GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

# INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

## Semanas Epidemiológicas 09 e 10/2019

## (24/02/2019 a 09/03/2019)

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

GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

# EVENTOS ESTADUAIS

## Semanas Epidemiológicas 09 e 10/2019

## (24/02/2019 a 09/03/2019)

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

# ESCORPIÕES



**Local de ocorrência:** Paraná
**Data da informação**: 11/03/2019
**Origem da informação**: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

**COMENTÁRIOS:**

A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná tem acompanhado a dispersão de escorpiões nos municípios dentro do Programa Estadual de Vigilância de Acidentes por Animais Peçonhentos e Venenosos. Em 2018, foram registrados 3.144 acidentes, sendo a maior parte no Norte, Oeste e Noroeste do Estado. Das 22 Regionais de Saúde, os maiores números de ocorrências foram registrados nas regionais de Paranavaí (518 casos) e de Maringá (762 casos, sendo 223 somente no município de Colorado). Na regional de Curitiba, houve ocorrências na capital e em Pinhais. Neste ano de 2019, até o início de março já foram registrados 456 casos em todo o estado.

Entre as espécies nativas, todas podem causar acidentes. Porém, a maior parte dos casos registrados nos últimos anos foi causada pelo escorpião amarelo, de forte veneno, que não é uma espécie nativa, mas que foi introduzida no Paraná, antes dos anos 90. Isso ocorreu pelo transporte passivo destes animais, que se escondem em vãos de lenhas, tábuas e outros materiais, sendo levados para outros municípios, estados ou até países.

“Mesmo de forma involuntária, o homem auxilia na dispersão de uma espécie. Para se ter uma ideia, certa vez recebemos de uma moradora de Curitiba um escorpião nativo do Peru, que ela capturou dentro de seu apartamento. Como ela estava de férias naquele país, provavelmente o animal encontrou sua mochila aberta, se alojou por lá e foi trazido para o Curitiba sem que ela percebesse”, exemplifica Emanuel Marques da Silva, biólogo da Divisão de Zoonoses e Intoxicações da SESA e coordenador do Programa Estadual de Vigilância de Acidentes por Animais Peçonhentos e Venenosos. “Alguns municípios estão em um processo inicial de infestação pelo escorpião amarelo, enquanto outros municípios já estão em um processo grande de infestação”, completa.

No caso desta espécie, há dois fatores que contribuem para uma infestação: trata-se de um animal com grande capacidade de adaptação aos ambientes alterados pelo homem, em especial o ambiente urbano. Isso favorece para que o animal se reproduza de forma mais eficaz. Além disso, o escorpião amarelo não precisa de um casal de animais para se reproduzir, bastando uma fêmea para gerar filhotes (reprodução por partenogênese). “Cada filhote que nasce, quando instalado em um ambiente favorável, vai crescer e gerar novos filhotes quando tiver em torno dos 9 meses de vida. Com isso, temos um processo de infestação de forma rápida, pois esse escorpião é capaz de gerar de 2 a 4 crias por ano, com 20 filhotes em média, podendo ter mais de 80 filhotes em um ano, de uma única fêmea”, alerta o biólogo.

Quanto ao controle, há uma crença de que criar galinhas no quintal pode eliminar escorpiões, que são alimento destas aves. “Essa informação não é verdadeira, pois as galinhas se recolhem para dormir no entardecer, enquanto o escorpião é um animal de hábitos noturnos, que sai de seu esconderijo após escurecer. Ele até é encontrado durante o dia em caso de infestações grandes e nisso a galinha pode comer um ou outro, mas não vai controlar a quantidade enquanto o ser humano não alterar o ambiente favorável para o escorpião”, explica.

Caso seja encontrado um escorpião em uma residência, ele deve ser capturado ou abatido. Deve-se tomar muito cuidado ao capturar um escorpião vivo, pois ele pode se movimentar rapidamente durante uma fuga e se esconder. O ideal é empurrá-lo para dentro de um pote, que será fechado com tampa. Em seguida, este escorpião deve ser levado à Secretaria Estadual de Saúde para identificação. Assim será possível avaliar o risco que aquele animal representa para a saúde e tomar as providências para reduzir sua ocorrência.

Em caso de uma picada, deve-se procurar a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) mais próxima o mais rápido possível, principalmente em caso de crianças, para que os danos causados pelo envenenamento sejam minimizados pelo tratamento. O soro antipeçonhento é disponibilizado apenas na Rede SUS.

A picada de um escorpião causa dor imediata, podendo irradiar para o membro e ser acompanhada de adormecimento, vermelhidão e suor. Podem surgir suor excessivo, agitação, tremores, náuseas, vômitos, salivação excessiva, dentre outros sintomas mais graves. “Como se sente a dor logo após a picada, normalmente você vai ver o animal que picou e saber que foi um escorpião. O perigo que temos com as crianças pequenas é que se elas forem picadas, vão sentir a dor, chorar e não vão saber que bicho picou, por isso é importante monitorar a presença deste animal na sua propriedade”, finaliza Emanuel.

Fotos: Emanuel Marques da Silva

# FEBRE AMARELA

**Local de ocorrência:** Paraná
**Data da informação**: 07/03/2019
**Origem da informação**: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

**COMENTÁRIOS:**

**Vigilância de casos humanos**

No período de 01/07/2018 a 07/03/2019 foram notificados 199 casos. Destes, 08 foram confirmados para febre amarela sendo 05 autóctones e 62 estão em investigação. Os casos confirmados residem em: Curitiba, Antonina, Morretes, Campina Grande do Sul e Adrianópolis, com local provável de infecção na tabela 2. O primeiro óbito por febre amarela ocorreu em 06/03/2019, tendo com município de residência Morretes e o local provável de infecção está em investigação.

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

| Classificação | Casos | Óbitos |
|---|---|---|
| Confirmados | 8 | 1 |
| Em investigação | 62 | 0 |
| Descartados | 129 | 0 |
| Total | 199 | 1 |

**Tabela2. Distribuição dos casos de febre amarela notificados no período sazonal de 01/07/2018 a 07/03/2019, por município de residência, Paraná.**

| RS | Município de Residência | Notificados | Em Investigação | Confirmados | | Descartados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | n | LPI (Local provável de infecção) | |
| 1 | Antonina | 6 | 0 | 2 | Guaraqueçaba<br>Em investigação | 4 |
| | Guaraqueçaba | 2 | 1 | 0 | | 1 |
| | Guaratuba | 1 | 1 | 0 | | 0 |
| | Matinhos | 3 | 2 | 0 | | 1 |
| | Morretes | 9 | 3 | 1 | Em investigação | 5 |
| | Paranaguá | 57 | 8 | 0 | | 49 |
| | Pontal do Paraná | 2 | 0 | 0 | | 2 |
| 2 | Adrianópolis | 4 | 2 | 2 | Adrianópolis | 0 |
| | Almirante Tamandaré | 1 | 1 | 0 | | 0 |
| | Bocaiúva do Sul | 2 | 1 | 0 | | 1 |
| | Campina Grande do Sul | 7 | 1 | 1 | Guaraqueçaba | 5 |
| | Campo Largo | 3 | 3 | 0 | | 0 |
| | Campo Magro | 2 | 0 | 0 | | 2 |
| | Cerro Azul | 1 | 0 | 0 | | 1 |
| | Colombo | 8 | 6 | 0 | | 2 |
| | Curitiba | 25 | 5 | 2 | Itaóca-SP<br>São José dos Pinhais | 18 |
| | Piên | 2 | 0 | 0 | | 2 |
| | Pinhais | 1 | 0 | 0 | | 1 |
| | Piraquara | 3 | 1 | 0 | | 2 |
| | São José dos Pinhais | 23 | 18 | 0 | | 5 |
| | Tunas do Paraná | 1 | 1 | 0 | | 0 |
| 3 | Palmeira | 4 | 1 | 0 | | 3 |
| | Ponta Grossa | 1 | 1 | 0 | | 0 |
| 7 | Chopinzinho | 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 | 5 | 0 | 0 | | 5 |
| | Itaipulândia | 1 | 0 | 0 | | 1 |
| 10 | Cascavel | 5 | 2 | 0 | | 3 |
| | Iguatu | 1 | 0 | 0 | | 1 |
| | Quedas do Iguaçu | 2 | 1 | 0 | | 1 |
| | Vera Cruz do Oeste | 1 | 0 | 0 | | 1 |
| 15 | Maringá | 1 | 0 | 0 | | 1 |
| | Sarandi | 2 | 0 | 0 | | 2 |
| 16 | Arapongas | 1 | 0 | 0 | | 1 |
| | Rio Bom | 1 | 1 | 0 | | 0 |
| 17 | Londrina | 1 | 0 | 0 | | 1 |
| | Lupionópolis | 1 | 0 | 0 | | 1 |
| | Primeiro de Maio | 1 | 1 | 0 | | 0 |
| 18 | Uraí | 1 | 0 | 0 | | 1 |
| 20 | Marechal Cândido Rondon | 1 | 1 | 0 | | 0 |
| Total | | 199 | 62 | 8 | | 129 |

(Tabela continua ao lado)

Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA-PR Resultados preliminares, sujeitos a alteração. DBF 07/03/2019.

# FEBRE AMARELA

**Local de ocorrência:** Paraná
**Data da informação**: 07/03/2019
**Origem da informação**: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

**COMENTÁRIOS:**

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

Neste período de monitoramento 2018/2019, ocorreram epizootias em primatas não humanos (PNH) em 43 municípios, com confirmação de circulação do vírus amarílico em 02 municípios, Antonina e Morretes. Até o momento 12 municípios estão com epizootia em investigação e 15 com epizootia indeterminada (sem coleta de amostra).

**Tabela3. Distribuição das epizootias notificadas, no período de monitoramento de 01/07/2018 a 06/03/2019, 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 |
| | Morretes | 1 | 1 | | | 2 |
| 2 | Araucária | | | 1 | | 1 |
| | Bocaiúva | | | 2 | | 2 |
| | Campina Grande do Sul | | | 1 | | 1 |
| | Cerro azul | | | 2 | | 2 |
| | Contenda | | | 1 | | 1 |
| | Curitiba | | 3 | | 1 | 4 |
| | Doutor Ulysses | | | 2 | | 2 |
| | Lapa | | | | 1 | 1 |
| | Piên | | 1 | | | 1 |
| | Piraquara | | 1 | | 1 | 2 |
| | São José dos Pinhais | | | | 2 | 2 |
| | Tijucas do Sul | | 1 | | | 1 |
| 3 | Castro | | 2 | | | 2 |
| | São João do Triunfo | | | 1 | | 1 |
| 4 | Teixeira Soares | | | | 1 | 1 |
| 6 | Bituruna | | 1 | | | 1 |
| | Paulo Frontin | | | 1 | | 1 |
| 7 | Mangueirinha | | | | 1 | 1 |
| | Palmas | | | | 1 | 1 |
| 8 | Pranchita | | | 1 | | 1 |
| 9 | Foz do Iguaçu | | 2 | | 3 | 5 |
| | Matelândia | | | | 1 | 1 |
| | Missal | | 1 | | | 1 |
| 10 | Cascavel | | 2 | | | 2 |
| 11 | Boa Esperança | | | 1 | | 1 |
| | Iretama | | 1 | | | 1 |
| | Mamboré | | | | 1 | 1 |
| | Peabiru | | | 1 | | 1 |
| 13 | Jussara | | | | 1 | 1 |
| | São Manoel do Paraná | | 1 | | | 1 |
| | Tapejara | | 1 | | | 1 |
| 14 | Planaltina do Paraná | | 1 | | | 1 |
| 15 | Maringá | | 9 | 2 | 1 | 12 |
| 16 | Apucarana | | 1 | | | 1 |
| | Jandaia do Sul | | 1 | | | 1 |
| | São Pedro do Ivaí | | 1 | | | 1 |
| 17 | Londrina | | 1 | | | 1 |
| 19 | Barra do Jacaré | | 2 | | | 2 |
| | Carlópolis | | 1 | | | 1 |
| 20 | Guaíra | | 1 | 1 | | 2 |
| Total | | 2 | 36 | 21 | 15 | 74 |

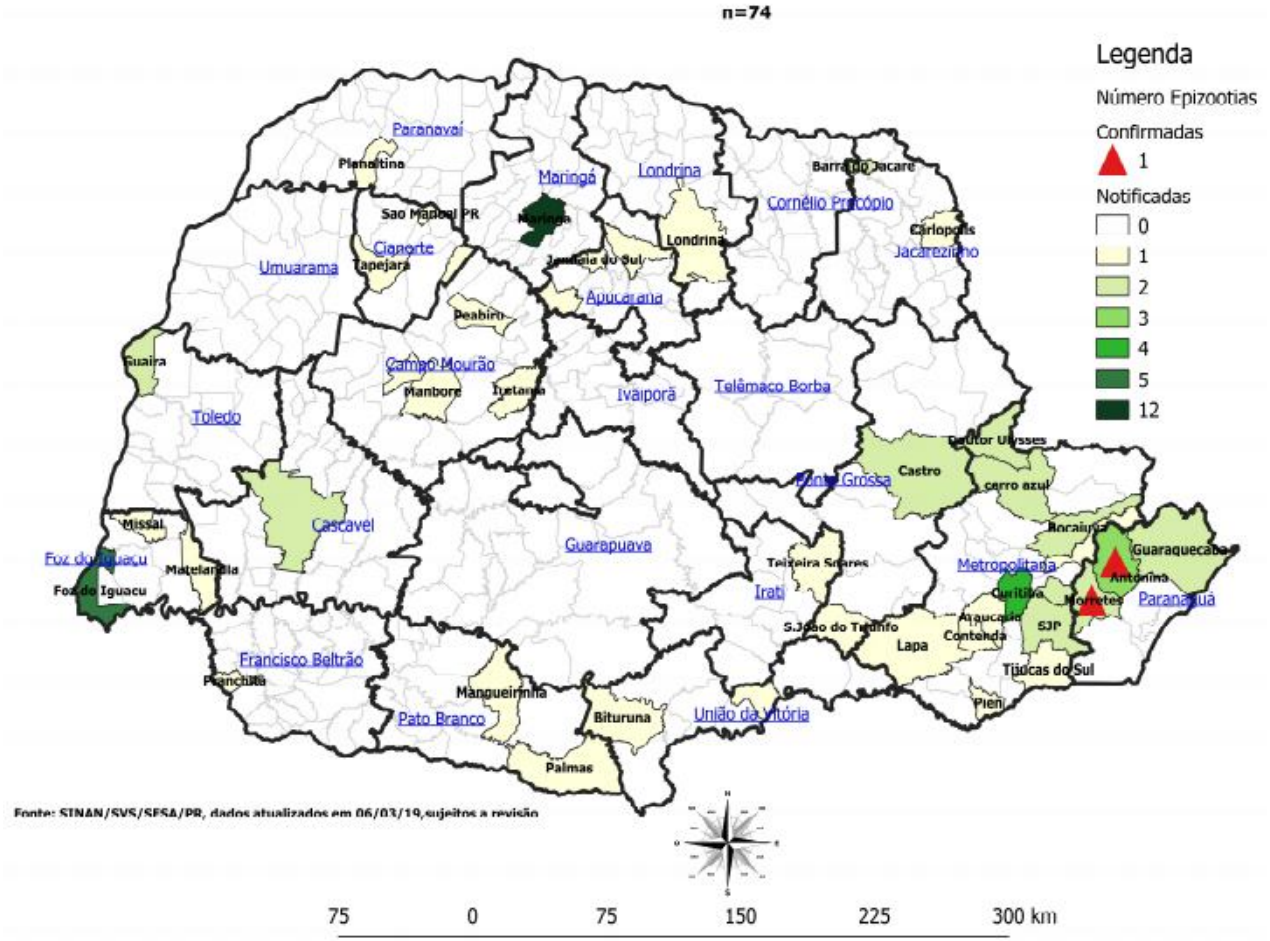
Fonte: Sinan Net, dados atualizados em 06/03/2019, sujeitos a alteração. * Morte de macaco, sem coleta de amostras do animal objeto da notificação.

# FEBRE AMARELA

**Local de ocorrência:** Paraná
**Data da informação**: 07/03/2019
**Origem da informação**: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

**COMENTÁRIOS:**

Os municípios que registraram epizootias no período de monitoramento de julho/2018 a junho/2019 estão dispostos no Mapa 1, com 02 epizootias confirmadas, sendo 01 no município de Antonina e outra em Morretes.




**Mapa 1: Epizootias notificadas e confirmadas em PNH, segundo local de ocorrência, Paraná, 01/07/2018 a 06/03/2019**

# FEBRE AMARELA

**Local de ocorrência:** Paraná
**Data da informação**: 07/03/2019
**Origem da informação**: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

**COMENTÁRIOS:**

**Imunização**

| RS | Cobertura FA (<1 ANO) Cobertura (%) |
|---|---|
| 1 | 72,28 |
| 2 | 95,93 |
| 3 | 109,22 |
| 4 | 123,04 |
| 5 | 103,64 |
| 6 | 122,7 |
| 7 | 101,51 |
| 8 | 118,49 |
| 9 | 100,38 |
| 10 | 125,91 |
| 11 | 122,08 |
| 12 | 122,31 |
| 13 | 144,9 |
| 14 | 135,86 |
| 15 | 114,11 |
| 16 | 112,13 |
| 17 | 112,37 |
| 18 | 117,58 |
| 19 | 141,61 |
| 20 | 57,3 |
| 21 | 104,39 |
| 22 | 115,33 |
| TOTAL | 106,28 |

Fonte: SIPNI, 07/03/2019, dados preliminares

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

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estática (IBGE, 2010) o Estado do Paraná tem uma população estimada em 10.577.755 habitantes distribuídas em 399 municípios. Em janeiro/2019 a cobertura vacinal em menores de 1 ano foi de 106,28 %. Entre janeiro e fevereiro foram aplicadas 216.339 doses da vacina contra febre amarela na população de 9 meses a 60 anos, sendo que, a maior demanda para vacinação da população 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 na 1º e 2º Regional de Saúde, bem como a 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 Imunização.

| Faixa Etária | Doses aplicadas |
|---|---|
| 9M - 11M | 22010 |
| 1 ANO | 4519 |
| 2 ANOS | 2459 |
| 3 ANOS | 2262 |
| 4 ANOS | 2527 |
| >=5 a 9 ANOS | 10908 |
| >=10 a 14 ANOS | 10745 |
| >=15 a 59 ANOS | 154304 |
| >=60A | 6605 |
| TOTAL | 216339 |

Fonte: SIPNI, 06/03/2019, dados preliminares

**Tabela 5. Relatório consolidado de doses aplicadas, por faixa etária, Paraná, Janeiro e fevereiro/2019**

# DENGUE

**Local de ocorrência:** Paraná
**Data da informação**: 12/03/2019
**Origem da informação**: Superintendência de Vigilância em Saúde – Sala de Situação em Saúde

**COMENTÁRIOS:**

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2018 (primeira semana de agosto) a 10/2019.

Foram notificados no referido período 14.408 casos suspeitos de dengue, dos quais 8.810 foram descartados. Os demais estão em investigação.

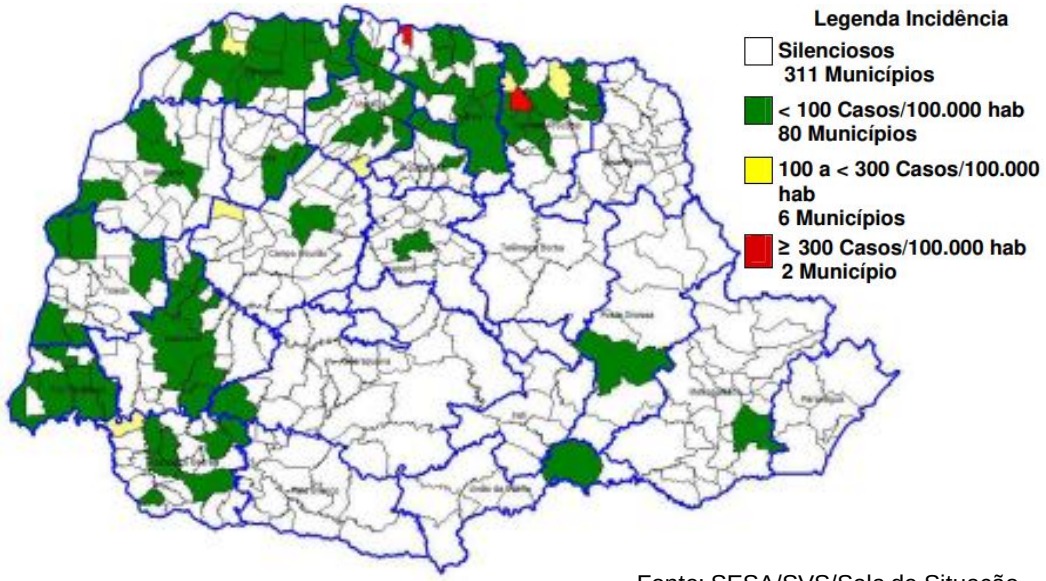
A incidência no Estado é de 8,03 casos por 100.000 hab. (896/11.163.018 hab.). O Ministério da Saúde classifica como baixa incidência quando o número de casos autóctones for menor do que 100 casos por 100.000 habitantes.

Os municípios com maior número de casos suspeitos notificados são Londrina (4.017), Foz do Iguaçu (1.395) e Maringá (961). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Londrina (292), Uraí (100) e Foz do Iguaçu (68).

| DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 10/2019* | PERÍODO 2018/2019 |
|---|---|
| MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO | 290 |
| REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO | 22 |
| MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS | 108 |
| REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS | 19 |
| MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES | 88 |
| REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (02ª,03ª, 06º,08ª,09ª,10ª, 11ª,12ª,13ª,14ª,15ª,16ª, 17ª, 18ª, 20ª e 22ª) | 16 |
| **TOTAL DE CASOS** | **962** |
| TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES | 896 |
| TOTAL DE CASOS IMPORTADOS | 66 |
| **TOTAL DE NOTIFICADOS** | **14.408** |

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

**Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2018 a 10/2019.**




Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

**Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 10/2019.**

| CLASSIFICAÇÃO FINAL | CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO | | TOTAL |
|---|---|---|---|
| | Laboratorial (%) | Clínico-epidemiológico (%) | |
| Dengue | 948 (98,5%) | 14 (1,5%) | 962 |
| Dengue com Sinais de Alarme (DSA) | 37 | - | 37 |
| Dengue Grave (D G) | 9 | - | 9 |
| Descartados | - | - | 8.810 |
| Em andamento/investigação | - | - | 4.590 |
| **Total** | **994 (6,9%)** | **14 (0,10%)** | **14.408** |

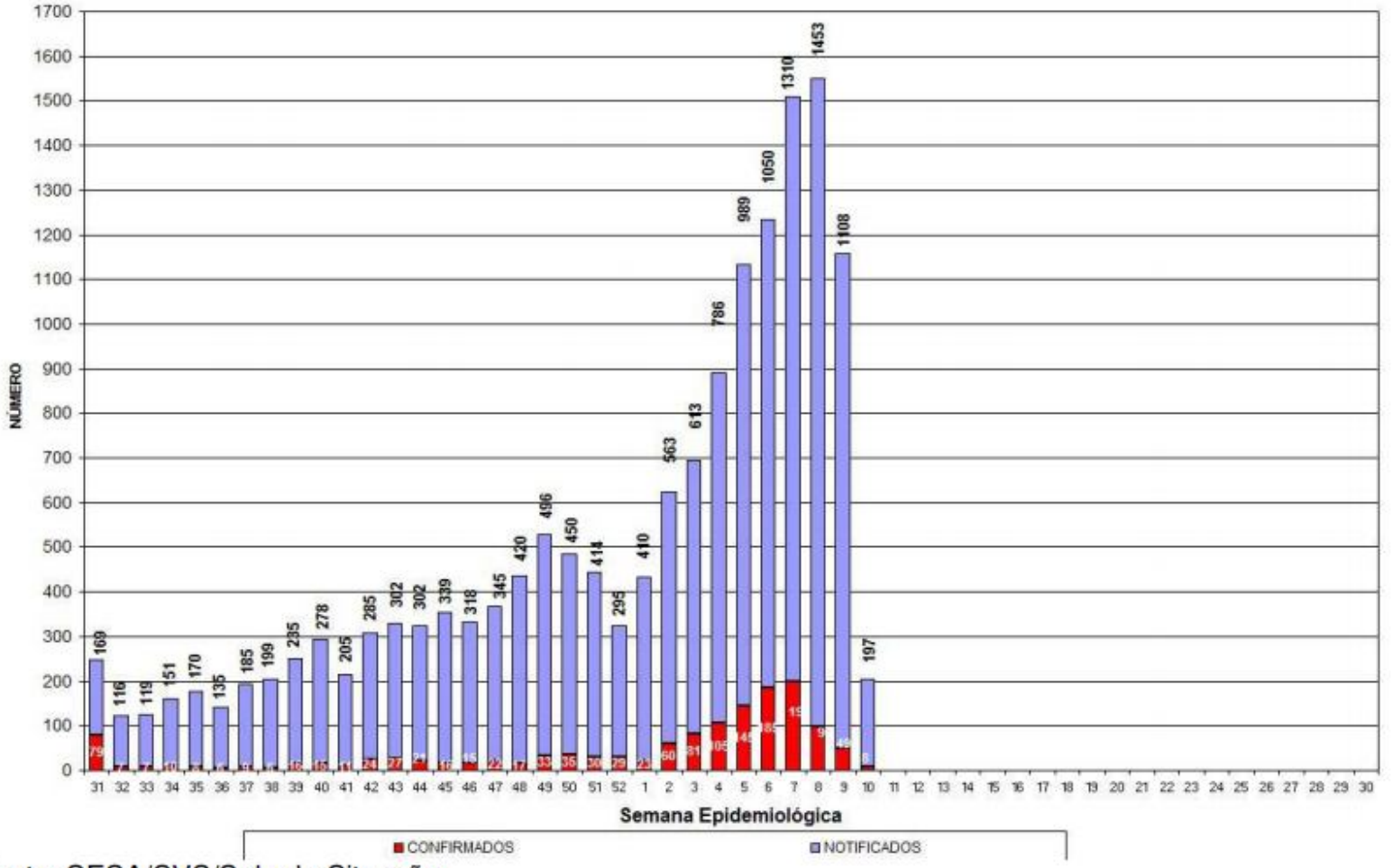
Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

