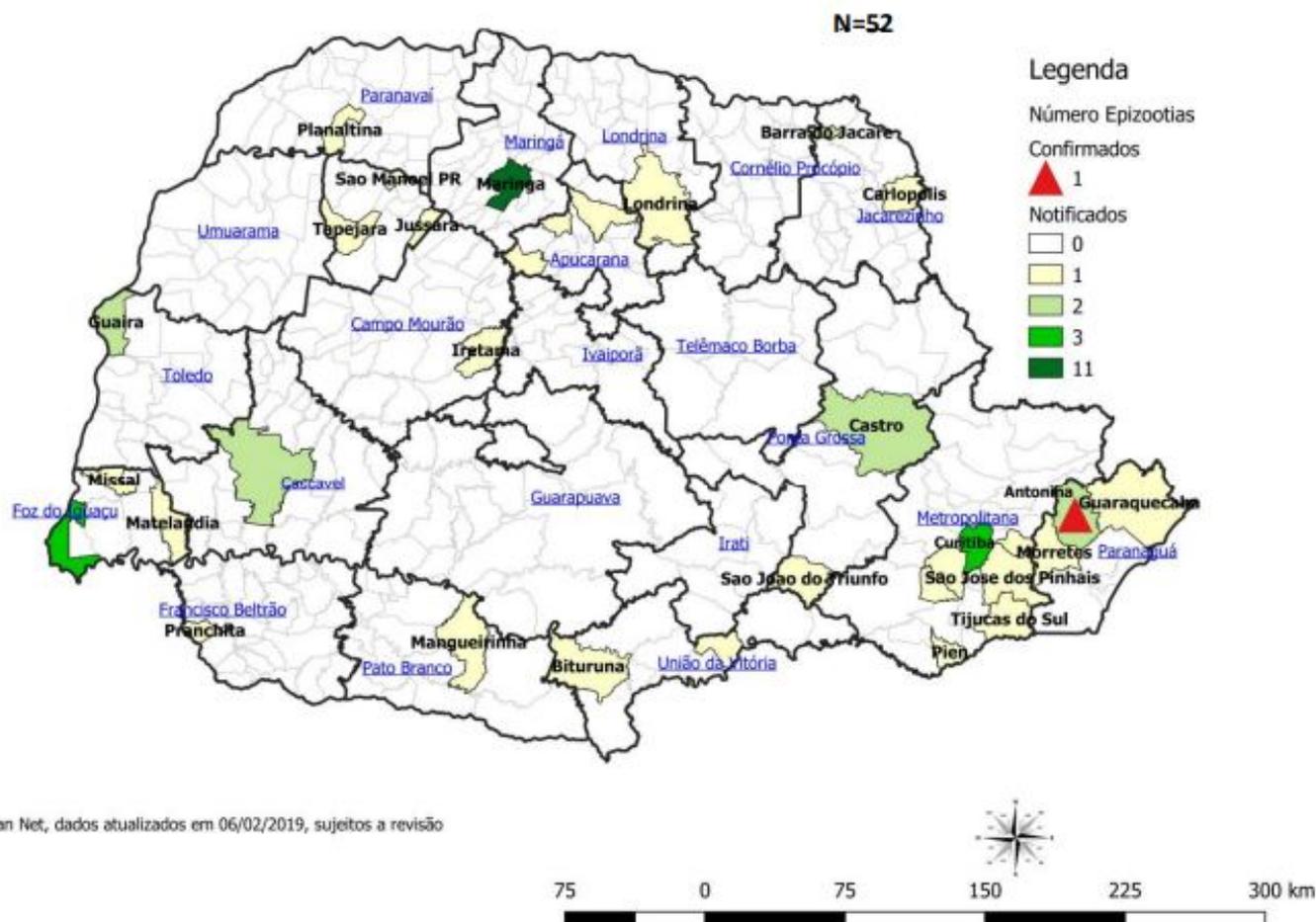
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 07/02/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Os municípios que registraram epizootias no período de monitoramento de julho 2018 a junho/2019 estão dispostos no Mapa 1, com 01 epizootia confirmada no município de Antonina.



Mapa 1: Epizootias notificadas e confirmadas em PNH, segundo local de ocorrência, Paraná, 01/07/2018 a 06/02/2019

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 07/02/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Imunização

O Estado do Paraná tem uma população geral de 10.577.755 pessoas distribuídas em 399 municípios. A cobertura em menores de 1 ano no Paraná em 2018 é de 73,66% (dados preliminares). Estima-se um quantitativo de 4.917.392 pessoas a serem vacinadas no Estado atualmente, das quais 2.616.712 encontram-se nos municípios das 1ª e 2ª Regionais de Saúde. Esse quantitativo de pessoas a serem vacinadas não representa o número real, tendo em vista a priorização da vacinação em detrimento da inserção dos dados no sistema de informação. Estratégias de intensificação da vacinação vêm sendo realizadas em todo o Estado do Paraná, com prioridade nessas duas Regionais, bem como a busca ativa seletiva às populações de maior risco.

Percentual de cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano, 2018, Paraná.

Regional	Regional	FA(< 1 ano) - Cobertura(%)
1	RS DE PARANAGUA	68,49
2	RS METROPOLITANA	51,31
3	RS PONTA GROSSA	79,37
4	RS IRATI	98,31
5	RS DE GUARAPUAVA	85,07
6	RS UNIAO DA VITORIA	89,05
7	RS PATO BRANCO	80,54
8	RS FRANCISCO BELTRAO	96,05
9	RS FOZ DO IGUAÇU	81,2
10	RS CASCAVEL	92,23
11	RS CAMPO MOURAO	95,98
12	RS UMUARAMA	89,27
13	RS CIANORTE	98,18
14	RS PARANAVAI	91,25
15	RS MARINGA	82,39
16	RS APUCARANA	84,98
17	RS LONDRINA	61,66
18	RS CORNELIO PROCOPIO	88,44
19	RS JACAREZINHO	93,92
20	RS TOLEDO	90,96
21	RS TELEMAGO BORBA	86,6
22	RS IVAIPORA	96,05
Total		73,66

Fonte: SIPNI, 06/02/2019, dados preliminares sujeitos a alterações

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 12/02/2019

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 06/2019.

Foram notificados no referido período 8.889 casos suspeitos de dengue, dos quais 6.016 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 2,58 casos por 100.000 hab. (288/11.163.018 hab.). O Ministério da Saúde classifica como baixa incidência quando o número de casos autóctones for menor do que 100 casos por 100.000 habitantes.

Os municípios com maior número de casos suspeitos notificados são Londrina (1.988), Foz do Iguaçu (943) e Paranaguá (587). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Londrina (63), Uraí (60) e Foz do Iguaçu (30).

DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 06/2019*	PERÍODO 2018/2019
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	268
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	21
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	72
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	17
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	56
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (03 ^a , 06 ^o , 08 ^a , 09 ^a , 10 ^a , 13 ^a , 14 ^a , 15 ^a , 16 ^a , 17 ^a , 18 ^a , 20 ^a e 22 ^a)	13
TOTAL DE CASOS	329
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	288
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	41
TOTAL DE NOTIFICADOS	8.889

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2018 a 06/2019.

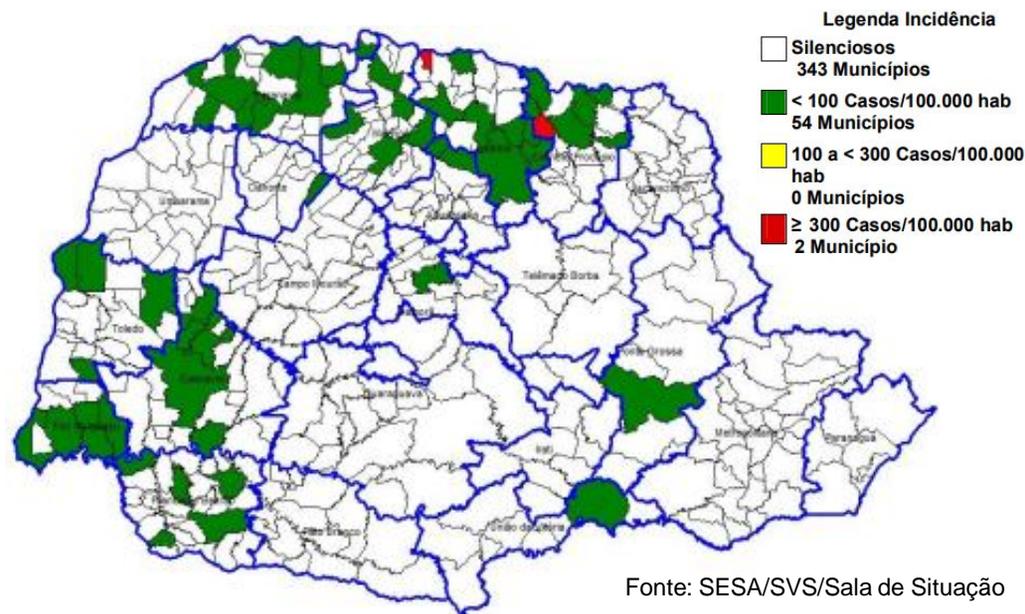


Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 06/2019.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	327 (99,4%)	2 (0,6%)	329
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	3	-	3
Dengue Grave (D G)	1	-	1
Descartados	-	-	6.016
Em andamento/investigação	-	-	2.540
Total	331 (3,7%)	2 (0,02%)	8.889

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

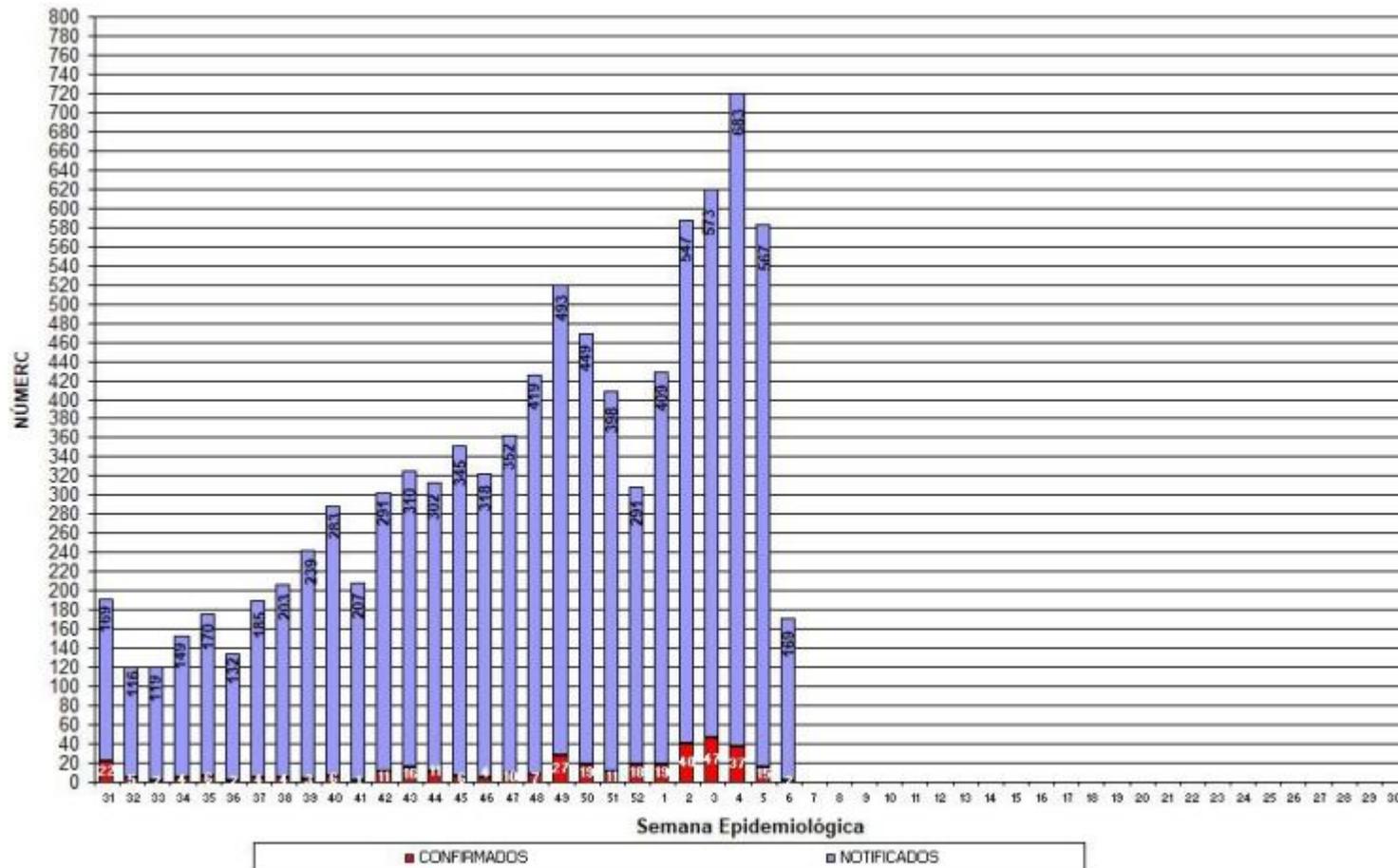
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 12/02/2019

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

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

Figura 1. Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2018 a 06/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 12/02/2019

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

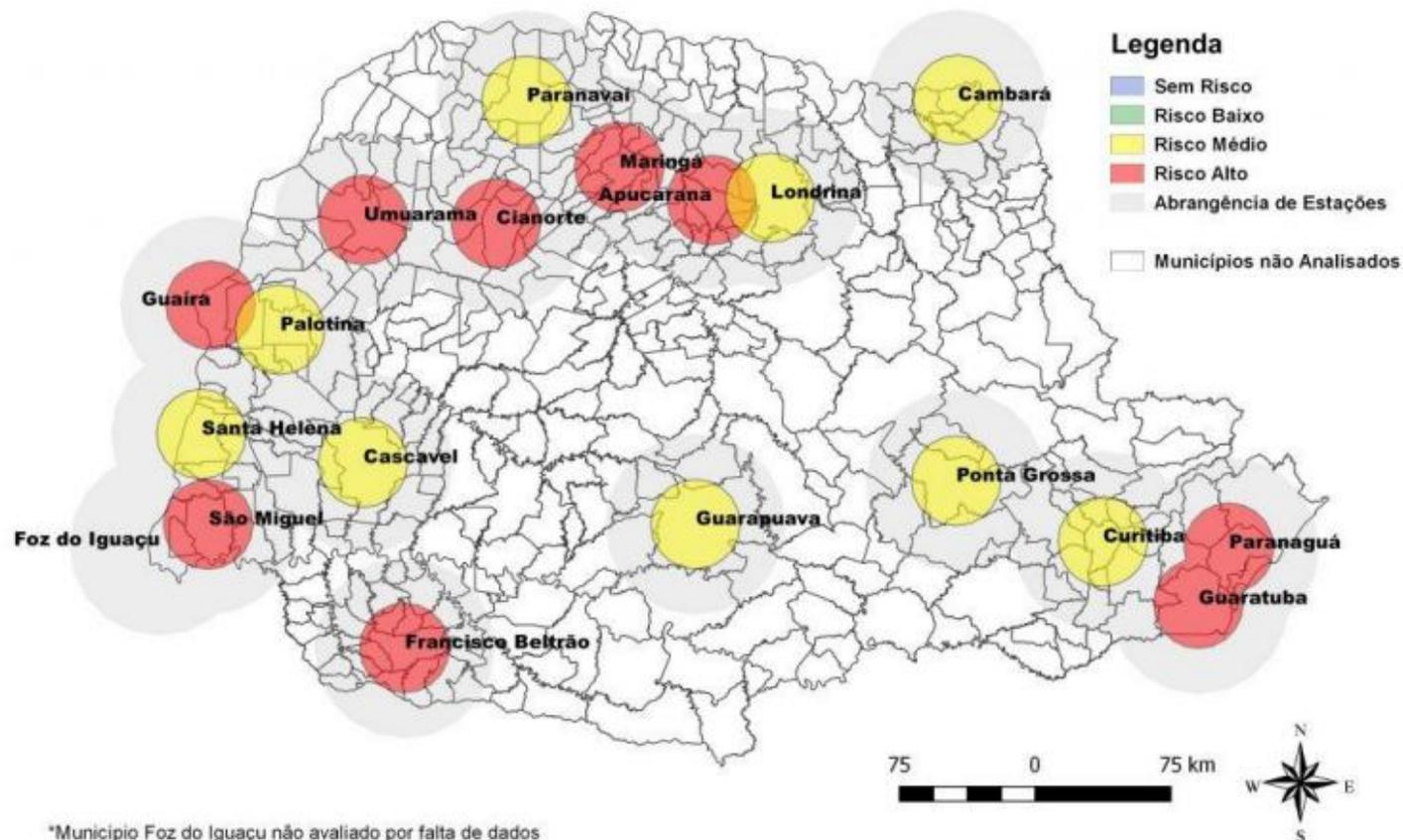
Risco climático para desenvolvimento de criadouros por Estações Meteorológicas. Paraná, 2019.

