

INFORME EPIDEMIOLÓGICO

CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 25/2019
(16/06/2019 a 22/06/2019)

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

EVENTOS ESTADUAIS

Semana Epidemiológica 25/2019

(16/06/2019 a 22/06/2019)

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

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Vigilância de casos humanos

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

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

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

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

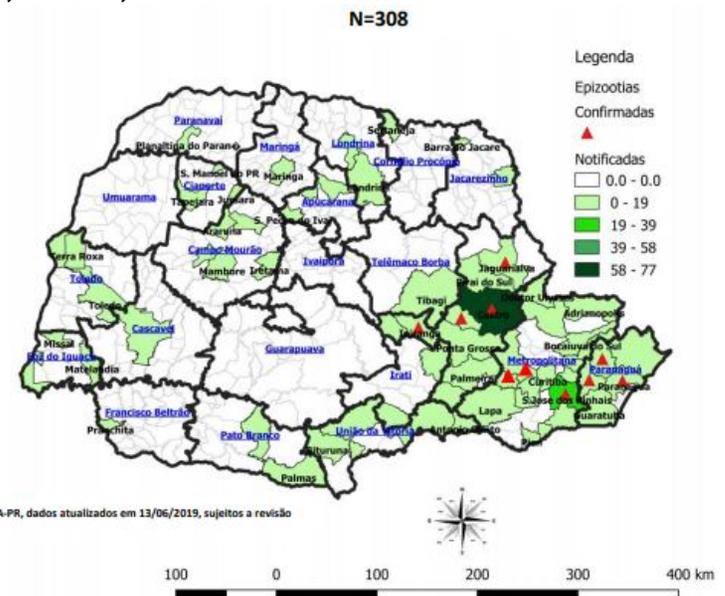
Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA-PR, 12/06/2019, dados preliminares sujeitos a alterações.

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

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

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

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



FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Imunização

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

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

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

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

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

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

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

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

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

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

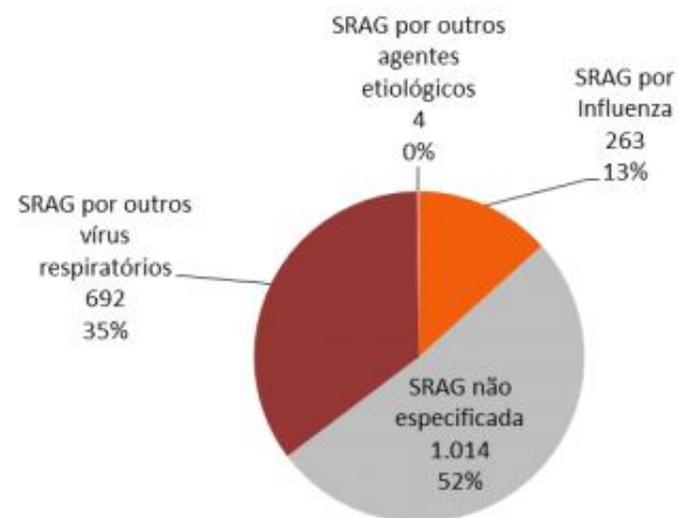
Fonte: Sivep-Gripe. Atualizado em 18/06/2019, dados sujeitos a alterações.

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

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

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

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



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

INFLUENZA

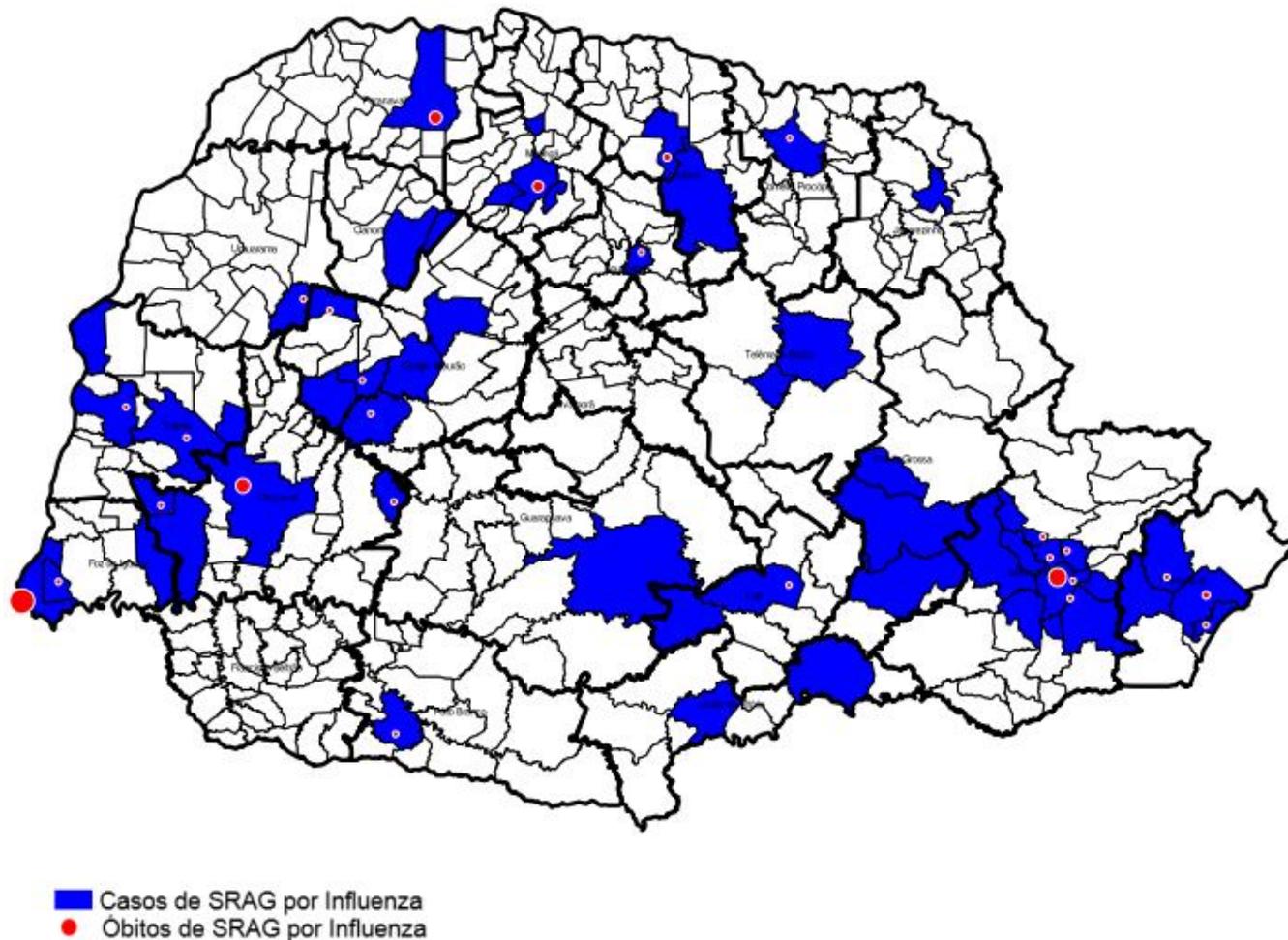
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

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



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Obs.: Resultados provenientes de laboratórios particulares, prováveis Influenza A (H1N1) pdm09.
Fonte: SINAN Influenza Web. Sivep-Gripe. Atualizado em 18/06/2019, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

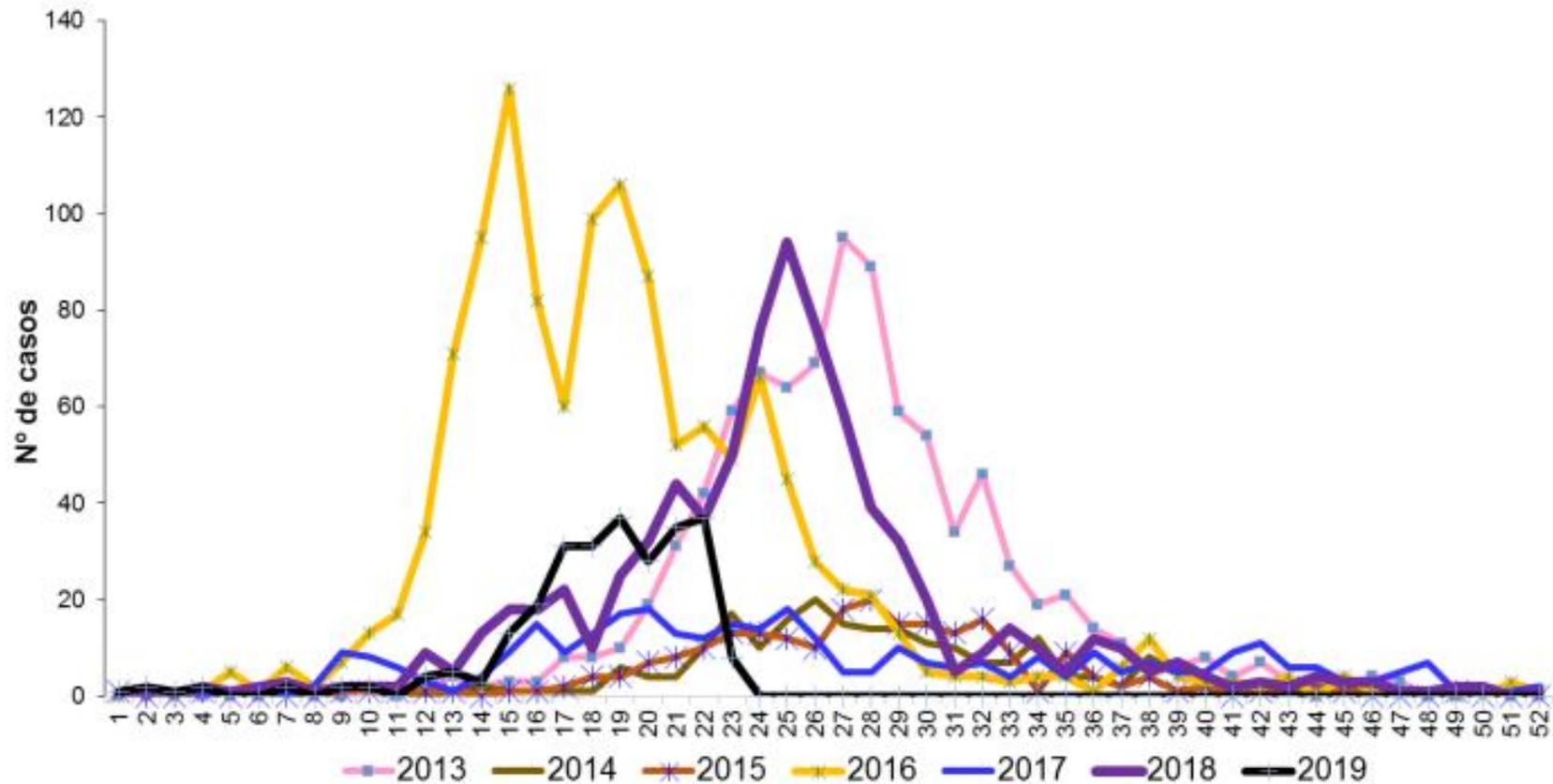
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

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



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

Medidas Preventivas para Influenza

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

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

Outras medidas são:

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

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

Evitar tocar as mucosas de olhos, nariz e boca;

Higienizar as mãos após tossir ou espirrar;

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

Manter os ambientes bem ventilados;

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

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

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

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

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

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 25/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

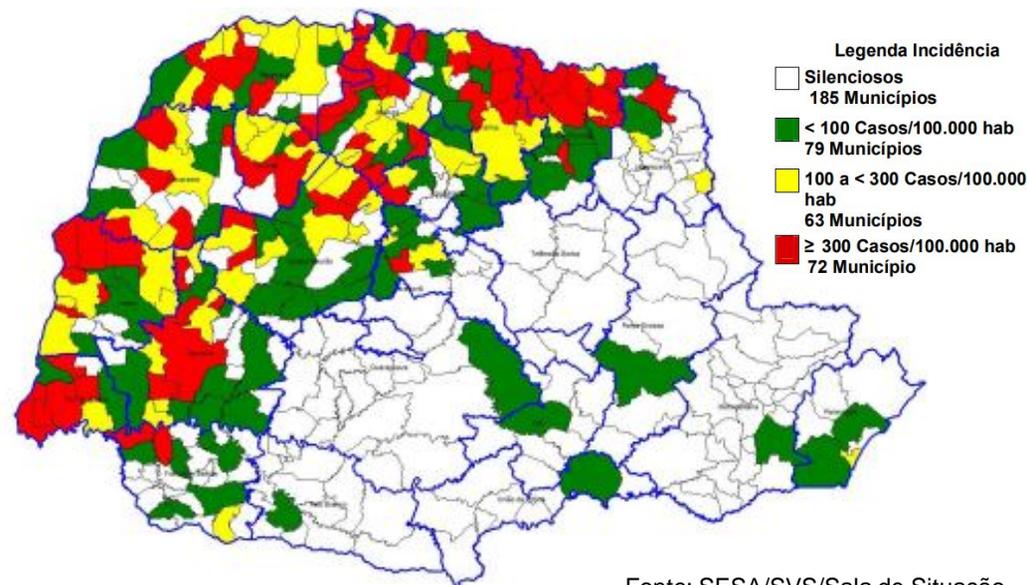
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2018 (primeira semana de agosto) a 25/2019.

Foram notificados no referido período 77.365 casos suspeitos de dengue, dos quais 34.758 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 142,94 casos por 100.000 hab. (15.956/11.163.018 hab.), considerada situação de **Alerta de Epidemia** pelo Ministério de Saúde (100 a 299,99 casos/100.000 hab.).