# DENGUE

**Local de ocorrência:** Paraná
**Data da informação**: 12/03/2019
**Origem da informação**: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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

**Figura 1. Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2018 a 10/2019.**

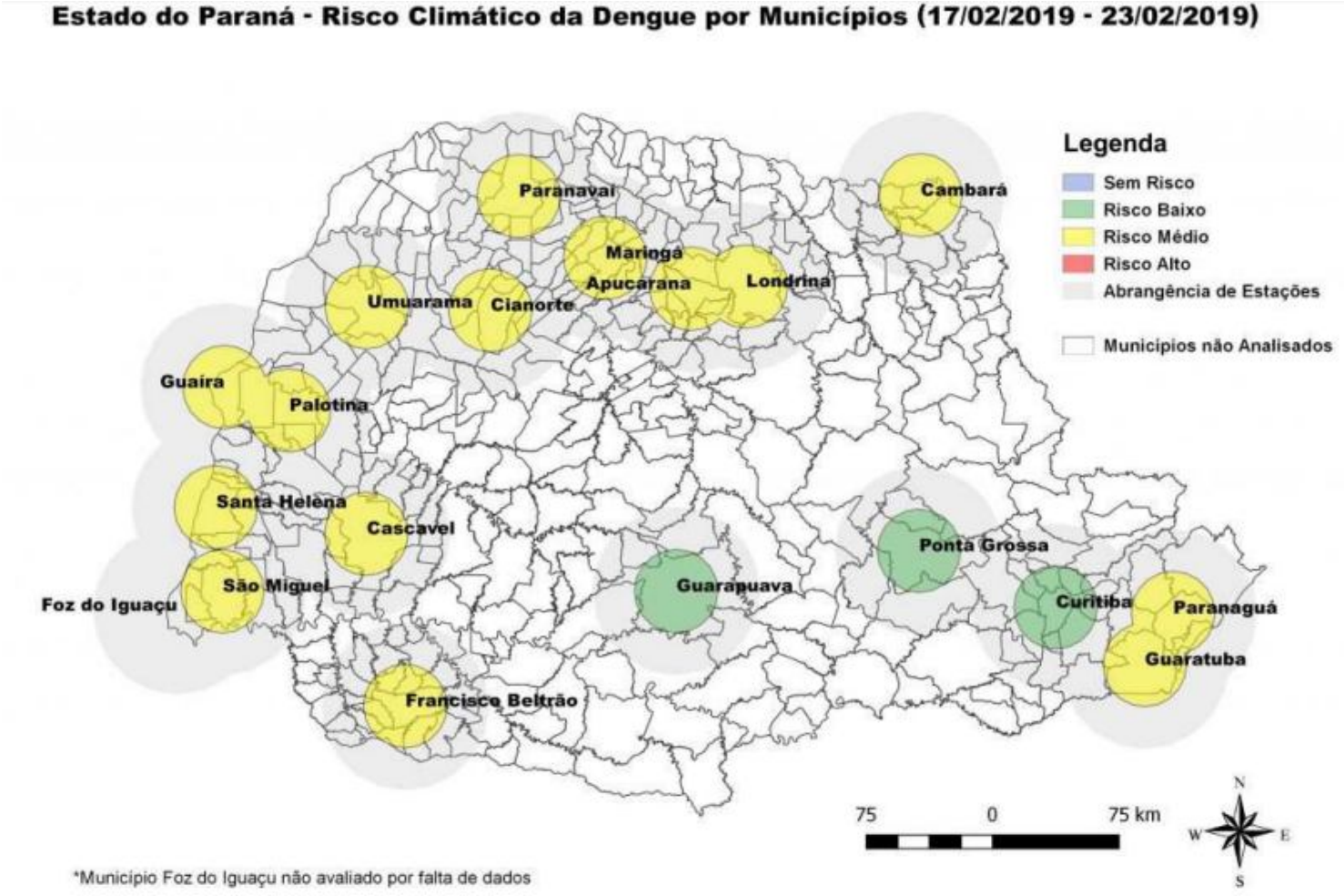



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

# DENGUE

**Local de ocorrência:** Paraná
**Data da informação**: 12/03/2019
**Origem da informação**: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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




Fonte: Laboclima/UFPR

Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 08/2019 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti :*

- **00 (zero) sem risco;**
- **03 (três) com risco baixo**
- **15 (quinze) com risco médio;**
- **00 (zero) 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**: 12/03/2019
**Origem da informação**: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

**Tabela 2 – Número de casos de dengue, notificados, dengue grave (DG), dengue com sinais de alarme (DSA), óbitos e incidência por 100.000 habitantes por Regional de Saúde, Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 10/2019***

| REGIONAL DE SAÚDE | POPU-LAÇÃO | CASOS | | | NOTIFI-CADOS | DSA | DG | ÓBI-TOS | INCI-DÊNCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | AUTÓC | IMPORT | TOTAL | | | | | |
| 1ª RS - Paranaguá | 286.602 | 0 | 0 | 0 | 699 | 0 | 0 | 0 | - |
| 2ª RS - Metropolitana | 3.502.790 | 1 | 10 | 11 | 578 | 0 | 0 | 0 | 0,03 |
| 3ª RS - Ponta Grossa | 618.376 | 1 | 0 | 1 | 23 | 0 | 0 | 0 | 0,16 |
| 4ª RS - Irati | 171.453 | 0 | 1 | 1 | 14 | 0 | 0 | 0 | - |
| 5ª RS - Guarapuava | 459.398 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | - |
| 6ª RS - União da Vitória | 174.970 | 1 | 0 | 1 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0,57 |
| 7ª RS - Pato Branco | 264.185 | 0 | 0 | 0 | 67 | 0 | 0 | 0 | - |
| 8ª RS - Francisco Beltrão | 355.682 | 37 | 6 | 43 | 360 | 0 | 0 | 0 | 10,40 |
| 9ª RS - Foz do Iguaçu | 405.894 | 69 | 15 | 84 | 1.736 | 7 | 3 | 0 | 17,00 |
| 10ª RS - Cascavel | 540.131 | 54 | 4 | 58 | 583 | 8 | 0 | 0 | 1- |
| 11ª RS - Campo Mourão | 340.320 | 36 | 0 | 36 | 445 | 0 | 0 | 0 | 10,58 |
| 12ª RS - Umuarama | 277.040 | 3 | 1 | 4 | 219 | 0 | 0 | 0 | 1,08 |
| 13ª RS - Cianorte | 154.374 | 2 | 0 | 2 | 194 | 0 | 0 | 0 | 1,30 |
| 14ª RS - Paranavaí | 274.257 | 88 | 1 | 89 | 859 | 0 | 0 | 0 | 32,09 |
| 15ª RS - Maringá | 799.890 | 58 | 6 | 64 | 1.299 | 0 | 0 | 0 | 7,25 |
| 16ª RS - Apucarana | 372.823 | 6 | 3 | 9 | 326 | 0 | 0 | 0 | 1,61 |
| **17ª RS - Londrina** | 935.904 | 358 | 4 | 362 | 5.723 | 21 | 6 | 0 | 38,25 |
| 18ª RS - Cornélio Procópio | 230.231 | 167 | 4 | 171 | 844 | 1 | 0 | 0 | 72,54 |
| 19ª RS - Jacarezinho | 290.216 | 0 | 1 | 1 | 87 | 0 | 0 | 0 | - |
| 20ª RS - Toledo | 385.916 | 14 | 7 | 21 | 291 | 0 | 0 | 0 | 3,63 |
| 21ª RS - Telêmaco Borba | 184.436 | 0 | 1 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | - |
| 22ª RS - Ivaiporã | 138.130 | 1 | 2 | 3 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0,72 |
| **TOTAL PARANÁ** | **11.163.018** | **896** | **66** | **962** | **14.408** | **37** | **9** | **0** | **8,03** |

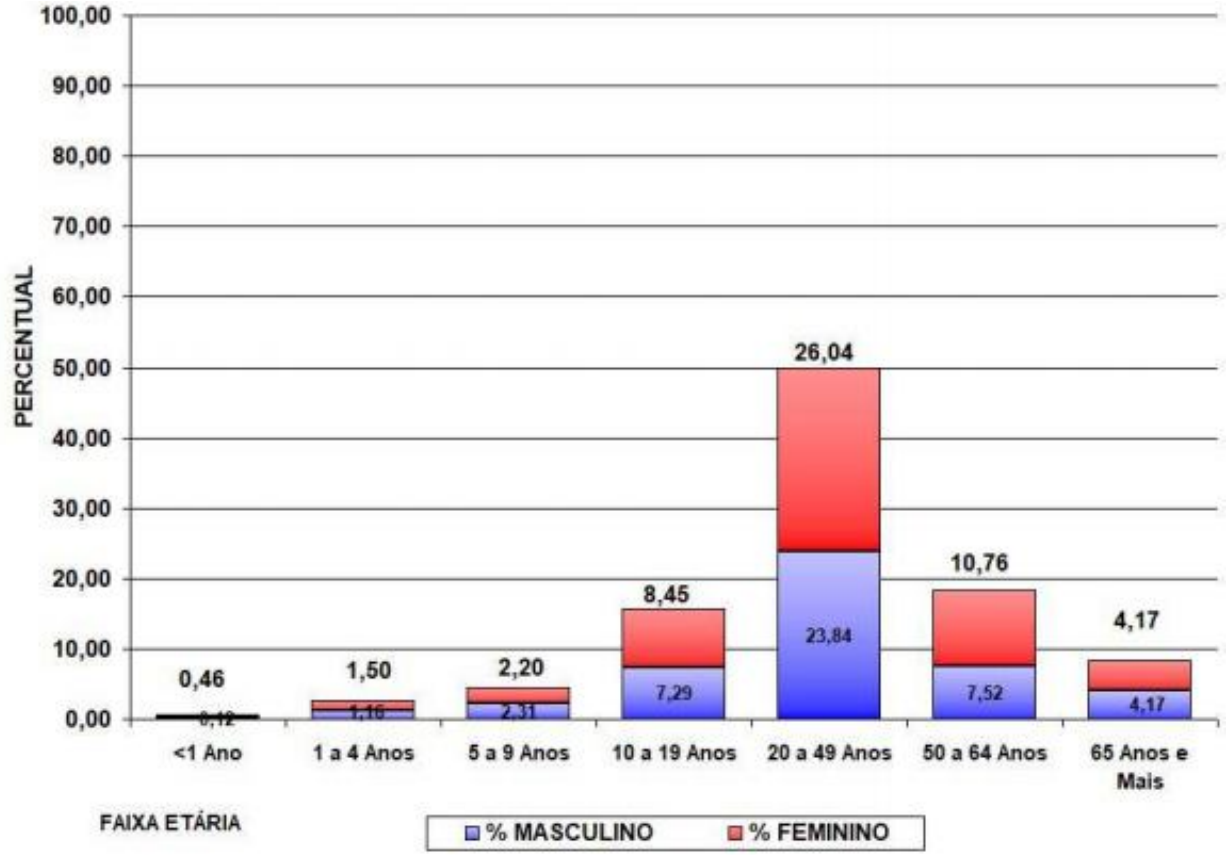
FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA
NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015.

# DENGUE

**Local de ocorrência:** Paraná
**Data da informação**: 12/03/2019
**Origem da informação**: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 49,88% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 50 a 64 anos (18,29%) e 15,74% 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 10/2019, Paraná – 2018/2019.**




Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

# CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

**Local de ocorrência:** Paraná
**Data da informação**: 12/03/2019
**Origem da informação**: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

**Número de casos confirmados autóctones, importados, total de confirmados e notificados de CHIKUNGUNYA e ZIKA VÍRUS e incidência (de autóctones) por 100.000 habitantes por município – Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 09/2019***

| RS | MUNICÍPIOS | População | CHIKUNGUNYA | | | | | ZIKA VÍRUS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | AUTOC | IMPORT | TOTAL | NOTIF | INCID | AUTOC | IMPORT | TOTAL | NOTIF | INCID |
| 1 | Guaratuba | 35.182 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1 | Paranaguá | 150.660 | 0 | 0 | 0 | 13 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 2 | Campo Largo | 124.098 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 2 | Curitiba | 1.879.355 | 0 | 1 | 1 | 15 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0,00 |
| 2 | Pinhais | 127.045 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 |
| 2 | Quatro Barras | 22.048 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 2 | Quitandinha | 18.419 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 2 | São José dos Pinhais | 297.895 | 0 | 0 | 0 | 36 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 12 | 0,00 |
| 3 | Carambeí | 21.590 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0,00 |
| 3 | Palmeira | 33.753 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 |
| 3 | Ponta Grossa | 337.865 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,00 |
| 4 | Teixeira Soares | 11.495 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 5 | Laranjeiras do Sul | 32.133 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 |
| 6 | União da Vitória | 56.265 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 7 | Honório Serpa | 5.769 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 7 | Pato Branco | 79.011 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 8 | Dois Vizinhos | 39.138 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 |
| 8 | Flor da Serra do Sul | 4.802 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 8 | Francisco Beltrão | 86.499 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,00 |
| 8 | Nova Prata do Iguaçu | 10.722 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 8 | Salto do Lontra | 14.539 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 9 | Foz do Iguaçu | 263.782 | 0 | 2 | 2 | 30 | 0,00 | 1 | 0 | 1 | 23 | 0,38 |
| 9 | Itaipulândia | 10.236 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 9 | Medianeira | 44.885 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,00 |
| 9 | Serranópolis do Iguaçu | 4.652 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 |
| 9 | Sta Terezinha Itaipu | 22.570 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 10 | Cafelândia | 16.611 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 10 | Campo Bonito | 4.259 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 |
| 10 | Cascavel | 312.778 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 32 | 0,00 |
| 10 | Corbélia | 17.076 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 |
| 10 | Formosa do Oeste | 7.296 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 10 | Quedas do Iguaçu | 32.982 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 10 | Três Barras do Paraná | 12.227 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,00 |
| 11 | Campo Mourão | 92.930 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 11 | Roncador | 11.065 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 12 | Altônia | 21.744 | 0 | 0 | 0 | 21 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 12 | Maria Helena | 5.982 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 12 | Mariluz | 10.541 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 12 | Nova Olímpia | 5.782 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 12 | Umuarama | 108.218 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |

# CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

**Local de ocorrência:** Paraná
**Data da informação**: 12/03/2019
**Origem da informação**: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

**Número de casos confirmados autóctones, importados, total de confirmados e notificados de CHIKUNGUNYA e ZIKA VÍRUS e incidência (de autóctones) por 100.000 habitantes por município – Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 09/2019***

| 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 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 14 | Loanda | 22.603 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 14 | Marilena | 7.134 | 0 | 0 | 0 | 12 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0,00 |
| 14 | Mirador | 2.334 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 14 | Paranavaí | 86.773 | 0 | 0 | 0 | 12 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0,00 |
| 14 | Planaltina do Paraná | 4.277 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 14 | Querência do Norte | 12.247 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 15 | Astorga | 25.976 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 15 | Colorado | 23.678 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 15 | Itambé | 6.192 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 15 | Lobato | 4.690 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 15 | Mandaguari | 34.289 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 15 | Marialva | 34.388 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 15 | Maringá | 397.437 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0,00 |
| 15 | Nova Esperança | 27.886 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 |
| 15 | Paiçandu | 39.291 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 15 | Paranacity | 11.069 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 15 | Santa Fé | 11.431 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 15 | Santa Inês | 1.765 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 15 | Sarandi | 90.376 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 |
| 16 | Apucarana | 130.430 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 16 | Arapongas | 115.412 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 17 | Cambe | 103.822 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 |
| 17 | Jaguapitã | 13.174 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0,00 |
| 17 | Londrina | 548.249 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 19 | Barra do Jacaré | 2.821 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 19 | Ibaiti | 30.678 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 19 | Quatiguá | 7.410 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 19 | Siqueira Campos | 20.094 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 |
| 20 | Diamante D'Oeste | 5.259 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 |
| 20 | Palotina | 30.859 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 20 | Toledo | 132.077 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 20 | Tupãssi | 8.261 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,00 |
| | **TOTAL** | **11.163.018** | 0 | 4 | 4 | 271 | 0,00 | 1 | 0 | 1 | 127 | 0,01 |

**FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA**

NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015. *Dados considerados até 12 de Março de 2019. Alguns municípios apresentaram correção de informações. -Todos os dados deste Informe são provisórios e podem ser alterados no sistema de notificação pelas Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Essas alterações podem ocasionar diferença nos números de uma semana epidemiológica para outra.

GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

# EVENTOS NACIONAIS

## Semanas Epidemiológicas 09 e 10/2019

## (24/02/2019 a 09/03/2019)

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

# ANVISA

**Local de ocorrência:** Nacional
**Data da informação:** Fevereiro/2019
**Fonte da informação:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**COMENTÁRIOS:**

● Todos os receituários médicos, inclusive os de medicamentos sujeitos à controle especial agora têm validade nacional. É o que determina a Lei 13.732, publicada no dia 9 de novembro de 2018 e em vigor desde o dia 7 de fevereiro deste ano. Para o paciente, a nova regra facilita a compra de medicamentos com receita em qualquer estado ou no Distrito Federal, independentemente da unidade federada onde ela foi emitida. Antes, alguns receituários só tinham validade no local em que o atendimento havia sido realizado.

A nova lei vale para todas as prescrições de medicamentos de controle especial. Os medicamentos sujeitos a controle especial são aqueles que contêm as substâncias listadas no Anexo I da Portaria 344/1998, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O documento regulamenta o uso de substâncias entorpecentes, psicotrópicas, precursoras e outras sob controle especial. O objetivo é proteger a população quanto ao uso e controle sanitário dessas substâncias.

**Regras que não foram alteradas**

A nova lei não trouxe alteração quanto à validade das Notificações de Receita "A" e das Receitas de Controle Especial da Portaria SVS/MS n° 344/98. Isso porque esses tipos de receituário já tinham validade em todo o território nacional. Além disso, a lei não alterou a exigência de apresentação das Notificações de Receitas "A" e das receitas de controle especial, provenientes de outra unidade federativa, para averiguação e visto da autoridade sanitária local, conforme estabelece a Portaria 344/1998. A Anvisa esclarece que não há essa exigência para os demais receituários controlados previstos na referida portaria.

**Prescrições estaduais**

A Anvisa ressalta, ainda, que a prescrição de medicamento controlado também pode ser aviada de acordo com normas estaduais, que estabelecem procedimentos complementares em relação às regras previstas na Portaria 344/98, desde que não inviabilizem a aplicação da Lei 13.732/2018.

Leia a legislação:

Lei 13.732, de 2018

Portaria 344, de 1998

---

● Cerca de 10 mil produtos para a saúde, entre eles equipamentos médicos e medicamentos que não possuem registro na Anvisa, foram apreendidos em Brasília (DF), na quinta-feira (28/2). Na ação conjunta da Agência com a Coordenação de Repressão aos Crimes Contra o Consumidor, a Ordem Tributária e a Fraudes (Corf), da Polícia Civil do Distrito Federal (PCDF), foi preso em flagrante o dono do estabelecimento.

A operação foi denominada *Periculo Salutis* (Risco de Segurança) e ocorreu após uma denúncia recebida pela Coordenação de Segurança Institucional (CSEGI) da Anvisa sobre uma suposta comercialização irregular de produtos de saúde sujeitos à vigilância sanitária.

O estabelecimento comercial, localizado na Asa Norte, a princípio seria uma loja de produtos de beleza, mas comercializava os produtos de forma irregular e sem ter registro para esse tipo de funcionabilidade, atuando de forma ilegal e vendendo produtos pirateados e sem nenhum controle de segurança para o consumidor.

**Orientações ao consumidor**

A Anvisa lembra que os produtos sem registro na Agência não oferecem as garantias de eficácia, segurança e qualidade exigidas para produtos sob vigilância sanitária. Sem estes requisitos mínimos, os produtos irregulares apresentam um alto risco de dano e ameaça à saúde das

Continua na próxima página)

# ANVISA

**Local de ocorrência:** Nacional
**Data da informação:** Fevereiro/Março/2019
**Fonte da informação:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**COMENTÁRIOS:**

pessoas, e a Anvisa não recomenda sua utilização.

**Denuncie**

No caso de confirmação de um produto irregular ou falsificado, informe à Anvisa por meio de denúncia à Ouvidoria (ouvidori@tende) ou de ligação para a Central de Atendimento (0800 642 9782). Forneça todas as informações disponíveis, incluindo o nome do produto e do fabricante, o local de aquisição do produto, bem como, se possível, uma amostra do produto para que as ações cabíveis sejam adotadas.

---

● A Anvisa divulgou, na terça-feira (12/3), uma lista com 90 marcas de cigarro comercializadas de forma irregular no país. Os produtos representam um grave problema para a sociedade, já que têm preço mais baixo dos que os regularizados e consequentemente são mais acessíveis para crianças e adolescentes, altamente vulneráveis à iniciação no consumo precoce de tabaco.

A Agência alerta ainda que não há níveis seguros para o consumo de qualquer produto derivado do tabaco. Por esse motivo, a única forma de estar livre dos riscos relacionados a esses produtos é não consumi-los e não respirar a fumaça produzida por quem fuma.

**Cigarros ilegais**

O aumento dos impostos e dos preços do cigarro, como ação efetiva para a redução do tabagismo, está previsto no artigo 6º da Convenção-Quadro da OMS para Controle do Tabaco (CQCT), adotada pelos países-membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), da qual o Brasil é signatário. Entretanto, o mercado ilegal de cigarros tende a minar os efeitos dessa política, ao colocar no mercado cigarros com preços abaixo do preço mínimo estabelecido pela Secretaria da Receita Federal (SRF).

Um relatório do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) aponta que a estimativa da proporção de cigarros ilegais consumidos no Brasil, em 2017, foi de 38,5% do consumo total de cigarros. Além disso, destaca que “o problema do uso de cigarros ilegais no Brasil, contudo, é real e parece ser mais prevalente entre as pessoas de menor renda e educação, pois representa mais de 50% do consumo dos fumantes com menos de 8 anos de escolaridade”.

Outro dado importante é que, no período de 2012 a 2016, houve queda no consumo de cigarros legais, juntamente com queda na prevalência de fumantes e aumento do consumo de cigarros ilegais. Estes resultados refletem, provavelmente, os seguintes fatores combinados: aumento da cessação de fumar entre quem fumava cigarro legal (maioria dos fumantes); redução do volume de cigarros legais consumidos; e migração do consumo de cigarros legais para o consumo de cigarros ilegais entre os fumantes de cigarros legais que não conseguiram parar de fumar.

O diretor Renato Alencar Porto, supervisor da Gerência Geral de Registro e Fiscalização de Produtos Fumígenos, Derivados ou não do Tabaco (GGTAB), ressaltou a importância da iniciativa de elaboração de alertas sobre produtos fumígenos irregulares. “Diante da prevalência de quase 40% do consumo de cigarros ilegais no Brasil, iniciativas que visam coibir essa tendência devem ser estimuladas, com o fim de aprimorar as políticas de combate ao tabagismo no país”, afirmou Renato Porto.

**Identificação**

Para identificar se o produto derivado do tabaco está registrado na Anvisa, basta consultar, na página da Agência,uma lista com os produtos regulares. Essa lista, atualizada mensalmente, apresenta os produtos registrados e que podem ser comercializados de forma regular no Brasil.

Continua na próxima página)

# ANVISA

**Local de ocorrência:** Nacional
**Data da informação:** Março/2019
**Fonte da informação:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**COMENTÁRIOS:**

Caso o produto não esteja especificado na referida lista, ele não possui registro, o que impede sua comercialização e sua importação. Nesse caso, denúncias podem ser feitas pelo número 0800 642 9782 ou pela Ouvidoria da Anvisa.

Os alertas de tabaco serão divulgados periodicamente no endereço **http://portal.anvisa.gov.br/tabaco/alertas**



**Marcas de cigarro comercializadas SEM REGISTRO***

| | | | |
|---|---|---|---|
| 51 BOX AZUL | EURO PRATA | MILL BLUE | REYES VERMELHO |
| 51 BOX VERMELHO | EURO PREMIUM | MILL BLUE LABEL | RICA AZUL |
| 777 | FLY | MILL RED | RODEO |
| BILL | FLY RED | MILL RED LABEL | SAN MARINO |
| BLITZ | FOX | MIX | SAN MARINO AZUL |
| BROADWAY SUAVE | FUNK | MIX FULL FLAVOR | SAN MARINO EXPRESS |
| CALVERT | GIFT AZUL | MIX LOW TAR | SAN MARINO FILTRO BRANCO |
| CALVERT LIGHT | GIFT VERMELHO | MP | SAN MARINO KS FILTER |
| CLASSIC | HOBBY | PAGODE AZUL | SOFT |
| CLASSIC AZUL | HUDSON | PAGODE VERMELHO | TE |
| COLT | K9 | PALERMO | TE GUARANI |
| CONVAIR | K9 VERMELHO | PARIS AZUL | US |
| DJARUM BLACK | KIRBY | PARIS DOURADO | US FOX |
| EGIPT | KOOP | PARIS PRATA | US MILD |
| EIFFEL | KOP | PBY PRETO | VANGUARD |
| EIGHT | KOP AZUL | PLAY | VILA RICA |
| EIGHT AZUL | KOP VERMELHO | PLAY LISTA VERMELHO | VIP |
| EIGHT FBL | MADISON | PLAZA BOQUERON SUAVE SOFT | WS BLUE |
| EIGHT KS | MADRID | POINT | WS RED |
| EIGHT VERMELHO | MAXXI | POLO | YANK |
| EURO | MEGA STAR | R7 AZUL | YANK RED |
| EURO AZUL | MIGHTY | R7 VERMELHO | |
| EURO MILD | MILL | REYES AZUL | |

*Consulta realizada em banco de dados da Anvisa em 11/03/2019

# AS DOENÇAS DA ENCHENTE

**Local de ocorrência:** São Paulo
**Data da informação:** 11/03/2019
**Fonte da informação:** bbc.com (fonte informal)

**COMENTÁRIOS:**

Pelo menos sete ruas dos bairros localizados em São Miguel Paulista estão embaixo d'água há mais de um mês. O mau cheiro causado pelo excesso de lixo e animais mortos embrulha o estômago até mesmo dentro das casas. Quem vive no local não consegue sair de casa sem afundar o pé na água suja do rio Tietê.