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (27/01/2019 - 02/02/2019)

Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 05/2019 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti* :

- 00 (zero) sem risco;
- 00 (zero) com risco baixo
- 09 (nove) com risco médio;
- 09 (nove) com risco alto e;
- 01 (uma) não foi avaliada.

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



DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 12/02/2019

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 06/2019*

REGIONAL DE SAÚDE	POPULAÇÃO	CASOS			NOTIFICADOS	DSA	DG	ÓBITOS	INCIDÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	479	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	0	10	10	432	0	0	0	-
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	1	0	1	23	0	0	0	0,16
4ª RS - Irati	171.453	0	1	1	12	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	0	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	1	0	1	11	0	0	0	0,57
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	49	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	13	5	18	301	0	0	0	3,65
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	32	7	39	1.213	2	0	0	7,88
10ª RS - Cascavel	540.131	13	2	15	259	0	0	0	2,41
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	140	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	0	1	1	168	0	0	0	-
13ª RS - Cianorte	154.374	1	0	1	149	0	0	0	0,65
14ª RS - Paranavaí	274.257	38	1	39	576	0	0	0	13,86
15ª RS - Maringá	799.890	10	5	15	894	0	0	0	1,25
16ª RS - Apucarana	372.823	5	1	6	252	0	0	0	1,34
17ª RS - Londrina	935.904	92	0	92	3.060	0	0	0	9,83
18ª RS - Cornélio Procopio	230.231	75	2	77	567	1	1	0	32,58
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	65	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	6	5	11	206	0	0	0	1,55
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	1	1	10	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	1	0	1	23	0	0	0	0,72
TOTAL PARANÁ	11.163.018	288	41	329	8.889	3	1	0	2,58

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

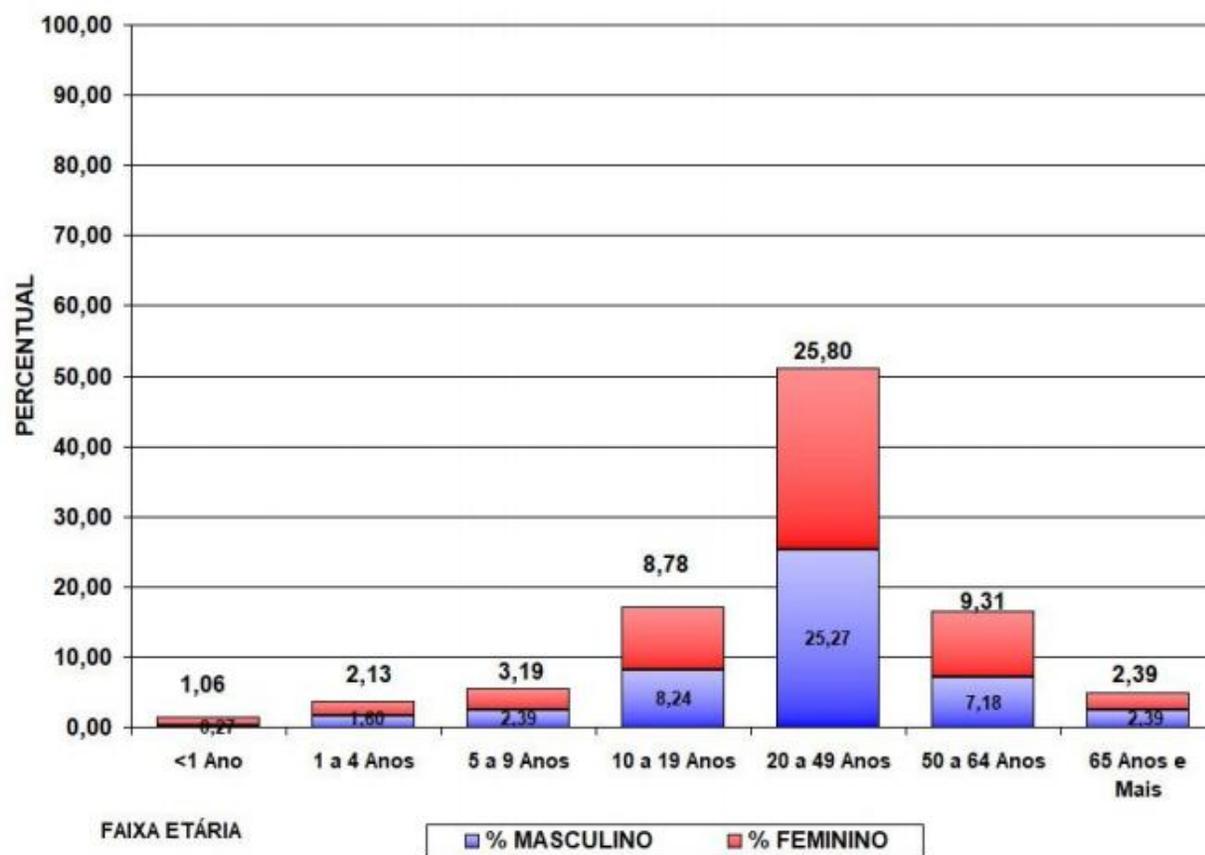
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 12/02/2019

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 51,06% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 10 a 19 anos (17,02%) e 16,49% na faixa etária de 50 a 64 anos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2018 a 06/2019, Paraná – 2018/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 12/02/2019

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 06/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
1	Paranaguá	150.660	0	0	0	12	-	0	0	0	0	-
2	Curitiba	1.879.355	0	1	1	14	-	0	0	0	6	-
2	Pinhais	127.045	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
2	Quatro Barras	22.048	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	Quitandinha	18.419	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	São José dos Pinhais	297.895	0	0	0	22	-	0	0	0	10	-
3	Carambeí	21.590	0	0	0	3	-	0	0	0	3	-
3	Palmeira	33.753	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
3	Ponta Grossa	337.865	0	0	0	2	-	0	0	0	2	-
4	Teixeira Soares	11.495	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
5	Laranjeiras do Sul	32.133	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
6	União da Vitória	56.265	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
7	Honório Serpa	5.769	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
7	Pato Branco	79.011	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Dois Vizinhos	39.138	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
8	Flor da Serra do Sul	4.802	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Francisco Beltrão	86.499	0	0	0	0	-	0	0	0	2	-
8	Nova Prata do Iguaçu	10.722	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Salto do Lontra	14.539	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Foz do Iguaçu	263.782	0	1	1	25	-	1	0	1	12	0,38
9	Itaipulândia	10.236	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Medianeira	44.885	0	1	1	3	-	0	0	0	0	-
9	São Miguel do Iguaçu	27.197	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
9	Serranópolis do Iguaçu	4.652	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Sta Terezinha Itaipu	22.570	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
10	Cascavel	312.778	0	0	0	23	-	0	0	0	17	-
10	Corbélia	17.076	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
10	Formosa do Oeste	7.296	0	0	0	4	-	0	0	0	0	-
10	Quedas do Iguaçu	32.982	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
10	Três Barras do Paraná	12.227	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
11	Campo Mourão	92.930	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Altônia	21.744	0	0	0	18	-	0	0	0	0	-
12	Maria Helena	5.982	0	0	0	5	-	0	0	0	0	-
12	Nova Olímpia	5.782	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Umuarama	108.218	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 12/02/2019

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 06/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
14	Alto Paraná	14.518	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
14	Diamante do Norte	5.463	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
14	Loanda	22.603	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
14	Marilena	7.134	0	0	0	4	-	0	0	0	2	-
14	Mirador	2.334	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
14	Paranavaí	86.773	0	0	0	5	-	0	0	0	5	-
15	Astorga	25.976	0	0	0	4	-	0	0	0	0	-
15	Colorado	23.678	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
15	Itambé	6.192	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Mandaguari	34.289	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
15	Marialva	34.388	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Maringá	397.437	0	0	0	8	-	0	0	0	5	-
15	Nova Esperança	27.886	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
15	Paranacity	11.069	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
15	Santa Fé	11.431	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Sarandi	90.376	0	0	0	2	-	0	0	0	1	-
16	Apucarana	130.430	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
16	Arapongas	115.412	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
17	Cambe	103.822	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
17	Jaguapitã	13.174	0	0	0	0	-	0	0	0	5	-
17	Londrina	548.249	0	0	0	6	-	0	0	0	0	-
19	Barra do Jacaré	2.821	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Ibaiti	30.678	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
19	Quatiguá	7.410	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Siqueira Campos	20.094	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
20	Diamante D'Oeste	5.259	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
20	Palotina	30.859	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
20	Toledo	132.077	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Tupãssi	8.261	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
TOTAL		11.163.018	0	3	3	202	-	1	0	1	83	0,01

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA

NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015. *Dados considerados até 11 de fevereiro de 2019. Alguns municípios apresentaram correção de informações. Todos os dados deste Informe são provisórios e podem ser alterados no sistema de notificação pelas Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Essas alterações podem ocasionar diferença nos números de uma semana epidemiológica para outra.



EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 06/2019

(03/02/2019 a 09/02/2019)

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

ANVISA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 07/02/2019

Fonte da informação: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COMENTÁRIOS:

Desde o final de janeiro, as pessoas que precisam emitir o Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (CIVP) já podem solicitá-lo sem precisar sair de casa.

O serviço está disponível no Portal de Serviços do Governo Federal para qualquer pessoa que tenha em mãos o cartão que comprova a vacinação contra a febre amarela. O cartão de vacina é um documento nacional emitido em qualquer posto de vacinação, no momento em que a pessoa é vacinada.

Já o Certificado Internacional é um documento emitido pela Anvisa, destinado para pessoas com viagens programadas para países que exigem a comprovação de vacinação contra a febre amarela.

Atualmente, devido ao grande volume de pedidos, o prazo de análise da Anvisa é de oito dias úteis, mas a meta é reduzir esse prazo para cinco dias úteis.

Digital ou presencial, tem diferença?

Tanto o certificado com emissão digital como aquele emitido nos postos da Anvisa e clínicas privadas têm o mesmo valor. Pessoas que já têm o certificado impresso nos postos não precisam fazer uma nova solicitação.

Somente nos 12 primeiros dias da implantação do novo serviço, a Anvisa recebeu mais de 6 mil pedidos de emissão digital. Cada um desses pedidos é analisado por um técnico da Agência e liberado para que o cidadão faça a impressão do documento em casa.

Quem precisa do Certificado de Vacinação contra a febre amarela?

Mais de cem países exigem o CIVP do viajante. Os principais destinos dos brasileiros no exterior, porém, como Estados Unidos, Reino Unido e Portugal, não fazem esta exigência. Em outros casos, como Austrália, Bahamas e Tailândia, não é permitida a entrada no país sem o documento, inclusive para uma simples conexão do cidadão que estiver só de passagem.



Redução de gastos

Antes da transformação digital, para receber o CIVP o cidadão precisava comparecer a uma unidade credenciada, o que muitas vezes exigia grandes deslocamentos. A presença do usuário na unidade emissora era imprescindível porque a emissão estava condicionada à assinatura do viajante. Embora não seja cobrada taxa para emissão do certificado, o cidadão, além de perder tempo, tinha de arcar com os custos do deslocamento.

Anualmente, são realizadas cerca de 730 mil solicitações de CIVP. O novo serviço propicia redução de custos para a sociedade e mais controle da Administração em relação à emissão dos certificados. Com base em metodologia utilizada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a redução de custos para o Estado e principalmente para os cidadãos pode chegar a R\$ 120 milhões por ano.

O Brasil é o primeiro país a oferecer um serviço *online*, gratuito e descentralizado de emissão do Certificado Internacional de Vacinação. Este é mais um passo no avanço do Governo Digital para melhorar e facilitar a vida dos usuários de serviços públicos, com simplificação e uso de soluções tecnológicas.

FEBRE DO NILO OCIDENTAL

Local de ocorrência: Piauí

Data da informação: 08/02/2019

Fonte da informação: Secretaria de Estado da Saúde - SESAPI

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) confirmou na sexta (08/02) a ocorrência de mais um caso humano de doença neurológica pelo vírus da febre do Nilo Ocidental no Estado. O caso corresponde a uma jovem residente na zona rural de Picos – PI que sofreu um quadro de paralisia muscular flácida aguda, em 2017. A paciente esteve internada no Hospital Universitário da UFPI - quando então foi aplicado o protocolo de investigação padrão para diagnóstico de doenças neuroinvasivas implantado pela SESAPI, recebeu tratamento e recuperou-se por completo. Os exames foram coletados à época, mas o Ministério da Saúde liberou os resultados apenas no início de 2019, indicando a presença de anticorpos neutralizantes contra o vírus no sangue da paciente.

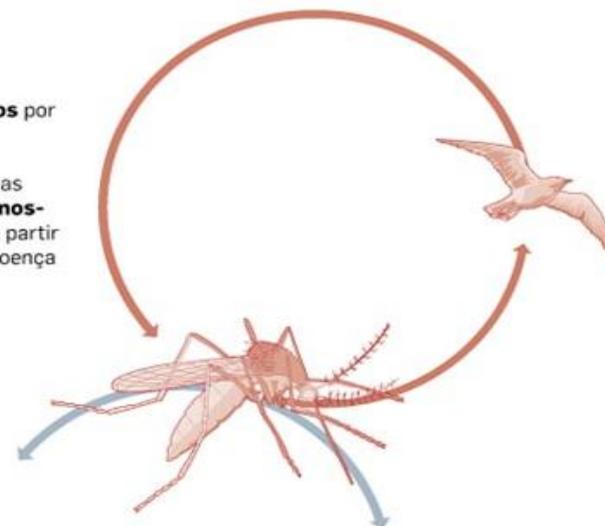
O primeiro e até então único caso de febre do Nilo Ocidental no Piauí havia ocorrido em agosto/2014, correspondente a um vaqueiro procedente da cidade de Aroeiras do Itaim – PI. Na realidade, tratava-se do primeiro caso da doença no país. À época, exames realizados em aves e equídeos da região indicaram que estes animais também tiveram contato com o vírus. Até o presente, exames de 32 outros casos humanos suspeitos tiveram resultado “indeterminado” no estado. Em abril/2018, o vírus do Nilo Ocidental foi detectado no cérebro de cavalos adoecidos e mortos com sintomas neurológicos no estado do Espírito Santo, mas sem confirmação de casos humanos naquele estado.