Os municípios com maior número de casos suspeitos notificados são Londrina (12.928), Foz do Iguaçu (7.711) e Maringá (4.624). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Foz do Iguaçu (1.345), Cascavel (1.060) e Londrina (1.054).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes – Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 25/2019



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 25/2019*	PERÍODO 2018/2019
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	337
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	247
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	22
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	214
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (01 ^a , 02 ^a , 03 ^a , 04 ^a , 05 ^a , 06 ^o , 07 ^a , 08 ^a , 09 ^a , 10 ^a , 11 ^a , 12 ^a , 13 ^a , 14 ^a , 15 ^a , 16 ^a , 17 ^a , 18 ^a , 19 ^a , 20 ^a e 22 ^a)	21
TOTAL DE CASOS	16.402
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	15.956
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	446
TOTAL DE NOTIFICADOS	77.365

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 – Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 25/2019.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	13.738 (83,8%)	2.664 (16,2%)	16.402
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	342	-	342
Dengue Grave (D G)	33	-	33
Descartados	-	-	34.758
Em andamento/investigação	-	-	25.830
Total	14.113 (18,2%)	2.664 (3,44%)	77.365

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

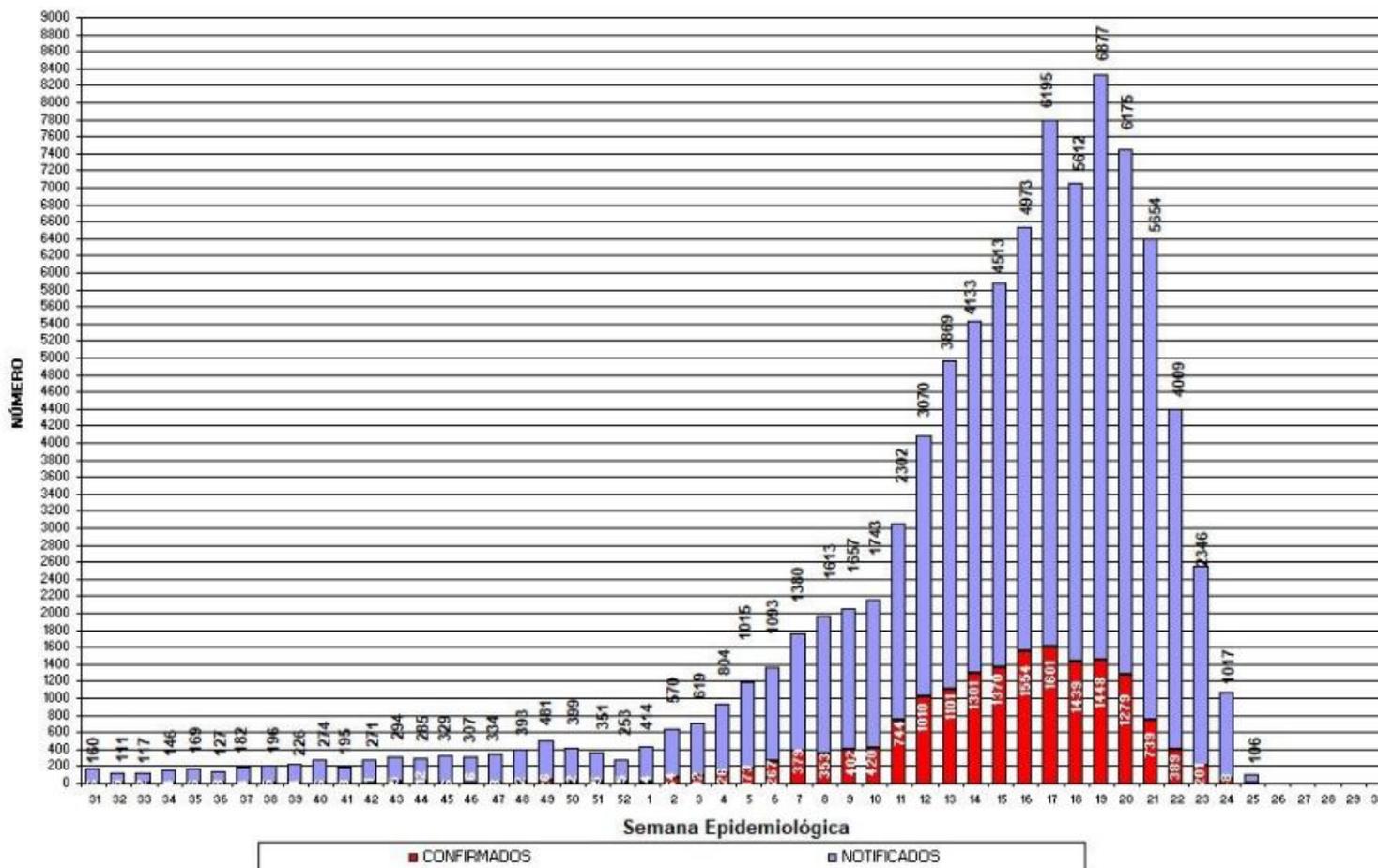
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 25/06/2019

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

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

Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2018 a 25/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 25/06/2019

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

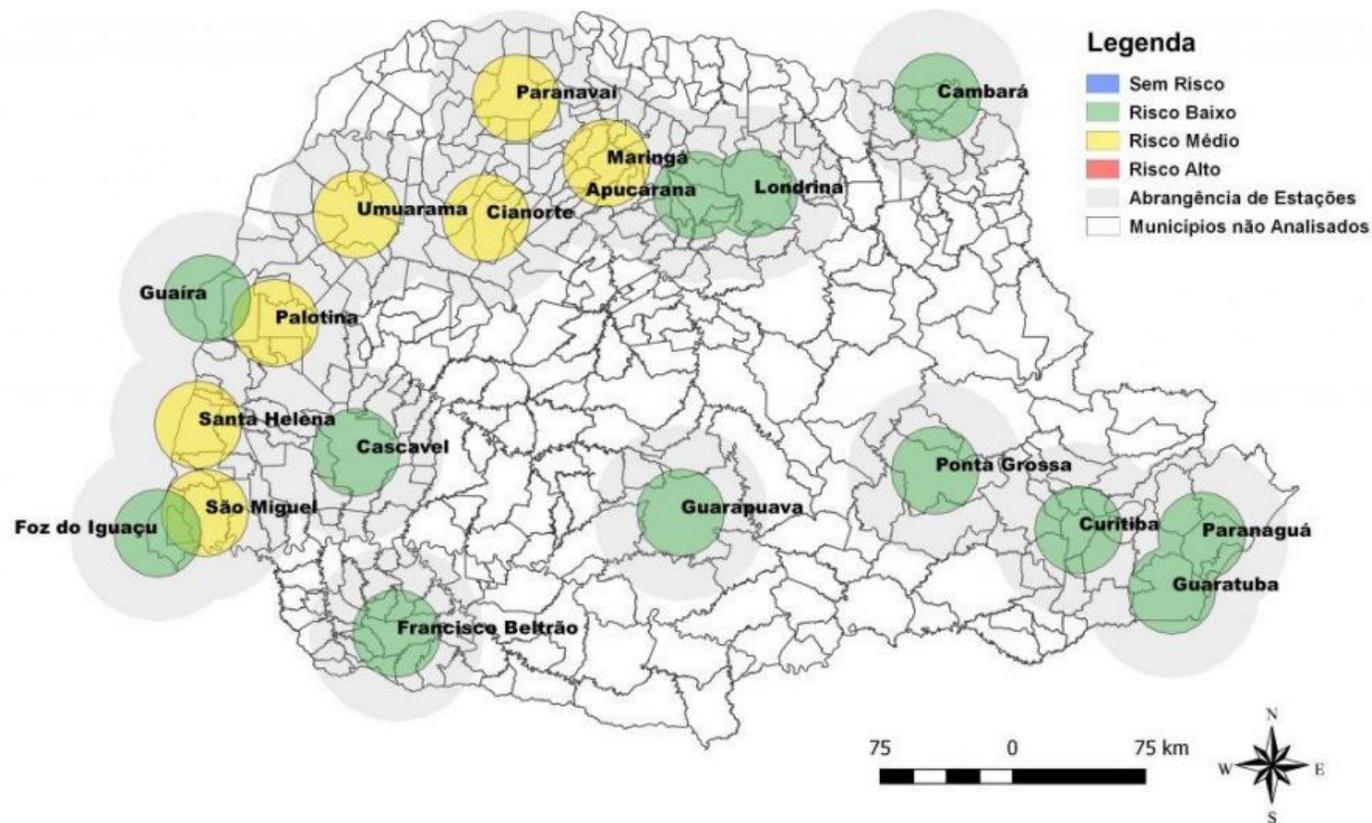
Risco climático para desenvolvimento de criadouros por Estações Meteorológicas. Paraná, 2019.

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (09/06/2019 - 15/06/2019)

Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 24/2019 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti* :

- 00 (zero) sem risco;
- 12 (doze) com risco baixo;
- 07 (sete) com risco médio; e
- 00 (zero) com risco alto.

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



DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 25/06/2019

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 25/2019*

REGIONAL DE SAÚDE	POPULAÇÃO	CASOS			NOTIFICADOS	DSA	DG	ÓBITOS	INCIDÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	89	0	89	1.561	0	0	0	31,05
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	1	50	51	1.287	2	0	0	0,03
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	9	9	18	137	0	0	0	1,46
4ª RS - Irati	171.453	1	4	5	70	0	0	0	0,58
5ª RS - Guarapuava	459.398	1	1	2	61	0	0	0	0,22
6ª RS - União da Vitória	174.970	2	1	3	66	0	0	0	1,14
7ª RS - Pato Branco	264.185	2	4	6	210	0	0	0	0,76
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	170	13	183	1.006	3	0	0	47,80
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	2.145	146	2.291	10.163	75	7	2	528,46
10ª RS - Cascavel	540.131	1.514	15	1.529	4.781	43	4	4	280,30
11ª RS - Campo Mourão	340.320	721	12	733	3.074	6	0	0	211,86
12ª RS - Umuarama	277.040	676	8	684	2.612	18	1	0	244,01
13ª RS - Cianorte	154.374	1.148	3	1.151	2.451	1	0	0	743,65
14ª RS - Paranavaí	274.257	1.172	13	1.185	5.851	17	1	3	427,34
15ª RS - Maringá	799.890	2.031	7	2.038	9.209	11	3	2	253,91
16ª RS - Apucarana	372.823	273	23	296	1.322	0	0	0	73,23
17ª RS - Londrina	935.904	2.576	6	2.582	24.138	130	16	9	275,24
18ª RS - Cornélio Procopio	230.231	1.508	14	1.522	3.775	3	0	0	654,99
19ª RS - Jacarezinho	290.216	591	14	605	2.087	25	0	0	203,64
20ª RS - Toledo	385.916	1.214	72	1.286	3.108	7	1	0	314,58
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	4	4	87	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	112	27	139	309	1	0	0	81,08
TOTAL PARANÁ	11.163.018	15.956	446	16.402	77.365	342	33	20	142,94

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

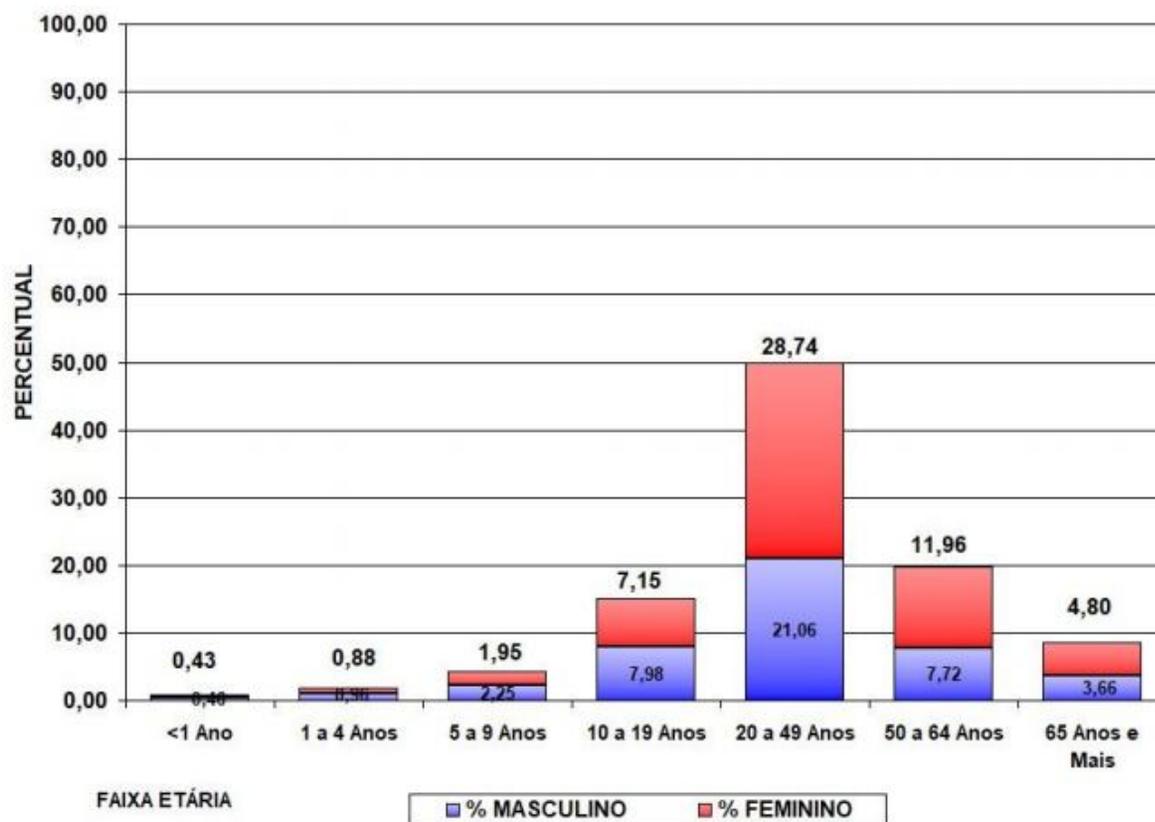
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 25/06/2019

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 49,80% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 50 a 64 anos (19,68%) e 15,13% 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 25/2019, Paraná – 2018/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 25/06/2019