Eles são obrigados a passar por isso para trabalhar, comprar pão ou levar o filho na escola. E fazem isso sem nenhuma proteção. De chinelos ou mesmo descalços, caminham pelo alagamento sem ter ideia de onde estão pisando.

Nesta semana, a reportagem da BBC News Brasil visitou o local e conversou com dezenas de moradores, que relataram ter contraído várias doenças diferentes - como leptospirose, dengue e hepatite - por conta da água represada no bairro em períodos chuvosos há pelo menos dez anos. Entre os sintomas manifestados, estão infecções, febre, diarreia e vômito.

Nos 50 primeiros dias de 2019, 9.368 moradores da região receberam atendimento médico. Entre eles, 147 estavam com diarreia.

A Prefeitura de São Paulo informou que cerca de 4,5 mil famílias da região receberam indenizações ou auxílio aluguel desde 2009, quando foi declarado estado de calamidade pública na região devido a um temporal. Desse total, 1,5 mil receberam moradias populares.

**Risco de contaminação**

Infectologistas entrevistados pela BBC News Brasil disseram que as doenças mais comuns em áreas alagadas são leptospirose e diarreia. Apesar de diversos moradores terem relatado casos de tuberculose, eles disseram que a doença é respiratória e transmitida de pessoa para pessoa, sem relação com as enchentes.

A presidente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do instituto do Hospital das Clínicas, Thaís Guimarães, disse que a leptospirose pode ocorrer até mesmo em locais com água limpa.

"A *leptospira* (bactéria transmissora) penetra na pele e, dependendo do caso, pode levar a óbito. Já as diarreias infecciosas ocorrem pela ingestão de água contaminada, que se mistura com esgoto. Se você engole coliformes, tem grandes chances de ter diarreia infecciosa. O paciente tem febre, desidrata e pode até morrer", afirmou.




**Moradores relatam ter contraído leptospirose, dengue e várias outras doenças em região alagada há mais de um mês em SP**

Para ela, porém, o ideal é que nenhuma pessoa estivesse nessa área. "Mesmo se ela tiver usando bota, a água pode entrar no calçado e, se ela não tiver cuidado e colocar a mão no alagamento, vai ter a mesma exposição. Essas pessoas deveriam ir para outros lugares, como abrigos. Não há qualidade de higiene em um local com tanta umidade e mofo", disse Guimarães.

Juvêncio Furtado, professor de Infectologia na Faculdade de Medicina do ABC, diz que os moradores devem seguir algumas recomendações para evitar a contaminação.

"O ideal é que os moradores da região só bebam água tratada. Eles devem ferver a água antes do consumo. O excesso de chuvas ainda pode formar criadouros de mosquitos e transmitir doenças como dengue e febre amarela", afirmou.

(Continua na próxima página)

# AS DOENÇAS DA ENCHENTE

**Local de ocorrência:** São Paulo
**Data da informação:** 11/03/2019
**Fonte da informação:** bbc.com (fonte informal)

**COMENTÁRIOS:**

A Coordenadoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal Saúde de São Paulo (Covisa) ainda alerta que o contato com a água da enchente pode causar cólera, febre tifoide, hepatite A e E, entre outras doenças. A prefeitura pede para que elas procurem imediatamente uma unidade de saúde caso apresentem algum dos seguintes sintomas: febre e calafrios, diarreia, náuseas e vômitos, icterícia (olhos e pele amarelados), fezes claras, urina escura, ferimentos, fraqueza e cansaço, falta de apetite e sangramentos.

O município disse ter distribuído 6.351 frascos de hipoclorito de sódio para 700 famílias que vivem na região das enchentes para que eles usem o produto na limpeza das casas, dos alimentos e da água que bebem.

A prefeitura afirmou ainda que limpou outros dois córregos da região e que, no último ano, 2,9 mil toneladas de lixo foram retiradas do local. Desde 2010, foram retiradas mais de 2 mil carcaças de veículos das águas da região, conhecido como ponto de desova de carros roubados.

**Por que a região fica tanto tempo alagada?**

Principal córrego da região, o Itaim Paulista nasce na cidade de Ferraz de Vasconcelos (Grande SP), passa pelo município de Poá e entra na capital pelo Itaim Paulista, seguindo seu fluxo até desembocar no rio Tietê, em São Miguel Paulista.

O problema está justamente nesse ponto final, onde a água encontra uma barreira que fica represada nos bairros. Questionado, o governo disse que isso acontece "principalmente em razão da várzea do Tietê, com topografia plana típica da região".

O último abaixo-assinado feito pelos moradores pedindo agilidade nas obras já reuniu mais de 2.700 assinaturas. O Governo de São Paulo informou à BBC News Brasil que a construção de um pôlder na região "é prioridade da atual gestão". A pasta disse que o processo de desapropriação de 145 imóveis, iniciado em dezembro de 2017, atrasou o cronograma. E diz que deve entregar a obra até o fim deste ano.

Enquanto as obras não saem, a prefeitura disse que 12 bombas e seis caminhões hidrojato foram disponibilizados em parceria com o Departamento de Águas e Energia Elétrica (DAEE) para retirar a água acumulada da região desde o início dos alagamentos. A reportagem presenciou o trabalho de dois caminhões. Mas o volume de água é grande, não é possível concluir o trabalho em um dia e os moradores veem o trabalho como "enxugar gelo". Segundo eles, na primeira chuva, as ruas enchem novamente.

**Bairro paralisado**

Os bairros de Vila Itaim e Vila Aymoré têm uma população de baixa renda, com poucas opções de lazer. Com os alagamentos, as crianças que vivem na região perdem o principal local onde costumam jogar futebol, empinar pipa e brincar: a rua. Os comerciantes locais também sofrem um grande impacto nas vendas.

A água sobe muito acima do nível da barreira e a velocidade é tão grande que os moradores não conseguem levantar os móveis a tempo e acabam perdendo boa parte do que têm. Para comprar tudo de novo, boa parte da renda familiar é comprometida, num ciclo anual de renovação.




**Prefeitura diz que foram registrados 147 casos de diarreia na região alagada nos 50 primeiros dias deste ano**

# VIOLÊNCIA

**Local de ocorrência:** Nacional
**Data da informação:** 27/02/2019
**Fonte da informação:** g1.globo.com (fonte informal)

**COMENTÁRIOS:**

O Brasil teve uma redução de 13% no número de mortes violentas em 2018. É o que mostra um levantamento feito pelo **G1** com base nos dados oficiais dos 26 estados e do Distrito Federal. Foram registrados 51.589 assassinatos no ano passado, ante 59.128 em 2017.

Apesar da queda, o número de vítimas ainda é alto. São 24,7 mortos a cada 100 mil habitantes.

O levantamento faz parte do Monitor da Violência, uma parceria do **G1** com o Núcleo de Estudos da Violência da USP e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

O levantamento revela que:

- houve uma redução de 7.539 vítimas em um ano

- a taxa de mortos a cada 100 mil no país caiu de 28,5 para 24,7

- apenas três estados (Amapá, Tocantins e Roraima) tiveram aumento no número de mortes violentas

- seis estados apresentaram uma redução superior a 20%

- Pernambuco teve a maior a redução no país: 23%

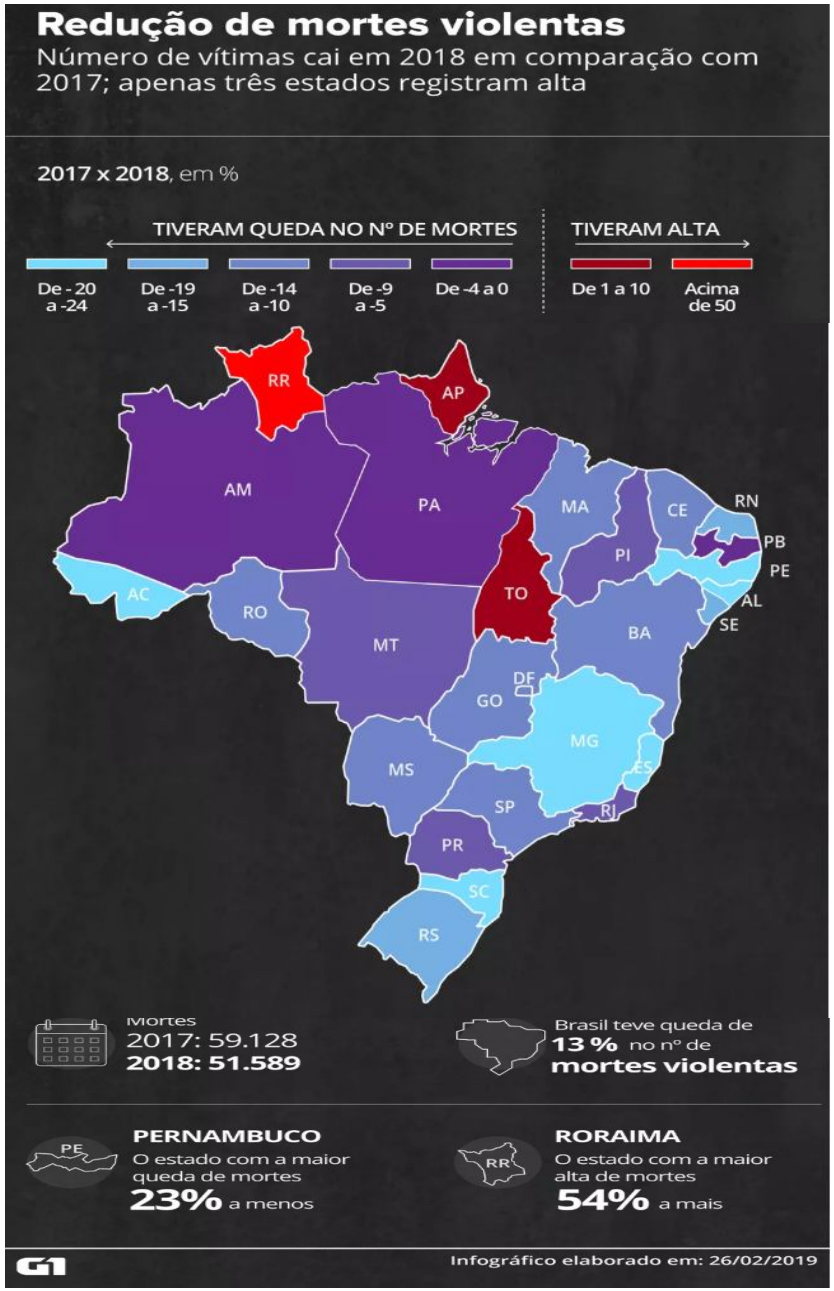
O levantamento é resultado de uma ferramenta criada pelo G1 que permite o acompanhamento dos dados de vítimas de crimes violentos mês a mês no país. Estão contabilizadas as vítimas de homicídios dolosos, latrocínios e lesões corporais seguidas de morte. Juntos, estes casos compõem os chamados crimes violentos letais e intencionais.

Jornalistas do G1 espalhados pelo país solicitaram durante todo o ano de 2018 os dados seguindo o padrão metodológico utilizado pelo fórum no Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Não há hoje uma divulgação desses dados por parte do governo federal – por isso a importância desse projeto.

Os dados coletados pelo G1 mês a mês não incluem as mortes em decorrência de intervenção policial. Isso porque há uma dificuldade maior em obter esses dados em tempo real e de forma sistemática com os governos estaduais. O balanço ainda será realizado dentro do Monitor da Violência, separadamente, como em 2018.

Para Bruno Paes Manso, do Núcleo de Estudos da Violência da USP, a redução das taxas de

(Continua na próxima página)



# VIOLÊNCIA

**Local de ocorrência:** Nacional
**Data da informação:** 27/02/2019
**Fonte da informação:** g1.globo.com (fonte informal)

**COMENTÁRIOS:**

homicídios ocorrida no Brasil em 2018 joga para as autoridades de justiça e de segurança pública um desafio importante: manter a tendência de queda das mortes intencionais violentas em 2019 e nos próximos anos. "A estabilidade fiscal e política das instituições será fundamental para manter a sustentabilidade da queda por período mais longo. Os riscos de retrocesso e do crescimento da violência são sempre grandes", afirma.

Samira Bueno e Renato Sérgio de Lima, do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, dizem que o Brasil dá mostras de que é possível reagir de forma articulada e inteligente à escalada da violência. "Se o poder público e a sociedade aprenderem com as experiências de cooperação e integração de esforços entre diferentes entes e atores como as levadas a cabo em 2018, temos uma oportunidade ímpar de retomar o caminho para um país mais seguro e menos violento.“

Pernambuco, considerado um dos estados mais violentos do Brasil, foi o que teve a maior redução percentual no número de vítimas de crimes violentos.

Foram 4.170 mortes em 2018, contra 5.427 em 2017. Apesar disso, a taxa de mortes a cada 100 mil habitantes continua alta: 43,9.

“Essa redução é fruto de muito investimento e muito trabalho. Ao longo de 2017 e de 2018, o governo do estado fez grandes investimentos na área de segurança. Foi o maior investimento da história de Pernambuco nessa área. Foram construídas novas estruturas para a Polícia Militar, com batalhões no interior, criação de novas estruturas de delegacias especializadas. Também fizemos investimento em pessoal. Fizemos a contratação de mais de 1,5 mil novos servidores da área policial”, afirma o secretário de Defesa Social, Antônio de Pádua.

“Nós tivemos condições, mesmo com a crise, de manter programas importantes como o Atitude, que trabalha justamente na prevenção para usuários de drogas. Investimos muito nas escolas de tempo integral para ampliar a condição dos alunos da rede pública de cursarem um curso integral e levar a eles um convívio com a educação, com a cultura, com os esportes”, afirma o governador Paulo Câmara. “Nós temos condições, em 2019, de ter o melhor ano de toda a história do Pacto Pela Vida e esse é nosso objetivo, um trabalho com foco, com meta, com resolutividade na questão dos homicídios.”

Apenas três estados do Brasil registraram um aumento no número de crimes violentos.

Roraima teve a maior alta: 54%. Foram 345 mortes em 2018, contra 224 em 2017. Com isso, o estado, que foi alvo de uma intervenção federal, passou a ter também a maior taxa de mortos a cada 100 mil no país: 59,8.

“Nós tivemos até então um descontrole na ordem dos presídios em 2018. Esse fato permitiu com que as organizações criminosas passassem a dar ordens de dentro do presídio para um confronte entre as facções que se instalaram, principalmente o Comando Vermelho e o PCC se digladiassem na rua. As ordens partiam diretamente do presídio, onde o índice de fugas era enorme”, afirma o secretário da Segurança Pública de Roraima, Márcio Amorim. Tocantins aparece na segunda posição, com uma alta de 44%. Foram 421 casos em 2018, ante 293 em 2017.

A Secretaria da Segurança Pública do Tocantins diz que, "apesar do aumento de crimes contra a vida, verificou-se efetiva repressão a este tipo criminalidade, com índices de resolutividade atingindo médias superiores a 60% em relação ao número de denúncias do Ministério Público fundadas nos resultados investigativos da Polícia Civil na apuração da autoria dos delitos".

A SSP afirma ainda que o número de crimes violentos registrados no Tocantins em 2019 já é cerca de 14% menor que o verificado no mesmo período de 2018. "Visando à manutenção deste quadro, têm sido realizadas reuniões periódicas entre as forças de segurança locais para a implementação de ações integradas e a gestão de políticas públicas na área.“ O Amapá completa a lista dos três estados com crescimento no número de mortes em um ano. A alta foi de 10% de 2017 para 2018.

O secretário da Segurança do Amapá, José Carlos Correa de Souza, diz que a situação não é exclusiva do estado. “As medidas que estão sendo adotadas pelo governo federal, que hoje assume responsabilidade efetiva para o combate junto com os estados, são de fundamental importância. Eu posso dar como exemplo a Lei Anticrime do Sérgio Moro, mas o governo do Amapá tem feito a sua parte, com a contratação de novos profissionais para a Polícia Militar, Polícia Civil, Polícia Técnica, novos investimentos em tecnologia”, diz. “Temos certeza de que, apesar de todos esses dados, nós vamos ter em 2019 uma redução considerável do número de homicídios.”

# MENINGITE

**Local de ocorrência:** Bahia
**Data da informação:** 10/03/2019
**Fonte da informação:** correio24horas.com.br (fonte informal)

**COMENTÁRIOS:**

Três pessoas foram diagnosticadas com meningite por dia na Bahia na última década. De 2008 a 2018, 11.531 pessoas tiveram a doença no estado, segundo dados do Ministério da Saúde. Desse total, 1.064 morreram. Ou seja, uma a cada 100 vítimas da meningite não resistiu. A Bahia é o sétimo estado no país com mais casos registrados.

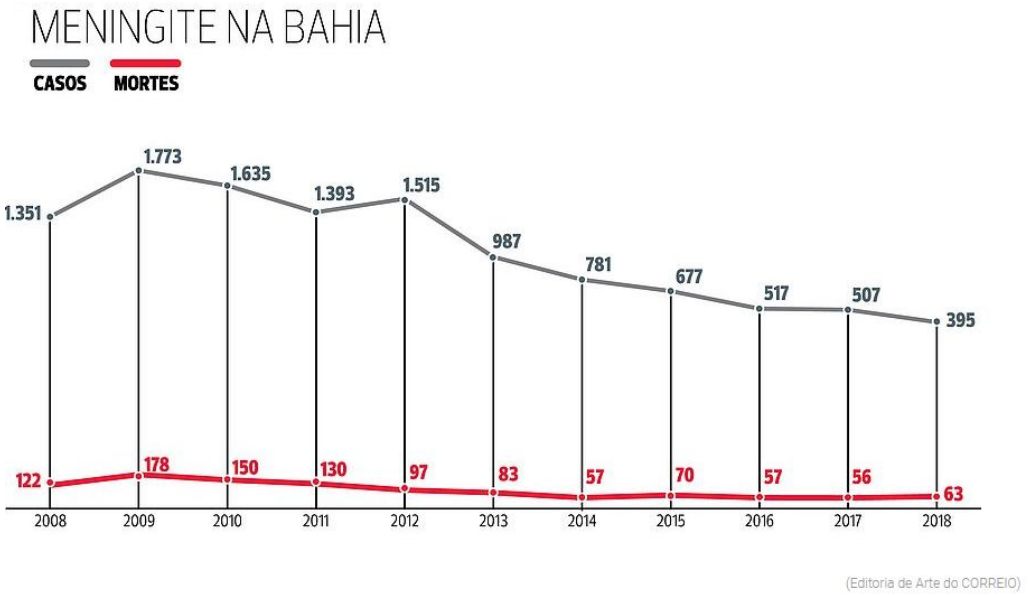
Em 2019, até o final de fevereiro, foram confirmados três casos de meningite meningocócica e três de meningite por pneumococos, com uma morte em Feira de Santana, segundo a Secretaria de Saúde da Bahia (Sesab). A Sesab não divulgou dados gerais de outros tipos de meningite. Em Salvador, foram 14 pessoas com diagnóstico de meningite de todos os tipos até o dia 6 de fevereiro. No mesmo período do ano passado foram 17 casos.

Apesar dos casos terem reduzido em 22% de 2017 para 2018, o número de mortes aumentou em 12,5% - foram sete casos a mais. Para o coordenador de imunização do estado, Ramon Saavedra, não há motivo para alarde. Na capital, o Hospital Couto Maia é referência no tratamento da doença.

O coordenador Saavera explica que as meningites bacterianas são as que mais preocupam. Segundo ele, as virais, de forma geral, tem um curso que não é grave, acaba se restabelecendo naturalmente. Já as bacterianas, preocupam porque pode atingir a corrente sanguínea e evoluir para a morte em poucas horas.

O sorogrupo C é o principal causador de doença meningocócica no Brasil, responsável por 60% dos casos da meningite. Apesar de se manifestar em todas as faixas etárias, 30% dos casos notificados no país ocorrem em crianças menores de 5 anos.

“O ideal é que, assim que identificar qualquer sintoma compatível com a meningite, procure o serviço médico. Quanto mais precoce se dá o diagnóstico, mais chances de cura e melhor para não contagiar muitas pessoas”, disse Saavedra.




(Editoria de Arte do CORREIO)

Para todos os tipos de meningite, há cura. Em todos os casos, os pacientes precisam tomar medicamentos e ficar isolados em hospitais. Quem teve um contato próximo com as pessoas infectadas também recebem medicações. A confirmação da doença é realizada através de exames laboratoriais, disponíveis no SUS e que podem ser solicitados pela equipe médica em caso de suspeita.

Segundo o coordenador da Sesab, a faixa etária mais letal é a menor de um ano. “A vacina da rede pública já contempla os primeiros meses de vida. A letalidade nessa idade é maior. Também tivemos óbitos altos entre pessoas de 20 a 39 anos”, acrescentou o coordenador.

A letalidade em crianças menores de dois anos ocorre por conta do sistema de defesa que ainda é fraco. Idosos maiores de 65 anos também têm letalidade maior.

(Continua na próxima página)

# MENINGITE

**Local de ocorrência:** Bahia
**Data da informação:** 10/03/2019
**Fonte da informação:** correio24horas.com.br (fonte informal)

**COMENTÁRIOS:**

A infectologista Anne Layse Galastri, membro da Sociedade Baiana de Pediatria (Sobape), explica que os sintomas nas crianças são diferentes. “As crianças menores de dois anos apresentam uma irritabilidade muito grande, choro muito intenso - diferente de choro de cólica -, lesões na pele, febre alta e vômito incessante”, disse.

Ela explica que os pais devem procurar a emergência assim que identificar sinais de alerta da criança, como estar muito mole, com sonolência intensa, vômitos recorrentes, além de febre alta e incessante. Ela destaca que existem vacinas para meningites mais raras na rede privada, como a B e a ACWY, mas que a frequência da doença é muito menor. Em Salvador, as vacinas na rede privada podem ser encontradas em laboratórios e clínicas. Os preços variam de R$ 270 a R$ 660, a depender do tipo de meningite.

A incidência da meningite diminuiu em aproximadamente 30% na Bahia na última década. Segundo o coordenador de imunização do estado, Ramon Saavedra, o decréscimo ocorreu mais intensamente após 2010, quando foi introduzida a vacina contra a meningite C no calendário vacinal do Sistema Único de Saúde.

“Em 2009 nós tivemos um surto na Bahia. Isso gerou uma mobilização nacional e o SUS acabou oferecendo a vacina em 2010. A Bahia e Minas Gerais foram os primeiros estados a oferecer a vacina. Ela é muito importante porque previne contra o tipo mais infeccioso e letal da doença”.

Em 2017, a cobertura vacinal da Meningocócica C Conjugada na Bahia foi de 70,59%. Mesmo com o índice, 53 dos 417 municípios baianos tiveram menos de 50% de cobertura vacinal. Em março de 2018, o Ministério da Saúde lançou uma campanha para que mais da metade dos adolescentes se vacinassem contra meningite e ampliou a faixa etária da vacina para o tipo C, adicionando as idades de 11 a 14.

A rede pública oferta as vacinas Pneumocócica 10 Valente conjugada, Meningocócica C conjugada, Pentavalente e BCG. Na rede privada, é possível ter acesso a vacinas contra os tipos ACWY. “Sempre há um debate para expansão da cobertura vacinal oferecida na rede pública. Do ponto de vista individual, toda prevenção é bem vinda. O critério é o ponto de vista epidemiológico, que coloca a C como essencial”, destacou o coordenador.

No calendário vacinal, a meningocócica C é ofertada quando a criança tem três meses com segunda dose aos 5 meses e reforço aos 12 meses, podendo ser administrada até os 4 anos de idade. Recentemente, uma nova dose de reforço foi acrescentada na rede pública para adolescentes entre 11 e 14 anos. Pessoas em condições especiais de saúde atendidas nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE/PNI/MS) também podem tomar a vacina. Já a pneumocócica 10V é prevista para crianças com dois meses, a 2º dose é aos 4 meses e um reforço é tomado aos 12 meses.

# INFLUENZA A (H1N1)

**Local de ocorrência:** Amazonas
**Data da informação:** 11/03/2019
**Fonte da informação:** Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

**COMENTÁRIOS:**

A Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM) está reforçando as ações de vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) nas unidades da capital. A partir de terça-feira (12/03), técnicos da fundação estarão atuando em alguns Serviços de Pronto Atendimento (SPAs) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) junto com as equipes locais no trabalho de notificação e classificação da doença.