A febre do Nilo Ocidental pode ser transmitida ao homem através da picada de mosquitos infectados com o vírus a partir de aves migratórias (silvestres) infectadas. Não ocorre transmissão pelo contato inter-humano e nem pelo contato com cavalos. A maior parte dos indivíduos infectados não apresenta sintomas e os casos de comprometimento neurológico são excepcionais. As medidas de prevenção são semelhantes àquelas indicadas contra a dengue, Zika e chikungunya. Desde 2014, o Estado do Piauí monitora intensamente os casos de doença neurológica e testa todos os casos suspeitos notificados para a doença, tanto na rede hospitalar pública quanto privada.

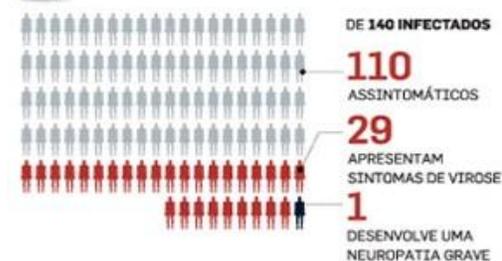
NOVO INIMIGO

- O vírus da febre do Nilo Ocidental foi identificado, pela primeira vez, em 1937, em Uganda. Desde então, causou surtos e epidemias na Europa, na África, na Ásia e na América do Norte

Pássaros são infectados por mosquitos com o vírus, desenvolvem a doença e, muitas vezes, morrem. Mas eles também **infectam mosquitos saudáveis** que, a partir de então, transmitem a doença a **outros animais**



Humanos
Podem contrair a doença de mosquitos infectados, mas são **hospedeiros terminais**: quando um mosquito saudável pica uma pessoa doente, o inseto não é infectado



Equinos

Como humanos, são **hospedeiros terminais**. O vírus da febre do Nilo Ocidental também é um problema veterinário. A doença causou a **morte de centenas de cavalos** em haras nos EUA

CAXUMBA

Local de ocorrência: Acre

Data da informação: 08/02/2019

Fonte da informação: riobranco.ac.gov.br

COMENTÁRIOS:

A Prefeitura de Rio Branco, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) alerta para o aumento no número de casos de caxumba na capital. Nos últimos dois meses de 2018 foram notificados 99 casos da doença. Em janeiro de 2019 foram registrados outros 109 casos.

A vacinação é a única maneira de prevenir a caxumba. O Sistema Único de Saúde oferta gratuitamente as vacinas Tríplice Viral, que protegem contra sarampo, caxumba e rubéola, e Treta Viral, que adiciona a proteção contra varicela (catapora). Em Rio Branco, a vacina é ofertada em todas as unidades da rede municipal de saúde, de segunda a sexta, das 7h às 17h.

Adultos que não foram infectados pelo vírus da caxumba na infância ou na adolescência têm indicação de ser imunizados, com exceção de gestantes e imunodeprimidos graves.

A caxumba é uma infecção viral aguda e contagiosa. Pode atingir qualquer tecido glandular e nervoso do corpo humano, mas é mais comum afetar as glândulas parótidas, que produzem a saliva, ou as submandibulares e sublinguais, próximas ao ouvido. A caxumba, também conhecida como Papeira, é uma doença de distribuição universal, de alta morbidade e baixa letalidade, aparecendo sob a forma endêmica ou surtos. É mais comum em crianças no período escolar e em adolescentes, mas também pode afetar adultos em qualquer idade. Normalmente, a caxumba tem evolução benigna, mas em alguns raros casos pode apresentar complicações resultando em internações e até mesmo em morte.

A transmissão se dá pelo contato direto com uma pessoa infectada através das gotículas de secreção da orofaringe. A imunidade é de caráter permanente, sendo adquirida por infecções inaparentes, aparentes ou imunização ativa. O período de incubação é de 12 a 25 dias, sendo em média de 16 a 18 dias. O período de transmissibilidade varia entre 6 a 7 dias antes das manifestações clínicas até 09 dias após o surgimento dos sintomas. A vacinação é a única maneira de evitar o contágio. Por orientação

do Ministério da Saúde, mesmo o adulto que não se vacinou quando criança deve se vacinar (a indicação é até 49 anos) para evitar contrair o vírus e propagá-lo. Nesse grupo, a caxumba apresenta complicações, como a infecção nos testículos e ovários. Porém, a caxumba apresenta sintomas geralmente benignos e não é considerada uma doença grave. Na rotina dos serviços de saúde pública, a vacinação contra a caxumba é ofertada para a população a partir de 12 meses.

A quarentena é uma forma de evitar a transmissão. “É importante que pessoas já acometidas evitem locais de grande circulação, permaneçam em casa o maior tempo possível e, se precisar sair, que utilize a máscara, uma vez que a caxumba pode ser transmitida pelo ar”, lembra a diretora da Vigilância Epidemiológica da SEMSA, Socorro Martins.

Uma vez infectada e curada da caxumba, a pessoa tem imunidade permanente contra o vírus.

O tratamento da caxumba é baseado nos sintomas clínicos do paciente, com adequação da hidratação e alimentação, já que esses pacientes aceitam mal alimentos ácidos, que podem ocasionar dor, náuseas e até vômitos. Além disso, a boa higiene bucal é fundamental. Por ser uma infecção viral, a caxumba é tratada naturalmente pelo organismo. A indicação é apenas de repouso, medicamentos para dor e temperatura e observação cuidadosa para a possibilidade de aparecimento de complicações. Nos casos que cursam com meningite asséptica, o tratamento também é sintomático. Nas encefalites, a orientação é tratar o edema cerebral e manter as funções vitais. Felizmente, a maioria dos casos da caxumba tem recuperação natural e progressiva, sem grandes complicações, em até duas semanas. O médico deve ser sempre consultado em caso de dúvidas ou surgimento de outros sintomas.

BRUMADINHO - VACINAÇÃO

Local de ocorrência: Minas Gerais

Data da informação: 05/02/2019

Fonte da informação: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

COMENTÁRIOS:

Situações de emergência, como a vivenciada pela população afetada pelo rompimento da barragem da Mina do Feijão, em Brumadinho, demandam ações estratégicas de diferentes áreas da saúde pública.

Especificamente no caso da Imunização, essas ações precisam ser desenvolvidas o mais rápido possível, já que as vacinas exigem um período determinado para imunizar os indivíduos, sendo necessário, em alguns casos, mais de uma dose para garantir total proteção.

Dessa forma, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) recomenda à população da região afetada pelo rompimento da barragem buscar a Unidade Básica de Saúde mais próxima para avaliar a necessidade de vacinação, seguindo o Calendário Nacional de Vacinação.

A Coordenação Estadual de Imunização trabalha seguindo as normas do Programa Nacional de Imunização (PNI), ou seja, vacinando a população dentro dos calendários básicos de vacinação do Ministério da Saúde (MS). Portanto, orienta-se que seja realizada uma vacinação seletiva para este público, de acordo com as vacinas recomendadas para cada idade.

De acordo com a coordenadora de Imunização da SES-MG, Eva Lídia Arcoverde, embora o cartão de vacinação seja utilizado como guia pelos profissionais de saúde no momento de definir qual ou quais vacinas cada indivíduo necessita, em situações de emergência, em que um considerável número de pessoas não está de posse do cartão, num primeiro momento, busca-se o chamado cartão espelho dessas pessoas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Secretarias Municipais de Saúde. A partir dessa busca, vacina-se de acordo com o registrado na cópia do cartão. “Já nas situações em que não é possível comprovar o estado vacinal, a orientação é considerar como pessoa não vacinada e iniciar esquema vacinal de acordo com o calendário/idade, aplicando todas as vacinas pertinentes”, explica a coordenadora.

Ainda segundo Eva Lídia Arcoverde, é considerado população vulnerável as pessoas que não estejam com as vacinas recomendadas para cada idade atualizadas.

Diante disso, as referências técnicas de imunização da SES-MG e da Secretaria Municipal de Brumadinho se reunirão para discutir e avaliar as estratégias que serão adotadas para a vacinação da população.

Ainda que em 2019, até o momento, não haja registro de casos confirmados de febre amarela silvestre no estado de Minas Gerais, durante o período entre dezembro e maio, a probabilidade da ocorrência de casos é maior. Por isso, a vacina continua sendo a melhor forma de prevenção. No que se refere à vacina contra Hepatite A, a coordenadora esclarece que a mesma está indicada prioritariamente para os profissionais que estão atuando na área do desastre e estão em contato direto com rejeitos da barragem.

Já com relação à vacina contra tétano, a orientação para as pessoas que tiveram contato com o lama, é considerar o intervalo de 05 anos para reforço dessa vacina.

Os profissionais que integram as equipes de imunização desempenham um papel fundamental no planejamento e execução das estratégias de vacinação.

Em situações de emergência, como no caso do rompimento da barragem em Brumadinho, essas equipes realizam atribuições que buscam garantir a continuidade dos serviços relacionados à imunização, que são fundamentais na prevenção de doenças, tendo em vista a exposição da população e o risco efetivo de adoecimento.

Dentre as atribuições dessas equipes, estão: avaliar os danos na infraestrutura da rede de frio e equipamentos, identificar necessidade de remanejamento de imunobiológicos para uma unidade de saúde mais próxima, avaliar se houve perda de insumos e imunobiológicos, comunicar ao responsável técnico pela imunização na regional de saúde, em caso de perda de imunobiológicos com prejuízo ao estoque, para que as providências necessárias sejam tomadas e os dados sejam atualizados no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização, prever a necessidade de envio adicionais de imunobiológicos para atendimento da população, adotar estratégias de logística diferenciadas em decorrência do desastre, analisar intercorrências nos sistemas de informações que possam prejudicar o envio dos dados (falta de rede internet, queima de equipamentos, entre outros), avaliar a cobertura vacinal do município e avaliar a necessidade de ação de bloqueio vacinal, conforme perfil do evento e avaliação local.

Dessa forma, a coordenadora de Imunização da SES-MG reforça que no caso das pessoas que tiveram contato direto com a lama, é fundamental buscar uma Unidade Básica de Saúde, para que essas equipes possam avaliar caso a caso, a necessidade da vacinação.

BRUMADINHO

Local de ocorrência: Minas Gerais

Data da informação: 04/02/2019

Fonte da informação: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

COMENTÁRIOS:

O rompimento da Barragem B1, localizada na Mina do Feijão, em Brumadinho, no dia 25/01, colocou em risco a água da região. Diante disso, as Secretarias de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) em conjunto com a de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável (Semad) e de Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Seapa) orientam que a população, de forma geral, não utilize a água do Rio Paraopeba, para qualquer finalidade, até que a situação seja normalizada. “Doenças de transmissão hídrica e alimentar podem acometer a população que tiver contato com a área afetada. Por esse motivo, é importante avaliar possíveis sintomas como vômitos frequentes, convulsões, desidratação, entre outros. Na presença de qualquer mal-estar, é fundamental procurar a Unidade Básica de Saúde mais próxima para devida avaliação médica”, informa a Referência Técnica da Coordenadoria de Doenças e Agravos Transmissíveis da SES-MG, Michelle Souza Costa.

Embora não haja nenhuma ocorrência atípica para doenças provenientes da água contaminada na região, é necessário, neste momento, adotar alguns hábitos para evitar possíveis contaminações futuras. De acordo com a Coordenadora de Zoonoses e Vigilância de Fatores de Risco Biológicos, Mariana Gontijo, a leptospirose, doença febril de início abrupto causada pela bactéria do gênero *Leptospira*, pode ocorrer na região.

Vale destacar que até o presente momento não foi notificado nenhum caso da doença na localidade. Em 2018, Minas Gerais registrou 97 casos confirmados de leptospirose. Desses, 93 evoluíram para cura e 4 foram à óbito. Já em 2019, até então, foram registrados 12 casos confirmados e nenhum óbito.

Doenças transmitidas por meio de alimentos e água contaminados têm sintomas semelhantes. Diante do cenário apresentado pela área afetada com o rompimento da barragem em Brumadinho, a adoção de hábitos preventivos é fundamental para evitar contaminações. Dessa forma, sintomas como náuseas, vômitos, diarreia, acompanhados ou não de febre, ocorridos após a ingestão de alimentos e/ou água devem ser observados e notificados a um profissional de saúde. “A SES-MG, em conjunto com a Secretaria Municipal de Brumadinho, está atuando de forma ágil para o fortalecimento da vigilância, diagnóstico, tratamento e controle de possíveis agravos que possam vir a ocorrer na região afetada”, avalia Michelle Souza Costa,

Referência Técnica da Coordenadoria de Doenças e Agravos Transmissíveis da SES-MG.

Doenças notificadas na região

Até o momento, a SES-MG recebeu a notificação de quatro casos de doença diarreica na região. Contudo, os casos não evoluíram para formas mais graves da doença e todos que apresentaram sintomas foram acolhidos pelas equipes de Atenção Básica à Saúde do município de Brumadinho.

Equipes da SES-MG, incluindo trabalhadores da Vigilância Sanitária da Regional de Saúde de Belo Horizonte, estiveram em campo investigando as causas que levaram ao aparecimento dos casos. “A Secretaria de Saúde está orientando todos os profissionais envolvidos no atendimento para ficar atentos ao surgimento de novos casos de diarreia e de outras doenças oriundas do contato com a lama para prontas ações de prevenção e controle”, afirma Michelle.

Abaixo orientações e medidas que devem ser adotadas

Não consumir alimentos que tenham tido contato com a lama, incluindo alimentos embalados, enlatados ou alimentos perecíveis (como frutas, legumes e verduras);

Evitar contato com a água do Rio Paraopeba, tanto para consumo ou para recreação;

Não consuma peixes provenientes do Rio Paraopeba;

É importante frisar que a água tratada pela COPASA não apresenta risco para saúde humana;

Se você teve contato com a água, lama ou alimentos contaminados e apresentar sintomas como vômitos, coceira, tontura ou diarreia, procure a unidade de saúde mais próxima e informe à equipe de saúde sobre o contato.

DENGUE

Local de ocorrência: Minas Gerais

Data da informação: 11/02/2019

Fonte da informação: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

COMENTÁRIOS:

Em 2019, até o momento (dados atualizados em 11/02), Minas Gerais registrou 17.860 casos prováveis (casos confirmados + suspeitos) de dengue.

Em 2019, até o momento, há 04 (quatro) óbitos em investigação para dengue.

Em relação à Febre Chikungunya, Minas Gerais registrou 317 casos prováveis da doença. Há um óbito em investigação, notificado em 2018. Em 2019, até o momento, não houve registro de óbitos suspeitos da doença.

Já em relação à Zika, foram registrados 92 casos prováveis da doença em 2019, até a data de atualização do boletim.

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

A SES-MG destaca que as ações de controle da Dengue, Zika e Chikungunya são permanentes, ocorrendo durante todo o ano. Dentre as ações desenvolvidas pela Secretaria para o enfrentamento ao Aedes estão:

Realização de reunião técnica com as regionais de saúde em setembro de 2018 para revisão das atividades do Programa Estadual de Controle das Doenças Transmitidas pelo Aedes;

Monitoramento dos indicadores municipais do PROMAVS (Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde do Estado de Minas Gerais). Dentre todos os indicadores, um deles é referente à obrigatoriedade de cadastro dos agentes de combate a endemias (ACE) no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) pelo município, mantendo vínculo no serviço. Isso gera continuidade nas ações de prevenção e controle das arboviroses;

Elaboração dos Planos de Contingência Estadual e Municipais para prevenção e controle das doenças transmitidas pelo Aedes. A partir da fase em que o município se encontra algumas ações são desencadeadas pelo Estado.