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

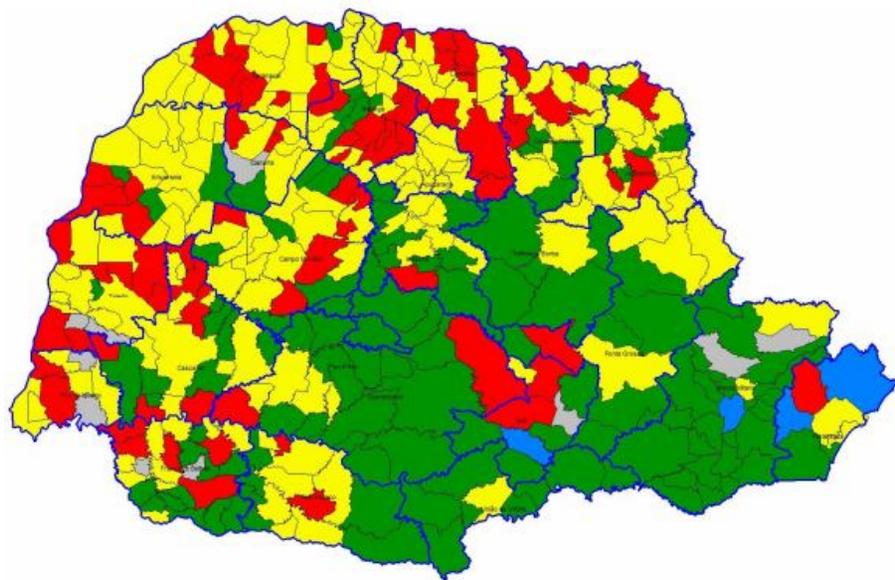
LEVANTAMENTO ENTOMOLÓGICO

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

condições satisfatória quando o IIP fica abaixo de 1%, em condição de alerta quando este índice está ente 1 e 3,99% e em risco de desenvolver epidemia quando o índice atinge 4%. Podemos observar na Figura 6, que no período 01º Ciclo de 2019, atualizado em 20/03/2019*, em relação ao IIP, dos 399 municípios do Paraná: 78 municípios (19,5%) estão classificados em situação em risco de epidemia; 177 municípios (44,4%) estão em situação de alerta e; 130 municípios (32,6%) em situação satisfatória; 10 municípios (2,5%) não enviaram informação referente ao monitoramento entomológico. 04 municípios (1,0%) realizaram a pesquisa via armadilhas

Classificação dos municípios segundo IIP – Paraná

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



Legenda IIP

■	Sem informação
	10 Municípios
■	<0,99 (satisfatório)
	130 Municípios
■	1 a 3,99 (alerta)
	177 Municípios
■	≥ 4 (Risco de epidemia)
	78 Municípios
■	4 Municípios: Armadilha

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 25/06/2019

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 25/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
1	Guaratuba	35.182	0	0	0	4	-	0	0	0	0	-
1	Matinhos	32.591	1	0	1	1	3,07	0	0	0	0	-
1	Paranaguá	150.660	0	0	0	15	-	0	0	0	0	-
2	Campina Grande Sul	41.821	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
2	Campo Largo	124.098	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	Campo Magro	27.517	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	Colombo	232.432	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	Curitiba	1.879.355	0	5	5	36	-	0	0	0	8	-
2	Fazenda Rio Grande	92.204	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	Quatro Barras	22.048	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	Quitandinha	18.419	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	São José dos Pinhais	297.895	0	1	1	58	-	1	0	1	31	0,34
3	Carambeí	21.590	0	0	0	3	-	0	0	0	3	-
3	Palmeira	33.753	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
3	Ponta Grossa	337.865	0	0	0	5	-	0	1	1	4	-
4	Irati	59.708	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
4	Teixeira Soares	11.495	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
5	Laranjeiras do Sul	32.133	0	0	0	0	-	0	0	0	2	-
5	Pinhão	31.978	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
5	Pitanga	32.419	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
6	União da Vitória	56.265	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
7	Honório Serpa	5.769	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
7	Mangueirinha	17.334	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
7	Pato Branco	79.011	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Capanema	19.275	0	1	1	2	-	0	0	0	0	-
8	Dois Vizinhos	39.138	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
8	Francisco Beltrão	86.499	0	0	0	0	-	0	0	0	2	-
8	Nova Prata do Iguaçu	10.722	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Realeza	17.023	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
8	Salto do Lontra	14.539	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Verê	7.799	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Foz do Iguaçu	263.782	2	4	6	79	0,76	1	0	1	37	0,38
9	Itaipulândia	10.236	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Medianeira	44.885	0	1	1	7	-	0	0	0	4	-
9	Missal	10.847	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Santa Terezinha de Itaipu	22.570	0	0	0	3	-	1	0	1	7	4,43
9	São Miguel do Iguaçu	27.197	0	0	0	2	-	0	0	0	2	-
9	Serranópolis do Iguaçu	4.652	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
10	Braganey	5.742	0	0	0	2	-	0	0	0	2	-
10	Cafelândia	16.611	0	0	0	23	-	0	0	0	3	-
10	Campo Bonito	4.259	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
10	Cascavel	312.778	0	0	0	129	-	0	0	0	127	-
10	Corbélia	17.076	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
10	Formosa do Oeste	7.296	0	0	0	4	-	0	0	0	0	-
10	Iguatu	2.302	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
10	Quedas do Iguaçu	32.982	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
10	Três Barras do Paraná	12.227	0	0	0	2	-	0	0	0	2	-
11	Campo Mourão	92.930	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
11	Goioerê	29.702	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
11	Iretama	10.689	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
11	Juranda	7.697	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
11	Mamborê	13.943	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
11	Roncador	11.065	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 25/06/2019

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 25/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
12	Altônia	21.744	0	0	0	20	-	0	0	0	0	-
12	Douradina	8.228	0	0	0	2	-	0	0	0	1	-
12	Iporã	14.887	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
12	Ivaté	8.013	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Maria Helena	5.982	0	0	0	5	-	0	0	0	0	-
12	Mariluz	10.541	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Nova Olímpia	5.782	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	São Jorge do Patrocínio	6.015	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
12	Umuarama	108.218	0	0	0	6	-	0	0	0	3	-
14	Alto Paraná	14.518	0	0	0	17	-	0	0	0	0	-
14	Cruzeiro do Sul	4.637	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
14	Loanda	22.603	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
14	Marilena	7.134	0	0	0	15	-	0	0	0	13	-
14	Mirador	2.334	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
14	Paranavaí	86.773	0	0	0	12	-	0	0	0	10	-
14	Planaltina do Paraná	4.277	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
14	Querência do Norte	12.247	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Astorga	25.976	0	0	0	5	-	0	0	0	0	-
15	Colorado	23.678	0	1	1	4	-	0	0	0	0	-
15	Itambé	6.192	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Lobato	4.690	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Mandaguaçu	21.672	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
15	Mandaguari	34.289	0	0	0	4	-	0	0	0	0	-
15	Marialva	34.388	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
15	Maringá	397.437	1	1	2	22	0,25	0	0	0	4	-
15	Nossa Sra das Graças	4.064	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
15	Nova Esperança	27.886	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
15	Paiçandu	39.291	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
15	Paranacity	11.069	1	0	1	3	9,03	0	0	0	0	-
15	Santa Fé	11.431	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Sarandi	90.376	0	0	0	2	-	0	0	0	2	-
16	Apucarana	130.430	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
16	Arapongas	115.412	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
16	Cambira	7.708	1	0	1	0	12,97	0	0	0	0	-
16	Jandaia do Sul	21.203	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
17	Cambé	103.822	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
17	Jaguapitã	13.174	0	0	0	6	-	0	0	0	5	-
17	Londrina	548.249	0	0	0	6	-	0	0	0	0	-
18	Bandeirantes	32.639	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Barra do Jacaré	2.821	0	0	0	4	-	0	0	0	0	-
19	Ibaiti	30.678	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Quatiguá	7.410	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Siqueira Campos	20.094	0	0	0	10	-	0	1	1	13	-
20	Diamante D'Oeste	5.259	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
20	Nova Santa Rosa	8.092	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Palotina	30.859	0	0	0	8	-	0	0	0	0	-
20	Santa Helena	25.415	0	0	0	0	-	0	0	0	2	-
20	São Pedro do Iguaçu	6.388	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Toledo	132.077	0	0	0	2	-	0	0	0	2	-
20	Tupãssi	8.261	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
21	Reserva	26.522	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
21	Telêmaco Borba	75.809	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
21	Tibagi	20.377	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
TOTAL		11.163.018	6	14	20	599	0,05	3	2	5	302	0,03

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA

NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015. *Dados considerados até 24 de Junho de 2019. Alguns municípios apresentaram correção de informações. Todos os dados deste Informe são provisórios e podem ser alterados no sistema de notificação pelas Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Essas alterações podem ocasionar diferença nos números de uma semana epidemiológica para outra. Os municípios que não tiveram notificações foram excluídos desta planilha.

EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 25/2019

(16/06/2019 a 22/06/2019)

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

FEBRE MACULOSA

Local de ocorrência: Minas Gerais

Data da informação: 11/06/2019

Fonte da informação: saude.mg.gov.br

COMENTÁRIOS:

Minas Gerais é um estado endêmico para a **febre maculosa**, isto significa que a doença é comum ao estado e pode ocorrer durante todo o ano. Nos períodos mais secos, meses de abril a outubro, os casos da doença tendem a aumentar, por isso é de fundamental importância intensificar as ações de vigilância do agravo e os cuidados preventivos.

A coordenadora de Zoonoses e Vigilância de Fatores de Risco Biológicos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), Mariana Gontijo, aponta que a doença é comum tanto em áreas rurais, quanto em áreas urbanas. “O carrapato é o principal vetor da bactéria. A espécie mais comum de carrapato que transmite a febre maculosa ao ser humano é a que está presente nos cavalos. Essa espécie de carrapato pode também ser encontrada em bovinos, roedores (capivaras e outros), marsupiais, cães e outros animais. A população de carrapatos aumenta em determinada área, em razão da disponibilidade de condições ambientais favoráveis, como presença de pastos “sujos” e vegetação favorável ao seu crescimento e reprodução, além da presença de animais que podem ser veiculadores deste vetor”, disse.

A doença

Transmitida ao ser humano pela picada do carrapato-estrela infectado pela bactéria *Rickettsia rickettsii*, a febre maculosa se manifesta por meio de febre alta, dor de cabeça, dores no corpo, mal estar, náuseas, vômitos e, em alguns casos, manchas avermelhadas na pele, especialmente na palma das mãos e na planta dos pés. Considerada grave, se não for tratada logo no início do aparecimento dos sintomas, pode levar à morte.

O diagnóstico tardio é um dos fatores que elevam a gravidade da doença. Assim, é fundamental que, diante de sintomas da doença, após a estadia em locais com grandes chances de infestação de carrapatos, o paciente procure imediatamente o serviço de saúde e relate ao profissional médico que esteve em áreas propícias para a presença desses animais. “Diante da suspeita clínica da febre maculosa, o tratamento deve ser iniciado imediatamente, devido à gravidade da evolução da doença. O início da investigação deve ser imediato, após a notificação, para que as medidas de prevenção e controle sejam adotadas em tempo oportuno”, enfatiza Mariana Gontijo.

Cuidados individuais

Como medidas gerais e individuais para prevenção da febre maculosa, a SES reforça alguns cuidados importantes para quem for frequentar áreas como matas, rios, cachoeiras e que possuem criação de animais domésticos como cães, cavalos, bem como ambientes com a presença de animais silvestres como capivaras ou gambás, que são propícios para os carrapatos. Durante o contato com estas áreas, a principal recomendação é que sejam realizadas inspeções no corpo em intervalos curtos de tempo, pois quanto antes os carrapatos forem identificados e retirados do corpo, menor a chance de transmissão da doença.

Números de casos

Em Minas, até o dia 11/06, foram notificados nove casos da doença, sendo que seis destes casos evoluíram para óbito. Os óbitos ocorrem nos municípios de Faria Lemos (1), Contagem (4) e Raul Soares (1).

Após as notificações iniciais de um caso, a SES-MG, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde, realiza visitas técnicas na região de ocorrência, para orientações e investigação epidemiológica; busca ativa de casos suspeitos; elaboração de Nota Técnica para orientação das medidas preventivas e de controle; para orientação à rede assistencial pública e privada, bem como alinhamento do fluxo assistencial e laboratorial de pacientes suspeitos. “A SES-MG tem trabalhado junto aos municípios para ampliar o conhecimento dos profissionais sobre a doença, emitindo alertas que favorecem o aumento da sensibilidade do sistema de vigilância. Dessa forma, os serviços de saúde são orientados para a realização de investigação que permite identificar novos casos da doença. As ações de vigilância da doença são contínuas, monitoradas e com ampla divulgação, sendo realizada em todo o estado de Minas Gerais durante todo o ano”, conclui Mariana Gontijo.

SARAMPO

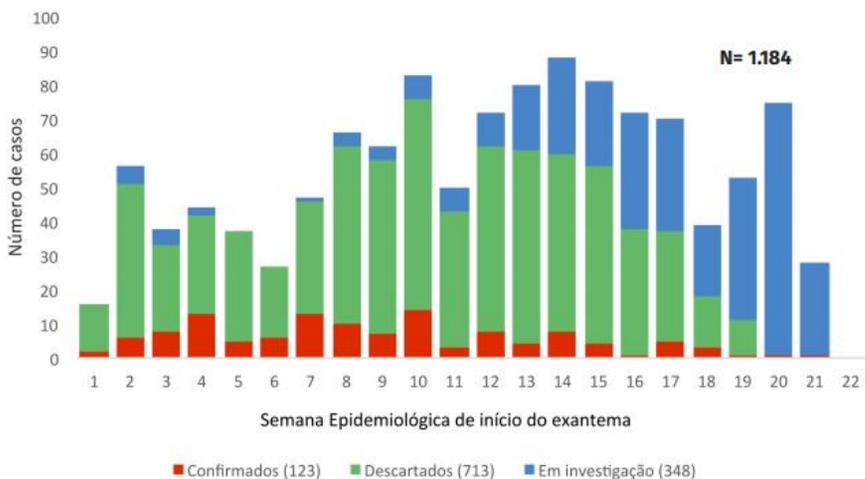
Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 05/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

1. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

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

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



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

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

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NOS ESTADOS COM SURTO ATIVO

2.1 São Paulo

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

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

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

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

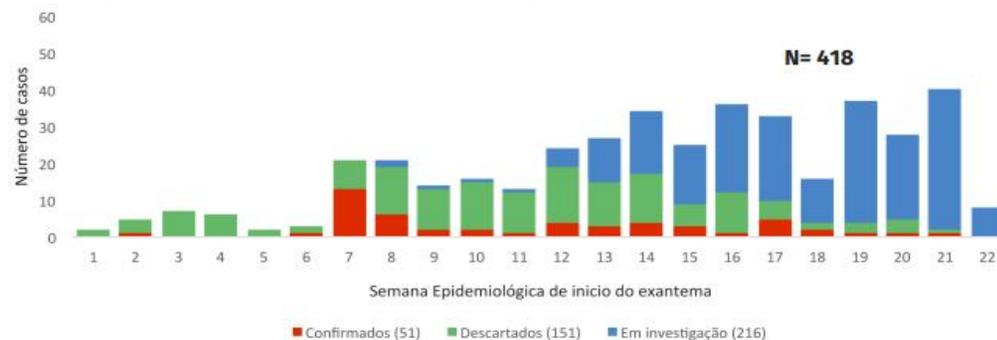
¹Estados em situação de surto ativo;

²Projeção populacional, IBGE.