"Esses profissionais têm a missão de identificar ainda na recepção os casos suspeitos, realizar a notificação imediata no sistema de informação, dispensação de medicação para os pacientes que atendem a clínica da doença, entre outras atividades", disse a diretora-presidente da FVS, Rosemary Costa Pinto.

Na segunda-feira (11/03), a FVs também iniciou, por meio de videoconferência, no Centro de Mídias da Secretaria de Estado de Educação e Qualidade do Ensino (Seduc), a atualização e alinhamento das ações de prevenção e vigilância junto às secretarias de saúde do interior.

"É preciso entender e seguir os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde para pacientes suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Esse momento foi uma oportunidade de explanar sobre a atualização da situação epidemiológica vivenciada no Estado e esclarecer as dúvidas dos profissionais de saúde que trabalham na linha de frente para contenção do surto", reforçou.

**Atualização de Dados**

Conforme a edição nº 07 do Boletim Epidemiológico da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no Estado do Amazonas, divulgado na segunda-feira (11/03), até o momento, foram notificados 475 casos da síndrome gripal grave no estado, destes, 91 são positivos para o Vírus da Influenza A (H1N1) e 55 para Vírus Sincicial Respiratório (SRV).

Em relação aos óbitos, o boletim informa que são 24 por H1N1 - 20 em Manaus, dois em Manacapuru, um em Parintins e um em Itacoatiara. Outros cinco óbitos foram confirmados por Vírus Sincicial Respiratório, sendo quatro de Manaus e um de Borba. Também foi confirmado um óbito em Manaus por Parainfluenza tipo 3.

Dos 30 óbitos registrados por SRAG, 80% apresentavam fator de risco, com destaque para pessoas com diabetes, pneumopatas, pessoas com obesidade e neuropatas. E 21 pacientes que evoluíram para óbito utilizaram em algum momento do atendimento o antiviral oferecido gratuitamente na rede pública e particular da capital e do interior.

**Medidas de Prevenção**

Recomenda-se a lavagem frequente das mãos antes de tocar em mucosas (olhos, boca e nariz) e após espirrar, o uso de lenços de papel (descartável) para proteger boca e nariz ao espirrar; uso de álcool gel; indivíduos doentes devem manter repouso, alimentação balanceada e ingestão de líquidos adequada, evitando contato com outras pessoas em ambientes fechados e aglomerados; evitar a exposição de menores de cinco anos ao clima chuvoso; manter ambientes bem ventilados; caso o indivíduo apresente febre, tosse, dor de garganta, falta de ar ou qualquer outro sintoma associado, deve procurar o serviço de saúde para melhor avaliação.

# SARAMPO

**Local de ocorrência:** Amazonas
**Data da informação:** 11/03/2019
**Fonte da informação:** Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas

**COMENTÁRIOS:**

Com dois casos confirmados de sarampo neste ano, em Manaus, a Secretaria Municipal de Saúde (Semsa) emitiu um alerta sobre a vacinação na cidade. O primeiro caso confirmado em 2019 foi registrado no dia 30 de janeiro, em um paciente com menos de um ano de idade, no bairro Petrópolis, na Zona Sul da capital. O segundo caso deste ano é do dia 1º fevereiro, em uma criança de um ano de idade, no bairro Tancredo Neves, na Zona Leste.

Além dos casos confirmados, a pasta afirmou que mantém a investigação de seis casos suspeitos: quatro deles em crianças menores de um ano e outros dois na faixa etária de 20 a 29 anos. Por território, quatro dos casos em investigação foram notificados no Distrito de Saúde (Disa) Leste, um no Disa Norte e outro no Disa Rural.

Em situação de surto, continua vigente em Manaus a antecipação da primeira dose de tríplice viral para crianças de seis a 11 meses, seguindo com o esquema de rotina preconizado a partir de 12 meses de idade, com intervalo mínimo de 30 dias da dose antecipada, e complementação do mesmo com a segunda dose, a ser realizada com a vacina tetra viral a partir dos 15 meses de idade.

A vacina também é recomendada para pessoas na faixa etária de até 49 anos, em 183 salas de vacina distribuídas nas zonas Norte, Leste, Oeste, Sul e Rural.

“A vacinação é a única maneira de prevenir a doença e quem tiver dúvidas deve procurar uma Unidade de Saúde para avaliação da situação vacinal, que pode ser diferenciada para cada pessoa, dependendo da faixa etária”, recomendou o secretário municipal de Saúde, Marcelo Marcelo Magaldi.

Dados do Informe Epidemiológico de Monitoramento do Sarampo, divulgado na última semana, apontam que Manaus registrou, desde fevereiro de 2018, 7.255 casos confirmados da doença. Deste total, 7.225 casos foram confirmados. A faixa etária mais atingida é a de 15 a 29 anos, com 46,4% do total de registros de sarampo.

Segundo a diretora do Departamento de Vigilância Ambiental e Epidemiológica (Devae), Marinélia Ferreira, os dados do informe mostram que 177.219 pessoas na faixa etária de cinco a 29 anos receberam a primeira dose de vacina. Porém, desse total, 86.017 ainda não retornaram para completar o esquema vacinal.

“Adultos que não completaram o esquema vacinal precisam procurar uma sala de vacina para a imunização contra o sarampo. E os pais devem levar os filhos para avaliação da situação vacinal em uma UBS. Já os pais e responsáveis de crianças com menos de seis meses, que ainda não têm a idade para iniciar o esquema de vacina com a primeira dose de proteção, devem evitar expor os filhos em ambientes com grande circulação de pessoas, como shoppings, além de garantir que toda a família esteja vacinada”, explicou.

A falta de vacinação, segundo a diretora, é um dos principais fatores para os elevados índices de registros confirmados da doença.

“Como Manaus ainda tem uma população adulta sem vacinação, as crianças, especialmente aquelas que não têm idade recomendada para receber todas as doses da vacina, continuam adoecendo e, assim, transmitindo a doença para adultos não vacinados. Essa cadeia de transmissão da doença tem dificultado a interrupção do surto do sarampo no município", apontou.



Fonte: google.com.br

# FEBRE AMARELA

**Local de ocorrência:** Nacional
**Data da informação:** 01/03/2019
**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

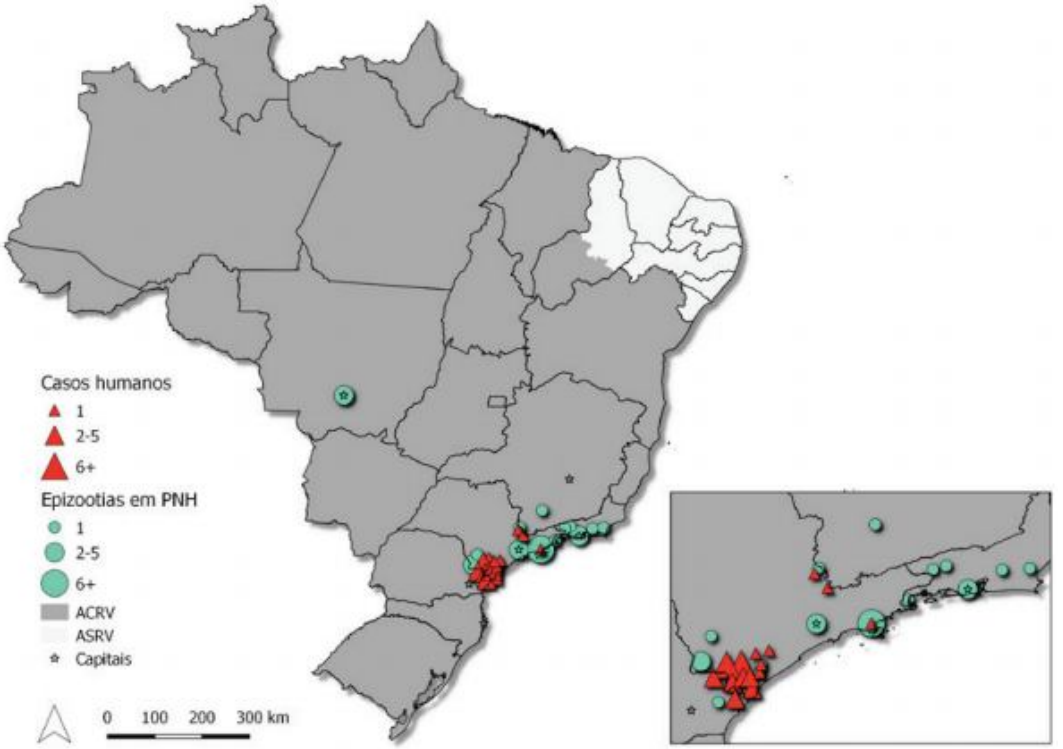
**COMENTÁRIOS:**

**Situação Epidemiológica:**

| MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA FEBRE AMARELA (FA) NO BRASIL* | |
|---|---|
| **Período de monitoramento:** 01/07/2018 a 30/06/2019 | **Atualização:** 01/03/2019 |
| **Casos humanos notificados: 1.249** | **Epizootias em PNH[1] notificadas: 2.209** |
| **57 confirmados (13 óbitos)** | **30 confirmados** |
| **173** em investigação | **171** em investigação e **978** indeterminadas |
| **919** descartados | **1.030** descartados |

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

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



# FEBRE AMARELA

**Local de ocorrência:** Nacional
**Data da informação:** 01/03/2019
**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

**COMENTÁRIOS:**

**Vigilância de Casos Humanos**

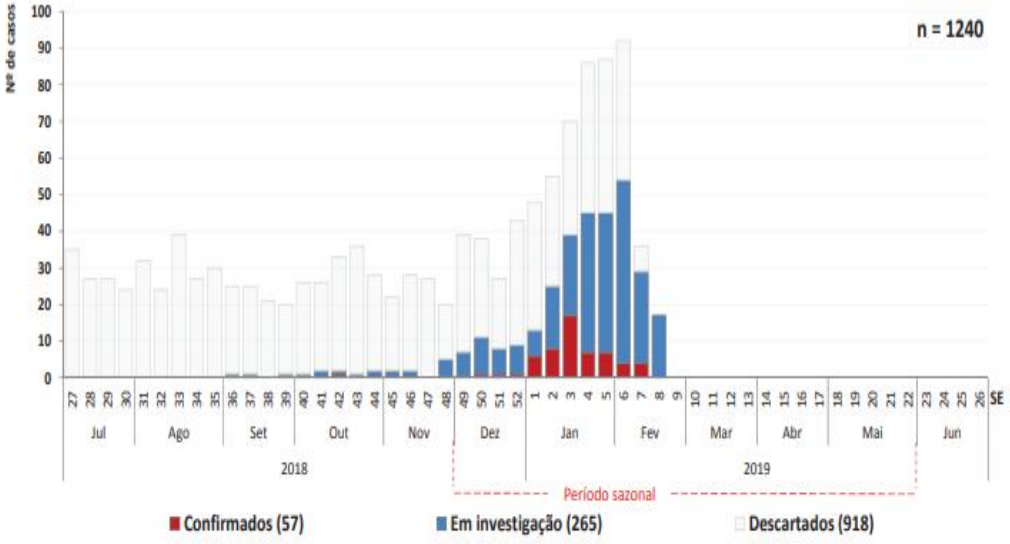
Foram registrados casos humanos confirmados nos estados de São Paulo (53) e do Paraná (04) (Tabela 1). A maior parte dos casos eram trabalhadores rurais, sendo 51 do sexo masculino, com idades entre 08 e 87 anos. O primeiro caso confirmado no Paraná teve data de início dos sintomas em janeiro/2019 (SE-04),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

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

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

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

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




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

# FEBRE AMARELA

**Local de ocorrência:** Nacional
**Data da informação:** 01/03/2019
**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

**COMENTÁRIOS:**

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

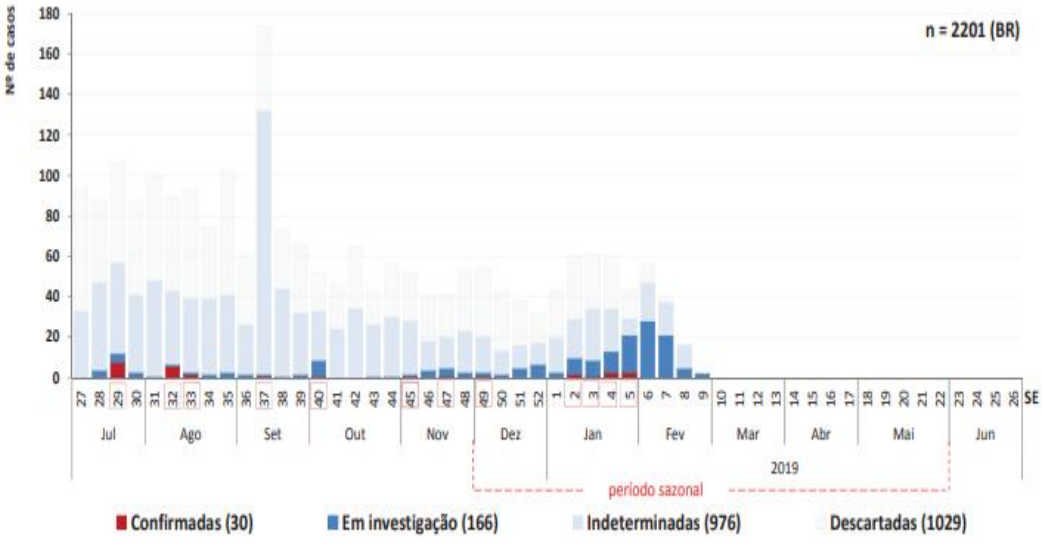
Foram registradas epizootias de PNH confirmadas em São Paulo (18), no Rio de Janeiro (08), em Minas Gerais (01), no Mato Grosso (02) e no Paraná (01), com o maior número de epizootias confirmadas na região Sudeste (90%; 27/30) (Tabela 2). A região Sul, que não havia sido afetada durante essa reemergência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

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

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

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

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




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

# FEBRE AMARELA

**Local de ocorrência:** Nacional
**Data da informação:** 01/03/2019
**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

**COMENTÁRIOS:**

**Áreas de Risco**

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

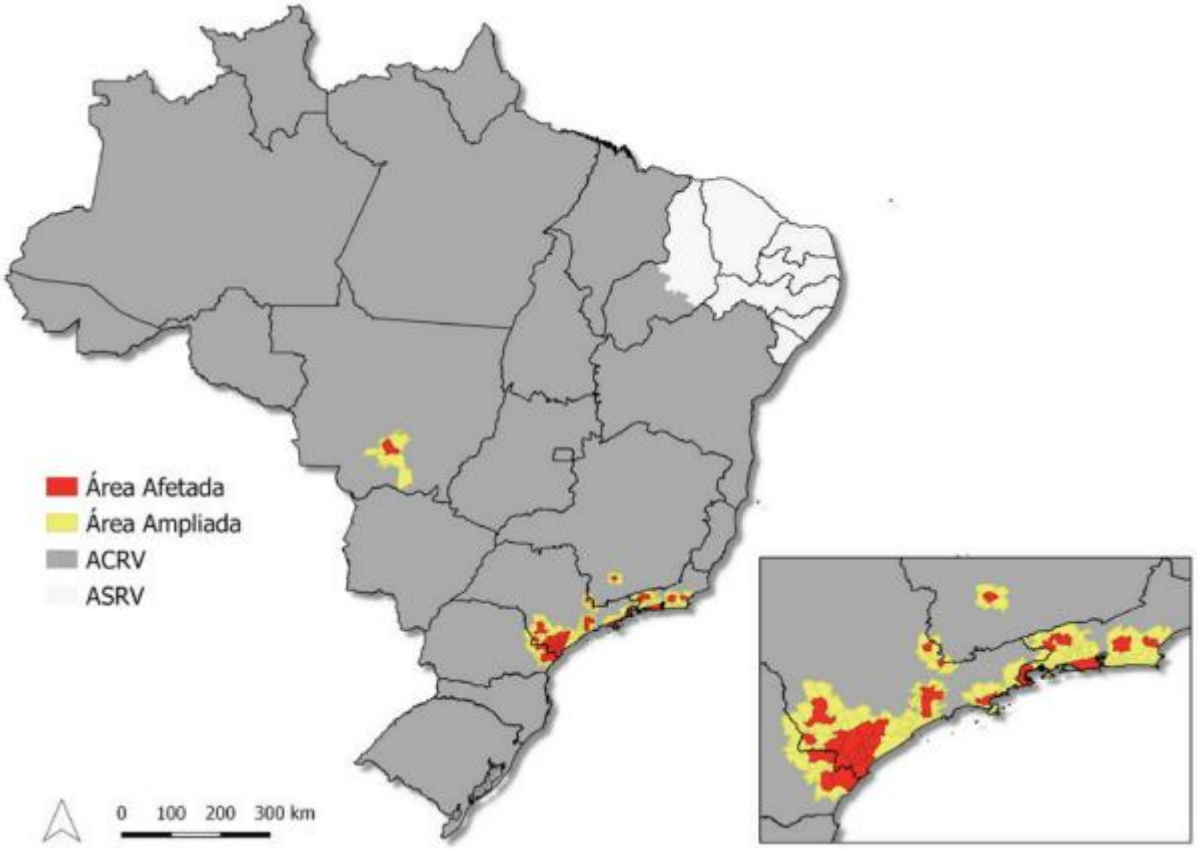



**FIGURA 4 • Áreas afetadas (com evidência de circulação viral) e ampliadas (limítrofes àquelas afetadas), que compõem as áreas de risco de transmissão de FA e onde as ações de vigilância e resposta devem ser intensificadas.**

# FEBRE AMARELA

**Local de ocorrência:** Nacional
**Data da informação:** 01/03/2019
**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

**COMENTÁRIOS:**

**Orientações para a intensificação da vigilância:**

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

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

# DENGUE / ZIKA / CHIKUNGUNYA

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

**COMENTÁRIOS:**

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

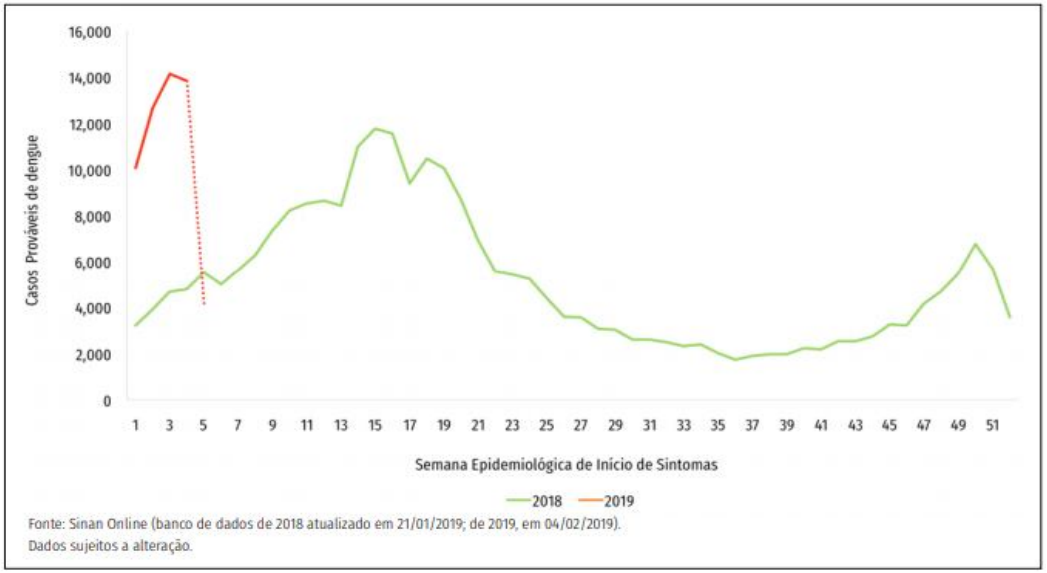
As informações apresentadas neste boletim são referentes à Semana Epidemiológica (SE) 5 (30/12/2018 a 02/02/2019), comparando-se com o mesmo período para o ano de 2018.

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

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

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

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




**Dengue**

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

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

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

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

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

(Continua na próxima página)

# DENGUE / ZIKA / CHIKUNGUNYA

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

**COMENTÁRIOS:**

**Sorotipos virais**

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

**Chikungunya**

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

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

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

**Óbitos por chikungunya**

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

**Zika**

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

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

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

**Óbitos por Zika**

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

**Zika em Gestantes**

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

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

(Continua na próxima página)

# DENGUE / ZIKA / CHIKUNGUNYA

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

**COMENTÁRIOS:**

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

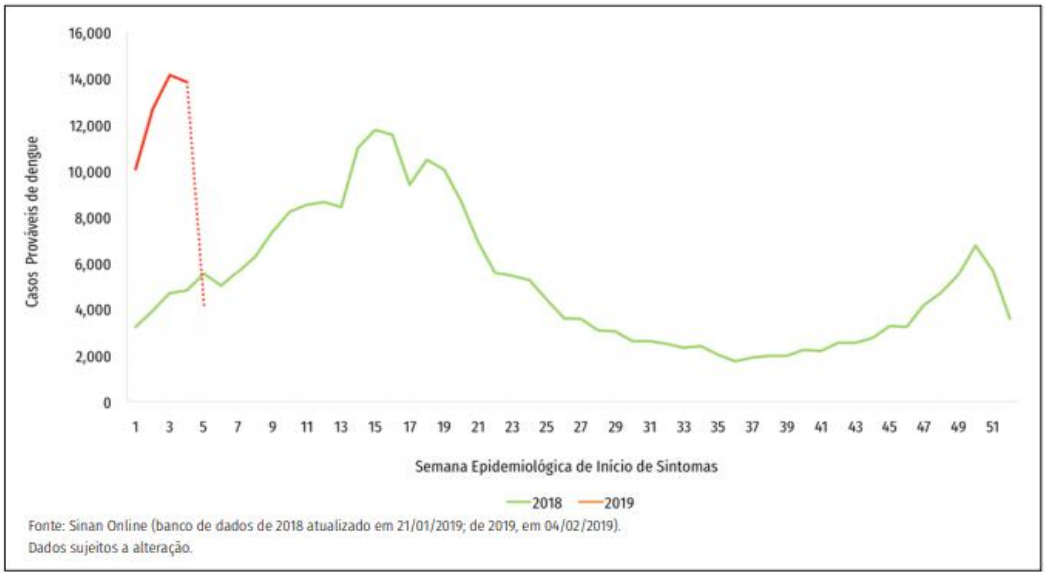
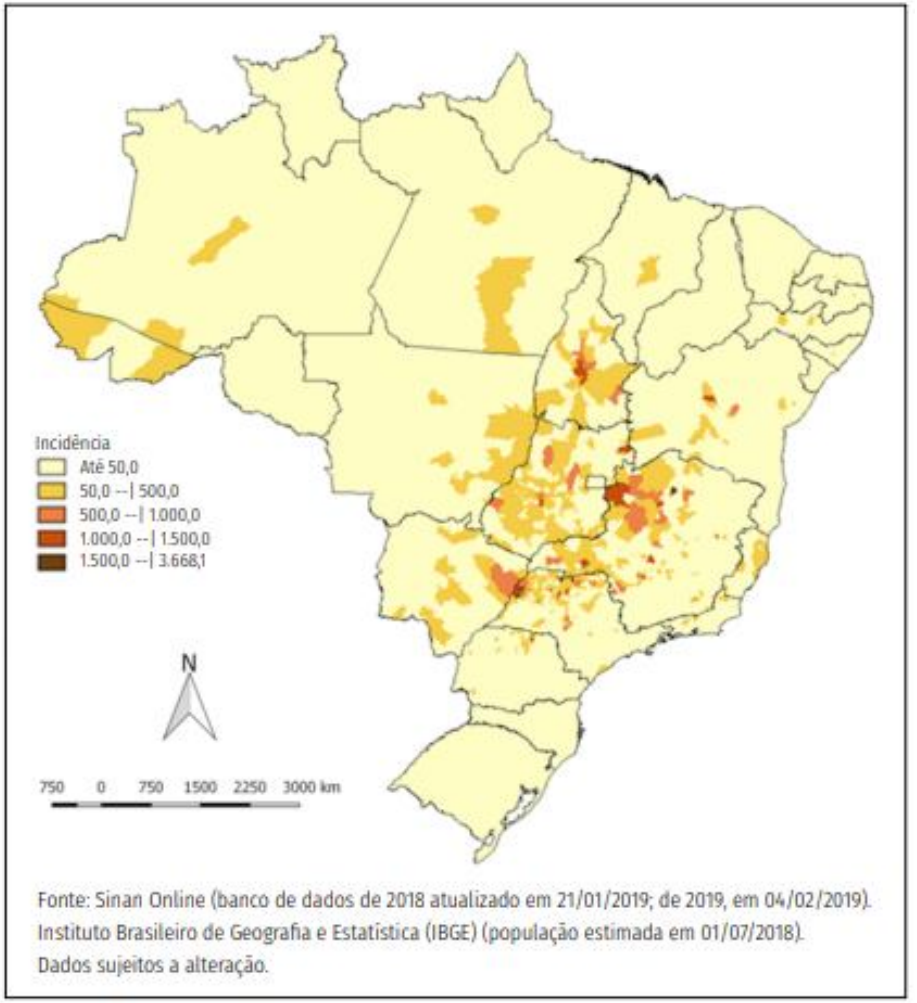