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

Mês	Ano de início dos sintomas										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Janeiro	14.470	3.795	2.341	35.522	5.007	7.050	57.617	4.670	2.047	16.362	
Fevereiro	29.487	5.624	2.598	62.560	8.573	9.306	137.474	4.297	2.282	1.498	
Março	55.292	7.346	3.885	146.917	11.286	27.773	156.923	5.202	4.586		
Abril	62.392	8.659	4.752	123.956	15.334	59.857	120.895	3.677	7.326		
Mai	38.796	6.914	3.848	31.307	9.809	51.062	36.046	2.846	4.230		
Junho	6.398	1.690	2.525	7.230	3.495	14.083	4.698	1.444	1.568		
Julho	1.683	656	1.220	1.653	1.115	3.281	990	585	788		
Agosto	611	419	650	673	551	1.214	597	486	530		
Setembro	492	399	532	577	652	956	619	520	625		
Outubro	419	504	659	745	641	1.288	714	641	905		
Novembro	811	880	1.162	1.056	874	3.789	1.154	676	1.642		
Dezembro	1.651	1.364	6.356	2.523	1.098	14.334	1.323	889	3.493		
Total	212.502	38.250	30.528	414.719	58.435	193.993	519.050	25.933	30.022	17.860	

Fonte: SINAN-ONLINE/SES-MG - Acesso em: 11/02/2019

¹Casos prováveis são os casos confirmados e suspeitos

Casos prováveis de febre chikungunya, por mês de início de sintomas, 2014 – 2019, MG.

Mês	Ano de início dos sintomas						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Janeiro	0	3	34	676	818	301	
Fevereiro	0	1	78	2.757	729	16	
Março	0	0	78	6.401	2.708		
Abril	0	2	73	3.159	4.050		
Mai	0	1	75	1.152	2.206		
Junho	0	0	20	967	570		
Julho	0	2	12	493	242		
Agosto	1	0	5	188	132		
Setembro	1	1	9	119	68		
Outubro	5	4	7	112	74		
Novembro	8	3	22	121	87		
Dezembro	3	16	40	175	81		
Total	18	33	453	16.320	11.765	317	

Fonte: SES/MG/SINAN – Acesso em: 11/02/2019

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 24/01/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

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

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

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



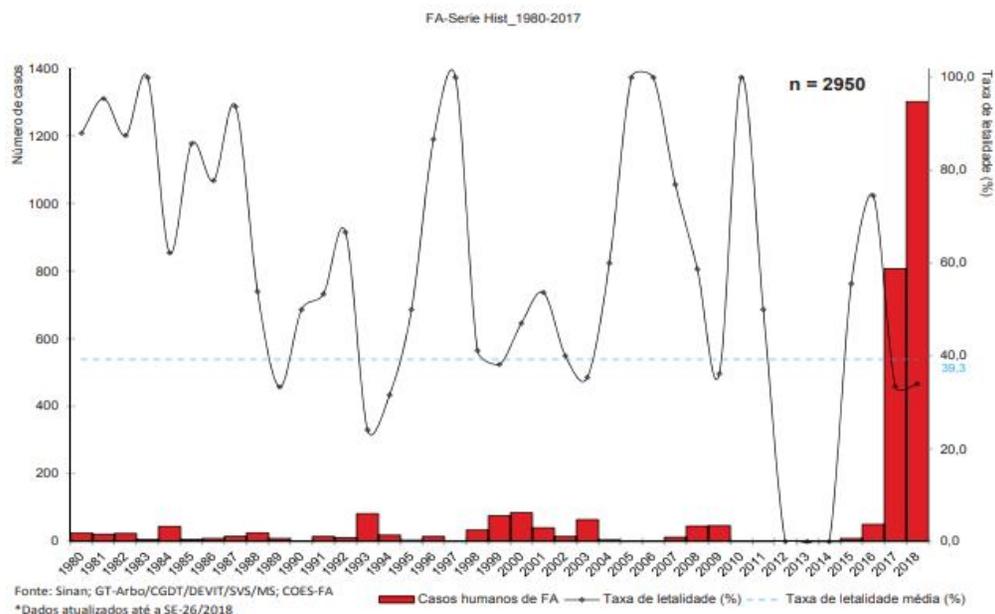
FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 18/01/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Nas últimas décadas, a Febre Amarela (FA) tem sido registrada além dos limites da área considerada endêmica (região amazônica). Ao mesmo tempo, a observação de um padrão sazonal de ocorrência de casos humanos, a partir da análise da série histórica, deu suporte à adoção da vigilância baseada na sazonalidade. Assim, o período de monitoramento da FA inicia em julho e encerra em junho do ano seguinte. Casos humanos e epizootias em primatas não humanos (PNH) foram recentemente registrados em uma

FIGURA 1 • Série histórica do número de casos humanos confirmados para FA e a letalidade, segundo o ano de início dos sintomas, Brasil, 1980 a junho de 2018.



MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA FEBRE AMARELA NO BRASIL*

Período de monitoramento: 01/07/2018 a 30/06/2019

Atualização: 18/01/2019

Epizootias em PNH notificadas: 1.883

Casos humanos notificados: 682

20 confirmadas

12 confirmados (05 óbitos)

267 em investigação

116 em investigação

862 indeterminadas

554 descartados

734 descartadas

Anexo: Glossário

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

ampla área do território nacional. Inicialmente, entre 2014/2015, a transmissão se deu na região Norte, com posterior expansão no sentido leste e sul do país, onde afetou prioritariamente a região Centro Oeste entre 2015/2016. Mais recentemente, entre 2017/2018, foi registrado o surto mais expressivo no Brasil, que afetou principalmente os estados da região Sudeste, quando foram registrados 1.376 casos humanos e 483 óbitos, além de 864 epizootias por FA no Brasil (Figura 1).

FEBRE AMARELA

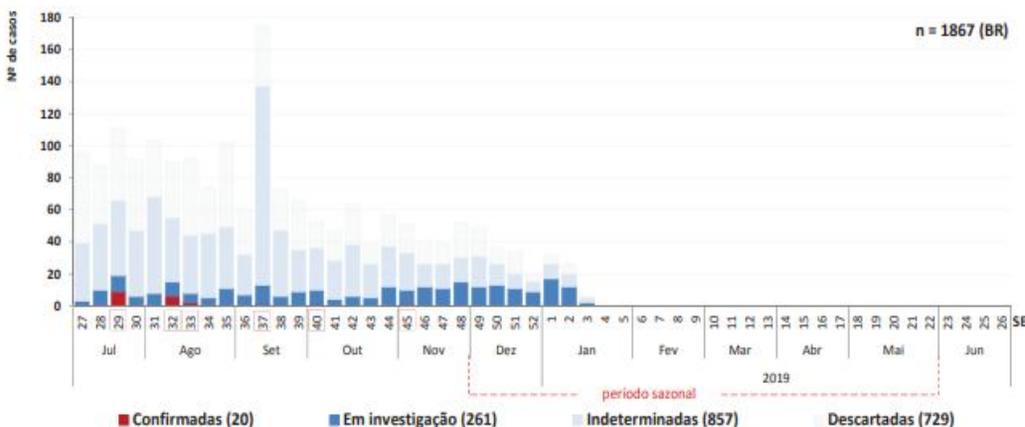
Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 18/01/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

A vigilância de epizootias em primatas não humanos (PNH) consiste em captar informações sobre o adoecimento ou morte de PNH (macacos) e investigar oportunamente, a fim de detectar precocemente a circulação do vírus amarelo e subsidiar a tomada de decisão para a adoção das medidas de prevenção e controle, de modo a reduzir a morbimortalidade da doença na população humana prioritariamente nas áreas afetadas (com transmissão ativa) e ampliadas (áreas adjacentes). No período de monitoramento 2018/2019 (julho/2018 a junho/2019), entre as semanas epidemiológicas (SE) 27 e 03, foram notificadas ao Ministério da Saúde 1.883 epizootias em PNH, das quais 734 foram descartadas, 862 foram indeterminadas (s/ coleta de amostras), 267 permanecem em investigação e 20 foram confirmadas por FA (por laboratório). Foram registradas epizootias de PNH confirmadas em

FIGURA 2 • Distribuição das epizootias em PNH notificadas à SVS/MS, por SE de ocorrência e classificação, período de monitoramento 2018/2019 (jul/18 a jun/19), Brasil, entre as SE 27 a 03.



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

TABELA 1 • Distribuição das epizootias em PNH notificadas à SVS/MS, por UF do local provável infecção e classificação, monitoramento 2018/2019 (jul/18 a jun/19), Brasil, até a SE 03*.

Região	UF	EPIZOOTIAS NOTIFICADAS	EPIZOOTIAS DESCARTADAS	EPIZOOTIAS INDETERMINADAS	EPIZOOTIAS EM INVESTIGAÇÃO	EPIZOOTIAS CONFIRMADAS
Norte	Acre			1		
	Amapá	1				
	Amazonas	1			1	
	Pará	16	1	10	5	
	Rondônia	24	1	11	12	
Nordeste	Roraima					
	Tocantins	31	18	9	3	
	Alagoas	6	3	2	1	
	Bahia	124	13	104	7	
	Ceará	1			1	
Centro-Oeste	Maranhão	1		1		
	Paraná	2		2		
	Pernambuco	13		5	8	
	Piauí					
	Rio Grande do Norte	16	3	9	4	
	Sergipe					
	Distrito Federal	12	12			
	Goiás	75	27	41	7	
	Mato Grosso	10	2	7		1
	Mato Grosso do Sul	3		2	1	
Sudeste	Espírito Santo	18	8	6	4	
	Minas Gerais	537	47	418	71	1
	Rio de Janeiro	239	153	53	25	8
	São Paulo	626	409	160	47	10
Sul	Paraná	45	36	5	3	
	Rio Grande do Sul	3	0	2	1	
	Santa Catarina	79	1	14	64	
Total		1883	734	862	267	20

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

São Paulo (10); no Rio de Janeiro (8), em Minas Gerais (1) e no Mato Grosso (1) com o maior número de epizootias confirmadas na região Sudeste (95,0%; 19/20) (Tabela 1).

A curva epidêmica (Figura 2) evidencia a manutenção da circulação viral no período de baixa ocorrência (junho a setembro), quando as baixas temperaturas e pluviosidade geralmente implicam em condições menos favoráveis à transmissão.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 18/01/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Vigilância de Casos Humanos

A vigilância de casos humanos é feita por meio da notificação de casos com sintomatologia compatível com FA. Todo caso suspeito deve ser prontamente comunicado por telefone, fax ou e-mail às autoridades, (até 24 horas), por se tratar de doença grave com risco de dispersão para outras áreas do território nacional e internacional. É importante preencher a ficha de Investigação, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

TABELA 2 • Distribuição dos casos humanos suspeitos de FA notificados à SVS/MS por UF de provável infecção e classificação, monitoramento 2018/2019 (jul/18 a jun/19), Brasil, até a SE 03*.

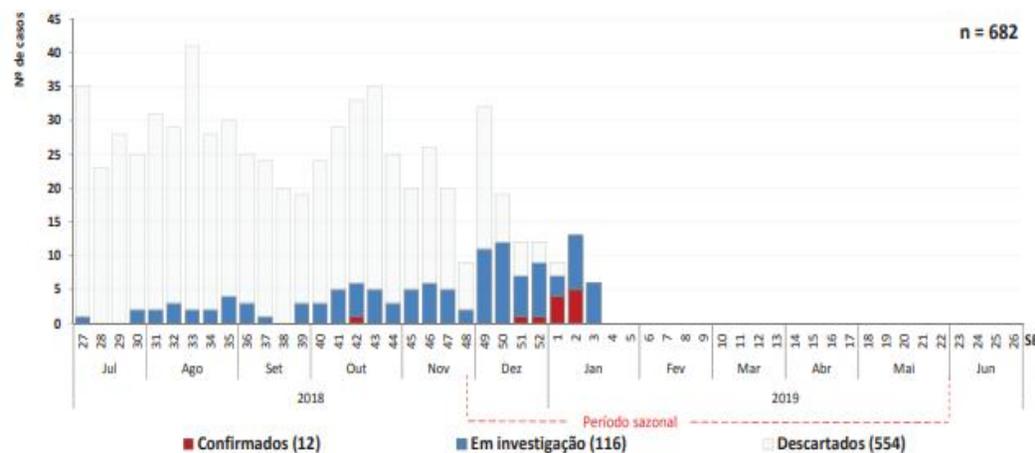
REGIÃO	UF (LPI)	CASOS NOTIFICADOS	CASOS DESCARTADOS	CASOS EM INVESTIGAÇÃO	CASOS CONFIRMADOS			
					TOTAL	CURAS	ÓBITOS	LETALIDADE (%)
Norte	Acre	2		2				
	Amapá	0						
	Amazonas	5	5					
	Pará	12	7	5				
	Rondônia	8	6	2				
	Roraima	1		1				
	Tocantins	9	6	3				
Nordeste	Alagoas	1	1					
	Bahia	11	6	5				
	Ceará	0						
	Maranhão	1		1				
	Paraíba	2	2					
	Pernambuco	1	1					
	Piauí	0						
	Rio Grande do Norte	1		1				
	Sergipe	1		1				
	Centro-Oeste	Distrito Federal	88	83	5			
Goiás		26	25	1				
Mato Grosso		5	5					
Mato Grosso do Sul		0						
Sudeste	Espírito Santo	27	19	8				
	Minas Gerais	74	64	10				
	Rio de Janeiro	35	30	5				
	São Paulo	345	269	76	12	7	5	41,7
	Paraná	12	12					
Sul	Rio Grande do Sul	11	9	2				
	Santa Catarina	4	4					
TOTAL		682	554	116	12	7	5	41,7

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

No período de monitoramento 2018/2019 (julho/2018 a junho/2019), entre as semanas epidemiológicas (SE) 27 e 03, foram notificados 682 casos humanos suspeitos de FA, dos quais 554 foram descartados, 116 permanecem em investigação e 12 foram confirmados (Tabela 2). Entre os casos confirmados, 5 evoluíram para o óbito. A maior parte dos casos eram trabalhadores rurais, sendo 2 do sexo feminino e 10 do sexo masculino, com idades entre 24 e 60 anos.

O primeiro caso de febre amarela no período 2018/2019 foi registrado em outubro/2018, sendo um óbito confirmado no estado de São Paulo, com local provável de infecção no município de Caraguatatuba, litoral norte do estado, onde 8 epizootias em PNH haviam sido detectadas meses antes da ocorrência do caso. (Figura 3).

FIGURA 3 • Distribuição dos casos humanos suspeitos de FA notificados à SVS/MS, por SE de início dos sintomas e classificação, monitoramento 2018/2019 (jul/18 a jun/19), Brasil, entre as SE 27 e 03.



Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. Dados preliminares e sujeitos à revisão. A Data de ocorrência não estava registrada em 1 das notificações.