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

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

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



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

*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

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

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 05/06/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

¹Projeção populacional, IBGE e SINASC.

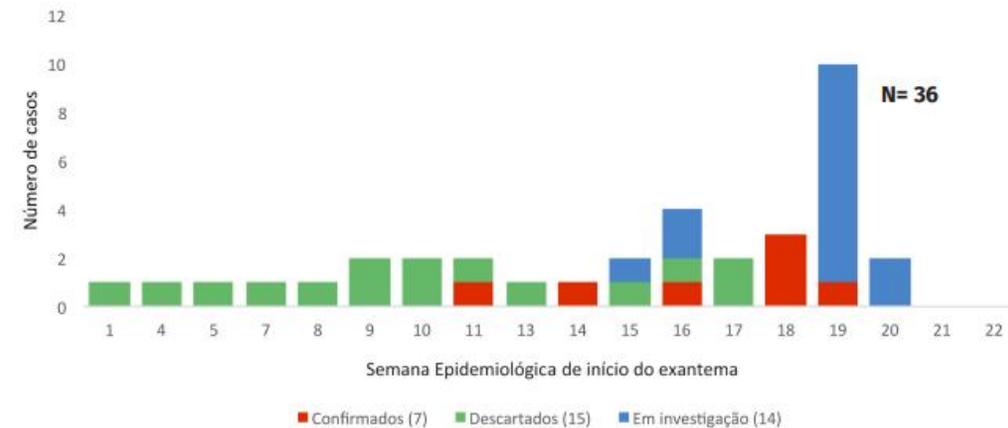
2.2 Rio de Janeiro

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

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

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

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



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

*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

SARAMPO

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

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

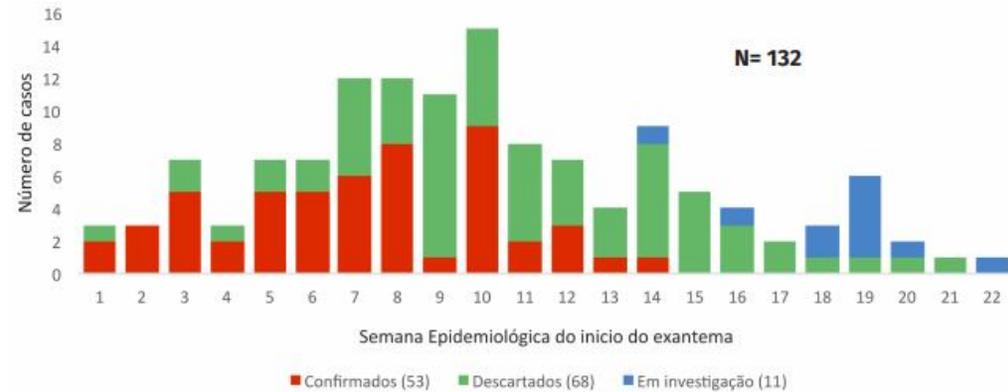
[†]Projeção populacional, IBGE e SINASC.

2.3 Pará

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

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

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



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

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

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

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

*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

[†]Projeção populacional, IBGE e SINASC.

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

SARAMPO

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

3. RECOMENDAÇÕES

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

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 13/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

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

Este informe refere-se ao período compreendido entre as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 22 de 2019, com o início de sintomas dos casos entre os dias 30/12/2018 a 01/06/2019.

A positividade, para influenza e outros vírus respiratórios, entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas de SG foi de 28,5% (1.989/6.978). Foram notificados 16.601 casos que atendem a definição de SRAG. Desses, 74,2% (12.317/16.601) possuem classificação final, dos quais 12,7% (1.560/12.317) foram classificadas como SRAG por influenza e 28,0% (3.446/12.317) como outros vírus respiratórios. Entre esses outros vírus respiratórios pesquisados (Vírus Sincicial Respiratório, Parainfluenza e Adenovírus), em 70,5% (2.430/3.446) dos casos foi identificado o VSR.

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



**GRIPE PODE SER EVITADA
COM MEDIDAS SIMPLES
DE HIGIENIZAÇÃO**

- EVITAR CONTATO PRÓXIMO A PESSOAS QUE APRESENTEM SINAIS/SINTOMAS DE GRIPE.
- UTILIZAR LENÇO DESCARTÁVEL PARA LIMPAR O NARIZ.
- NÃO COMPARTILHAR OBJETOS DE USO PESSOAL.
- LAVAR AS MÃOS.
- MANTER OS AMBIENTES BEM VENTILADOS.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 13/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

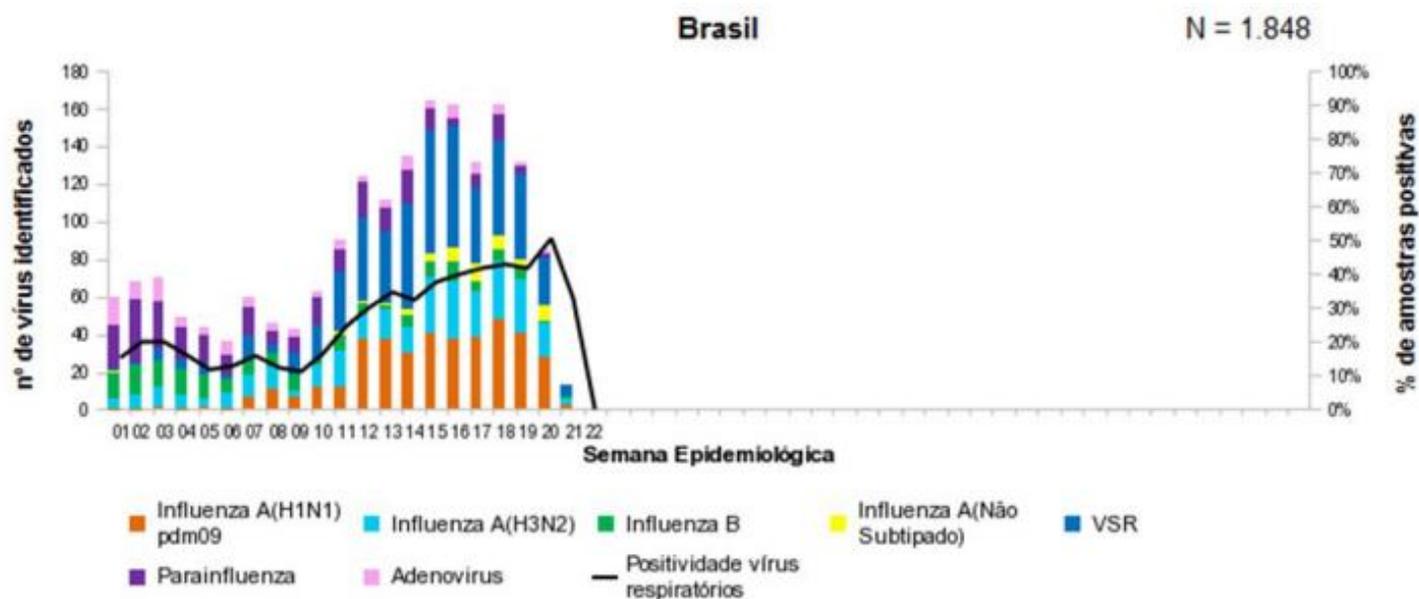
COMENTÁRIOS:

Síndrome Gripal

Preconiza-se a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela, sendo que até a SE 22 de 2019 foram coletadas 8.933 amostras. Das amostras coletadas, 78,1% (6.978/8.933) possuem resultados inseridos no sistema de informação e 28,5% (1.989/6.978) tiveram resultados positivos para vírus respiratório, das quais 39,6% (787/1.989) foram positivos para influenza e 60,4% (1.202/1.989) para outros vírus respiratórios (Vírus Sincicial Respiratório, Parainfluenza e Adenovírus) (Figura 2). Em 2018, no mesmo período, foram inseridas no sistema 7.041 amostras e 26,2% (1.848/7.041) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 49,8% (920/1.848) foram positivos para influenza e 50,2% (928/1.848) para outros vírus respiratórios (Figura 1).

Dentre as amostras positivas para influenza em 2019, 42,6% (335/787) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 33,2% (261/787) de influenza B, 4,9% (39/787) de influenza A não subtipado e 19,3% (152/787) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de VSR, 69,0% (829/1.202) (Figura 2).

FIGURA 1 – Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 22.



Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 4/6/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 13/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

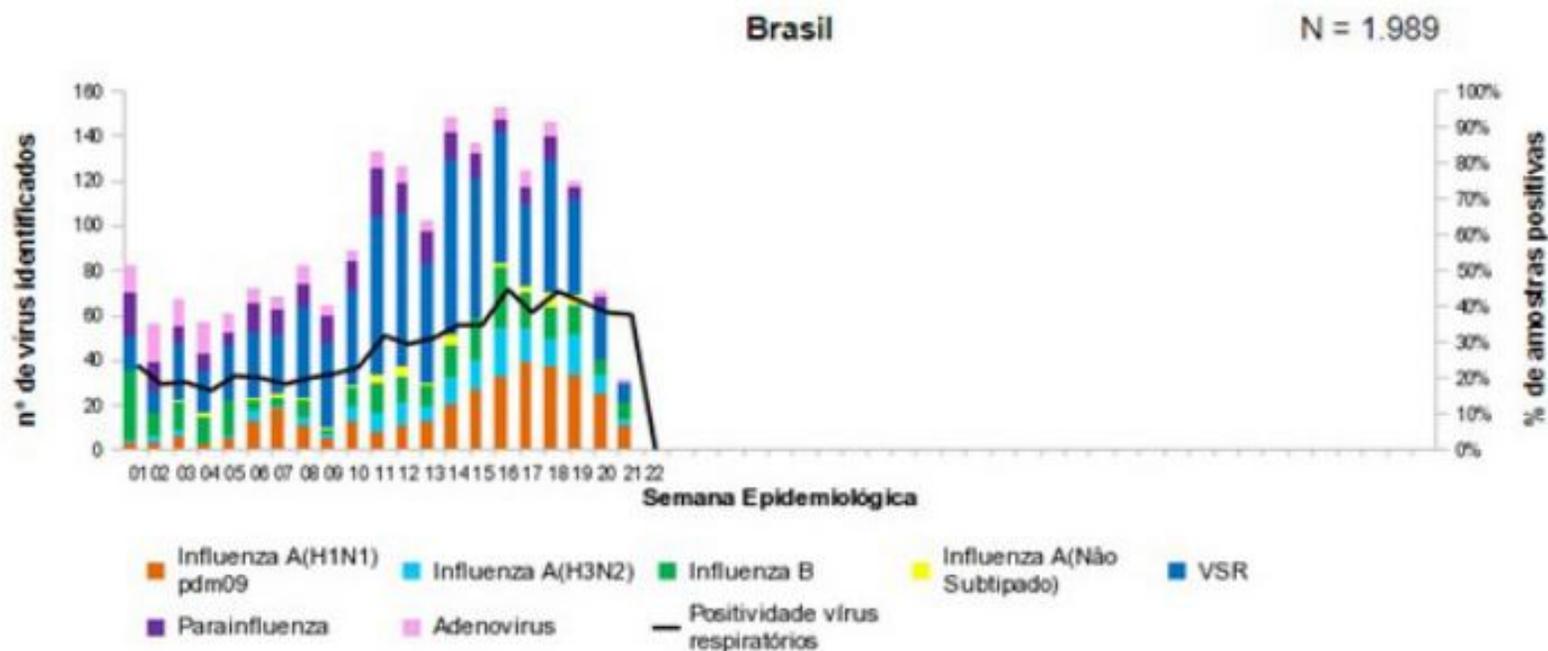
COMENTÁRIOS:

Síndrome Gripal

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

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

FIGURA 2 – Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2019 até a SE 22.



Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 3/6/2019, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 13/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – HOSPITALIZADO

Perfil Epidemiológico dos Casos

Até a SE 22 de 2019, foram notificados 16.601 casos que atendem a definição de SRAG. Desses, 74,2% (12.317/16.601) possuem classificação final, dos quais 12,7% (1.560/12.317) foram classificadas como SRAG por influenza e 28,0% (3.446/12.317) como outros vírus respiratórios. Entre os outros vírus respiratórios pesquisados (Vírus Sincicial Respiratório, Parainfluenza e Adenovírus), em 70,5% (2.430/3.446) dos casos foi identificado o VSR – importante ressaltar que o diagnóstico para VSR é um diagnóstico diferencial desenvolvido dentro da vigilância da influenza, não existindo vigilância específica para estes casos (Tabela 1)

REGIÃO/ Unidade Federada	SRAG Influenza		SRAG Outros Vírus Respiratórios		SRAG Outro agente respiratório		SRAG não Especificado		SRAG Em Investigação	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
NORTE	255	59	491	58	6	2	1189	106	375	1
RONDÔNIA	16	3	0	0	0	0	43	9	35	0
ACRE	46	5	28	13	0	0	41	12	55	0
AMAZONAS	140	35	402	39	5	2	802	42	99	0
RORAIMA	0	0	0	0	0	0	13	2	1	0
PARÁ	30	8	44	4	1	0	226	25	173	1
AMAPÁ	3	1	0	0	0	0	16	6	2	0
TOCANTINS	20	7	17	2	0	0	48	10	10	0
NORDESTE	336	54	376	24	4	0	1057	101	1338	34
MARANHÃO	2	0	3	1	0	0	18	4	49	1
PIAUÍ	21	0	83	5	2	0	39	6	91	2
CEARÁ	87	14	74	2	0	0	175	20	114	10
RIO GRANDE DO NORTE	45	18	5	1	0	0	28	12	108	15
PARAÍBA	10	5	24	7	0	0	63	19	42	1
PERNAMBUCO	39	1	0	0	1	0	485	9	651	4
ALAGOAS	32	1	2	2	0	0	64	13	13	1
SERGIPE	19	3	74	3	0	0	29	3	13	0
BAHIA	81	12	111	3	1	0	156	15	257	0

(Continua ao lado)

REGIÃO/ Unidade Federada	SRAG Influenza		SRAG Outros Vírus Respiratórios		SRAG Outro agente respiratório		SRAG não Especificado		SRAG Em Investigação	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
SUDESTE	540	80	767	33	51	8	2872	394	1595	25
MINAS GERAIS	72	13	150	13	8	2	595	94	235	1
ESPÍRITO SANTO	58	11	28	2	4	0	100	11	92	3
RIO DE JANEIRO	89	33	216	13	2	1	288	53	252	3
SÃO PAULO	321	23	373	5	37	5	1889	236	1016	18
SUL	287	61	833	40	5	1	1401	227	560	7
PARANÁ	167	43	523	33	2	1	794	142	392	4
SANTA CATARINA	80	12	131	4	0	0	248	48	48	1
RIO GRANDE DO SUL	40	6	179	3	3	0	359	37	120	2
CENTRO OESTE	141	27	979	43	7	3	717	89	416	9
MATO GROSSO DO SUL	44	11	223	15	0	0	171	16	135	0
MATO GROSSO	18	7	1	1	1	0	51	13	77	6
GOIÁS	33	5	290	20	5	2	217	43	98	2
DISTRITO FEDERAL	46	4	465	7	1	1	278	17	106	1
BRASIL	1,559	281	3,446	198	73	14	7,236	917	4,284	76
Outro País	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0
TOTAL	1,560	281	3,446	198	73	14	7,238	918	4,284	76

Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

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

TABELA 1 – Distribuição de casos e óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, por Classificação final e em Investigação. Brasil, regiões e unidades federadas (UF), até a SE 22 de 2019.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 13/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – HOSPITALIZADO

Perfil Epidemiológico dos Casos

Notou-se nos primeiros meses do ano uma circulação de vírus influenza com maior intensidade e de forma localizada no estado do Amazonas, com 140 casos e 35 óbitos. Os estados de São Paulo e Paraná também se destacam, pois apresentam até o momento 321 e 167 casos, 23 e 43 óbitos por influenza respectivamente (Tabela1).

No País, dentre os 1.274 casos de influenza que tiveram suas amostras submetidas à metodologia de subtipagem até o momento, 66,2% (844/1.274) eram influenza A(H1N1)pdm09, 16,6% (211/1.274) influenza A(H3N2), 5,4% (69/1.274) influenza A não subtipado e 11,8% (150/1.274) influenza B (Tabela 2).

REGIÃO/ Unidade Federada	SRAG influenza por subtipo								Total Casos	Total Óbitos
	Casos				Óbitos					
	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	A Não Subtipado	Influenza B	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	A Não Subtipado	Influenza B		
NORTE	149	20	20	20	43	7	2	4	209	56
RONDÔNIA	15	1	0	0	3	0	0	0	16	3
ACRE	14	7	2	0	3	2	0	0	23	5
AMAZONAS	108	0	17	1	32	0	2	0	126	34
RORAIMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PARÁ	12	0	1	12	5	0	0	3	25	8
AMAPÁ	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
TOCANTINS	0	12	0	6	0	5	0	1	18	6
NORDESTE	132	78	17	69	22	11	6	6	296	45
MARANHÃO	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
PIAUÍ	0	1	0	20	0	0	0	0	21	0
CEARÁ	26	29	2	18	2	5	0	5	75	12
RIO GRANDE DO NORTE	31	2	4	0	10	1	3	0	37	14
PARAÍBA	7	1	0	0	3	0	0	0	8	3

(Continua ao lado)

TABELA 2 – Distribuição dos casos e óbitos por subtipo de influenza. Brasil, regiões e unidades federadas (UF), até a SE 22 de 2019.

REGIÃO/ Unidade Federada	SRAG Influenza por subtipo								Total Casos	Total Óbitos
	Casos				Óbitos					
	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	A Não Subtipado	Influenza B	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	A Não Subtipado	Influenza B		
PERNAMBUCO	17	2	3	17	0	0	1	0	39	1
ALAGOAS	19	6	3	0	1	0	0	0	28	1
SERGIPE	2	10	2	5	0	2	1	0	19	3
BAHIA	30	27	3	8	6	3	1	1	68	11
SUDESTE	244	74	26	37	51	6	3	5	381	65
MINAS GERAIS	58	5	3	1	9	1	1	0	67	11
ESPÍRITO SANTO	24	25	0	3	3	3	0	1	52	7
RIO DE JANEIRO	46	2	0	3	27	0	0	0	51	27
SÃO PAULO	116	42	23	30	12	2	2	4	211	20
SUL	238	31	2	12	52	7	0	1	283	60
PARANÁ	147	9	0	12	38	4	0	1	168	43
SANTA CATARINA	67	12	1	0	11	1	0	0	80	12
RIO GRANDE DO SUL	24	10	1	0	3	2	0	0	35	5
CENTRO OESTE	81	8	4	12	21	1	0	2	105	24
MATO GROSSO DO SUL	27	3	2	1	8	1	0	0	33	9
MATO GROSSO	11	0	0	3	6	0	0	1	14	7
GOIÁS	21	2	0	7	5	0	0	0	30	5
DISTRITO FEDERAL	22	3	2	1	2	0	0	1	28	3
BRASIL	844	211	69	150	189	32	11	18	1,274	250

Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

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

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

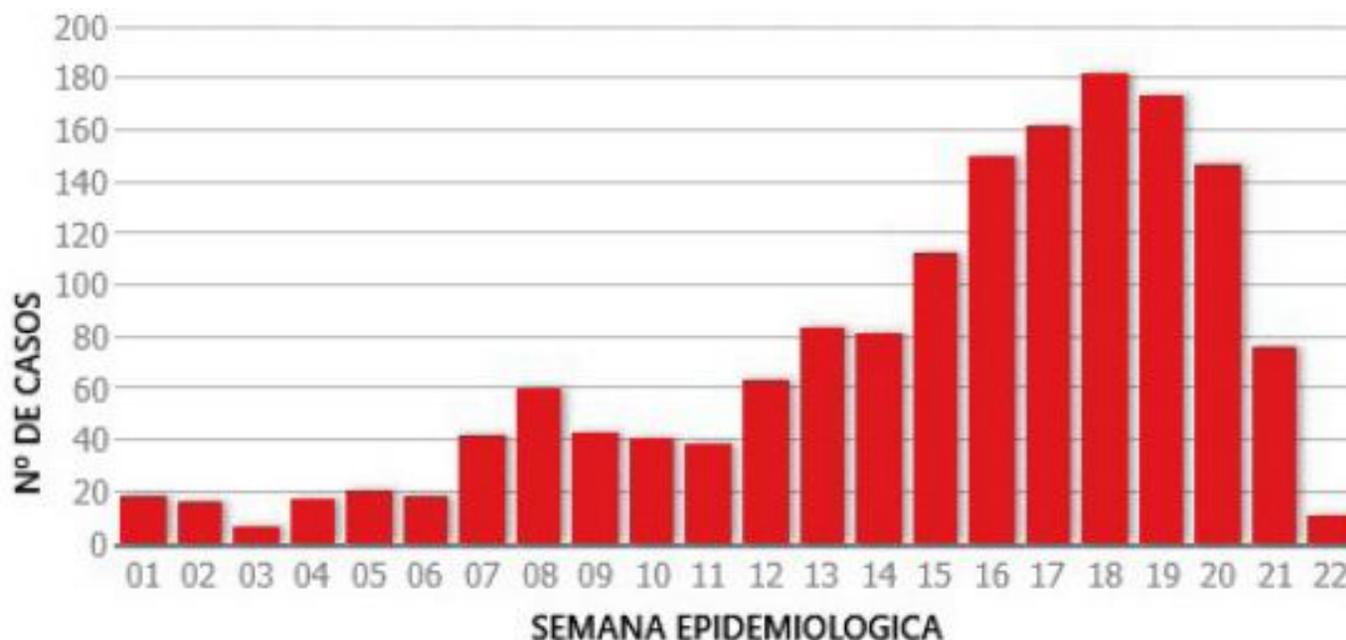
INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 13/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 31 anos, variando de 0 a 98 anos. Entre os casos de SRAG por influenza foi observada uma mediana de 3 dias para o início do tratamento variando de 0 a 93 dias. Na Figura 3, observa-se que a positividade para vírus influenza em

casos de SRAG apresentou aumento na SE 07 mantendo-se com pequena variação até a SE 12 quando a sazonalidade de influenza se apresenta instalada mantendo-se pelas semanas seguintes.



Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

FIGURA 3 – Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, confirmados para influenza, por semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2019 até a SE 22.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 13/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Perfil Epidemiológico dos Óbitos

Até a SE 22 de 2019 foram notificados 1.487 óbitos por SRAG, o que corresponde a 9,0% (1.487/16.601) do total de casos. Entre os óbitos 94,9% (1.411/1.487) possuem classificação final, dos quais 19,9% (281/1.411) confirmados para vírus influenza. Dos 250 óbitos que tiveram suas amostras submetidas à metodologia de subtipagem, 75,6% (189/250) foram por influenza A(H1N1)pdm09, 12,8% (32/250) por influenza A(H3N2), 4,4% (11/250) influenza A não subtipado e 7,2% (18/250) por influenza B (Tabela 2). Dos óbitos por outros vírus respiratórios 63,1% (125/198) foram por VSR (Tabela 1).

Dentre os indivíduos que evoluíram ao óbito por influenza, a mediana da idade foi de 51 anos, variando de 0 a 98 anos e 81,5% (229/281) apresentaram pelo menos um fator de risco, com destaque para adultos com 60 ou mais anos e cardiopatas. Além disso, 73,0% (205/281) fizeram uso de antiviral (Tabela 3), com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 93 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas.

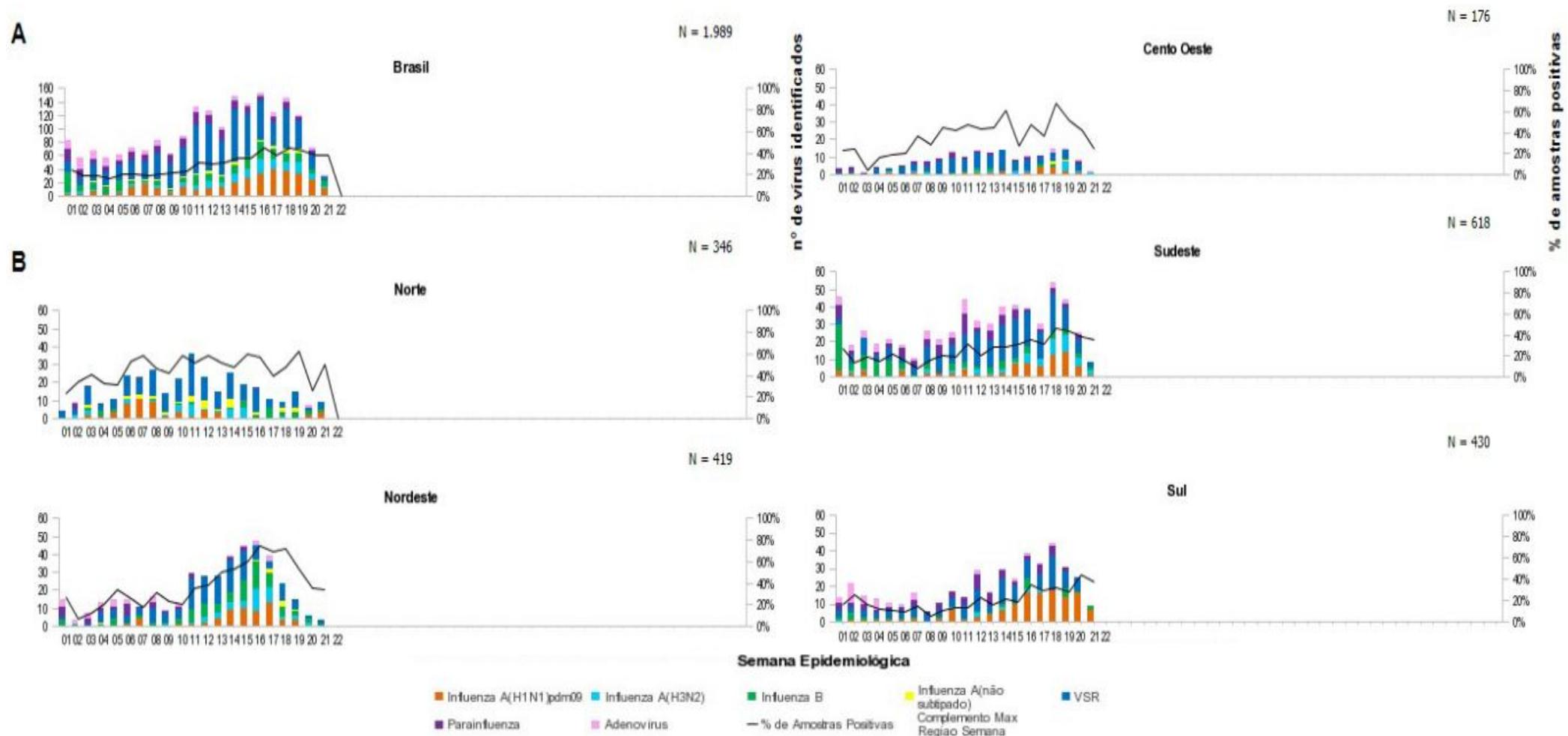
Óbitos por Influenza (N=281)	n	%
Com Fatores de Risco	229	81.5
Adulto ≥ 60 anos	102	44.5
Doença cardiovascular crônica	68	29.7
Diabetes mellitus	58	25.3
Criança < 5 anos	41	17.9
Pneumopatias crônicas	35	15.3
Imunodeficiência/Imunodepressão	21	9.2
Obesidade	14	6.1
Doença renal crônica	13	5.7
Doença hematológica crônica	6	2.6
Gestante	6	2.6
Síndrome de Down	4	1.7
Doença hepática crônica	3	1.3
Indígena	3	1.3
Puérpera (até 45 dias do parto)	2	0.9
Doença neurológica crônica	0	0.0
Que utilizaram Antiviral	205	73.0

TABELA 3 – Distribuição dos óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2019 até a SE 22.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 13/06/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

ANEXO 1 – Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal por semana epidemiológica do início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2019 até a SE 22.