**Figura 2 Distribuição de incidência de casos prováveis de dengue, até a Semana Epidemiológica 5, Brasil, 2019**

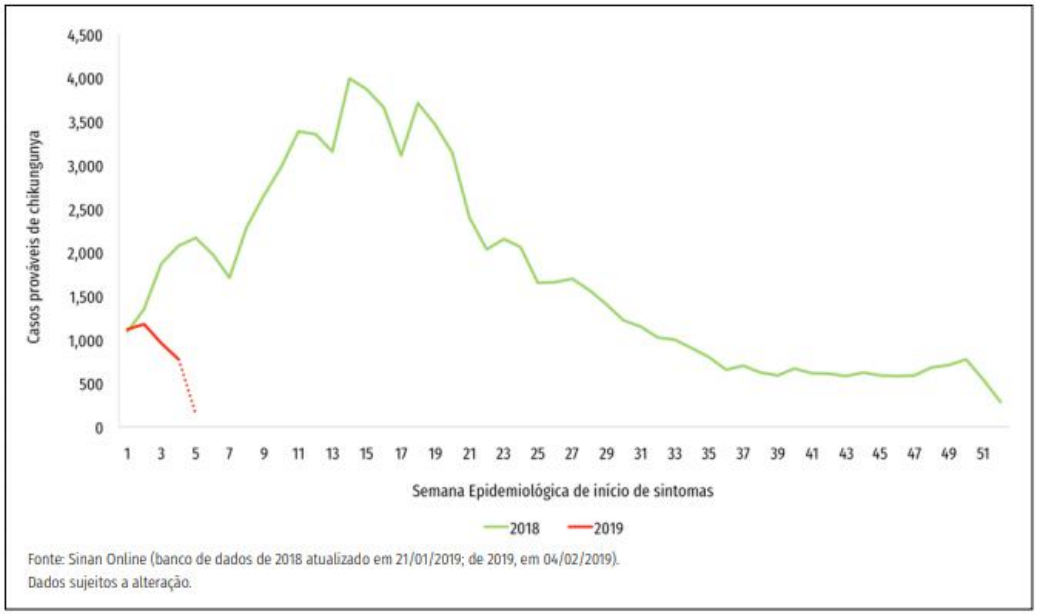


# DENGUE / ZIKA / CHIKUNGUNYA

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

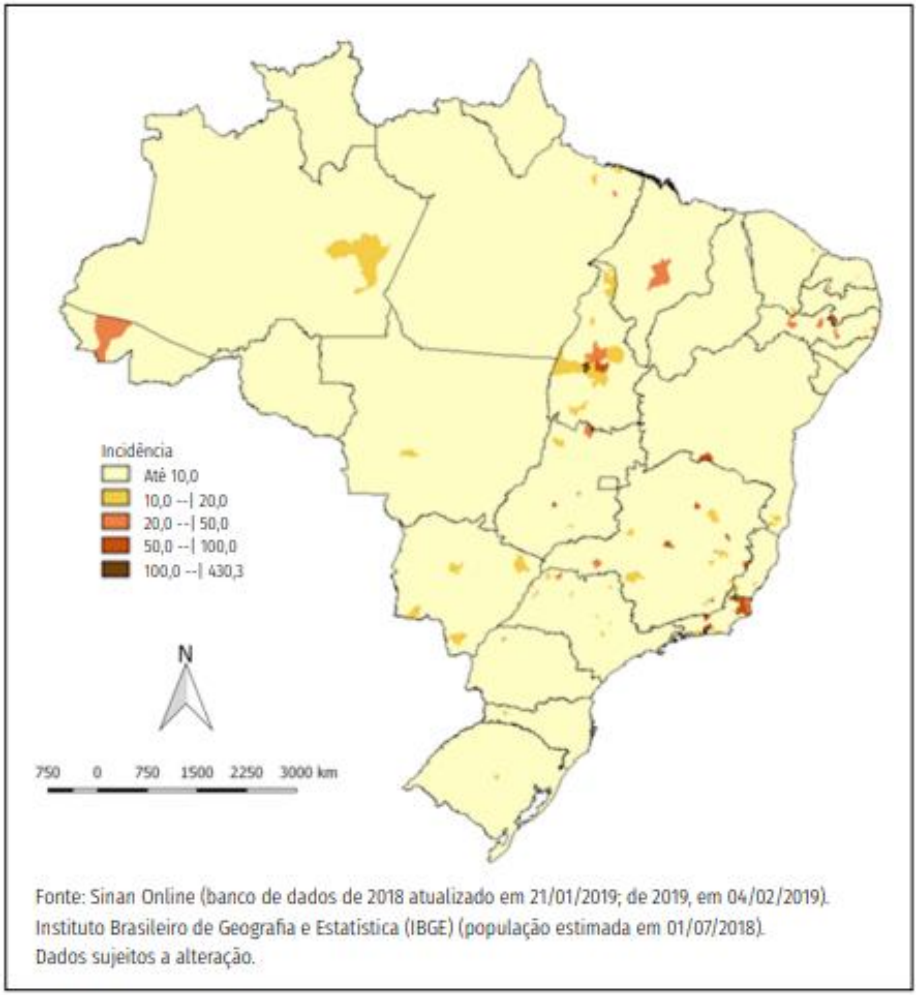
**COMENTÁRIOS:**

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




Fonte: Sinan Online (banco de dados de 2018 atualizado em 21/01/2019; de 2019, em 04/02/2019).
Dados sujeitos a alteração.

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



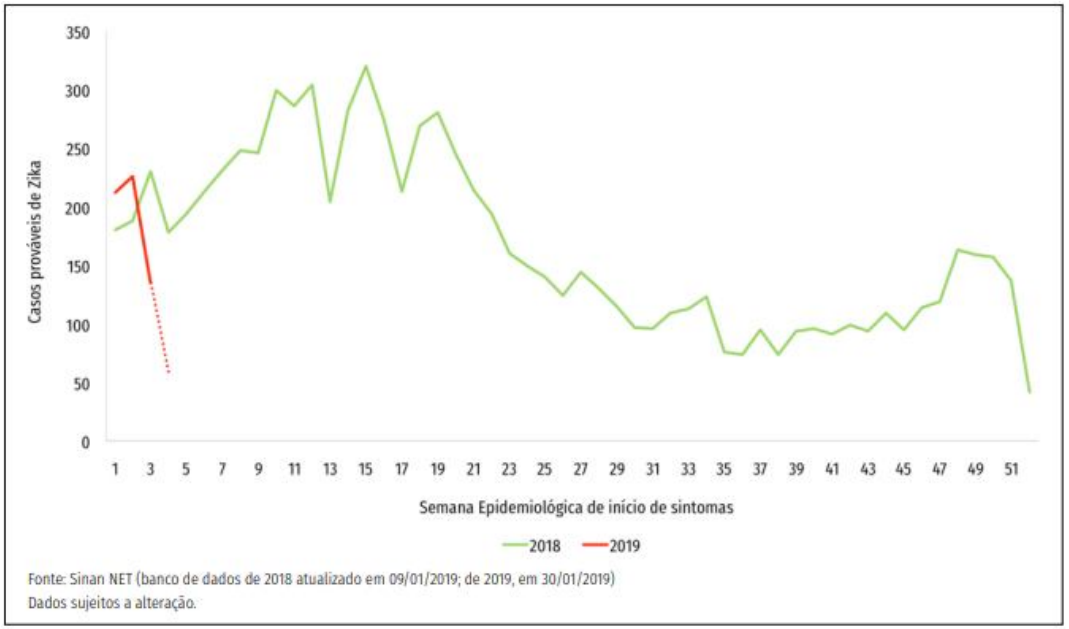

Fonte: Sinan Online (banco de dados de 2018 atualizado em 21/01/2019; de 2019, em 04/02/2019).
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (população estimada em 01/07/2018).
Dados sujeitos a alteração.

# DENGUE / ZIKA / CHIKUNGUNYA

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

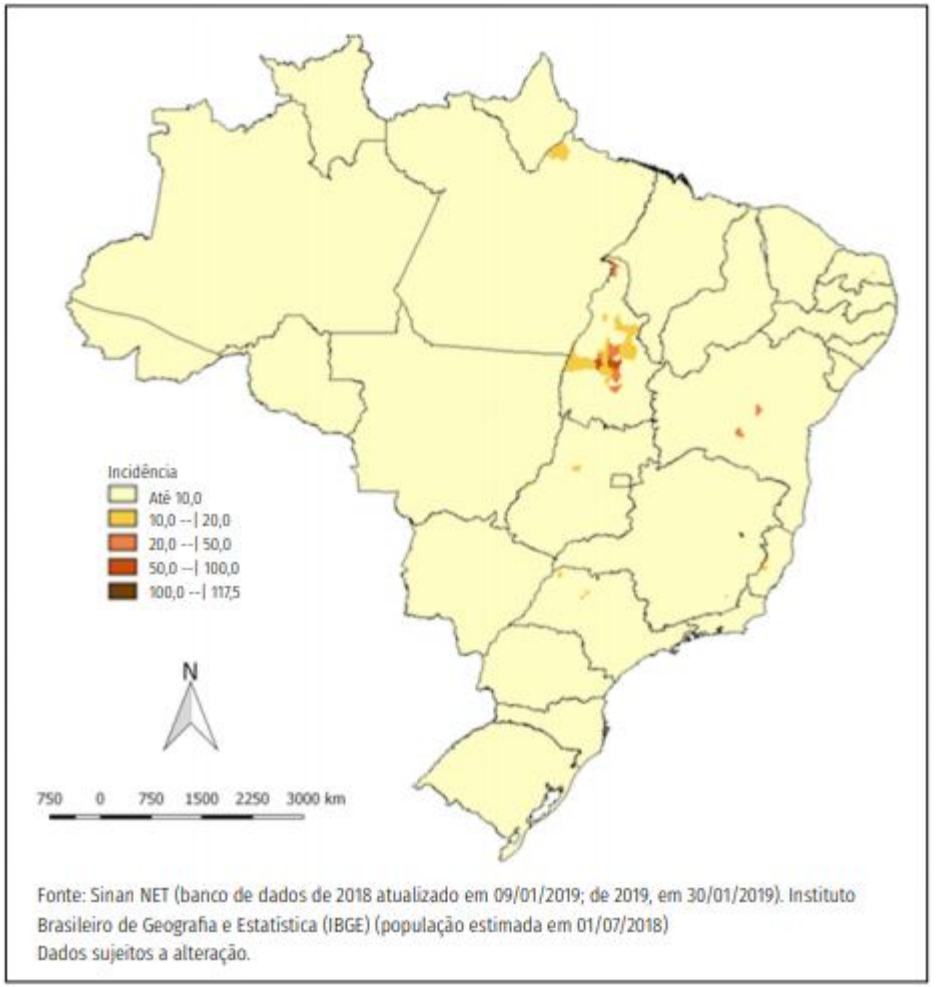
**COMENTÁRIOS:**

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



Fonte: Sinan NET (banco de dados de 2018 atualizado em 09/01/2019; de 2019, em 30/01/2019)
Dados sujeitos a alteração.

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



Fonte: Sinan NET (banco de dados de 2018 atualizado em 09/01/2019; de 2019, em 30/01/2019). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (população estimada em 01/07/2018)
Dados sujeitos a alteração.

# DENGUE / ZIKA / CHIKUNGUNYA

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

**COMENTÁRIOS:**

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

| Região/Unidade da Federação | Semanas 1 a 5 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Casos (n) | | | Incidência (casos/100 mil hab.) | |
| | 2018 | 2019 | % Variação | 2018 | 2019 |
| Norte | 1.569 | 5.224 | 233,0 | 8,6 | 28,7 |
| Rondônia | 116 | 38 | -67,2 | 6,6 | 2,2 |
| Acre | 528 | 1.423 | 169,5 | 60,7 | 163,7 |
| Amazonas | 305 | 298 | -2,3 | 7,5 | 7,3 |
| Roraima | 1 | 64 | 0,0 | 0,2 | 11,1 |
| Pará | 326 | 304 | -6,7 | 3,8 | 3,6 |
| Amapá | 83 | 12 | -85,5 | 10,0 | 1,4 |
| Tocantins | 210 | 3.085 | 1369,0 | 13,5 | 198,4 |
| Nordeste | 2.983 | 4.105 | 37,6 | 5,3 | 7,2 |
| Maranhão | 229 | 219 | -4,4 | 3,3 | 3,1 |
| Piauí | 244 | 50 | -79,5 | 7,5 | 1,5 |
| Ceará | 358 | 505 | 41,1 | 3,9 | 5,6 |
| Rio Grande do Norte | 451 | 450 | -0,2 | 13,0 | 12,9 |
| Paraíba | 304 | 241 | -20,7 | 7,6 | 6,0 |
| Pernambuco | 564 | 779 | 38,1 | 5,9 | 8,2 |
| Alagoas | 168 | 226 | 34,5 | 5,1 | 6,8 |
| Sergipe | 10 | 27 | 170,0 | 0,4 | 1,2 |
| Bahia | 655 | 1.608 | 145,5 | 4,4 | 10,9 |
| Sudeste | 5.732 | 32.821 | 472,6 | 6,5 | 37,4 |
| Minas Gerais | 2.272 | 12.388 | 445,2 | 10,8 | 58,9 |
| Espírito Santo | 459 | 2.460 | 435,9 | 11,6 | 61,9 |
| Rio de Janeiro | 1.551 | 969 | -37,5 | 9,0 | 5,6 |
| São Paulo | 1.450 | 17.004 | 1072,7 | 3,2 | 37,3 |
| Sul | 258 | 1.800 | 597,7 | 0,9 | 6,0 |
| Paraná | 214 | 1.602 | 648,6 | 1,9 | 14,1 |
| Santa Catarina | 18 | 134 | 644,4 | 0,3 | 1,9 |
| Rio Grande do Sul | 26 | 64 | 146,2 | 0,2 | 0,6 |
| Centro-Oeste | 11.450 | 10.827 | -5,4 | 71,2 | 67,3 |
| Mato Grosso do Sul | 527 | 2.191 | 315,7 | 19,2 | 79,7 |
| Mato Grosso | 1.678 | 659 | -60,7 | 48,8 | 19,1 |
| Goiás | 9.006 | 7.526 | -16,4 | 130,1 | 108,7 |
| Distrito Federal | 239 | 451 | 88,7 | 8,0 | 15,2 |
| Brasil | 21.992 | 54.777 | 149,1 | 10,5 | 26,3 |

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

GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

# EVENTOS INTERNACIONAIS

## Semanas Epidemiológicas 09 e 10/2019

## (24/02/2019 a 09/03/2019)

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

# SÍFILIS CONGÊNITA

**Local de ocorrência:** Mundial

**Data da informação:** 28/02/2019

**Fonte da informação:** Organização Mundial da Saúde (OMS)

**COMENTÁRIOS:**

Novas estimativas publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que, em 2016, havia mais de meio milhão (aproximadamente 661 mil) de casos de sífilis congênita no mundo, resultando em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais.

A sífilis é uma das infecções sexualmente transmissíveis (IST) mais comuns globalmente, com cerca de 6 milhões de novos casos a cada ano. Se uma mulher grávida infectada não receber tratamento precoce adequado, pode transmitir a infecção para o feto, resultando em baixo peso ao nascer, nascimento prematuro, aborto, natimorto e manifestações clínicas precoces e tardias (sífilis congênita).

A sífilis congênita é a segunda principal causa de morte fetal evitável em todo o mundo, precedida apenas pela malária.

A sífilis congênita pode ser prevenida e tratada facilmente – desde que o diagnóstico e o tratamento sejam oferecidos às gestantes de forma oportuna durante o atendimento pré-natal. O risco de resultados adversos para o feto é mínimo se uma mulher grávida infectada com sífilis for testada e tratada com penicilina benzatina no 1º trimestre da gravidez, no 3º trimestre, na admissão para o parto ou no caso de aborto/natimorto, exposição ao risco ou violência sexual.

De coautoria da OMS e do Human Reproduction Programme (HRP) com parceiros, as novas estimativas foram publicadas na revista científica PLOS ONE e revelam que, dos 661 mil casos totais de sífilis congênita, houve 355 mil resultados adversos no nascimento – o que representa uma proporção significativa de mortes e doença.

Apesar de uma diminuição entre 2012 e 2016, o número de mulheres e bebês afetados pela doença permanece inaceitavelmente alto. É crucial que todas as mulheres recebam exames diagnósticos e tratamento precoces como parte dos cuidados pré-natais de alta qualidade para uma experiência positiva de gravidez.

Além disso, os sistemas e programas de saúde precisam garantir que todas as mulheres diagnosticadas com sífilis sejam efetivamente tratadas e acompanhadas para seguimento clínico e laboratorial nos serviços de saúde, bem como seus bebês. É importante também testar e tratar as parcerias sexuais das gestantes com sífilis, para interromper a cadeia de transmissão. Os países também podem trabalhar estrategicamente para reduzir a prevalência de sífilis entre as populações, especialmente as mais vulneráveis em seus contextos sociais, como jovens de modo geral, gays e homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras do sexo, pessoas privadas de liberdade, pessoas trans e pessoas que consomem álcool e outras drogas, evitando que novas gestantes adquiram a sífilis por meio de suas parcerias sexuais e, consequentemente, novas crianças sejam acometidas pela doença.

A OMS está trabalhando para alcançar a meta de eliminar a transmissão vertical de sífilis e o sucesso já foi alcançado em várias partes do mundo. Nos últimos anos, 12 países foram validados pela OMS como tendo eliminado a transmissão de sífilis ou HIV.

O monitoramento da ampliação da triagem e do tratamento de mulheres grávidas continua sendo fundamental para medir o progresso em direção a essa meta. Conhecer o quantitativo de adultos, gestantes e crianças afetados pela sífilis, com estimativas em nível local, regional e nacional, é crucial para orientar as capacidades dos sistemas de saúde de fortalecer a prevenção, a detecção, a vigilância e o tratamento da doença.

# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Mundial

**Data da informação:** 11/03/2019

**Fonte da informação:** Organização Mundial da Saúde (OMS)

**COMENTÁRIOS:**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou na segunda-feira (11) uma estratégia global de controle da influenza (gripe) para o período 2019-2030. O objetivo é proteger as pessoas contra essa ameaça. A nova estratégia busca prevenir a influenza sazonal, controlar a disseminação da gripe dos animais para os seres humanos e se preparar para a próxima pandemia de influenza.

“A ameaça da gripe pandêmica está sempre presente”, disse o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus. “O risco contínuo de um novo vírus da influenza transmitindo de animais para humanos e potencialmente causando uma pandemia é real. A questão não é se teremos outra pandemia, mas quando. Precisamos estar vigilantes e preparados – o custo de um grande surto de gripe superará em muito o preço da prevenção”.

A influenza continua sendo um dos maiores desafios de saúde pública do mundo. A cada ano, no mundo, estima-se que haja um bilhão de casos, dos quais de três a cinco milhões são casos graves, resultando em 290 mil a 650 mil mortes por doenças respiratórias relacionadas à influenza. A OMS recomenda a vacinação anual contra a gripe como a maneira mais eficaz de preveni-la. A vacinação é especialmente importante para as pessoas com maior risco de complicações graves causadas pela influenza e para os profissionais de saúde.

A nova estratégia é a mais abrangente e de maior alcance que a OMS já desenvolveu para a gripe. Delineia um caminho para proteger as populações todos os anos e ajuda a preparação para uma pandemia por meio do fortalecimento dos programas de rotina.

Tem dois objetivos: o primeiro é construir nos países capacidades mais fortes de vigilância e resposta a doenças, prevenção e controle, bem como preparação. Para alcançar isso, faz um chamado para que todos os países tenham um programa de influenza adaptado, que contribua para a preparação nacional e global, assim como para a segurança da saúde.

O segundo é desenvolver melhores ferramentas para prevenir, detectar, controlar e tratar a gripe, a exemplo de vacinas, antivirais e tratamentos mais eficazes, com o objetivo de torná-los acessíveis a todos os países.

“Com as parcerias e o trabalho específico de cada país que temos feito ao longo dos anos, o mundo está melhor preparado do que nunca para o próximo grande surto, mas ainda não estamos preparados o suficiente”, disse Tedros.

Para implementar com sucesso essa estratégia, parcerias eficazes são essenciais. A OMS expandirá parcerias para aumentar a pesquisa, a inovação e a disponibilidade de novas e aprimoradas ferramentas globais de influenza para beneficiar todos os países. Ao mesmo tempo, a OMS trabalhará em estreita colaboração com os países para melhorar suas capacidades de prevenção e controle da influenza.

A nova estratégia contra gripe se baseia e se beneficia de programas bem-sucedidos da OMS. Por mais de 65 anos, o *Global Influenza Surveillance and Response System* (GISRS) – sistema global de vigilância e resposta à influenza composto por Centros Colaboradores da OMS e centros nacionais de influenza – trabalhou em conjunto para monitorar tendências sazonais e vírus potencialmente pandêmicos. Esse sistema serve como a espinha dorsal do sistema de alerta global para a gripe.

Algo muito importante para a estratégia tem sido o sucesso contínuo *Pandemic Influenza Preparedness Framework*, um sistema único de acesso e compartilhamento de benefícios que apoia o compartilhamento de vírus potencialmente pandêmicos; fornece acesso a vacinas e tratamentos que salvam vidas em caso de pandemia; e apoia a construção de capacidades de preparação para pandemias em países, por meio de contribuições parceiras provenientes de indústrias.

A estratégia atende a um dos mandatos da OMS para melhorar as capacidades essenciais para a saúde pública e aumentar a preparação global. Foi desenvolvida por meio de um processo consultivo com contribuições dos Estados Membros, academia, sociedade civil, indústria e especialistas internos e externos.

Apoiar os países para fortalecer suas capacidades de controle da influenza terá benefícios colaterais na detecção de infecções em geral, já que os países poderão identificar melhor outras doenças infecciosas, como o Ebola ou coronavírus associado à síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV).

Por meio da implementação da nova estratégia global da OMS de controle da influenza, o mundo estará mais perto de reduzir o impacto da gripe a cada ano e estar mais preparado para uma pandemia e outras emergências de saúde pública.

# CAUSAS DE MORTES NO MUNDO

**Local de ocorrência:** Mundial

**Data da informação:** 06/03/2019

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

**COMENTÁRIOS:**

As pessoas estão vivendo mais ao redor do mundo. Em 1950, a expectativa de vida média global ao nascer era de apenas 46 anos. Em 2015, cresceu para mais de 71.

Em alguns países, o progresso não foi muito suave. Doenças, epidemias e eventos inesperados são um lembrete de que vidas cada vez mais longas não são garantidas.

Enquanto isso, as mortes que podem nos deixar mais preocupados - terrorismo, guerra e desastres naturais - compõem menos de 0,5% do total de mortes.

Mas em todo o mundo, muitos ainda estão morrendo jovens e de causas evitáveis. E como as pessoas morrem? O que mudou ao longo do tempo?

Cerca de 56 milhões de pessoas morreram no mundo em 2017. Isso representa 10 milhões a mais do que em 1990, à medida que a população global aumentou e as pessoas vivem mais, em média.

Mais de 70% delas morreram em decorrência de doenças crônicas não transmissíveis - não passam de pessoa para pessoa e progridem lentamente.

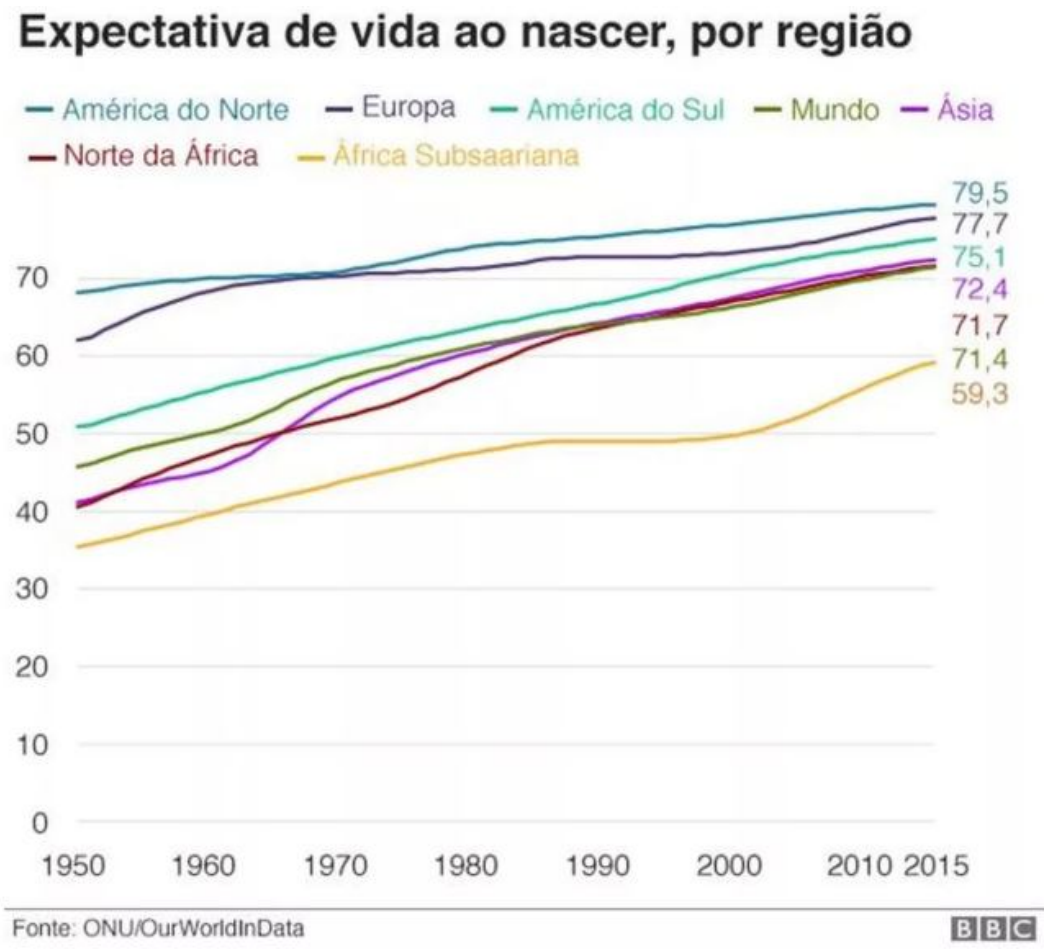
O maior "assassino" é a doença cardiovascular, que afeta o coração e as artérias e é responsável por um terço das mortes.