FEBRE AMARELA

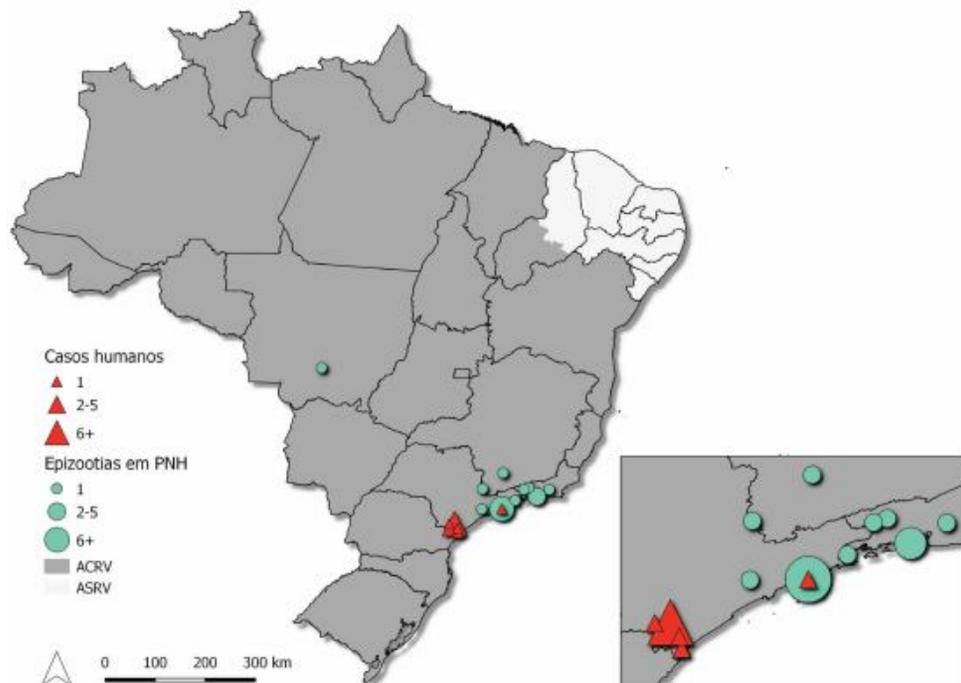
Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 18/01/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

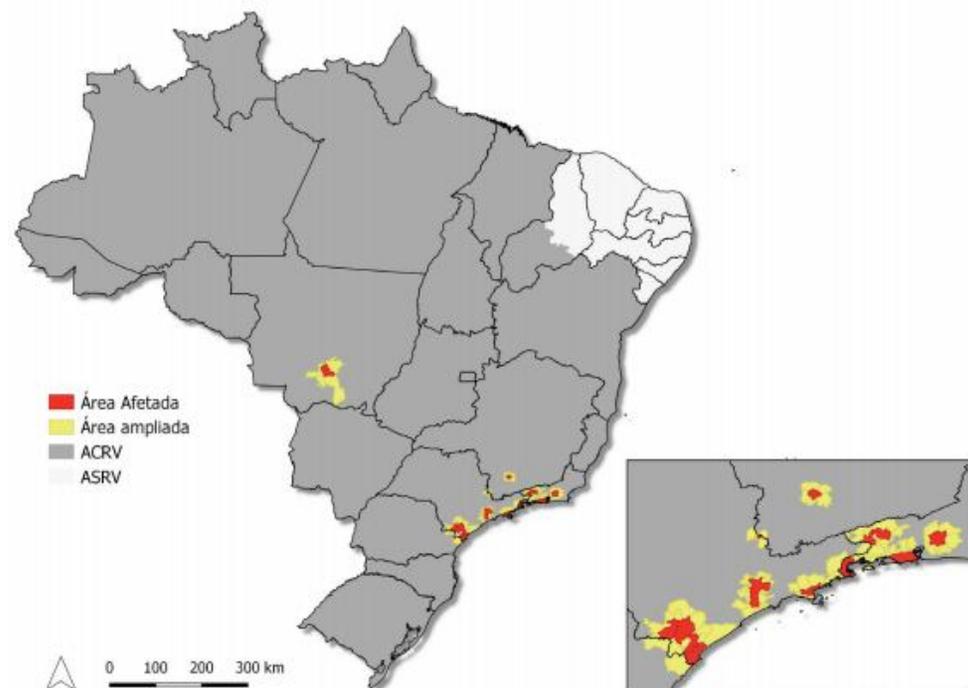
Locais de transmissão (áreas afetadas)

As epizootias confirmadas em PNH registradas no período de monitoramento 2018/2019, entre as SE 27 e 03, ocorreram nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Mato Grosso, onde ações de vigilância estão em curso. Até a presente data os casos humanos foram confirmados, tendo como LPI o estado de São Paulo, nos seguintes municípios: Caraguatatuba (1); Cananéia (1); Eldorado (8); Iporanga (1) e Jacupiranga (1).

FIGURA 4 • Distribuição dos casos humanos e epizootias em PNH confirmados para FA, por município do local provável de infecção, monitoramento 2017/2018 (jul/17 a jun/18), Brasil, entre as SE 27 e 03.



Considerando que a vacinação contra FA, reconhecidamente a medida mais eficaz de prevenção e controle da doença nesses municípios, pois reduz a morbimortalidade da população, é fundamental que os municípios de risco devam envidar esforços para alcançar a meta de cobertura vacinal de no mínimo 95%, visto a garantir a proteção da população contra doença, considerando a proximidade do período sazonal.



Áreas Com Recomendação de Vacinação, Áreas Sem Recomendação de Vacinação, áreas afetadas e ampliadas.



EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 06/2019

(03/02/2019 a 09/02/2019)

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

HANTAVIROSE



Local de ocorrência: Argentina

Data da informação: 08/02/2019

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

COMENTÁRIOS:

Segundo as autoridades sanitárias argentinas, desde o início do surto em novembro de 2018 até 31 de janeiro de 2019, 31 casos confirmados de hantavírus nos Andes, incluindo 11 mortes, foram relatados na área de Epuen, na Argentina.

O caso índice teve exposição ambiental e início dos sintomas na semana 44 de 2018. Cinco contatos do caso índice que participaram de um evento social na mesma semana 44 foram confirmados para o hantavírus entre as semanas 47 e 48 em 2018. Todos os outros casos confirmados nas semanas seguintes foram os contatos dos seis primeiros casos que compartilharam o evento social.

Um dos casos confirmados relacionados a esse surto foi registrado na vizinha província chilena de Palena.

Fonte: Ministério da Saúde da Argentina / autoridades regionais de saúde

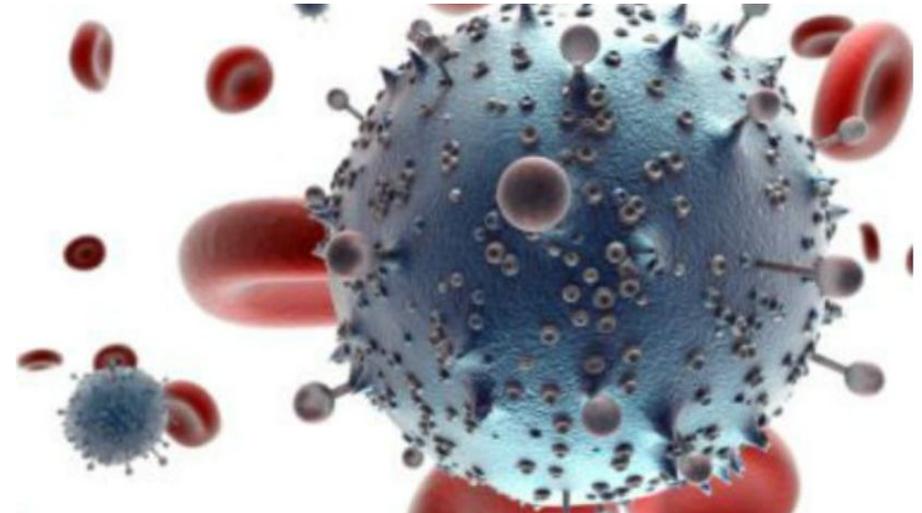
Avaliação do ECDC

Transmissão de humano para humano para hantavírus de Andes foi descrita. Além disso, a área de Epuén é conhecida por ser endêmica para hantavirus. Segundo autoridades sanitárias argentinas, cinco casos confirmados foram registrados na mesma área nos últimos 10 anos.

A dinâmica deste surto apoia uma transmissão de humano para humano que poderia representar um risco potencial de exposição para viajantes da UE / EEE na área. Portanto, os viajantes para regiões endêmicas devem evitar áreas infestadas com roedores ou onde exista sinais de infestação de roedores, como excrementos. A melhor maneira de prevenir a transmissão humano-humano dos Andes hantavírus é por lavagem frequente das mãos e evitando contato próximo com casos confirmados.

Ações

O ECDC segue a dinâmica deste surto através da inteligência epidemiológica. O CEPCD apresentará um relatório, se houver novos dados epidemiológicos relevantes.



Fonte: google.com.br

FEBRE AMARELA



Local de ocorrência: Brasil

Data da informação: 01/02/2019

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

COMENTÁRIOS:

Entre a semana epidemiológica 27 em 2018 e 18 de janeiro de 2019, as autoridades relataram 12 casos confirmados de febre amarela. Entre estes casos, cinco morreram. Todos os casos confirmados foram notificados no Estado de São Paulo e 11 foram notificados após meados de dezembro de 2018.

Segundo o Ministério da Saúde, nenhuma epizootia entre primatas não humanos foi confirmada após setembro 2018 no Brasil.

As autoridades brasileiras consideram a alta temporada de transmissão entre dezembro e maio. Em 2017, mais de 800 casos foram relatados, enquanto em 2018, mais de 1.200 casos foram relatados.

Fonte: Ministério da Saúde Brasil | Organização Pan-Americana da Saúde

Avaliação do ECDC

A temporada de transmissão começou e novos casos podem ocorrer com o aumento da atividade de vetores.

Viajantes para áreas de risco de febre amarela devem procurar orientação médica antes da viagem e receber a vacina contra febre amarela pelo menos 10 dias antes de viajar (a menos que a vacinação seja contraindicada). Eles também devem seguir medidas para evitar picadas de mosquitos e ficar ciente dos sintomas e sinais da febre amarela.

A probabilidade de transmissão da febre amarela local na Europa continental após a introdução do vírus por um viajante virêmico é atualmente considerado extremamente baixo, pois as condições climáticas atuais são desfavoráveis para o vetor, o *Aedes aegypti* não é estabelecido na UE continental e na competência vetorial de *Aedes albopictus*, que é estabelecida em partes do sul e centro da Europa, é limitada.

Áreas de risco de febre amarela no Brasil, até 30 de janeiro de 2019



FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 25/01/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Entre janeiro de 2017 e dezembro de 2018, seis países e territórios da Região das Américas notificaram casos confirmados de febre amarela: Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana Francesa e Peru. O número de casos notificados durante este período na Região das Américas superaram o número informado em várias décadas.

Em 2019, o Brasil e o Peru informaram casos confirmados que ocorreram entre dezembro de 2018 e janeiro de 2019.

No Brasil, atualmente é o período que historicamente tem sido reconhecido como sendo o de maior transmissão (período sazonal), que ocorre entre dezembro e maio.

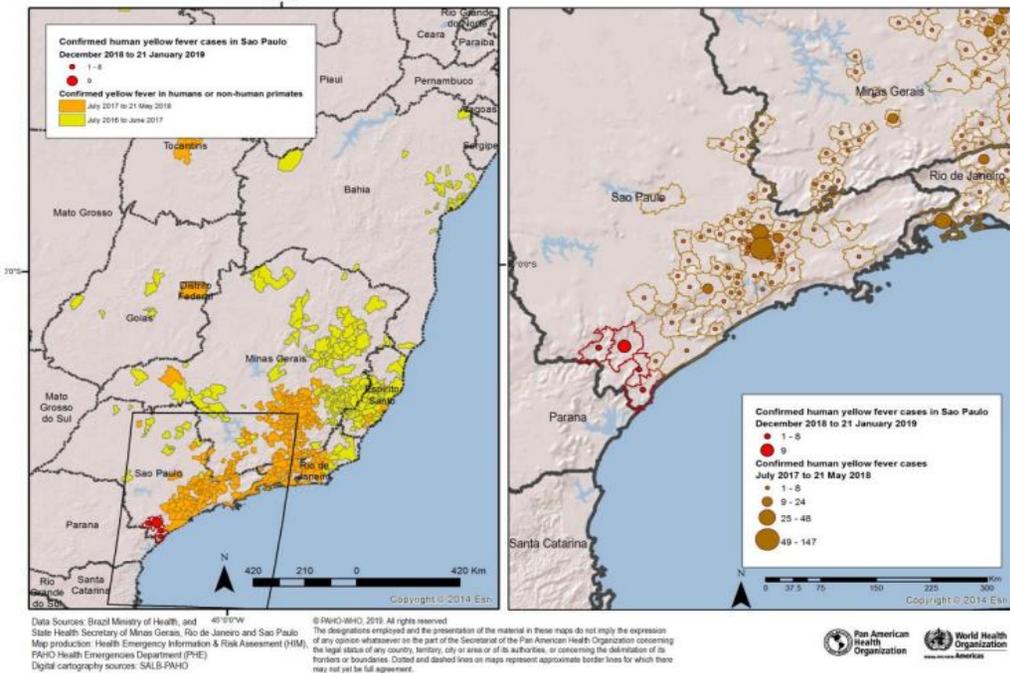
No atual período sazonal (2018-2019), 12 casos humanos confirmados, incluindo 6 mortes, foram relatados nos municípios de Eldorado (9 casos), Jacupiranga (1 caso), Iporanga (1 caso) e Cananeia (1 caso), todos localizados na parte sul do Estado de São Paulo. Entre estes casos confirmados, 83% (10/12) são do sexo masculino, a mediana de idade é de 45 anos e 83% (10/12) são trabalhadores rurais. Além disso, a Secretaria de Saúde do Paraná relatou que os testes realizados em macacos mortos em Antonina, na costa do Paraná, foram positivos para febre amarela.

Casos humanos notificados durante o atual período sazonal 2018-2019 em quatro municípios Estado de São Paulo, bem como a confirmação de epizootias no estado do Paraná, marcam o início do que poderia ser um terceiro ciclo e uma progressão do surto para as regiões Sudeste e Sul do país (Figura 1).

Dada a gradual expansão geográfica da onda de epizootia que o Brasil tem enfrentado durante os dois últimos períodos sazonais, o país teve que adaptar suas políticas de imunização para febre amarela. O número de áreas com vacinação recomendada aumentou de 3.526 municípios em 2010 para 4.469 municípios em 2018, e para todo o país a partir de 2019. Em consonância com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde, o Brasil adotou um esquema de vacinação contra a febre amarela desde abril de 2017. O uso de doses fracionadas para responder aos surtos e ao risco de urbanização da febre amarela, especialmente nas grandes cidades, também foi adotado. Esta estratégia foi implementada em 77 municípios com maior risco para febre amarela nos estados de São Paulo (54 municípios), Rio de Janeiro (15 municípios) e Bahia (8 municípios).

Até a semana epidemiológica (SE) 39 de 2018, resultados preliminares da vacinação

Figura 1: Distribuição de epizootias e casos humanos confirmados. Brasil, 2016 a SE 2 de 2019.



Fonte: Dados publicados pelo Ministério da Saúde do Brasil (2016-2018, a partir da SE 50) e do Estado de São Paulo - Secretaria de Saúde (SE 51 de 2018 a SE 2 de 2019) e reproduzido pela OPAS / OMS

de massa da campanha contra a febre amarela indicam que 13,3 milhões de pessoas em São Paulo, 6,5 milhões no Rio de Janeiro e 1,85 milhão nos estados da Bahia foram vacinados, o que representa uma cobertura vacinal de 53,6%, 55,6% e 55,0%, respectivamente.