Fonte: SIVEP-Gripe. Dados atualizados em 3/6/2019, sujeitos a alteração.

FEBRE AMARELA

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

COMENTÁRIOS:

Situação Epidemiológica:

MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA FEBRE AMARELA NO BRASIL*

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

Atualização: 04/06/2019

Casos humanos notificados: 1.281

Epizootias em PNH notificadas: 1.240

82 confirmados (14 óbitos)

48 confirmadas

286 em investigação

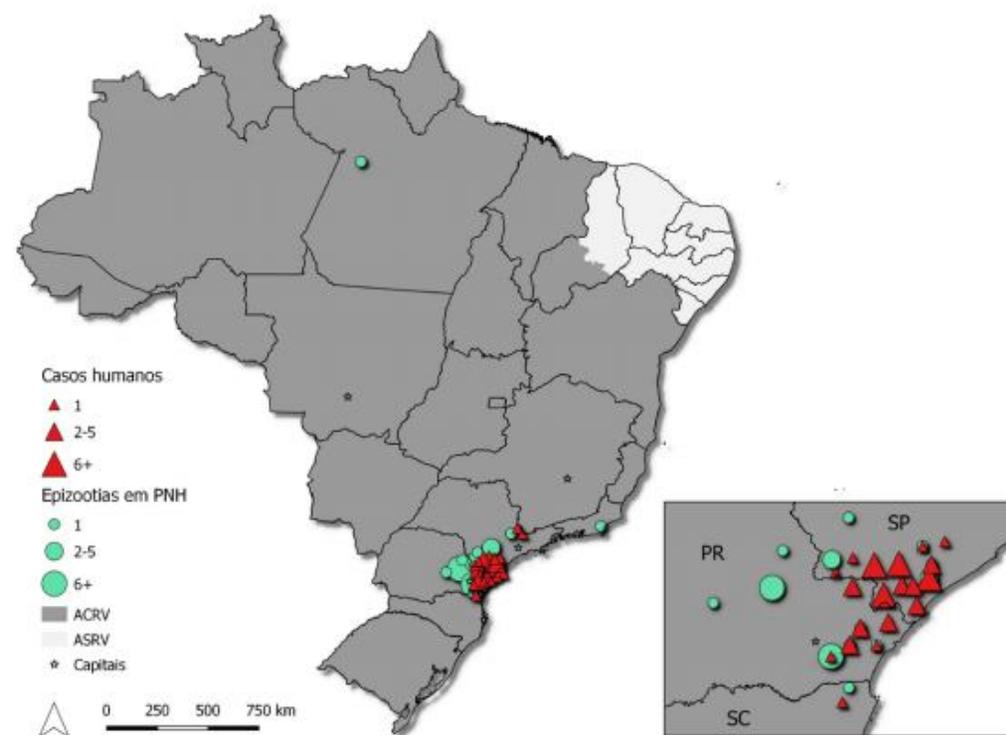
321 em investigação e 435 indeterminadas

913 descartados

436 descartadas

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

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



FEBRE AMARELA

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

COMENTÁRIOS:

Vigilância de Casos Humanos

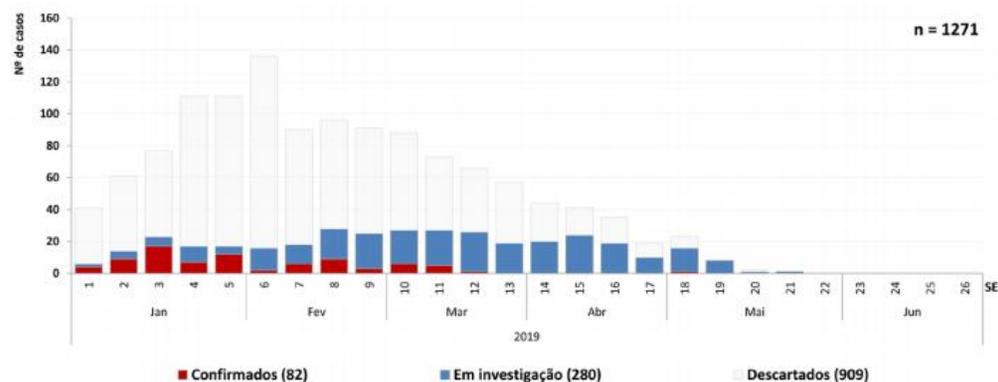
Foram registrados casos humanos confirmados nos estados de São Paulo (68), do Paraná (13) e Santa Catarina (01) (Tabela 1). A maior parte dos casos eram trabalhadores rurais e/ou com exposição em área silvestre, sendo 73 (89%) do sexo masculino, com idades entre 08 e 87 anos. Em março/2019 (SE-13), foi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

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

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

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

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



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

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

FEBRE AMARELA

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

COMENTÁRIOS:

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

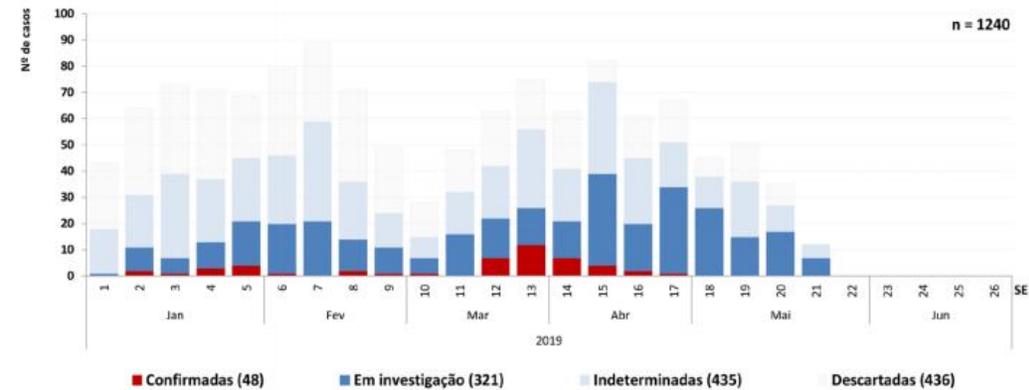
Foram registradas epizootias de PNH confirmadas em São Paulo (13), no Rio de Janeiro (01), no Paraná (32), no Pará (1) e em Santa Catarina (1). O maior número de epizootias confirmadas foi registrado na região Sul (68,7%; 33/48), sendo a maior parte das epizootias com ocorrência no estado do Paraná (Tabela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

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

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

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

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



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

FEBRE AMARELA

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

COMENTÁRIOS:

Áreas de risco

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

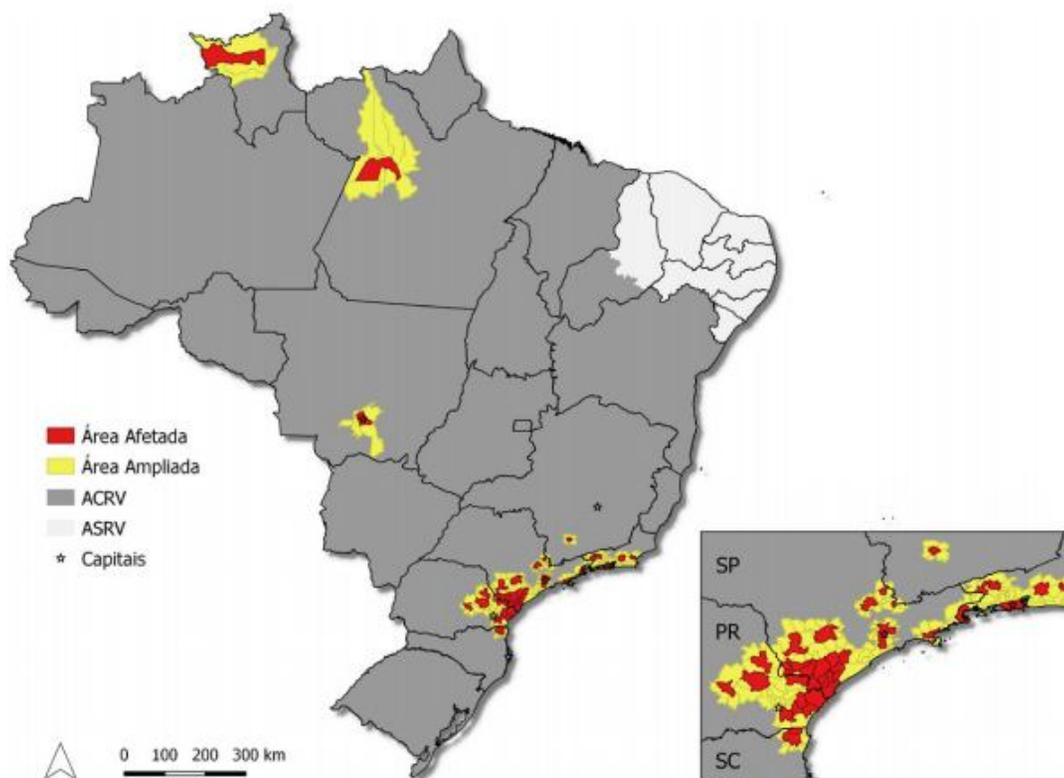


FIGURA 4 • Áreas afetadas (com evidência de circulação viral) e ampliadas (limitrofes àquelas afetadas), que compõem as áreas de risco de transmissão de FA e onde as ações de vigilância e resposta devem ser intensificadas.

FEBRE AMARELA

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

COMENTÁRIOS:

Orientações para a intensificação da vigilância:

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

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

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

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



EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 25/2019

(16/06/2019 a 22/06/2019)

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

RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 18/06/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou na terça-feira (18/06) uma campanha global convocando os governos a adotarem um instrumento para reduzir a disseminação da resistência antimicrobiana, eventos adversos e custos. Denominada AWaRe, a ferramenta foi desenvolvida pela Lista de Medicamentos Essenciais da OMS para conter a resistência crescente e tornar o uso de antibióticos mais seguro e eficaz.

A AWaRe classifica os antibióticos em três grupos – Acesso, Alerta e Reserva – e especifica quais antibióticos usar para as infecções mais comuns e graves; quais devem estar disponíveis em todos os momentos no sistema de saúde; e aquelas que devem ser usadas com parcimônia ou preservadas e usadas apenas como último recurso.

A nova campanha visa aumentar a proporção do consumo global de antibióticos no grupo Acesso para pelo menos 60% e reduzir o uso de antibióticos com maior risco de resistência dos grupos Alerta e Reserva. O uso de antibióticos do grupo Acesso reduz o risco de resistência porque eles são de “espectro estreito” (que têm como alvo um microrganismo específico em vez de vários). Eles também são menos caros porque estão disponíveis em formulações genéricas.

A resistência antimicrobiana é uma ameaça global à saúde e ao desenvolvimento e que continua crescendo no mundo, conforme destacado em um relatório recente do Grupo de Coordenação Internacional sobre Resistência Antimicrobiana. Atualmente, estima-se que mais de 50% dos antibióticos em muitos países são utilizados inadequadamente – por exemplo, para tratar vírus quando tratam apenas infecções bacterianas ou no uso do antibiótico errado (espectro mais amplo), o que contribui para a disseminação da resistência antimicrobiana.

Uma das preocupações mais prementes é a disseminação de bactérias gram-negativas resistentes, incluindo *Acinetobacter*, *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae*. Essas bactérias, que são comumente vistas em pacientes internados, causam infecções como pneumonia, infecções da corrente sanguínea, feridas ou infecções de sítio cirúrgico e meningite. Quando os antibióticos deixam de funcionar de forma eficaz, são necessários tratamentos mais caros e internações hospitalares, o que gera uma carga pesada sobre orçamentos de saúde já sobrecarregados.



Ao mesmo tempo, muitos países de baixa e média renda experimentam grandes lacunas no acesso a antibióticos eficazes e apropriados. As mortes na infância por pneumonia (estimadas, globalmente, em cerca de um milhão por ano) devido à falta de acesso a antibióticos continuam frequentes em muitas partes do mundo. E embora mais de 100 países tenham implementado planos nacionais para combater a resistência antimicrobiana, apenas um quinto desses planos são financiados e implementados.

“Combater a resistência antimicrobiana requer um equilíbrio cuidadoso entre o acesso e a preservação”, disse Hanan Balkhy, diretora-geral adjunta da OMS para resistência antimicrobiana. “A ferramenta AWaRe pode orientar a política para garantir que os pacientes continuem sendo tratados, além de limitar o uso de antibióticos com maior risco de resistência”.

Na ausência de novos investimentos significativos no desenvolvimento de novos antibióticos, a melhoria do uso de antibióticos é uma das principais ações necessárias para reduzir o surgimento e a disseminação da resistência antimicrobiana. Ao classificar os antibióticos em três grupos distintos e dar aconselhamento sobre quando usá-los, a AWaRe torna mais fácil para os formuladores de políticas, prescritores e profissionais de saúde selecionarem o antibiótico certo no momento certo e proteger os antibióticos ameaçados.

“A resistência antimicrobiana é uma pandemia invisível”, disse Mariângela Simão, diretora-geral adjunta de Acesso a Medicamentos. “Já estamos começando a ver sinais de uma era pós-antibiótica, com o surgimento de infecções que são intratáveis por todas as classes de antibióticos. Devemos proteger esses preciosos antibióticos de última geração para garantir que ainda possamos tratar e prevenir infecções graves”.

MORTES NO TRÂNSITO

Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 17/06/2019

Fonte da informação: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

COMENTÁRIOS:

Um novo relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) revela que o número de mortes no trânsito continua aumentando nas Américas, chegando a quase 155 mil por ano, 11% do total mundial.

O relatório “*Status of Road Safety in the Region of the Americas*” (“Estado da Segurança no Trânsito na Região das Américas”, em português) destaca que as lesões no trânsito são a principal causa de morte de crianças entre 5 e 14 anos e a segunda maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. São também a décima causa de morte entre todas as faixas etárias.

“Essas descobertas indicam a necessidade de priorizar a prevenção dessas lesões com intervenções que sabemos que funcionam”, disse Carissa F. Etienne, diretora da OPAS. “Lesões no trânsito não só tiram a vida de milhares de pessoas a cada ano, mas também deixam outras milhares com incapacidade, problemas emocionais e financeiros, além de sobrecarregarem os serviços de saúde”, adicionou.