Essa cifra representa o dobro da taxa por câncer - a segunda causa principal - que responde por quase 1 em cada 6 mortes.

Outras doenças não contagiosas, como diabetes, algumas doenças respiratórias e demência, também estão no topo da lista.

O que pode ser mais chocante é o número de pessoas que ainda morrem de causas evitáveis.

Em 2017, cerca de 1,6 milhão de pessoas morreram de doenças relacionadas à diarreia, uma das 10 principais causas de morte. Em alguns países, essa categoria é uma das que mais mata.




Expectativa de vida ao nascer — Foto: BBC

(Continua na próxima página)

# CAUSAS DE MORTES NO MUNDO

**Local de ocorrência:** Mundial

**Data da informação:** 06/03/2019

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

**COMENTÁRIOS:**

As mortes neonatais - de um bebê nos primeiros 28 dias - atingiram 1,8 milhão de recém-nascidos naquele ano.

A frequência dessas mortes varia muito de país para país. No Japão, menos de 1 em 1.000 bebês morre nos primeiros 28 dias de vida, em comparação com pouco menos de 1 em cada 20 em alguns dos países mais pobres do mundo.

Outras mortes evitáveis estão no topo da lista.

Os acidentes de trânsito geram altos índices de mortalidade tanto nos países mais ricos quanto nos mais pobres, com 1,2 milhão de mortes em 2017.

Embora muitos países de renda alta tenham visto quedas significativas nas mortes nas estradas nas últimas décadas, globalmente o número de mortes no trânsito quase permaneceu o mesmo.

Enquanto isso, cresceu o número de pessoas que morreram em suicídios ou homicídios.

No Reino Unido, as mortes por suicídio estão 16 vezes maiores, e é a principal causa de morte de homens entre 20 e 40 anos.

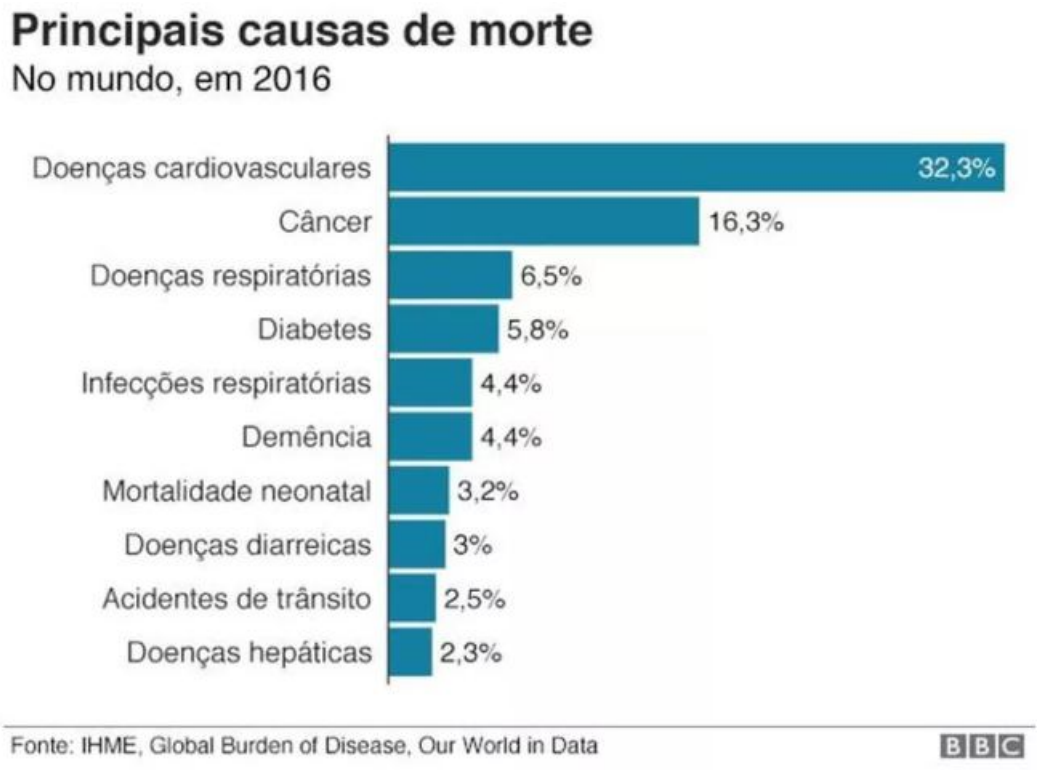
A causa da morte das pessoas muda ao longo do tempo e à medida que o país se desenvolve.

No passado, as doenças infecciosas desempenhavam um papel maior do que hoje em dia.

Em 1990, 1 em cada 3 mortes resultou de doenças contagiosas e infecciosas; em 2017, essa taxa caiu para 1 em cada 5.

As crianças são particularmente vulneráveis a doenças infecciosas. Ainda no século 19, um terço das crianças do mundo morreram antes dos cinco anos de idade.

As taxas de mortalidade infantil caíram significativamente desde então graças à vacinação em massa e melhorias na higiene, na nutrição, nos cuidados de saúde e no acesso a água potável.




Principais causas de morte — Foto: BBC

As mortes de crianças nos países ricos são raras, enquanto as regiões mais pobres têm taxas de mortalidade semelhantes ao Reino Unido e à Suécia na primeira metade do século 20.

O declínio nas mortes infantis ao redor do mundo é uma das maiores histórias de sucesso dos cuidados de saúde modernos.

(Continua na próxima página)

# CAUSAS DE MORTES NO MUNDO

**Local de ocorrência:** Mundial

**Data da informação:** 06/03/2019

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

**COMENTÁRIOS:**

O número de crianças que morrem a cada ano caiu para menos de metade em décadas, pois melhoramos o combate a doenças contagiosas e infecciosas.

Isso também mudou as taxas de mortalidade para doenças não contagiosas em pessoas idosas.

Muitos países têm cada vez mais preocupações com a crescente carga sobre os familiares e os sistemas de saúde à medida que as pessoas envelhecem e têm doenças de longo prazo.

Eventos inesperados podem, por outro lado, reduzir os efeitos desses avanços.

A crise de HIV/Aids dos anos 1980 é um exemplo conhecido.

A epidemia atingiu todas as regiões do mundo, mas o impacto mais forte na expectativa de vida foi na África Subsaariana.

A expectativa de vida caiu substancialmente em diversos países na região.

Mas uma combinação de terapia anti-retroviral, tratamento e educação sobre prevenção fez com que as mortes globais por doenças relacionadas à Aids caíssem pela metade na última década - de 2 milhões por ano para 1 milhão.

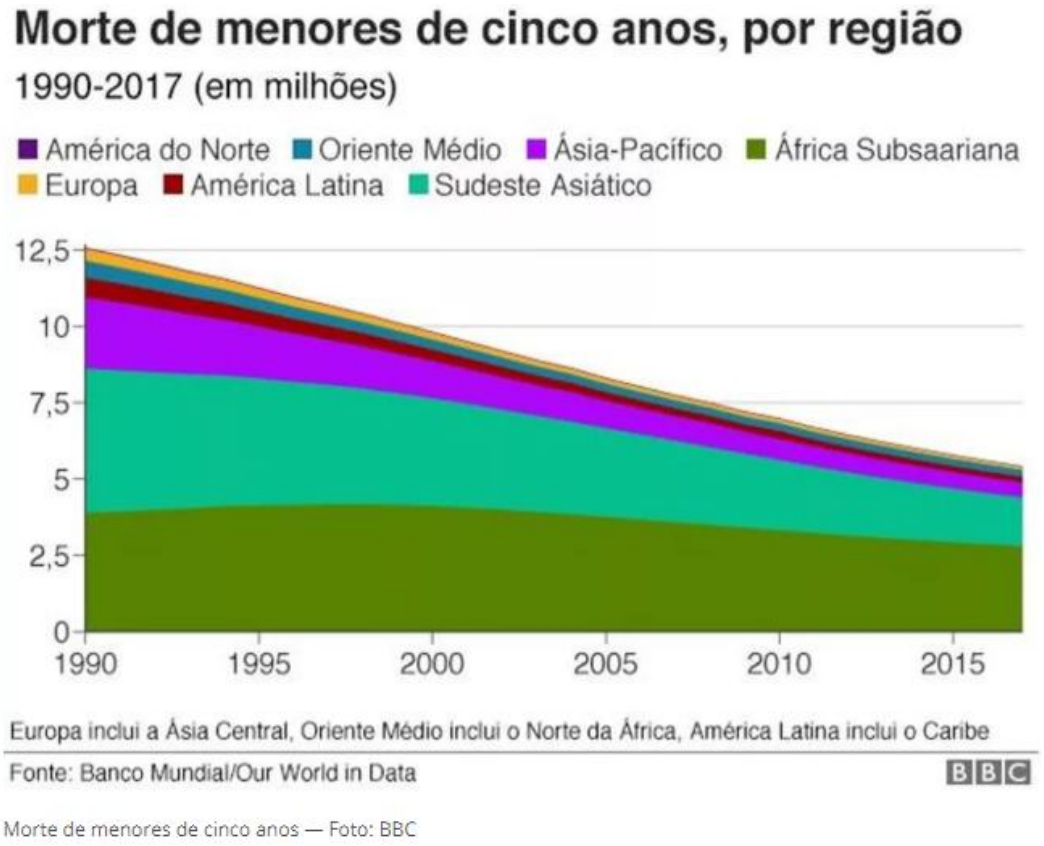
A expectativa de vida desde então começou a se recuperar nesses países, só agora está voltando aos níveis anteriores à crise.

Mesmo nos países mais ricos, não há garantias de progresso contínuo.

A expectativa de vida nos EUA caiu pouco nos últimos anos, em grande parte por causa da crise do consumo de opiáceos. Segundo o governo americano, 70 mil pessoas morreram de overdose de drogas em 2017 - no início dos anos 2000, morriam cerca de 20 mil anualmente.

A expectativa de vida das novas mães também não aumentou de forma consistente.

Em dez países, incluindo os EUA, uma jovem hoje tem, em relação à sua mãe no passado, uma probabilidade maior de morrer durante o parto ou logo após dar à luz.




Morte de menores de cinco anos — Foto: BBC

O panorama geral hoje é positivo: estamos vivendo vidas mais longas, enquanto menos pessoas - especialmente crianças - estão morrendo de causas evitáveis. Mas também é verdade que ainda temos um longo caminho a percorrer.

Melhorias em saneamento, higiene, nutrição, vacinação e cuidados básicos de saúde são cruciais para isso.

(Continua na próxima página)

# CAUSAS DE MORTES NO MUNDO

**Local de ocorrência:** Mundial

**Data da informação:** 06/03/2019

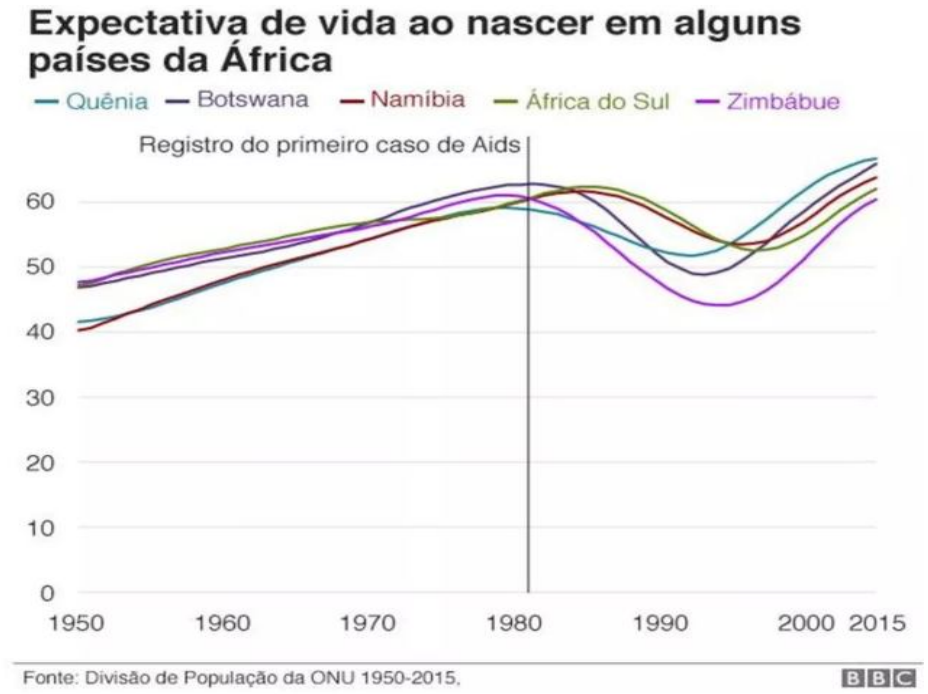
**Fonte da informação:** g1.globo.com (fonte informal)

**COMENTÁRIOS:**

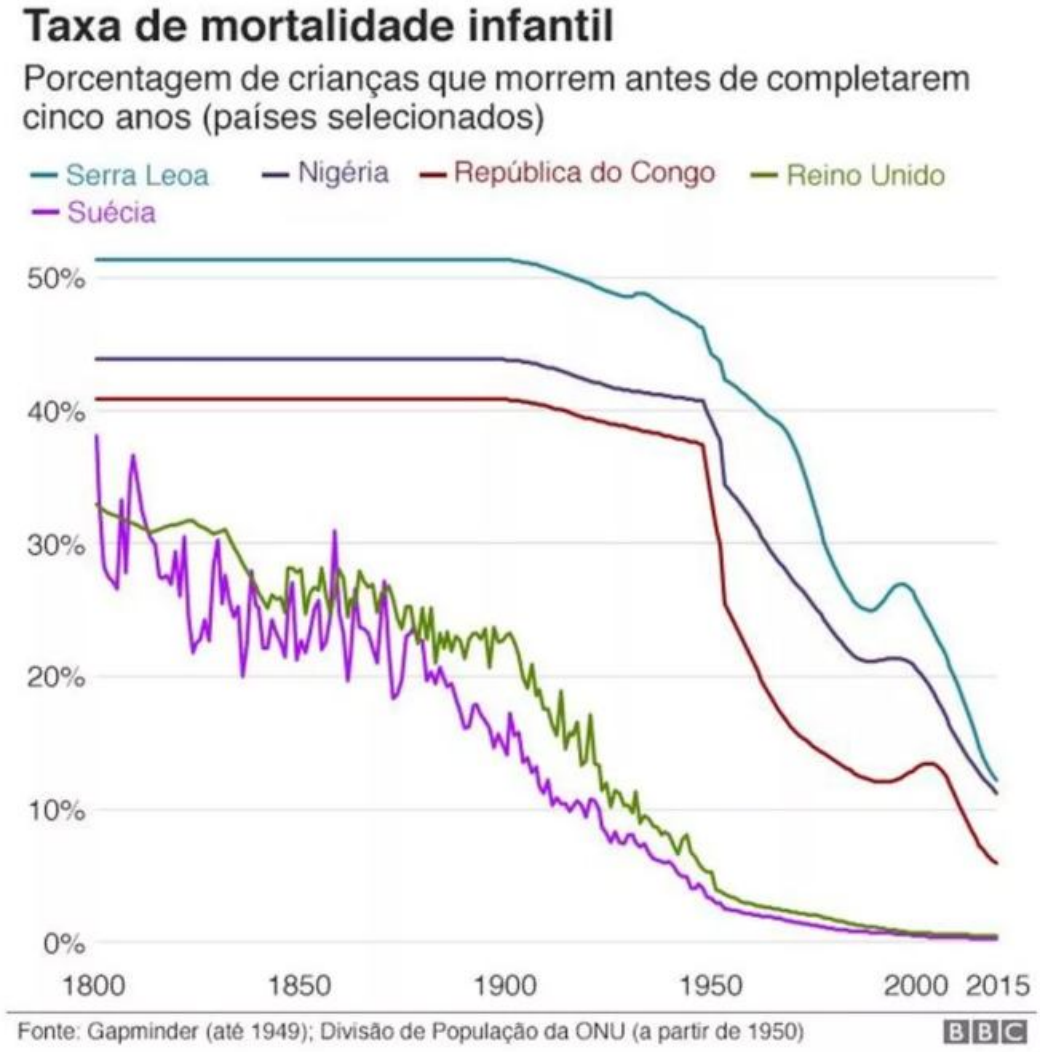
O mesmo acontece com o aumento de medidas de segurança (no trânsito, principalmente) e oferta de saúde mental. Entender do que as pessoas morrem é crucial se quisermos que esse progresso continue.

**Sobre essa reportagem**

Essa análise foi produzida por uma especialista ligada a uma organização fora da BBC. Hannah Ritchie é fellow da Oxford Martin School e atualmente trabalha como pesquisadora na OurWorldinData.org. Este é um projeto conjunto entre a Oxford Martin e a organização sem fins lucrativos Global Change Data Lab, que tem como objetivo apresentar, por meio de visualizações interativas, pesquisas sobre como o mundo está mudando.




Expectativa de vida ao nascer — Foto: BBC




Taxa de mortalidade infantil — Foto: BBC

# FEBRE DO VALE DO RIFT

**Local de ocorrência:** França

**Data da informação:** 08/03/2019

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

**COMENTÁRIOS:**

Segundo as autoridades francesas, de 22 de novembro de 2018 a 01 de março de 2019, foram confirmados 82 casos. Todos os casos foram adquiridos localmente. Entre 63 casos com informações disponíveis sobre gênero e idade, 50 são do sexo masculino e 13 do sexo feminino, com faixa etária entre 10 e 74 anos.

A maioria dos casos concentra-se principalmente nas áreas Centro-Oeste e Norte de Mayotte.

Outras investigações identificaram 39 focos epizoóticos da febre do Vale do Rift nas partes oeste e central da ilha.

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

Avaliação do ECDC

A detecção de casos autóctones em Mayotte não é inesperada, mas a ocorrência de 82 casos em um curto período de tempo é de preocupação como as condições climáticas atuais (estação chuvosa de novembro a março) são favoráveis para vetores.

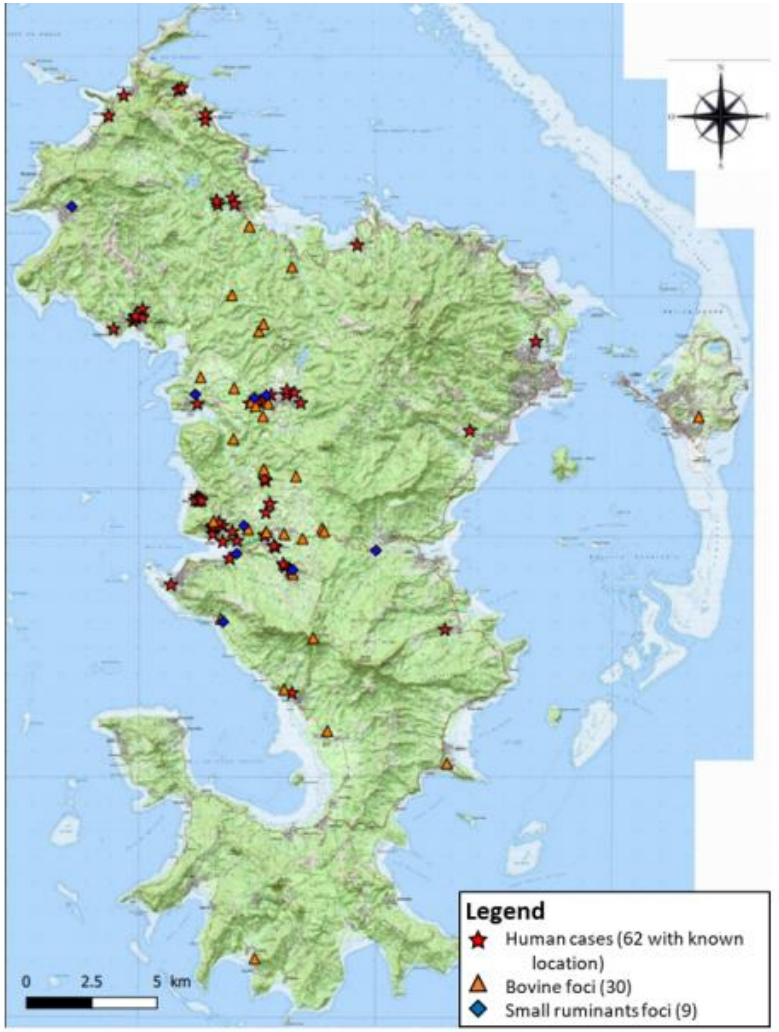
O risco dos casos serem importados para a UE não é novo, já que a febre do Rift Valley é endêmica em muitos países africanos. A importação de casos para a UE ocorreu nos últimos anos. Até o momento, nenhum caso autóctone foi relatado em países continentais da UE / EEE.

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

Ações

O ECDC está preparando uma avaliação rápida dos riscos da febre do Vale do Rift em Maiote (França), que será publicada na próxima semana. O ECDC continua monitorando este evento através de atividades de inteligência epidemiológica.

Adaptado da Agence de Santé Océan Indien




**Distribuição geográfica de casos humanos (estrelas) e focos epizoóticos em bovinos (triângulos) e pequenos ruminantes (diamantes) de FVR em Mayotte, de 22 de novembro de 2018 a 01 Março de 2019.**

# TÉTANO

**Local de ocorrência:** Estados Unidos

**Data da informação:** 09/03/2019

**Fonte da informação:** nytimes.com (fonte informal)

**COMENTÁRIOS:**

Um menino de 6 anos estava brincando em uma fazenda quando ele cortou a testa, uma laceração que era simples o suficiente para cuidar em casa.

Mas seis dias depois, seus pais perceberam que algo estava seriamente errado: ele estava apertando a mandíbula, tendo dificuldade em respirar e experimentando espasmos musculares involuntários.

O menino, que não havia recebido vacinas, foi levado para a Oregon Health & Science University e foi descoberto que tem tétano, o primeiro caso pediátrico documentado da doença em mais de 30 anos, de acordo com um novo relatório do Centers for Disease Control e Prevenção.

O caso, em 2017, foi narrado esta semana no Relatório Semanal de Morbidade e Mortalidade da agência. Ele pulou rapidamente para o topo da lista de artigos mais vistos do relatório e gerou muita discussão on-line.

O artigo descreveu uma recuperação angustiante e ofereceu uma advertência sobre os perigos associados à doença evitável: o menino passou 57 dias no hospital e acumulou contas médicas de mais de US $ 800.000.

"Honestamente, nunca pensei que veria essa doença nos Estados Unidos", disse Judith A. Guzman-Cottrill, especialista em doenças infecciosas pediátricas da Oregon Health & Science University, que ajudou a cuidar do menino e foi o principal autor do estudo.

O artigo foi publicado em meio a tensões contínuas sobre a vacinação nos Estados Unidos, que está enfrentando um surto de sarampo, com uma concentração no noroeste do Pacífico. O Oregon tem uma das taxas mais altas de residentes não vacinados no país, com 7,5% das crianças em idade pré-escolar não vacinadas por razões não médicas, de acordo com o C.D.C.

Os pais que não vacinam seus filhos expressaram preocupações sobre os efeitos colaterais, preocupações com custos, objeções morais ou religiosas, e temores de que as vacinas levem ao autismo - uma idéia que tem sido amplamente desacreditada.

Mas especialistas em saúde dizem que a resistência ou a recusa em vacinar podem aumentar as chances de um surto colocando em risco pessoas que não podem ser vacinadas por razões médicas. A Organização Mundial da Saúde identificou a “hesitação das vacinas” como uma das 10 ameaças notáveis à saúde global.

O tétano, uma doença fatal que é transmitida através de feridas abertas e provoca espasmos musculares dolorosos, declinou drasticamente nos Estados Unidos após a introdução de uma vacina na década de 1940. Recomenda-se uma série de injeções na infância e na adolescência, assim como em outros momentos da vida.

Hoje, a doença ocorre "quase exclusivamente" em pessoas que não foram vacinadas, disse um artigo no Morbidity and Mortality Weekly Report no ano passado.

No Oregon, o menino, que não foi identificado, não recebeu nenhuma imunização, disse Guzman-Cottrill.

Quando chegou ao hospital, ficou alerta e pediu água, mas não conseguiu abrir a boca. Os médicos lhe deram remédio, incluindo uma vacina inicial contra o tétano, conhecida como DTaP, de acordo com o artigo. Mas sua condição era perigosa. Ele passou mais de um mês em um ventilador, dizia o artigo.

Ele também ficou em um quarto escuro por semanas, onde usava tampões de ouvido e foi exposto a pouco estímulo para evitar que seus espasmos piorassem, disse Guzman-Cottrill. Seu estado era tão ruim, ela disse, que os médicos tomaram cuidado para não provocá-lo, mesmo com suas vozes. "Tivemos que sussurrar", disse ela.

Após a internação, foi transferido para um centro de reabilitação, onde permaneceu por 17 dias. Finalmente, um mês após sua reabilitação, ele estava bem o suficiente para retornar às atividades normais, incluindo correr e andar de bicicleta.

A dor que ele experimentou foi difícil para o Dr. Guzman-Cottrill esquecer. O C.D.C. publicou o relatório do caso para aumentar a conscientização, com a esperança de que um caso semelhante não aconteça novamente.

"Quando você vê alguém sofrer desta doença, você entende completamente por que imunizamos", disse ela, acrescentando: "Isso nunca deveria acontecer em nosso país". Ainda assim, a experiência não mudou a posição dos pais do menino.

Quando chegou a hora de sua segunda rodada de DTaP, os médicos conversaram com a família sobre a necessidade de vacinação. O tétano, ao contrário de outras doenças, não oferece imunidade no futuro em pessoas que já o pegaram.