No Peru, entre SE 1 e SE 52 de 2018, foram notificados 20 casos de febre amarela, incluindo 6 mortes; do total de casos, 10 foram confirmados laboratorialmente e 10 permaneceram em investigação. Este valor é superior ao reportado no mesmo período de 2017, quando 6 casos de febre amarela foram relatados. Do total de casos confirmados, 11 são do sexo masculino e 9 são femininos.

SARAMPO

Local de ocorrência: Filipinas

Data da informação: 12/02/2019

Fonte da informação: rtp.pt (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

As autoridades filipinas informaram que o surto de sarampo nas Filipinas piorou na última semana, registrando-se já 4.300 casos este ano e pelo menos 70 mortos, a maioria crianças com menos de quatro anos.

Cinco regiões do país estão em alerta, embora o maior número de casos esteja concentrado em Manila e nas províncias vizinhas, onde as autoridades lançaram um intenso programa de imunização entre as crianças para prevenir a disseminação da doença.

O Hospital San Lazaro, em Manila, onde mais de dois mil casos foram tratados, entrou em colapso devido ao afluxo de pacientes, razão pela qual a Cruz Vermelha filipina instalou uma unidade móvel com cem camas adicionais para lidar com todos os casos.

De todas as mortes que ocorreram no país devido ao sarampo, uma doença infecciosa muito contagiosa, 55 aconteceram neste hospital.

O surto da doença é uma consequência da falta de imunização infantil nos últimos anos, uma vez que cerca de 2,5 milhões de crianças filipinas com menos de 5 anos de idade não foram vacinadas.

Muitos pais filipinos recusaram-se a vacinar os seus filhos por causa do escândalo Dengvaxia, uma vacina contra a dengue que foi usada no país entre 2014 e 2017, até que seu fabricante, a farmacêutica francesa Sanofi Pasteur, admitiu que tinha efeitos adversos e que as pessoas vacinadas que contraíram dengue pela primeira vez sofreriam efeitos muito mais sérios.

As autoridades estão a investigar a causa das mortes de 14 crianças que foram vacinadas, o que suscitou desconfiança em relação a todo o tipo de vacinas no país e fez com que muitas famílias optassem por não imunizar os seus filhos.

Sarampo

O que é



Doença infectocontagiosa causada por um vírus. De **transmissão respiratória**, é altamente contagiosa. O período de incubação (tempo entre o contágio e o aparecimento dos sintomas) é de cerca de **12 dias**

Sintomas



- **Manchas avermelhadas na pele**
- Manchas brancas na parte interna das bochechas
- Febre
- Tosse
- Mal-estar
- Conjuntivite
- Coriza
- Perda do apetite

Tratamento



O paciente deve repousar, **ingerir bastante líquido**, comer alimentos leves, limpar os olhos com água morna e tomar antitérmicos para baixar a febre. Nos casos mais sérios, há a necessidade de tratamento para o aumento de imunidade

Arte Sarampo (Foto: Editoria de Arte / G1)

SARAMPO



Local de ocorrência: Europa

Data da informação: 08/02/2019

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

COMENTÁRIOS:

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

A **Áustria** relatou pelo menos oito casos em 2019 até 23 de janeiro de 2019. Em 2018, foram registrados 77 casos de todos os estados federais, 12% dos casos eram profissionais de saúde.

A **Bulgária** não comunicou nenhum caso em 2019, até 3 de fevereiro de 2019. Em 2018, a Bulgária comunicou 13 casos (até 10 de janeiro de 2019).

A **República Tcheca** registrou 207 casos de janeiro a dezembro de 2018, um aumento de 25 casos desde novembro de 2018. Metade dos casos foram notificados em Praga (103) e foram notificados mais seis casos em 2019, em 4 de janeiro de 2019. De acordo com relatos da mídia citando autoridades de saúde, 23 casos foram relatados em janeiro de 2019 em Praga e 10 casos na Região Moriliana da Sicília.

A **Dinamarca** reportou um caso em 2019 até 4 de fevereiro de 2019 e 8 casos em 2018.

A **Estônia** relatou 10 casos de janeiro a dezembro de 2018. Nenhum novo caso foi relatado em 2019.

A **Finlândia** comunicou três casos de sarampo em 2019 até 4 de fevereiro de 2019. Em 2018, a Finlândia comunicou 15 casos. Além disso, autoridades de saúde relataram um caso em uma pessoa não vacinada com uma data de início dos sintomas em 2 de fevereiro de 2019.

A **França** comunicou surtos nas ilhas da Reunião e em Mayotte.

A **Alemanha** comunicou 23 casos em 2019, em 13 de janeiro de 2019. De janeiro a dezembro de 2018, foram notificados 542 casos de sarampo, a maioria do estado da Renânia do Norte-Vestfália (210).

A **Hungria** informou três casos em 2019, em 27 de janeiro de 2019, em comparação com 21 em 2018.

A **Irlanda** informou sete casos em 2019, em 26 de janeiro de 2019.

A **Itália** comunicou 2.526 casos, incluindo oito mortes, de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2018. Este é um aumento de 99 casos desde o CDTR anterior publicado em 11 de janeiro de 2018. Dos casos, 44% foram notificados na Sicília e 115 eram profissionais de saúde.

A **Lituânia** comunicou 14 casos de sarampo em 2019 até 1º de fevereiro de 2019. Em 2018, houve 30 casos de sarampo, dos quais 26 casos eram adultos. Este é um aumento de 22 casos relatados em 2018 desde o relatório anterior em 11 de janeiro de 2018.

Os Países Baixos comunicaram 0,1 casos de sarampo por 100.000 habitantes em 2018, até 21 de janeiro de 2019.

A **Noruega** informou 12 casos de sarampo em 2018 e nenhum caso novo em 2019 até 4 de fevereiro de 2019.

Polônia: De acordo com reportagens da imprensa citando autoridades de saúde em 16 de janeiro de 2019, um surto foi relatado em um hospital em Szczecin. Sete profissionais de saúde adoeceram, mas os pacientes não foram afetados pela doença. O hospital foi fechado por vários dias para conter o surto. Em 2018, 339 casos de sarampo foram notificados pela Polônia.

Portugal: De acordo com relatos da mídia citando autoridades de saúde em 31 de janeiro de 2019, 37 casos foram confirmados desde novembro de 2018 em Lisboa, região do Vale do Tejo e Madeira. Este é um aumento de cinco casos desde o relatório anterior em 11 de Janeiro de 2019. Outra fonte de informação informou 162 casos em 2018 em Portugal, dos quais 51% entre os profissionais de saúde.

A **Romênia** registrou 133 casos, incluindo uma morte, em 2019, até 1º de fevereiro. Em 2018, 5.376 casos, incluindo 22 mortes, foram relatadas. Desde o início do surto, em outubro de 2016, até 1º de fevereiro de 2019, a Romênia comunicou 15.733 casos confirmados, incluindo 60 mortes.

A **Eslováquia** comunicou pelo menos um caso na região de Bratislava em 2019. Em 2018, 598 casos foram relatados na Eslováquia em Michalovce e Sobrance (447), Nitra (10) e Trebišov (141).

SARAMPO



Local de ocorrência: Europa

Data da informação: 08/02/2019

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

COMENTÁRIOS:

A **Espanha** comunicou seis casos confirmados em 2019, em 27 de janeiro de 2019.

A **Suíça** registrou seis casos em 2019 em 29 de janeiro. Em 2018, 47 casos foram relatados em 2 de dezembro de 2018.

Resumo epidemiológico relevante para países fora da UE / EFTA:

A **Geórgia** comunicou mais de 2.200 casos de sarampo, incluindo três mortes, em 2018. O surto continuou em 2019, com 321 casos relatados de 1 a 17 de janeiro de 2019, de acordo com relatos da mídia citando autoridades de saúde. Mais de metade (56 a 58%) dos casos são relatados indivíduos entre 20 e 40 anos de idade.

A antiga República Iugoslava da Macedônia comunicou 62 casos em 2018 em Skopje (29), Debar (25), Kumanovo (4), Ohrid (2), Tetovo (1) e Struga (1). Em 51 dos casos, 84,3% não estavam vacinados ou tinham status de doença desconhecida.

Israel relatou mais de 3.150 casos de sarampo em 2018, um aumento de 850 casos desde o relatório publicado em 11 de janeiro de 2019.

Rússia: Vários surtos foram relatados em todo o país em janeiro de 2019, de acordo com relatos da mídia e autoridades de saúde. Surtos foram relatados em Moscou, Oblast de Vladimir e, de acordo com relatos da mídia, São Petersburgo e Yamalo-Nenets Okrug Autônomo.

A **Sérvia** comunicou 5.784 casos, incluindo 15 mortes, de outubro de 2017 a 1º de fevereiro de 2019, incluindo casos notificados no Kosovo. Dos casos notificados, 2.933 foram confirmados.

A **Ucrânia** comunicou 15.095 casos de sarampo, incluindo um óbito, em 2019, até 1º de fevereiro de 2019. Dos casos, 6.364 eram adultos e 8.731 eram crianças. Este é um aumento de mais de 13.000 casos desde o relatório publicado em 11 de janeiro de 2019. Em 2018, a Ucrânia relatou 54.481 casos de sarampo (20.204 adultos e 34.277 crianças), incluindo 16 mortes.

Os EUA relataram 79 casos confirmados de sarampo em 10 estados em 2019 em 31 de janeiro de 2019. Três surtos (definidos como 3 ou mais casos) foram relatados em 2019 na cidade de Nova York e no estado de Washington. Estes surtos são associados a viajantes que trouxeram o sarampo de volta de Israel e da Ucrânia, onde grandes surtos de sarampo estão ocorrendo.

Avaliação do ECDC

Dada a atual extensão da circulação do sarampo na UE / EEE, a tendência nos últimos anos e uma cobertura de vacinação abaixo do esperado nas primeiras e segundas doses, existe um risco elevado de transmissão continuada do sarampo, com exportação e importação mútuas entre os Estados-Membros da UE / EEE e os países terceiros.

SARAMPO

O QUE É

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

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

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

TRANSMISSÃO

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

SINTOMAS

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

PREVENÇÃO

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

ÉBOLA



Local de ocorrência: República Democrática do Congo

Data da informação: 07/02/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

A doença do vírus Ebola (DVE) na República Democrática do Congo continua com um número relativamente elevado de casos relatados nas últimas semanas. As zonas de saúde de Katwa e Butembo continuam sendo os epicentros do surto, relatando 71% dos casos nas últimas três semanas, com agrupamentos menores continuando a ocorrer simultaneamente em uma área geograficamente dispersa.

Até 5 de fevereiro, foram notificados 789 casos de DVE (735 confirmados e 54 prováveis), incluindo 488 óbitos (proporção geral de casos fatais: 62%). Até agora, 267 pessoas receberam alta dos Centros de Tratamento de Ebola (ETCs) e se inscreveram em um programa dedicado de monitoramento e suporte. Entre os casos com informações disponíveis sobre idade e sexo, 58% (454/788) eram do sexo feminino e 30% (232/786) tinham menos de 18 anos; incluindo 116 crianças menores de cinco anos. Cinco novas infecções de trabalhadores de saúde foram relatadas em Katwa (4) e Kalunguta (1); no total, 67 trabalhadores de saúde foram afetados até o momento.

Durante os últimos 21 dias (16 de janeiro a 5 de fevereiro de 2019), 119 novos casos foram registrados em 13 zonas de saúde (Figura 1), incluindo: Katwa (75), Butembo (9), Beni (8), Kyondo (5), Kayna (5), Oicha (4), Manguredjipa (4), Biena (2), Kalunguta (2), Mabalako (2), Masereka (1), Mutwanga (1) e Vuhovi (1). Análises epidemiológicas atuais apontam para transmissão nosocomial devido a práticas inadequadas de prevenção e controle de infecção (IPC), atrasos persistentes na detecção e isolamento de novos casos, mortes frequentes na comunidade (e contato subsequente com o falecido) e transmissão nas redes familiares e comunitárias, como principais impulsionadores da transmissão contínua de doenças. Insegurança e bolsões de resistência da comunidade têm continuamente reprimido os esforços para combater esses riscos; no entanto, as equipes de resposta continuam comprometidas em fortalecer ativamente a confiança e a participação da comunidade em todas as áreas afetadas, e estão começando a observar melhorias tangíveis em Katwa e em outros lugares.

A Zona de Saúde de Komanda passou recentemente pelo período de transmissão mais arriscado, com o último caso confirmado relatado em 11 de janeiro e todos os contatos completando o período mínimo de acompanhamento; no entanto, um alto grau de vigilância precisará ser mantido para detectar rapidamente potenciais exacerbações e reintroduções aqui e em outras áreas anteriormente afetadas.

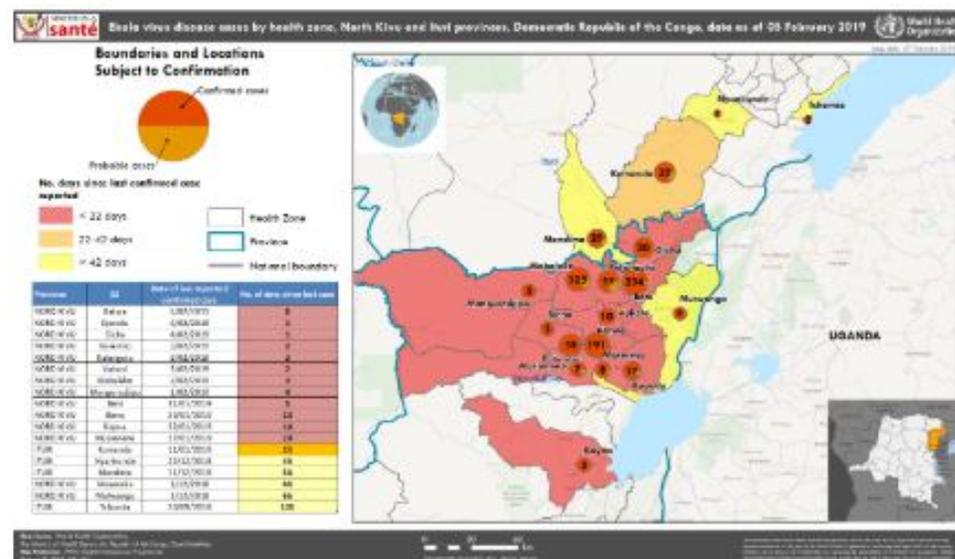


Figura 1: Casos confirmados e prováveis da doença do vírus Ébola por zona de saúde nas províncias de Kivu do Norte e Ituri, República Democrática do Congo, dados de 5 de fevereiro de 2019 (n = 789)

Conselho da OMS

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

MERS-CoV

Local de ocorrência: Omã

Data da informação: 11/02/2019

Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)



COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

De 27 de janeiro a 31 de janeiro de 2019, o National Focal Point of Omã, do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), notificou cinco casos de infecção pelo coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV). Todos os cinco casos confirmados laboratorialmente são do sexo feminino da mesma família e variam de 30 a 59 anos. A fonte de infecção destes casos está sob investigação em Omã e quatro dos cinco casos parecem ser casos secundários resultantes da transmissão de humano para humano. Embora todos os casos não tenham relatado contato direto com camelos dromedários, eles residiam em uma fazenda onde camelos dromedários e outros animais eram mantidos. O Ministério da Agricultura está testando os camelos dromedários.