Panorama regional

O relatório apresenta dados relatados por 30 países das Américas sobre mortalidade (2016), legislação (2017), avaliação das vias (2017) e padrões de veículos (2018). Destaca que, embora tenha havido avanços na legislação e gestão de segurança no trânsito e na atenção pós-trauma às pessoas afetadas, a meta de reduzir pela metade as mortes no trânsito até 2020 não será alcançada.

Com 15,6 mortes por cada 100 mil pessoas, as Américas têm a segunda menor taxa de mortalidade no trânsito em comparação com outras regiões da OMS. No entanto, existem variações entre sub-regiões e países. O Caribe Latino (21,1 mortes por 100 mil habitantes), a Região Andina (20,9), o Cone Sul (que conseguiu reduzir sua taxa de 20,9 em 2013 para 18,4 em 2016) e o Caribe não-latino (16,7) apresentaram as taxas de mortalidade mais altas, enquanto a Mesoamérica (14,2) e a América do Norte (11,7) relataram as taxas mais baixas.

As taxas de mortalidade no trânsito variam de país para país e são influenciadas pelos níveis de desenvolvimento. De acordo com o relatório, Barbados e Canadá têm taxas de menos da metade da média regional (5,6 e 5,8 por 100 mil habitantes, respectivamente), enquanto Santa Lúcia e República Dominicana apresentam mais que o dobro da taxa de mortalidade regional (35,4 e 34,6, respectivamente).

Motociclistas, pedestres e ciclistas são mais afetados

Quase metade das pessoas que morrem por lesões causadas no trânsito são motociclistas (23%), pedestres (22%) e ciclistas (3%), considerados usuários vulneráveis das vias por circularem com mínima proteção e não terem outra opção senão utilizar uma infraestrutura de trânsito insegura. O percentual de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito aumentou de 20% para 23% entre 2013 e 2016, o que pode estar relacionado a um aumento de 23% no número de veículos motorizados de 2 e 3 rodas registrados no mesmo período.

Avanços limitados na legislação

O relatório analisa os avanços nas legislações nacionais sobre os cinco principais fatores de risco para prevenir mortes e lesões no trânsito, como o excesso de velocidade, condução sob efeito do álcool e falta de uso de cintos de segurança, capacetes e sistemas de retenção para crianças.

Desde 2014, dois países – República Dominicana e Uruguai – estabeleceram leis sobre a condução sob a influência do álcool, o que eleva o número total de países para oito. O Equador implementou legislação sobre o uso de capacetes (sete países no total); a República Dominicana, sobre o uso obrigatório dos cintos de segurança (19 países no total); e o Chile, sobre o uso de sistemas de retenção infantil (dois países no total).

No entanto, nenhuma nova lei foi promulgada para reduzir os limites de velocidade, medida importante que salva vidas, com apenas cinco países garantindo padrões que se alinham às melhores práticas (introduzindo limites máximos de velocidade de 50 quilômetros por hora em vias urbanas).

“A promulgação de leis e sua aplicação efetiva são essenciais para evitar mortes no trânsito. No entanto, isso continua sendo um desafio na maioria dos países”, disse Eugenia Rodrigues, assessora regional de Segurança no Trânsito da OPAS. Rodrigues também ressaltou a importância de contar com agências de segurança viária, que existem em 29 dos 30 países da região, além da coordenação e colaboração entre diversos setores. O relatório também avalia a situação das normas de segurança dos veículos e infraestrutura viária e analisa o progresso e os desafios para melhorar a atenção pós-colisão.

SARAMPO



Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 18/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Continua na próxima página)

SARAMPO



Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 18/06/2019

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

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sarampo nas comunidades indígenas

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

Venezuela.

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

ÉBOLA



Local de ocorrência: República Democrática do Congo

Data da informação: 20/06/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Nos 21 dias, entre 29 de maio e 18 de junho de 2019, 62 áreas de saúde dentro de 15 zonas de saúde relataram novos casos, representando 9% das 664 áreas de saúde nas províncias de Kivu do Norte e Ituri (Figura 1). Durante este período, um total de 245 casos confirmados foram notificados, a maioria dos quais foram das zonas de saúde de Mabalako (37%, n = 91), Mandima (12%, n = 30), Katwa (11%, n = 28), Beni (11%, n = 27), Butembo (9%, n = 23), Kalunguta (5%, n = 13) e Musienene (5%, n = 12). Em 18 de junho de 2019, um total de 2.190 casos DVE, incluindo 2.096 confirmados e 94 casos prováveis, foram relatados. Um total de 1.470 mortes foram relatadas (total de casos fatais 67%), incluindo 1.376 mortes entre os casos confirmados. Dos 2.190 casos confirmados e prováveis com idade e sexo conhecidos, 57% (1.242) eram do sexo feminino e 29% (639) eram crianças com menos de 18 anos. Os casos continuam a aumentar entre os profissionais de saúde, com o número acumulado infectado subindo para 122 (6% do total de casos).

Não foram notificados novos casos DVE ou mortes na República do Uganda desde a publicação anterior do Disease Outbreak News em 13 de junho de 2019. No entanto, as atividades de resposta estão em curso, com vigilância de casos ativa e mais de 100 contatos potencialmente expostos identificados, predominantemente em Kisinga e Bwera subcontas, distrito de Kasese. Os contatos serão visitados diariamente durante 21 dias, até que o último contato termine o acompanhamento em 2 de julho. Todos os contatos permanecem assintomáticos até o momento. Até 19 de junho, um total de 456 indivíduos foram vacinados em Uganda, incluindo contatos consentidos e contatos de contatos.

Após a detecção de casos de DVE no Uganda, em 14 de junho de 2019, o Diretor-Geral da OMS convocou uma reunião do Comitê de Emergência, nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI). O Comitê expressou sua profunda preocupação com o surto em curso, que, apesar de algumas tendências epidemiológicas positivas, especialmente nos epicentros de Butembo e Katwa, mostra que a extensão e / ou reinfeção de doenças em outras áreas como Mabalako continua. Isso apresenta, mais uma vez, desafios em torno da

aceitação e segurança da comunidade. Além disso, a resposta continua a ser dificultada pela falta de financiamento adequado e recursos humanos tensos. Notou-se que o conjunto de casos em Uganda não é inesperado. A resposta rápida e a contenção inicial são um testemunho da importância da preparação nos países vizinhos. A opinião do Comitê é de que o surto é uma emergência de saúde na República Democrática do Congo e na região, mas não atende a todos os critérios para uma emergência de saúde pública de preocupação internacional (PHEIC). O Comitê forneceu assessoria em saúde pública, a qual instou os países e os parceiros a atenderem.

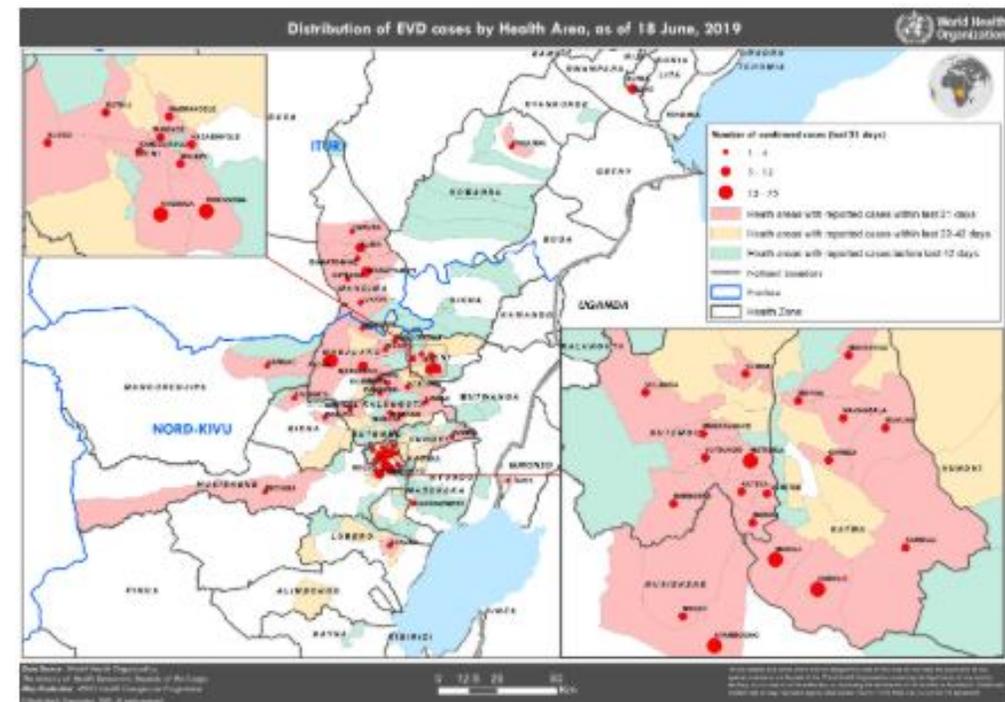


Figura 1: Casos confirmados e prováveis da doença do vírus Ebola por semana de início da doença por zona de saúde. Dados até 18 de junho de 2019

CÓLERA

Local de ocorrência: Nigéria

Data da informação: 20/06/2019

Fonte da informação: reliefweb.int (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Com a notificação de novos casos confirmados das áreas do governo local de Yola North, Yola South e Girei (LGA), o Ministério da Saúde do Estado de Adamawa declarou em 18 de junho de 2019 um surto de cólera. Até 17 de junho de 2019, um total de 76 casos foram notificados, incluindo um óbito.

Em uma declaração sobre a situação atual, o Ministério da Saúde do Estado indicou que, após as primeiras notificações de suspeita de diarreia aquosa aguda, as autoridades coletaram amostras com resultado positivo para cólera.

Em resposta ao surto e com o apoio técnico da Organização Mundial de Saúde (OMS) e outros parceiros, o Ministério da Saúde do Estado ativou o Centro de Operação de Emergência para coordenar a resposta e enviou equipes de resposta rápida às comunidades mais afetadas para facilitar a investigação de surtos, identificação de casos, sensibilização da comunidade e encaminhamento imediato para o centro de tratamento de cólera designado no Yola Specialist Hospital.

Além disso, um serviço de ambulância 24 horas e números gratuitos foram colocados em operação para facilitar a movimentação de casos suspeitos das comunidades para as unidades de saúde. Os profissionais de saúde das comunidades afetadas e em risco também recebem treinamento em detecção de casos, relatórios e gerenciamento clínico. Foram realizadas visitas aos líderes comunitários em todas as alas afetadas para apoiar a mobilização social.

A detecção precoce e a notificação de casos são essenciais para a contenção efetiva de surtos de cólera e o controle geral da transmissão. A OMS está, portanto, auxiliando ainda mais as autoridades estaduais, coordenando a busca de casos domiciliares por casos suspeitos, encorajando os indivíduos com sintomas semelhantes aos da cólera a se reportarem prontamente às unidades de saúde designadas.

Em apoio a essa atividade, a OMS treinou 30 informantes comunitários trabalhando atualmente nas áreas afetadas e 21 pessoas focais de laboratório na coleta de amostras, embalagem, transporte e diagnóstico de cólera. A OMS também apoiará o tratamento de pacientes por meio da capacitação de

profissionais de saúde no gerenciamento de casos, apoio ao pessoal do centro de tratamento de cólera e fornecimento de apoio logístico para o tratamento de pacientes, incluindo o pré-posicionamento de suprimentos e mercadorias.

O Oficial Encarregado da OMS na Nigéria, Dr. Clement Peter, enfatizou o compromisso da OMS de apoiar o Estado de Adamawa e conter o surto. “Através de sua presença no campo, conhecimento local do meio ambiente, conhecimento técnico e coordenação do setor de saúde, a OMS está ativamente engajada em ajudar Adamawa no controle do surto. Juntamente com outros parceiros do setor da saúde, a OMS manterá e aumentará este apoio às autoridades do Estado, se necessário, para garantir que o surto não se espalhe para além das atuais áreas afetadas”.

A intervenção da OMS é implementada em estreita coordenação com o Ministério da Saúde, a Agência Estatal de Desenvolvimento da Saúde Pública de Adamawa, a Agência Estadual de Abastecimento de Água e Esgotamento Sanitário, o Ministério do Meio Ambiente e parceiros dos setores de Saúde e Água, Saneamento e Higiene, UNICEF, o Comitê Internacional de Resgate e o Comitê Internacional da Cruz Vermelha.



POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 19/06/2019

Origem da informação: The Global Polio Eradication Initiative e OPAS

COMENTÁRIOS

Em Angola, um poliovírus tipo 2 derivado da vacina circulante (cVDPV2) foi confirmado.

No Corno da África, foi detectado um caso de cVDPV2 na província da Somália, na Etiópia, ligado ao surto cVDPV2 em curso que afetou a região (nomeadamente a Somália). Desde a deteção das cVDPVs no Corno de África em 2018, a Etiópia declarou que estes surtos - juntamente com os Ministérios da Saúde do Quênia e da Somália - constituíam uma emergência regional de saúde pública e tem participado na resposta ao surto regional.

Na Papua Nova Guiné, mais de um milhão de crianças devem ser vacinadas contra o sarampo-rubéola e a poliomielite. Para marcar o lançamento da campanha, o Primeiro Ministro James Marape administrou pessoalmente a vacina contra a poliomielite em uma cerimônia de lançamento.

Resumo de novos vírus nesta semana:

Paquistão - dois casos de WPV1 e uma amostra ambiental positiva para WPV1; **Nigéria** - cinco amostras ambientais positivas para o poliovírus derivado da vacina circulante (cVDPV2); **Etiópia** - um caso de cVDPV2; **Somália** - um cVDPV2 isolado de um contato saudável com a comunidade; e, **Irã** - uma amostra ambiental positiva para WPV1.