Mas, apesar de uma "extensa revisão" dos riscos e dos benefícios da vacinação, segundo o artigo, a família recusou a segunda vacinação - ou qualquer outra imunização recomendada.

# CÓLERA

**Local de ocorrência:** Mundial

**Data da informação:** 01/03/2019

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

**COMENTÁRIOS:**

**Américas**

**República Dominicana**: Em 2019 até 19 de janeiro, a República Dominicana registrou 2 casos e nenhuma morte. Durante o mesmo período em 2018, a República Dominicana registrou 4 casos.

**Haiti**: Em 2019 até 19 de janeiro, o Haiti registrou 90 casos, incluindo 2 mortes. Em 2018, o Haiti relatou 3.786 casos, incluindo 41 mortes. Desde o início do surto em 2010 até 19 de janeiro de 2019, o Haiti relatou 819.876 casos suspeitos, incluindo 9.791 mortes.

**África**

**Angola**: A OMS considera que o evento de cólera em Angola será encerrado. Desde o início do surto em outubro de 2018 até 1º de fevereiro de 2019, 139 casos, incluindo 2 mortes, foram relatados.

**Burundi**: Desde o início do surto no final de dezembro de 2018 até 10 de fevereiro de 2019, 185 casos, incluindo 2 mortes, foram relatados. Segundo a OMS, há um declínio no número de casos relatados desde o surto que atingiu o pico em 28 de janeiro de 2019.

**Camarões**: Até 23 de janeiro de 2019, Camarões relatou 997 casos, incluindo 58 mortes, desde o início do surto em maio de 2018. O surto está mostrando uma tendência geral decrescente. Isso representa um aumento de dois casos desde a atualização anterior do relatório.

**República Democrática do Congo**: Em 2019 até 3 de fevereiro, a República Democrática do Congo relatou 3.451 casos suspeitos, incluindo 86 mortes. Entre esses casos, 96 casos foram registrados na província de Kivu do Norte, que também é afetado por um surto de doença do vírus Ebola. Em 2018, 31.387 casos, incluindo 1.042 mortes, foram notificados em todo o país.

**Etiópia**: Em 2019 até 28 de janeiro, a Etiópia registrou 8 casos de diarreia aquosa aguda (DAT) na região de Afar. Em 2018, a Etiópia relatou 3.357 casos suspeitos de DTA nas regiões de Afar, Oromia, Somali e Tigray e na cidade de Dire Dawa.

**Quênia**: Em 2019, um novo surto de cólera foi notificado no Quênia. Até 18 de fevereiro de 2019, 843 casos suspeitos, incluindo 3 mortes, foram relatados nos condados de Narok, Kajiado e Nairobi. O último caso em Nairobi County foi relatado em 27 de janeiro de 2019.

**Nigéria**: Em 15 de janeiro de 2019, os estados de Borno e Yobe declararam o fim do surto de cólera. Em 2018, a Nigéria relatou 44.201 casos suspeitos, incluindo 836 mortes.

**Somália**: Até 17 de fevereiro de 2019, a OMS relatou 6.761 casos suspeitos, incluindo 46 mortes, desde dezembro de 2017.

Isto representa um aumento de 92 casos e 1 morte desde a atualização anterior em 18 de janeiro de 2019.

**Tanzânia**: em 2019, até 17 de fevereiro de 2019, a Tanzânia relatou 61 casos, incluindo 1 morte. O último caso relatado em Zanzibar foi em 11 de julho de 2017.

**Uganda**: Em 2019 até 4 de fevereiro de 2019, 54 casos suspeitos, incluindo 3 mortes, foram relatados em quatro divisões nos municípios de Kampala e Kira.

**Zâmbia**: Em fevereiro de 2019, um novo surto de cólera foi relatado na cidade capital de Lusaka. Até 22 de fevereiro de 2019, 7 casos, incluindo 6 confirmados, foram relatados.

**Zimbabwe**: Até 16 de janeiro de 2019 e desde setembro de 2018, 10.680 casos, incluindo 68 mortes, foram relatadas no país. Isto representa um aumento de 16 casos e 3 mortes desde a atualização anterior em 18 de janeiro de 2019.

**Ásia**

**Índia**: Em 4 de janeiro de 2019, as autoridades de saúde informaram 6 casos confirmados no estado de Dadra e Nagar Haveli.

(Continua na próxima página)

# CÓLERA

**Local de ocorrência:** Mundial

**Data da informação:** 01/03/2019

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

**COMENTÁRIOS:**

**Iêmen**: Desde o início do surto até 22 de fevereiro de 2019, o Iêmen comunicou 1.452.674 casos suspeitos e 2.801 mortes. Isso representa um aumento de 54.530 casos e 49 mortes desde a última atualização do relatório em 18 de janeiro de 2019

**Avaliação do ECDC**

Os casos de cólera continuam a ser relatados no leste da África, no Chifre da África e no Golfo de Aden nos últimos meses. Surtos de cólera também foram notificados na parte ocidental da África. Apesar do número de surtos de cólera registrados em todo o mundo, todos os anos, são notificados casos entre os viajantes que retornam da UE / EEE. Neste contexto, o risco de infecção por cólera em viajantes que visitam esses países continuam baixos, embora a importação esporádica de casos na UE / EEE continue sendo possível. Em 2017, 17 casos foram reportados nos Estados-Membros da UE / EEE, enquanto 23 e 24 casos foram notificados em 2016 e 2015, respectivamente. Todos os casos tiveram deslocamentos às áreas afetadas pela cólera.

Segundo a OMS, a vacinação deve ser considerada para os viajantes com maior risco, como os trabalhadores de saúde e pessoas que por algum motivo sejam diretamente expostas. A vacinação geralmente não é recomendada para outros viajantes.

Viajantes em áreas endêmicas de cólera devem procurar orientação de clínicas de saúde em viagens para avaliar seu risco pessoal e aplicar precaução sanitária e medidas de higiene para prevenir a infecção. Estes podem incluir beber água engarrafada ou água tratada com cloro, lavar cuidadosamente frutas e legumes com água engarrafada ou clorada antes do consumo, lavar regularmente as mãos com sabão, comendo alimentos bem cozidos e evitando o consumo de produtos de frutos do mar crus.



Fonte: google.com.br

**Ações**

O ECDC monitoriza globalmente os surtos de cólera através de atividades de informação epidemiológica, a fim de identificar epidemiologia e informar as autoridades de saúde pública. Os relatórios são publicados mensalmente.

# SARAMPO

**Local de ocorrência:** Américas
**Data da informação:** 04/03/2019
**Fonte da informação:** Organização Mundial da Saúde (OMS)

**COMENTÁRIOS:**

**Resumo da situação**

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

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

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

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

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

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

Existem 11 unidades federais que relataram casos confirmados de sarampo: Amazonas (9.804 casos, 6 óbitos), Bahia (3 casos), Distrito Federal (1 caso), Pará (87 casos, 2 óbitos), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (46 casos), Rio de Janeiro (19 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (361 casos, 4 óbitos), São Paulo (3 casos) e Sergipe (4 casos).

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

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

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

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

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

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

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

(Continua na próxima página)

# SARAMPO

**Local de ocorrência:** Américas
**Data da informação:** 04/03/2019
**Fonte da informação:** Organização Mundial da Saúde (OMS)

**COMENTÁRIOS:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Continua na próxima página)

# SARAMPO

**Local de ocorrência:** Américas
**Data da informação:** 04/03/2019
**Fonte da informação:** Organização Mundial da Saúde (OMS)

**COMENTÁRIOS:**

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

Em 2018, 17 surtos foram registrados nos Estados Unidos; surtos no Estado de Nova York, Nova York City e New Jersey relataram o maior número de casos. Os casos ocorreram principalmente entre pessoas não vacinadas nas comunidades judaicas ortodoxas. Estes surtos foram associados a viajantes que importaram sarampo de Israel, onde um grande surto está ocorrendo. Em 2018, 82 casos foram importados de outros países, que é o maior número de casos importados desde que o sarampo foi eliminado nos Estados Unidos em 2000.

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

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

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

As autoridades de saúde na Venezuela implementaram uma série de estratégias de vacinação interrompendo a circulação do vírus. Além das campanhas de vacinação, outras ações implementadas incluem: vigilância intensificada da síndrome febril aguda e bloqueio com a vacina contra sarampo-rubéola (MR), bem como a vacinação seletiva de contatos de casos suspeitos e confirmados em pessoas com até 39 anos de idade.

**Sarampo nas comunidades indígenas**

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

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

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

**Conselhos às autoridades nacionais**

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

• Vacinar para manter uma cobertura homogênea de 95% com a primeira e segunda doses da vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (MMR) em todos os municípios.

• Vacinar as populações em risco (sem comprovação de vacinação ou imunidade contra sarampo e rubéola), como profissionais de saúde, pessoas que trabalham com turismo e transporte (hotéis, aeroportos, taxistas e outros) e viajantes internacionais.

(Continua na próxima página)

# SARAMPO

**Local de ocorrência:** Américas
**Data da informação:** 04/03/2019
**Fonte da informação:** Organização Mundial da Saúde (OMS)

**COMENTÁRIOS:**

• Manter um estoque de vacinas e seringas MR e / ou MMR para controle de casos em cada país da Região.

• Fortalecer a vigilância epidemiológica do sarampo para obter a detecção oportuna de todos os casos suspeitos de sarampo em estabelecimentos de saúde pública e privados e garantir que as amostras são recebidas pelos laboratórios no prazo de 5 dias após a colheita e os resultados estão disponíveis em um período não superior a 4 dias.

• Fornecer uma resposta rápida a casos de sarampo importados, para evitar o restabelecimento de transmissão endêmica, através da ativação de equipes de resposta rápida treinadas e implementando protocolos nacionais de resposta rápida quando forem casos importados. Uma vez que uma equipe de resposta rápida tenha sido ativada, a coordenação entre os níveis nacional e local deve ser assegurada, com canais de comunicação fluidos entre todos os níveis (nacionais, subnacionais e local).

• Identificar fluxos migratórios (chegada de estrangeiros) e fluxos internos (populações deslocadas) em cada país, incluindo populações indígenas, a fim de facilitar o acesso a serviços de vacinação de acordo com o regime nacional.

• Implementar um plano para imunizar as populações migrantes em áreas fronteiriças de alto tráfego, priorizando aqueles considerados de risco, tanto migrantes como residentes locais, nestes municípios.

• Aumentar a cobertura vacinal e fortalecer a vigilância epidemiológica nas áreas de fronteiras para aumentar a imunidade da população e detectar / responder rapidamente a casos suspeitos de sarampo.

• Durante os surtos, estabelecer um adequado gerenciamento de caso hospitalar para evitar a transmissão, com encaminhamento adequado de pacientes para salas de isolamento (para qualquer nível de cuidado) e evitar contato com outros pacientes em salas de espera e / ou outros quartos.

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




Fonte: google.com.br

# SARAMPO

**Local de ocorrência:** Europa
**Data da informação:** 08/03/2019
**Fonte da informação:** European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

**COMENTÁRIOS:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Continua na próxima página)

# SARAMPO

**Local de ocorrência:** Europa
**Data da informação:** 08/03/2019
**Fonte da informação:** European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

**COMENTÁRIOS:**

A **Alemanha** informou 120 casos de sarampo em 2019 até 10 de fevereiro, um aumento de 97 casos desde o relatório em 8 de fevereiro de 2019. Quase metade dos casos foram notificados na região da Renânia do Norte-Vestefália (59). No mesmo período de 2018, a Alemanha relatou 39 casos.

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

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

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

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

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

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

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

A **Noruega** comunicou um caso em 2019 até 1º de março de 2019. Em 2018, a Noruega comunicou 12 casos em 2018.

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

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

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

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

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

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

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

**Resumo epidemiológico relevante para países fora da UE / EFTA:**

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

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

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

(Continua na próxima página)

# SARAMPO

**Local de ocorrência:** Europa
**Data da informação:** 08/03/2019
**Fonte da informação:** European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

**COMENTÁRIOS:**

**Israel** notificou casos esporádicos de sarampo em 2019 até 1º de março, em 2018 mais de 3.150 casos de sarampo foram notificados por Israel.

**Japão**: De acordo com relatos da mídia, 170 casos foram relatados até 08 de março, em 2019.

A **Macedônia** do Norte comunicou 318 casos de sarampo, incluindo 3 mortes, em 2019, até 22 de fevereiro de 2019 e maioria dos casos é relatada por Skopje (311).

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

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

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

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

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

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

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

A **Ucrânia** comunicou 24.042 casos, incluindo dois óbitos, em 2019, em 22 de fevereiro de 2019. Dos casos, 10.588 eram adultos e 13.454 eram crianças. Este é um aumento de 8.947 casos e uma morte desde o final de janeiro de 2019. Desde o início do surto, 30 mortes relacionadas com o sarampo foram relatados pela Ucrânia. Em 2018, a Ucrânia comunicou 54.481 casos de sarampo (20.204 adultos e 34.277 crianças), incluindo 16 mortes.

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

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

**Avaliação do ECDC**

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

**Ações**

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

(Continua na próxima página)

# ÉBOLA

**Local de ocorrência:** República Democrática do Congo

**Data da informação:** 07/03/2019

**Fonte da informação:** Organização Mundial da Saúde (OMS)

**COMENTÁRIOS:**

O surto da doença pelo vírus Ebola (DVE) continua com intensidade moderada. Katwa e Butembo continuam sendo as principais zonas de saúde preocupantes, enquanto pequenos aglomerados continuam simultaneamente em alguns locais geograficamente dispersos. Durante os últimos 21 dias (13 de fevereiro a 5 de março de 2019), foram notificados 76 novos casos confirmados e prováveis de 31 áreas de saúde em nove zonas de saúde (Figura 1), incluindo: Katwa (44), Butembo (17), Mandima (6), Masereka (3), Kalunguta (2), Beni (1), Vuhovi (1), Kyondo (1) e Rwampara (1). O aglomerado emergente na zona de saúde de Mandima está ocorrendo em uma aldeia anteriormente não afetada, com cinco dos casos recentes epidemiologicamente ligados e o sexto caso provavelmente exposto em Butembo; No entanto, permanece um alto risco de disseminação adicional. Da mesma forma, casos recentes (dois confirmados e um provável) em Masereka resultam de uma cadeia de transmissão Butembo. Esses eventos destacam a importância das equipes de resposta permanecerem ativas em todas as áreas, incluindo aquelas com baixa incidência de casos, para detectar rapidamente novos casos e evitar a transmissão subsequente.

Até 5 de março, 907 casos de DVE (841 confirmados e 66 prováveis) foram relatados, dos quais 57% (514) eram mulheres e 30% (273) eram crianças menores de 18 anos. Cumulativamente, foram reportados casos de 121 de 301 áreas de saúde em 19 zonas de saúde das províncias de Kivu do Norte e Ituri. No total, 569 mortes (taxa de letalidade: 63%) foram relatadas, e 304 pacientes tiveram alta dos Centros de Tratamento de Ebola (ETCs). Embora as tendências de declínio na incidência de casos estejam sendo observadas atualmente, a alta proporção de mortes na comunidade relatou entre casos confirmados, proporção relativamente baixa de novos casos que eram conhecidos contatos sob vigilância, atrasos persistentes na detecção e isolamento em ETCs (relacionados também a recentes incidentes) e desafios no relato tempestivo e resposta a casos prováveis, todos aumentam a probabilidade de novas cadeias de transmissão nas comunidades afetadas e disseminação contínua.

Após os ataques a dois ETCs em Katwa e Butembo, os pacientes foram temporariamente transferidos para o Centro de Trânsito de Katwa. As equipes de resposta estão progressivamente retomando as atividades em todas as áreas afetadas, com exceção de duas áreas de saúde onde a segurança e a resistência da comunidade permanecem um desafio.

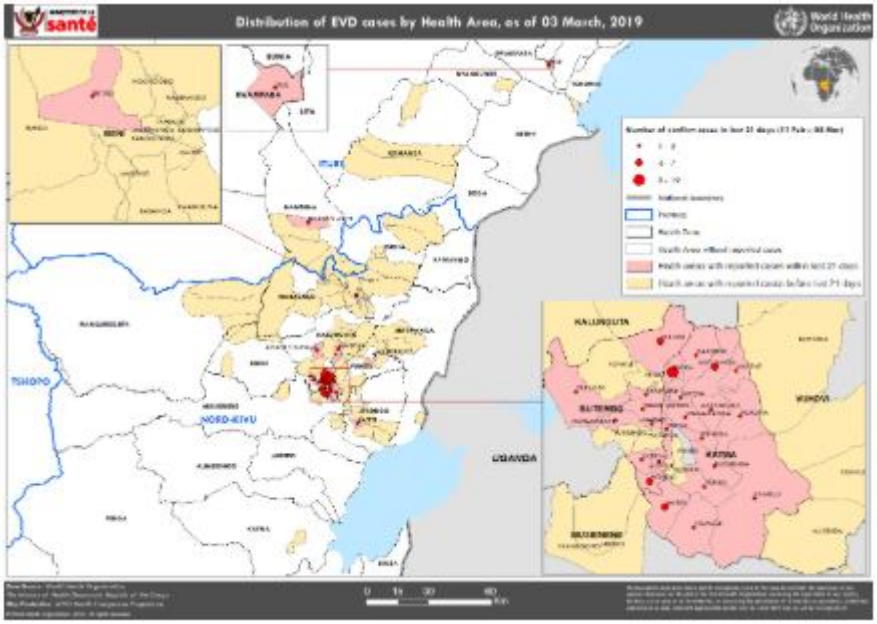



**Figura 1: Casos confirmados e prováveis da doença do vírus Ébola por área de saúde, províncias de Kivu do Norte e Ituri, República Democrática do Congo, dados de 3 de março de 2019**

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.

# EVENTO EM MASSA – CARNAVAL/BRASIL

**Local de ocorrência:** Brasil
**Data da informação:** 08/03/2019
**Origem da informação:** European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

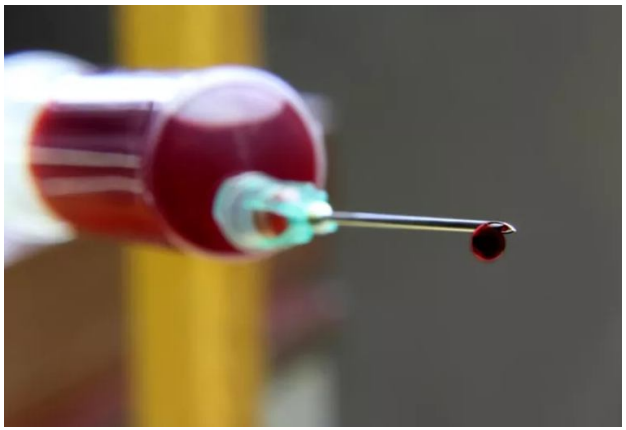
**COMENTÁRIOS ADICIONAIS**:

## Resumo epidemiológico

De acordo com relatos da mídia, pelo menos 25 pessoas teriam sido perfuradas com seringas possivelmente contaminadas em Olinda (perto do Recife) em Pernambuco. Indivíduos foram atacados enquanto participavam de blocos de carnaval. Eles foram encaminhados para o centro de referência para doenças infecciosas em Recife, onde foram submetidas à profilaxia pós-exposição ao HIV. O evento está sendo investigado pela polícia local.

No Rio de Janeiro, nenhum evento importante de doenças infecciosas foi detectado através do monitoramento nesta semana.

Autoridades de saúde brasileiras incentivam visitantes a manter a vacinação contra o sarampo em dia devido à circulação do sarampo no país e o risco que isso representa para os participantes do carnaval.



Fonte: google.com.br

## Avaliação do ECDC

Durante os eventos de coleta em massa, os riscos de saúde mais comuns estão relacionados a doenças evitáveis por doenças, doenças transmitidas por vetores em condições climáticas favoráveis e infecções sexualmente transmissíveis. Os viajantes devem consultar um prestador de cuidados de saúde em relação à vacinação e praticar sexo seguro, incluindo o uso de preservativos, a fim de evitar infecções transmitidas. Eles também devem seguir medidas para evitar picadas de mosquito.

## Ações

O ECDC monitoriza este evento de perto através da inteligência epidemiológica e reporta semanalmente ou quando ocorrem grandes eventos.

# POLIOMIELITE

**Local de ocorrência**: Mundial
**Data da informação**: 06/03/2019
**Origem da informação:** The Global Polio Erradication Initiative e OPAS

**COMENTÁRIOS**

Nos dias 26 e 27 de fevereiro de 2019, a Comissão Global para a Certificação da Erradicação se reuniu na Organização Mundial da Saúde em Genebra para continuar seu trabalho sobre os critérios globais de certificação para a erradicação e contenção do poliovírus selvagem. O GCC analisou a mais recente epidemiologia global e examinou os desafios remanescentes na interrupção do vírus da pólio selvagem.

Destaque em polioeradication.org: Café com especialistas em pólio –

O dr. Nicksy Gumede-Moeletsi, virologista sênior do Escritório Regional da OMS para a África, fala sobre como a análise genética de poliovírus isolados está ajudando a direcionar estrategicamente os esforços de erradicação na África.

**Resumo de novos vírus nesta semana: Paquistão** - duas amostras ambientais positivas para WPV1; **Nigéria** - um caso poliovírus derivado da vacina circulante tipo 2 (cVDPV2).

**CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA**

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

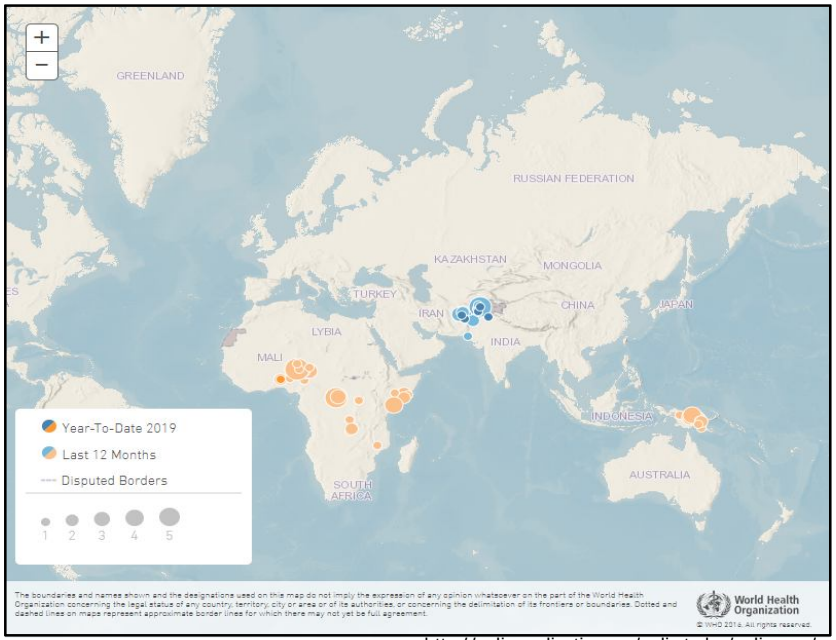
http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/

**DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS**

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

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

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




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

# INFLUENZA

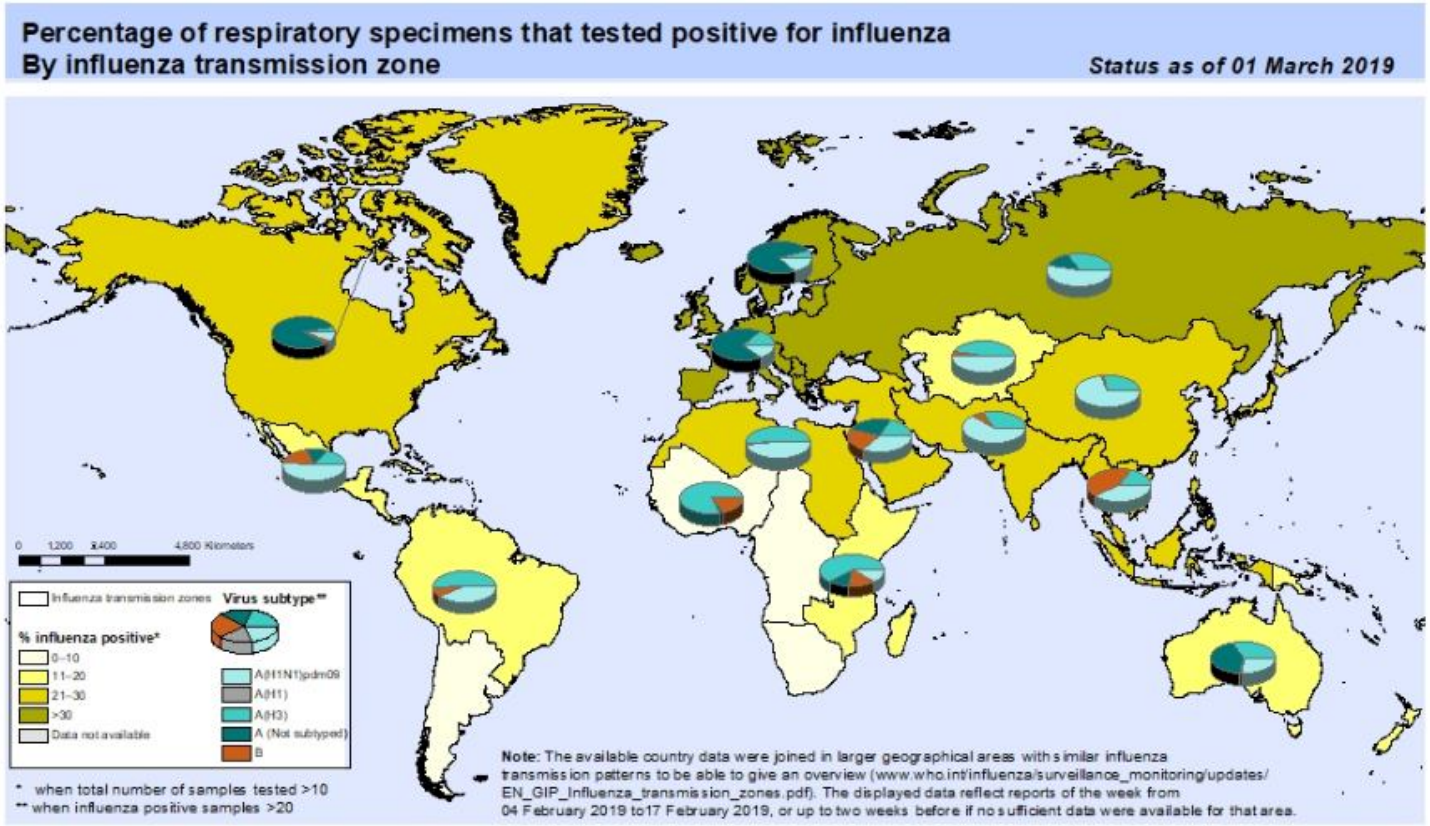
**Local de ocorrência:** Mundial
**Data da informação:** 04/03/2019
**Origem da informação:** Organização Mundial da Saúde (OMS)

**COMENTÁRIOS ADICIONAIS**:

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

No Caribe, nos países da América Central e nos países tropicais da América do Sul, a atividade de influenza e VSR foi baixa em geral. Nas zonas temperadas do hemisfério sul, a atividade da gripe permaneceu em níveis inter-sazonais, com exceção de algumas partes da Austrália onde a atividade da influenza permaneceu acima dos níveis 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 115 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 04 de fevereiro de 2019 a 17 de fevereiro de 2019 (dados em 2019-03-01 05:22:16 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 220.347 espécimes durante esse período de tempo. 74.302 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 73.225 (98,6%) foram tipificados como influenza A e 1.077 (1,4%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 19.600 (65,2%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 10.447 (34,8%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 82 (26,2%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 231 (73,8%) à linhagem B-Victoria.