Casos MERS-CoV notificados entre 27 de janeiro e 31 de janeiro de 2019

Incluindo esses cinco casos adicionais, um total de 16 casos confirmados por laboratório de infecção por MERS-CoV foram relatados por Omã desde 2013. Antes desse grupo de casos, o último caso de infecção por MERS-CoV relatado em Omã foi em março de 2018.

Globalmente, até 8 de fevereiro de 2019, 2.311 casos confirmados laboratorialmente de infecção por MERS-CoV incluindo pelo menos 811 mortes relacionadas foram notificados à OMS.

Resposta de saúde pública

Para todos os casos, a investigação da exposição a fatores de risco conhecidos nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas está em andamento. Oficiais do Ministério da Saúde em Omã estabeleceram uma lista de contatos de profissionais de saúde e familiares na província de Batinah Norte. Em 4 de fevereiro, um total de 60 contatos familiares foram identificados, com 26 contatos classificados como de alto risco. Todos os membros do agregado familiar dos casos de MERS-CoV foram submetidos a rastreio para MERS-CoV por RT-PCR e foram negativos, com exceção de um caso relatado acima, com resultado positivo em 28 de janeiro. Até 4 de fevereiro, um total de 119 contatos de profissionais de saúde foram identificados. Todos os contatos de profissionais de saúde de alto risco foram selecionados para MERS-CoV por RT-PCR e todos foram testados como negativos. Todos os contatos identificados

são monitorados por 14 dias a partir da última data de exposição, conforme orientações da OMS e nacionais para a infecção pelo MERS-CoV.

Embora nenhum contato direto com dromedários tenha sido relatado por nenhum dos casos, eles residiam em uma fazenda onde dromedários e outros animais eram mantidos. O Ministério da Agricultura está investigando as fazendas dromedárias. As amostras foram coletadas e os resultados iniciais da triagem foram negativos para MERS-CoV. Mais resultados estão pendentes. Os profissionais de saúde foram orientados e forneceram um curso de atualização em medidas de prevenção e controle de infecção. Os membros da família foram orientados sobre o MERS-CoV e foram fornecidos conselhos de higiene pessoal e respiratória.

Avaliação de risco da OMS

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

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

Conselho da OMS

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

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 06/02/2019

Origem da informação: The Global Polio Eradication Initiative e OPAS

COMENTÁRIOS

A 144ª Sessão do Conselho Executivo concluiu em 1º de fevereiro com um renovado apoio da liderança da saúde pública para dar seguimento a erradicação do vírus da pólio.

O Plano de Ação de Vigilância Global 2018-2020 está agora online. O GPSAP visa apoiar os países endêmicos, de surtos e de alto risco na avaliação e aumento da sensibilidade de seus sistemas de vigilância.

Resumo de novos vírus nesta semana:

Afganistão - um caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1);

Paquistão - um caso de WPV1 e seis amostras ambientais positivas para WPV1;

Níger - um caso de poliovírus derivado da vacina circulante (VDPV2).

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

Total cases	Year-to-date 2019		Year-to-date 2018		Total in 2018	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	2	0	3	3	33	104
- in endemic countries	2	0	3	0	33	34
- in non-endemic countries	0	0	0	3	0	70

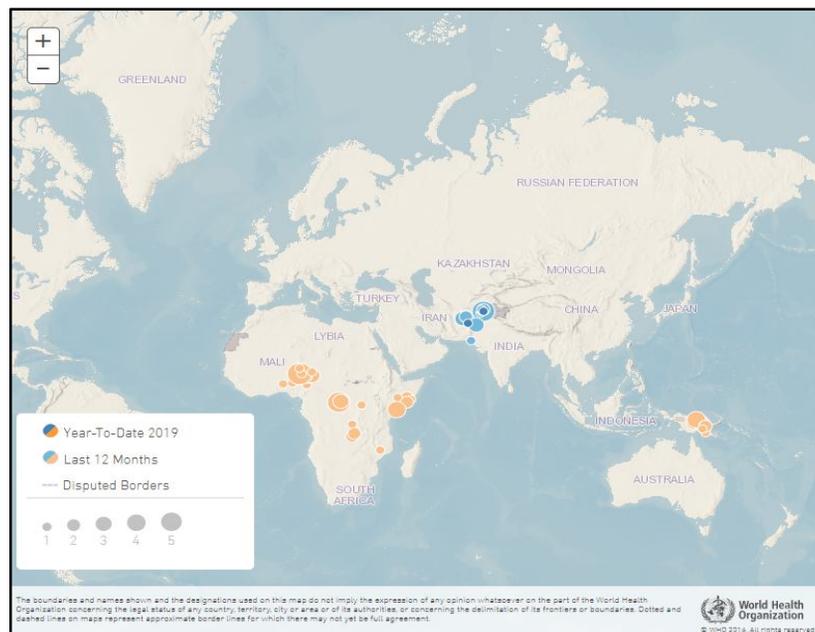
<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS

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

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

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



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



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 04/02/2019

Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)



COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

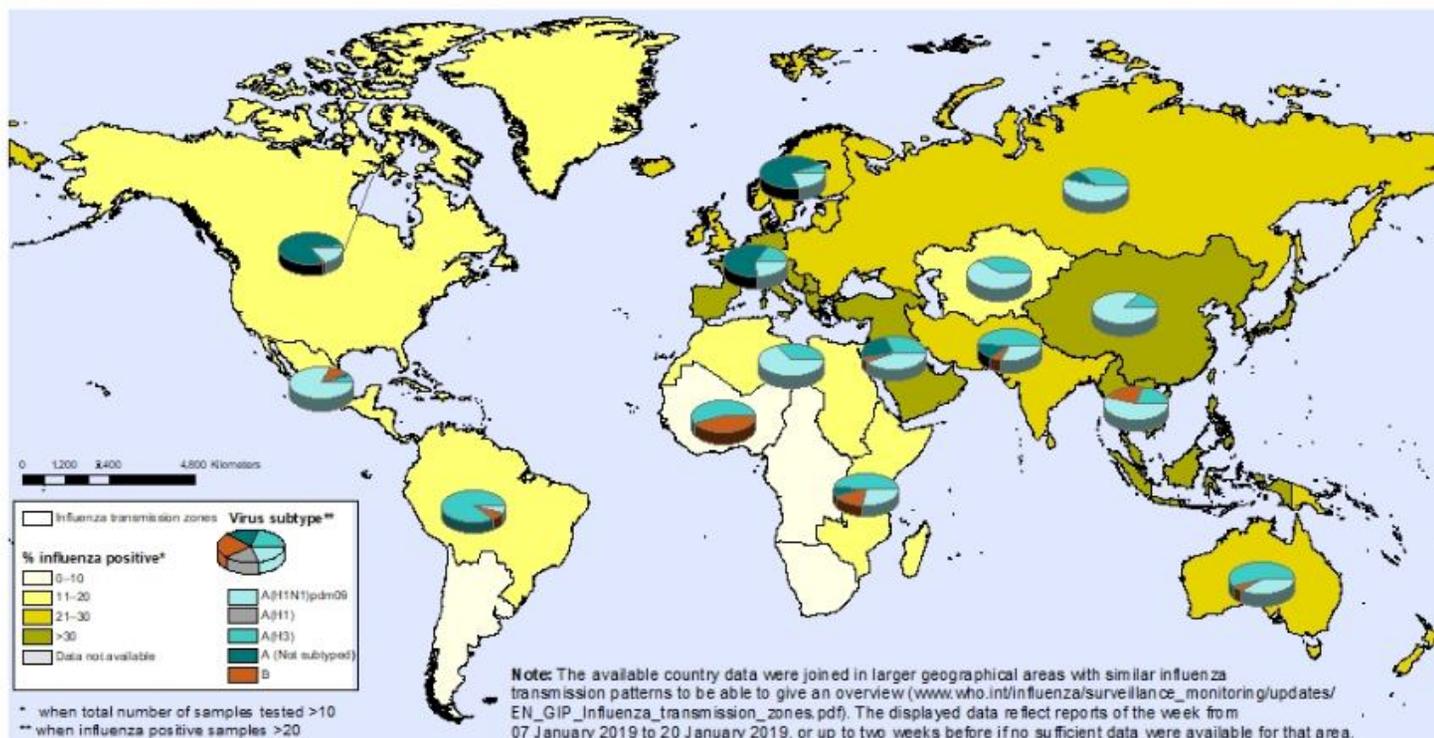
Na zona temperada do hemisfério norte, a atividade da influenza continuou a aumentar. Na América do Norte, a atividade da influenza pareceu diminuir ligeiramente com o predomínio do influenza A (H1N1) pdm09. Na Europa, a atividade da gripe continuou a aumentar, com ambos os vírus A circulando. No norte da África, as detecções de influenza A (H1N1) pdm09 aumentaram acentuadamente no Marrocos. Na Ásia Ocidental, a atividade da gripe continuou a aumentar em alguns países e pareceu diminuir entre os países da Península Arábica. Na Ásia Oriental, a atividade da influenza continuou a aumentar, predominando o vírus influenza A (H1N1) pdm09. No sul da Ásia, as detecções de influenza permaneceram elevadas no geral.

A atividade da influenza continuou a aumentar no Irã (República Islâmica do Irã), com o vírus influenza A (H3N2) predominando na circulação. Nas zonas temperadas do hemisfério sul, a atividade da gripe permaneceu em níveis inter-sazonais. Em todo o mundo, os vírus sazonais da gripe A foram responsáveis pela maioria das detecções.

Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de influenza de 110 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 7 de janeiro de 2019 a 20 de janeiro de 2019 (dados em 2019-02-01 04:30:14 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 232.136 espécimes durante esse período de tempo. 59.457 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 58.436 (98,3%) foram tipificados como influenza A e 1.021 (1,7%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 24.559 (77,7%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 7.058 (22,3%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 85 (34,6%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 161 (65,4%) à linhagem B-Victoria.

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

Status as of 01 February 2019

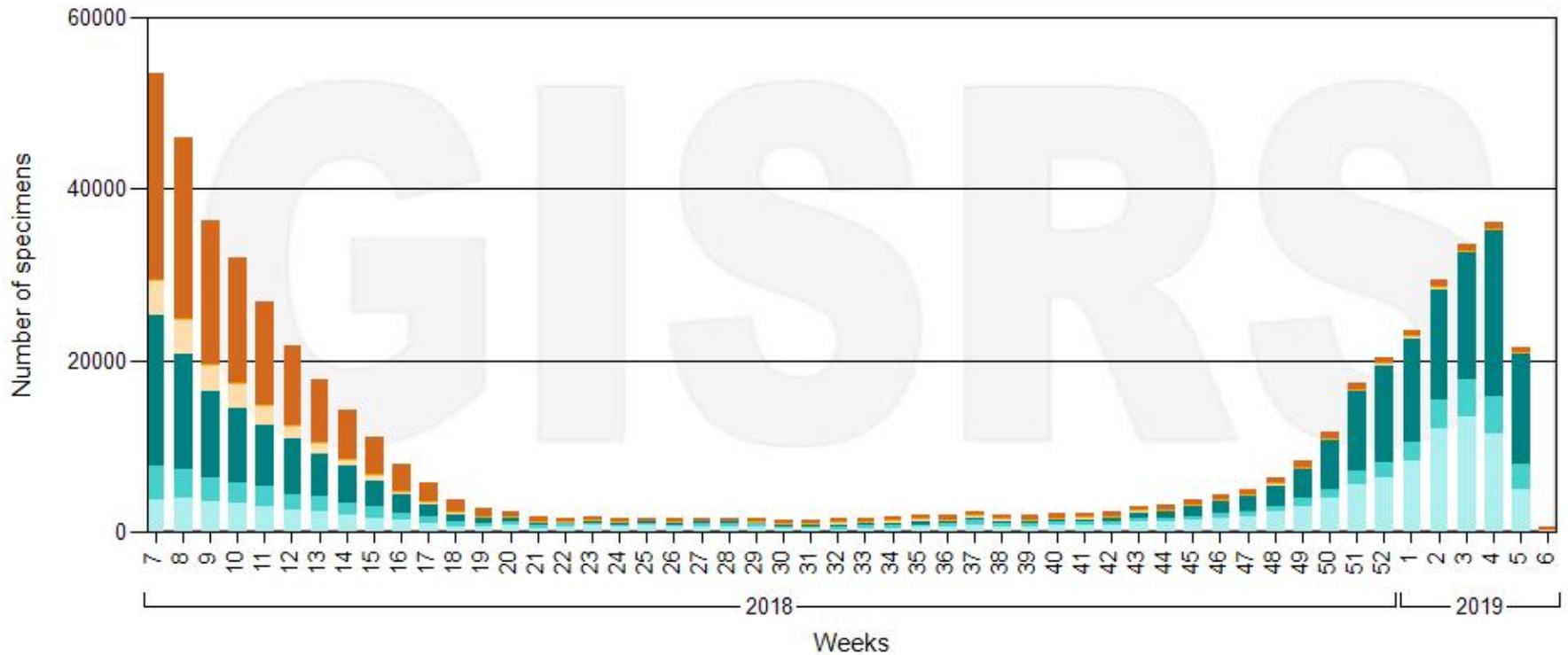


The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers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

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

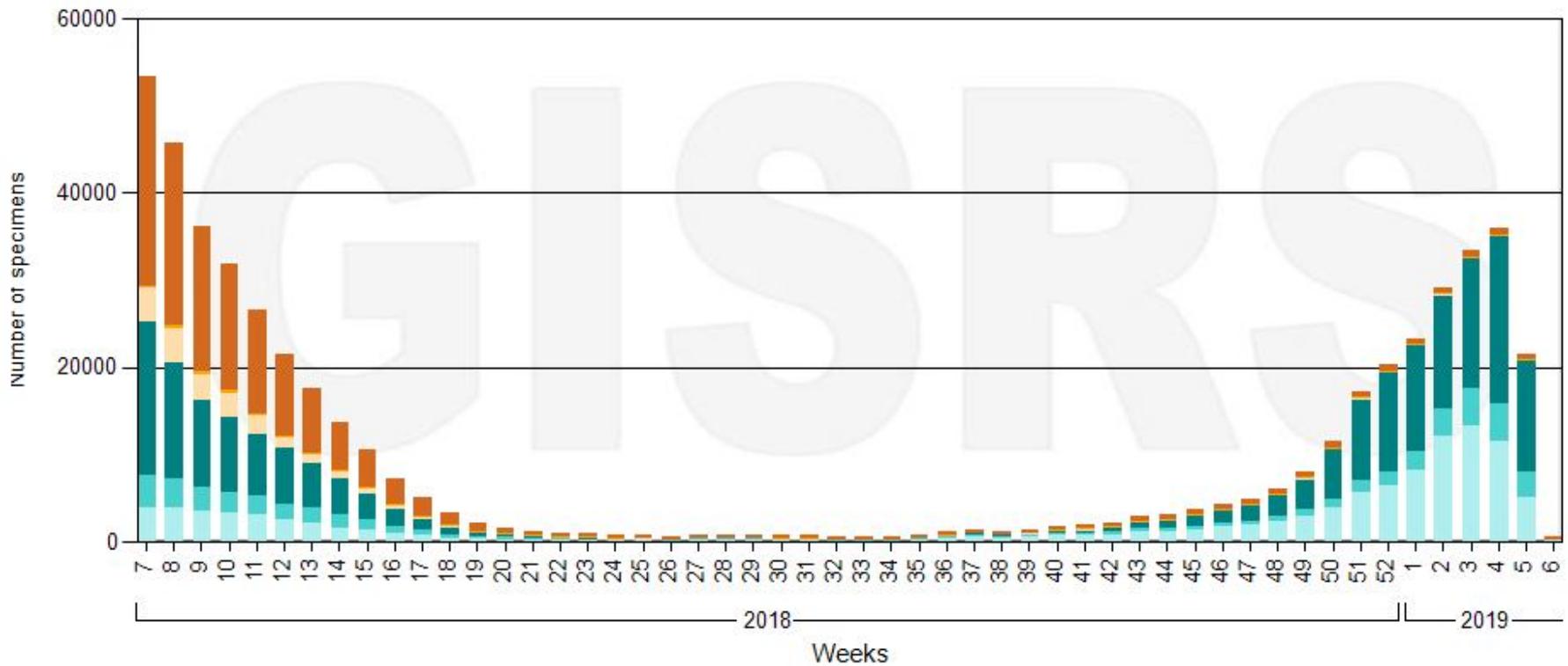
Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



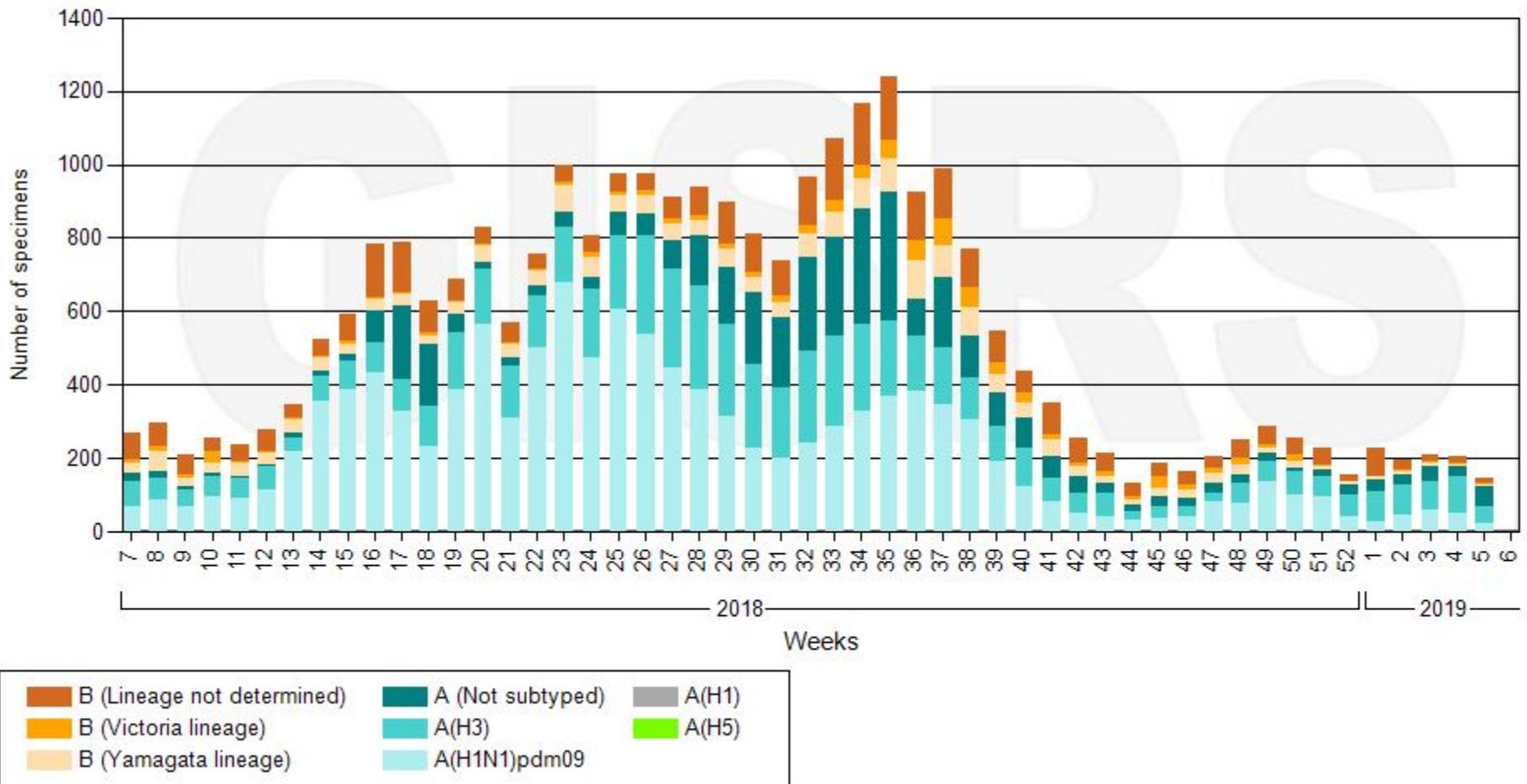
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 11/02/2019 16:29:09 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Southern hemisphere

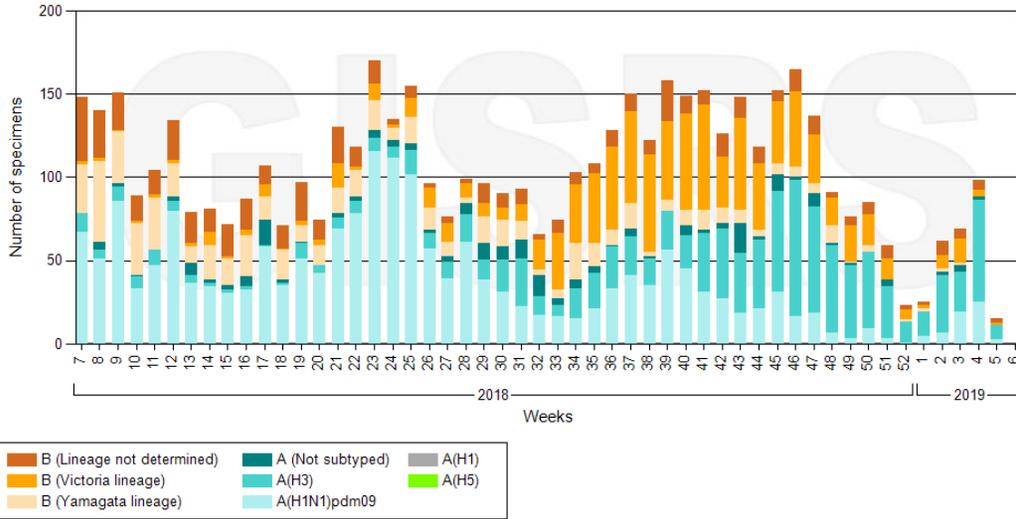
Number of specimens positive for influenza by subtype





African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

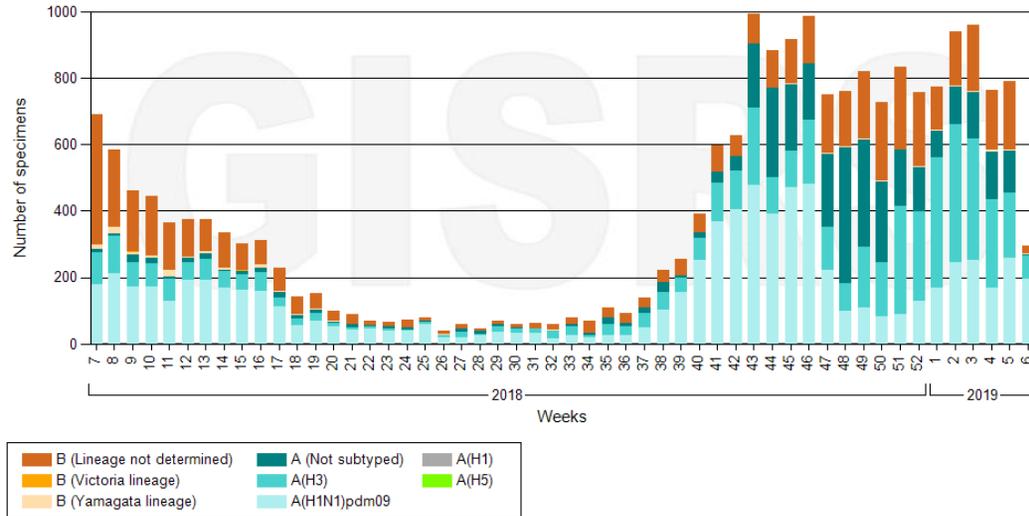


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2019

Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



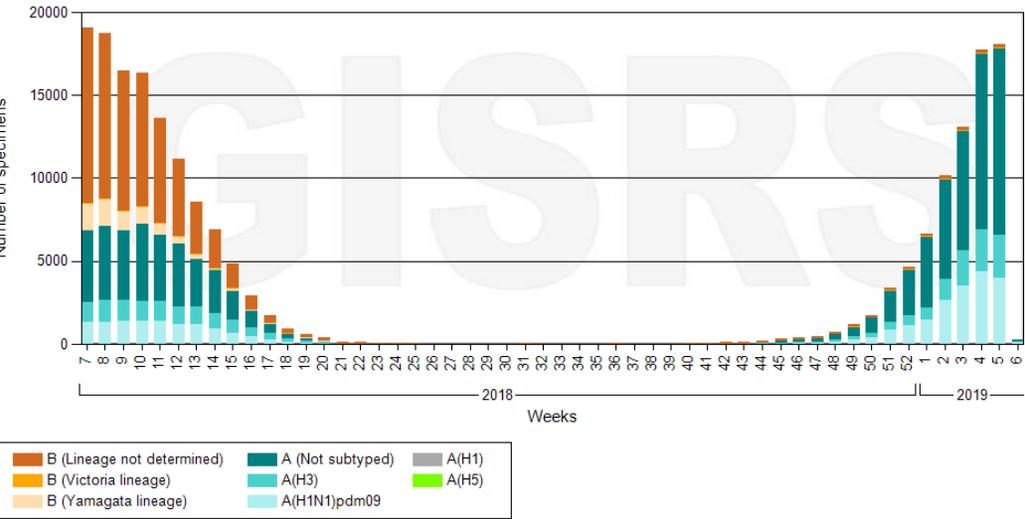
Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2019



European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

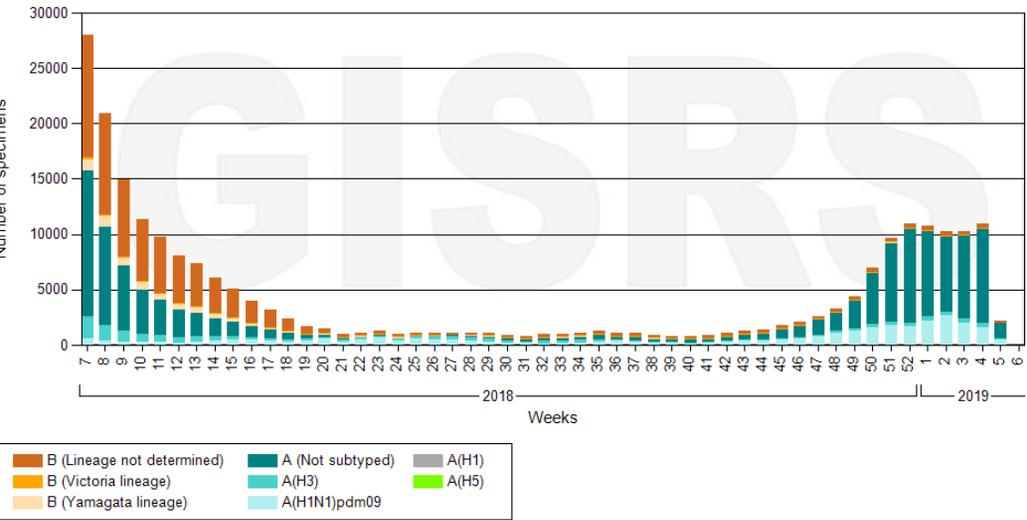


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2019

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



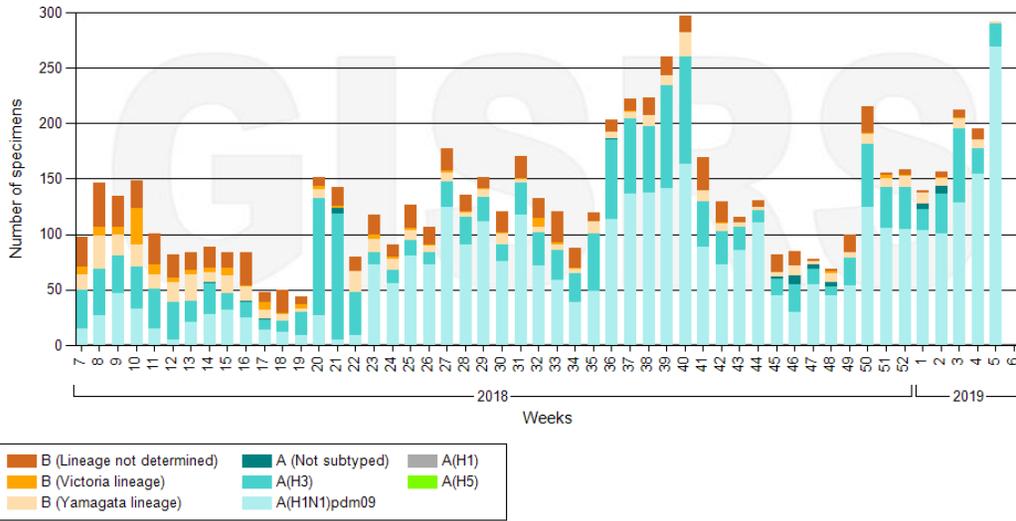
Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2019



South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

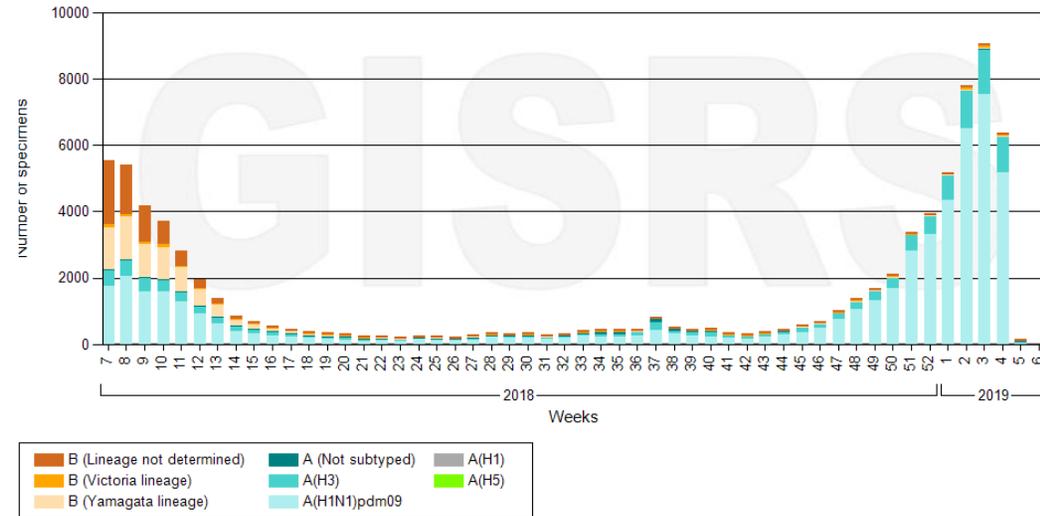


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2019

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2019

Fontes utilizadas na pesquisa

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