World Health Organization

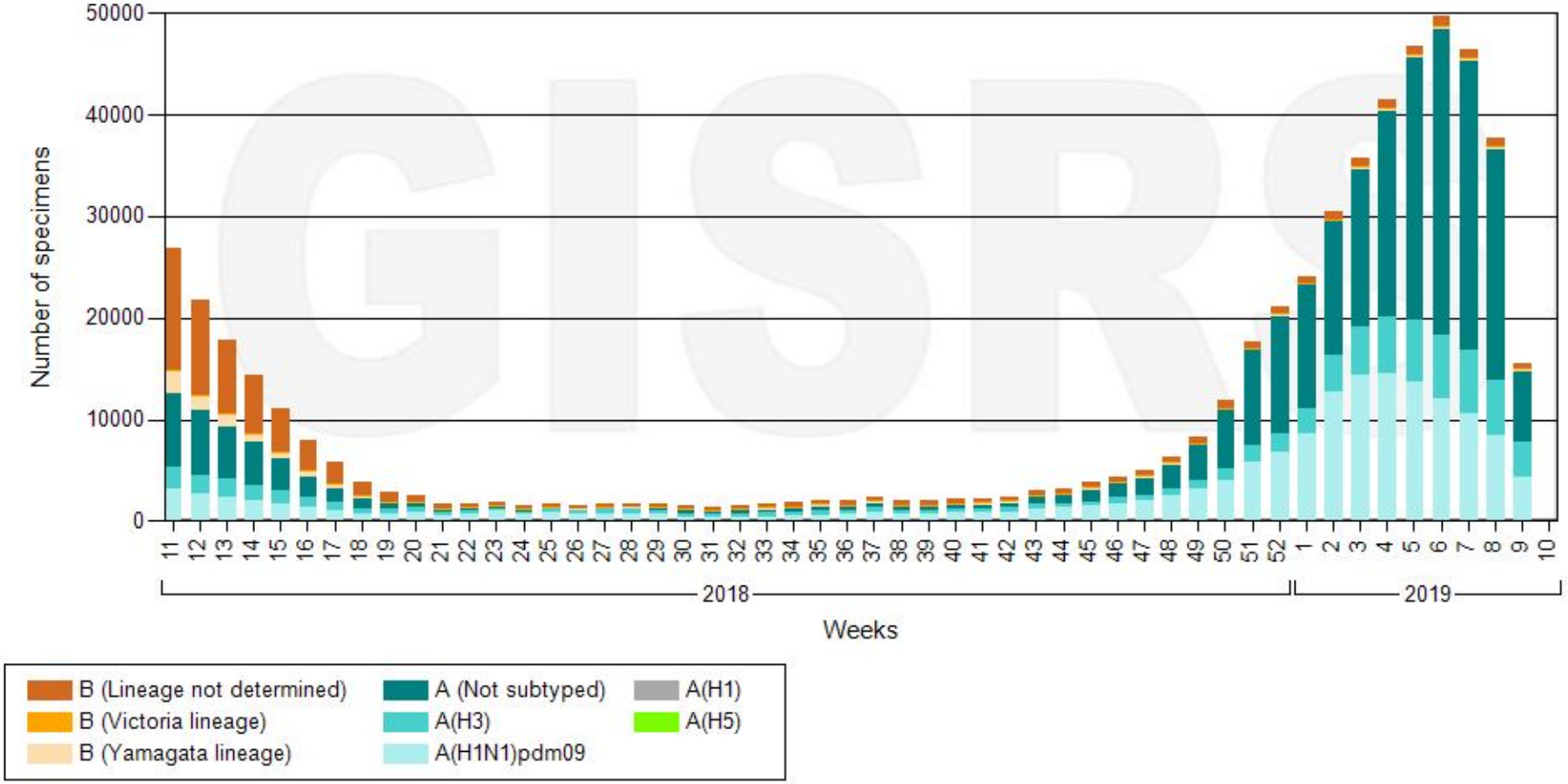
## Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 11/03/2019 16:36:45 UTC

# Global circulation of influenza viruses

### Number of specimens positive for influenza by subtype




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

© World Health Organization 2019

World Health Organization

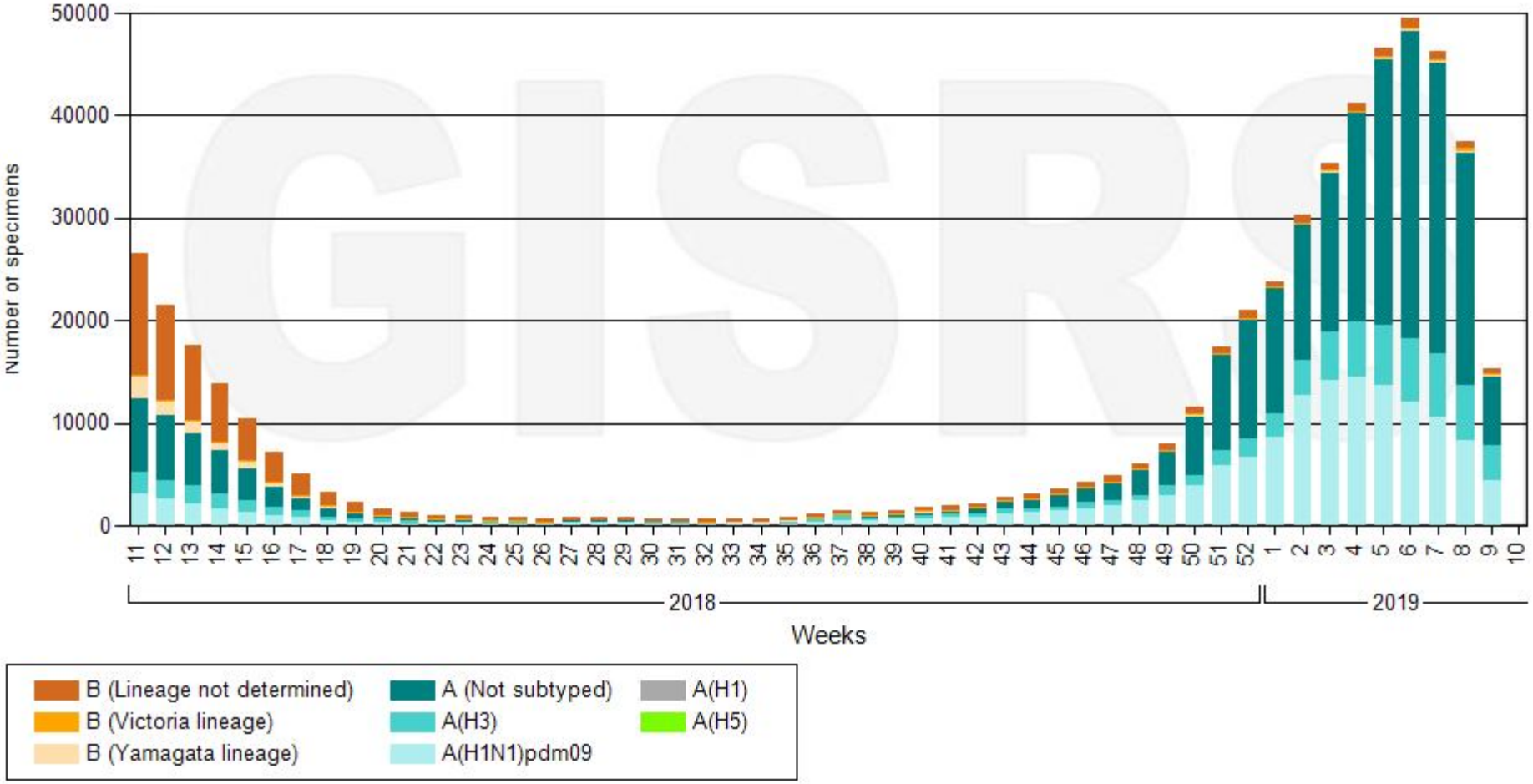
# Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 11/03/2019 16:37:44 UTC

## Northern hemishere

### Number of specimens positive for influenza by subtype




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

© World Health Organization 2019

World Health Organization

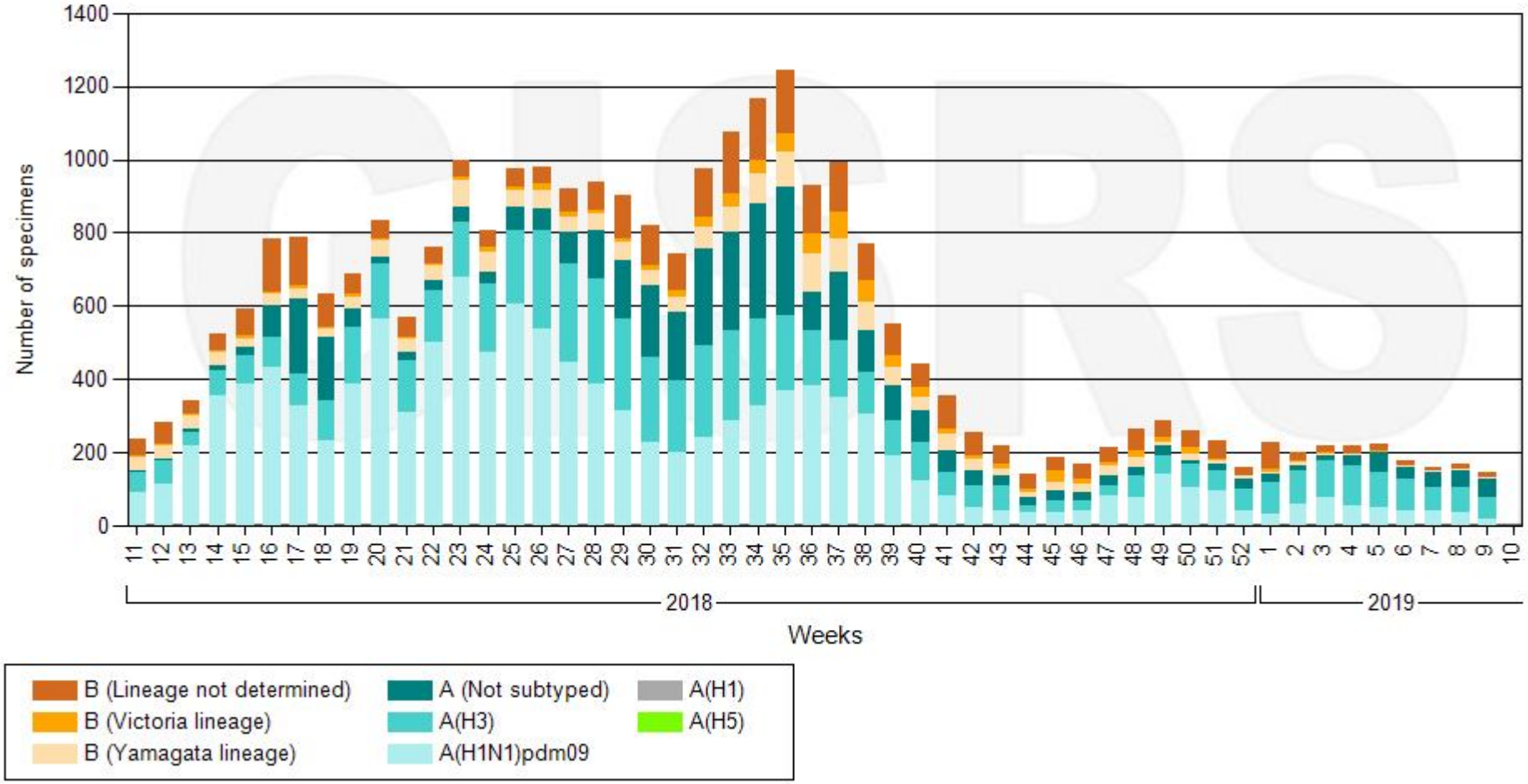
## Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 11/03/2019 16:38:23 UTC

## Southern hemisphere

### Number of specimens positive for influenza by subtype




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

© World Health Organization 2019

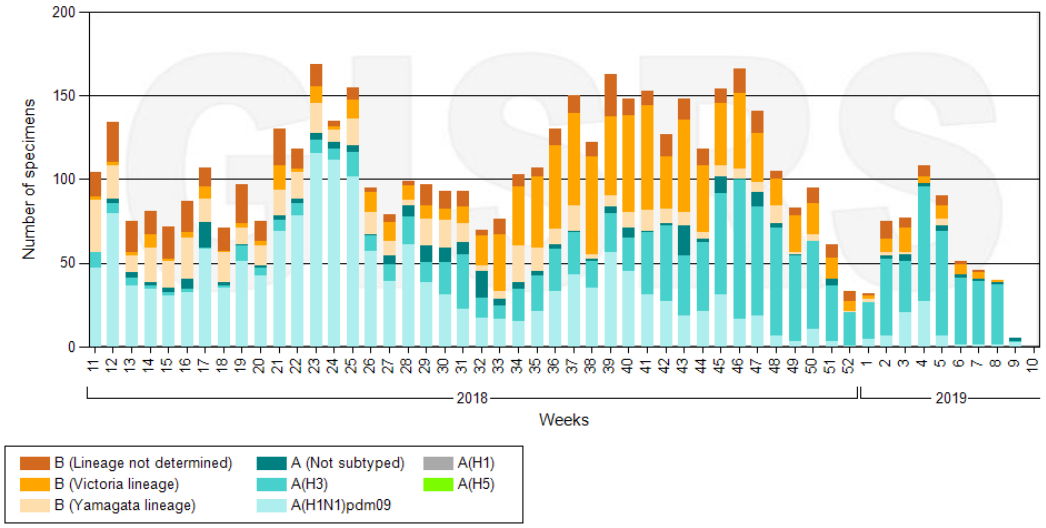
## Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 11/03/2019 16:39:01 UTC

### African Region of WHO

**Number of specimens positive for influenza by subtype**




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

© World Health Organization 2019

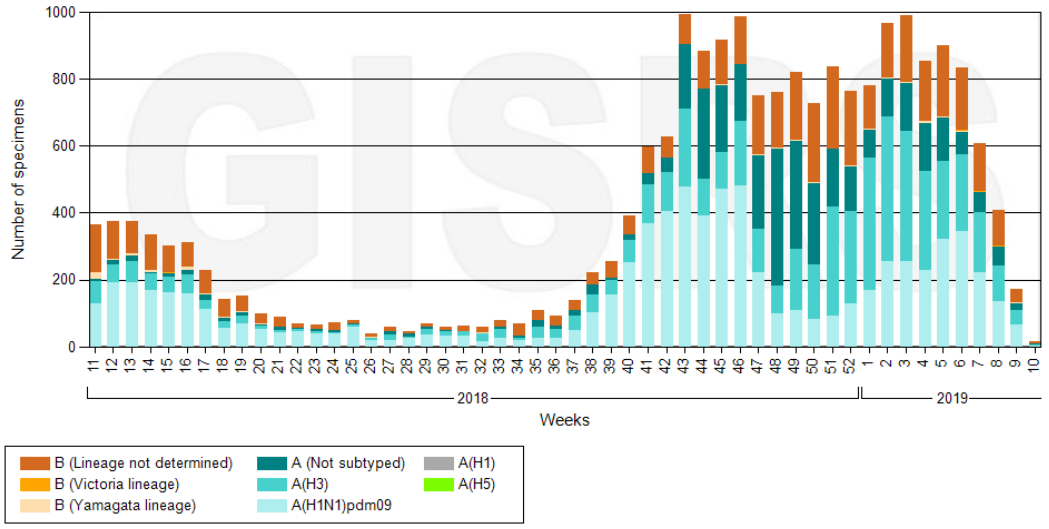
## Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 11/03/2019 16:39:52 UTC

### Eastern Mediterranean Region of WHO

**Number of specimens positive for influenza by subtype**




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

© World Health Organization 2019

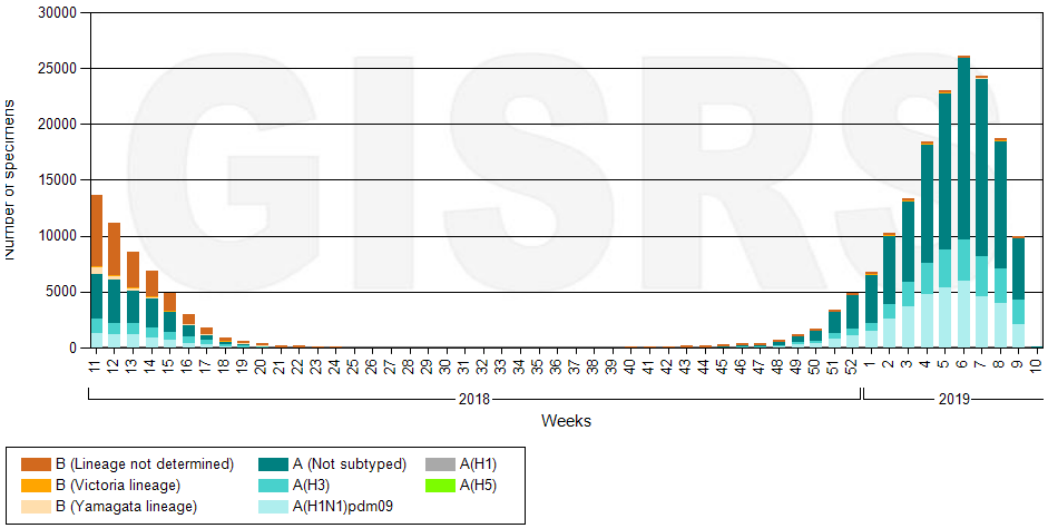
## Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 11/03/2019 16:40:42 UTC

### European Region of WHO

**Number of specimens positive for influenza by subtype**




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

© World Health Organization 2019

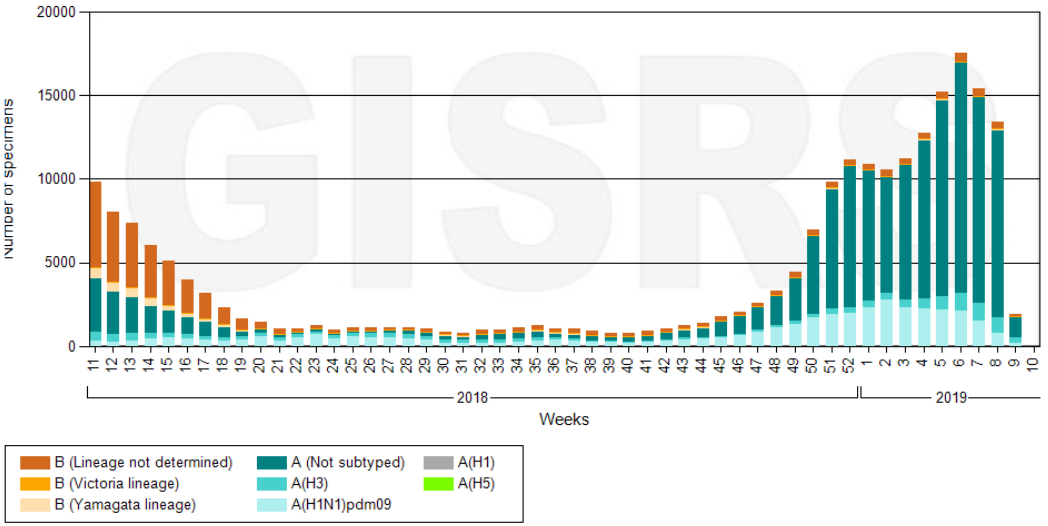
## Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 11/03/2019 16:41:26 UTC

### Region of the Americas of WHO

**Number of specimens positive for influenza by subtype**




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

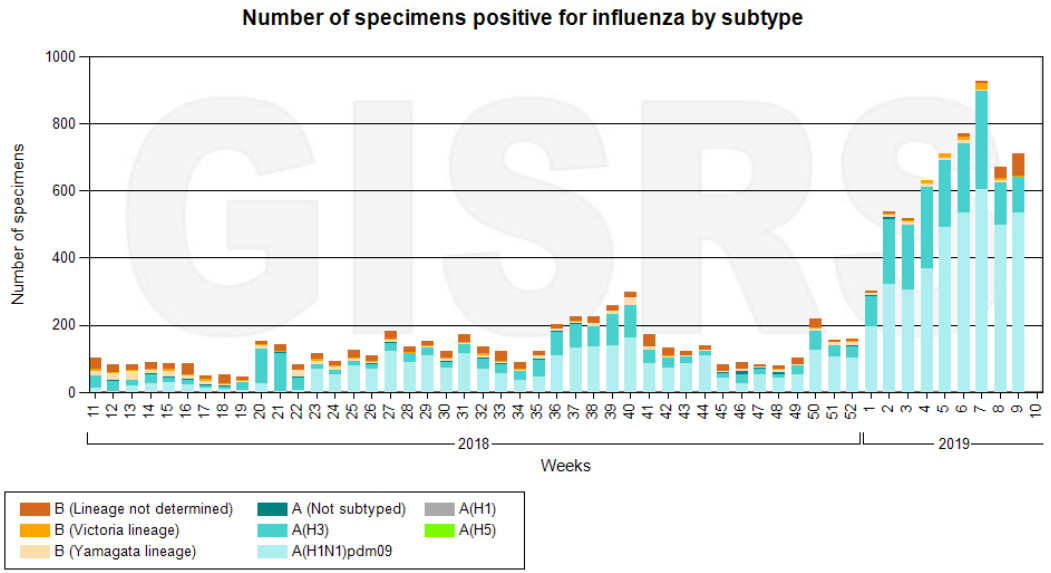
© World Health Organization 2019

## Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 11/03/2019 16:42:16 UTC

### South-East Asia Region of WHO




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

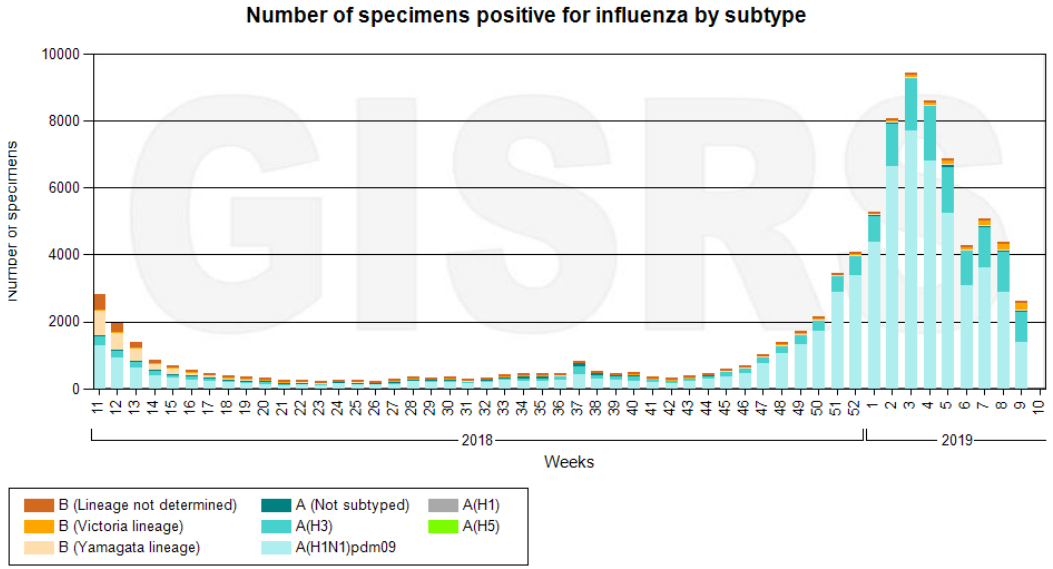
© World Health Organization 2019

## Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 11/03/2019 16:43:23 UTC

### Western Pacific Region of WHO




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