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍIS

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	8	0	10	0	21	0	8-Maio-2019	NA
Rep Dem Congo	0	1	0	11	0	20	NA	8-Fev-2019
Etiópia	0	1	0	0	0	0	NA	20-Maio-2019
Indonésia	0	0	0	0	0	1	NA	27-Nov-2018
Moçambique	0	0	0	0	0	1	NA	21-Out-2018
Niger	0	1	0	0	0	10	NA	3-Abr-2019
Nigéria	0	8	0	3	0	34	NA	29-Mar-2019
Paquistão	24	0	3	0	12	0	22-Maio-2019	NA
Papua Nova Guiné	0	0	0	3	0	26	NA	18-Out-2018
Somália	0	3	0	5	0	12	NA	8-Maio-2019

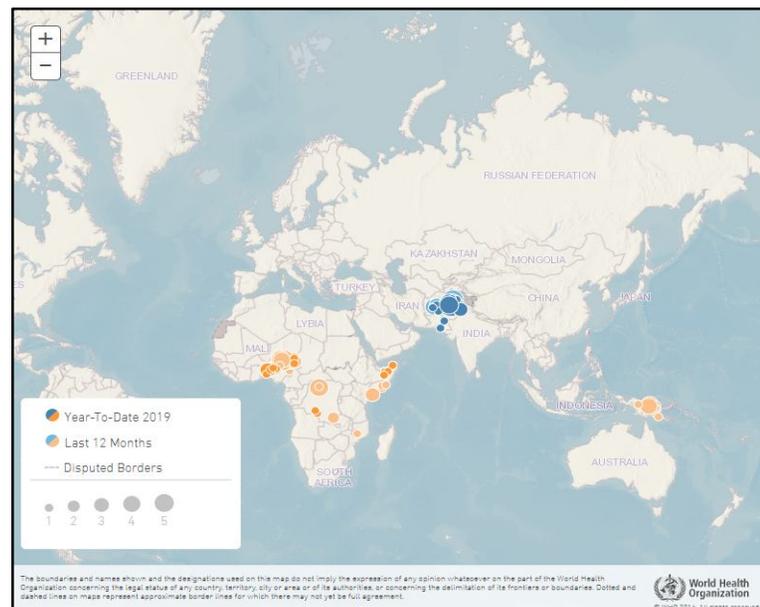
<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

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	32	15	13	22	33	104
- in endemic countries	32	8	13	3	33	34
- in non-endemic countries	0	7	0	19	0	70

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

Poliovírus selvagem global e casos de poliovírus circulantes derivados da vacina - últimos 12 meses - em 25 de junho de 2019



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 10/06/2019

Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

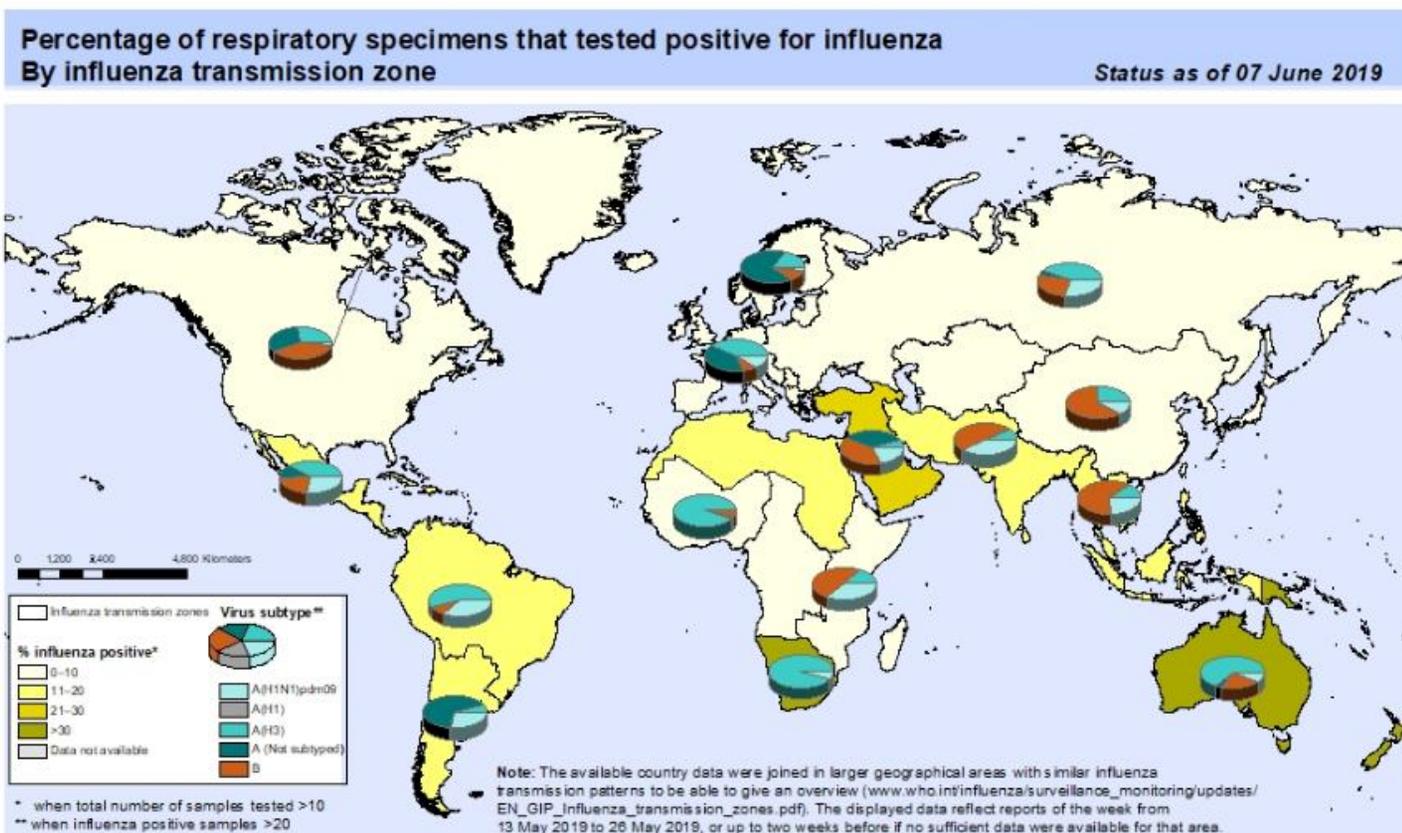


COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

Nas zonas temperadas do hemisfério sul, as deteções de influenza aumentaram em geral. A temporada de gripe de 2019 parece ter começado mais cedo do que nos anos anteriores na Austrália, Chile, África do Sul e Nova Zelândia. Os vírus da influenza A (H3N2) predominaram na Oceania e na África do Sul. Os vírus influenza A (H1N1) pdm09 predominaram na América do Sul. No sul da Ásia e no sudeste da Ásia, a atividade da influenza foi baixa em geral, com exceção de

Bangladesh e Camboja, respectivamente. No Caribe, nos países da América Central e nos países tropicais da América do Sul, a atividade de influenza e VSR foi baixa em geral. Na África Oriental, Ocidental e Central, a atividade da gripe foi baixa em todos os países relatados. Na zona temperada do hemisfério norte, a atividade da gripe retornou ao nível inter-sazonal na maioria dos países. Em todo o mundo, os vírus sazonais da gripe A foram responsáveis pela maioria das deteções.

Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de influenza de 100 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 13 a 26 de maio de 2019 (dados em 2019-06-07 04:13:54 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 46.002 espécimes durante esse período de tempo. 5.285 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 3.157 (59,7%) foram tipificados como influenza A e 2.128 (40,3%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 620 (30,5%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 1.414 (69,5%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 34 (3%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 1.104 (97%) à linhagem B-Victoria.

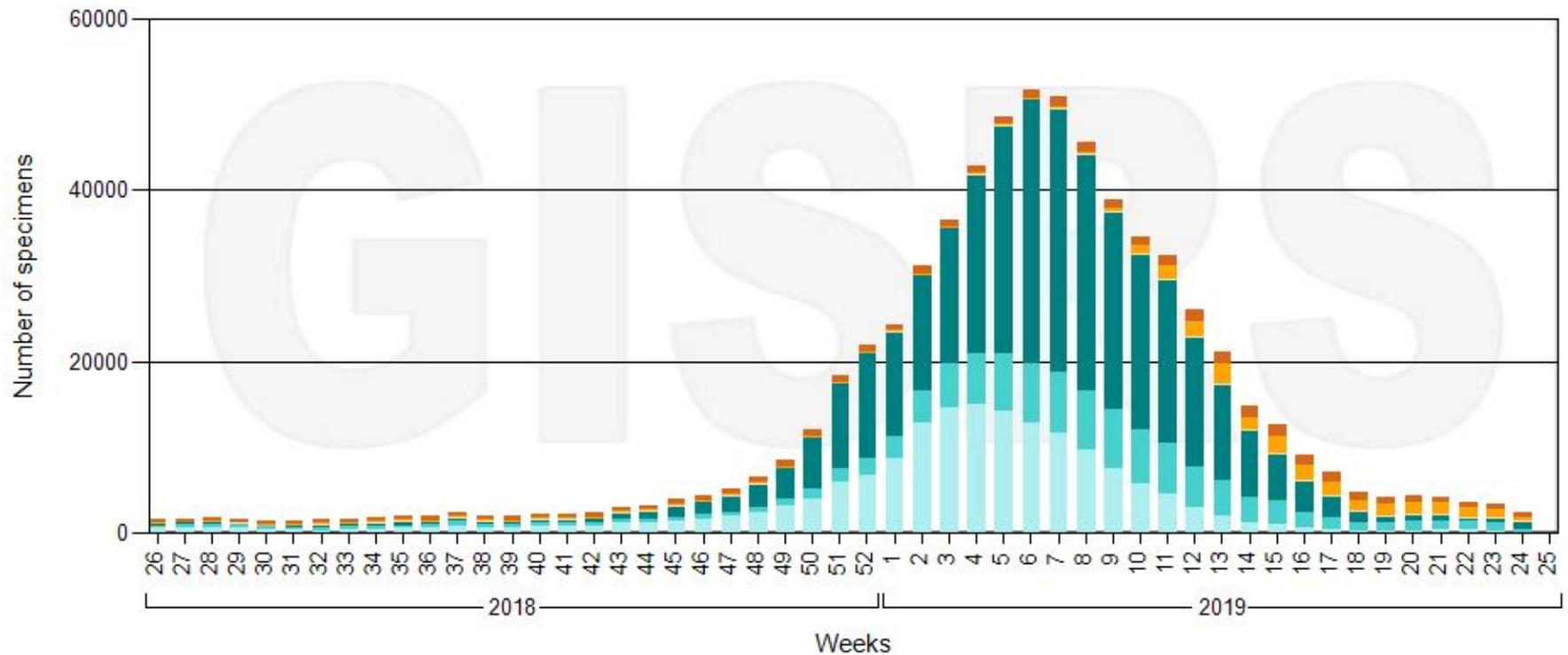


The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers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

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

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype

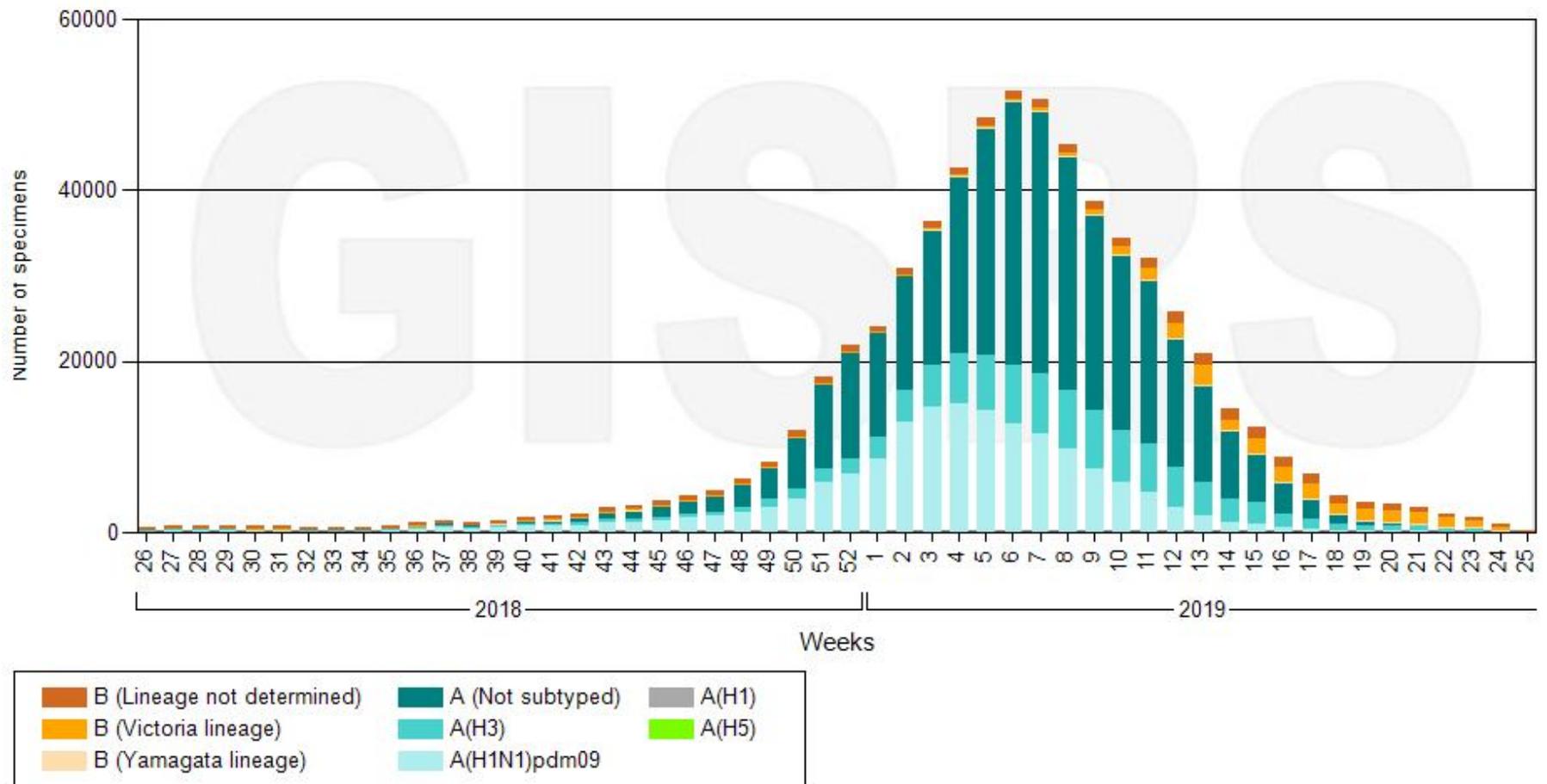


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 25/06/2019 12:57:05 UTC

Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype

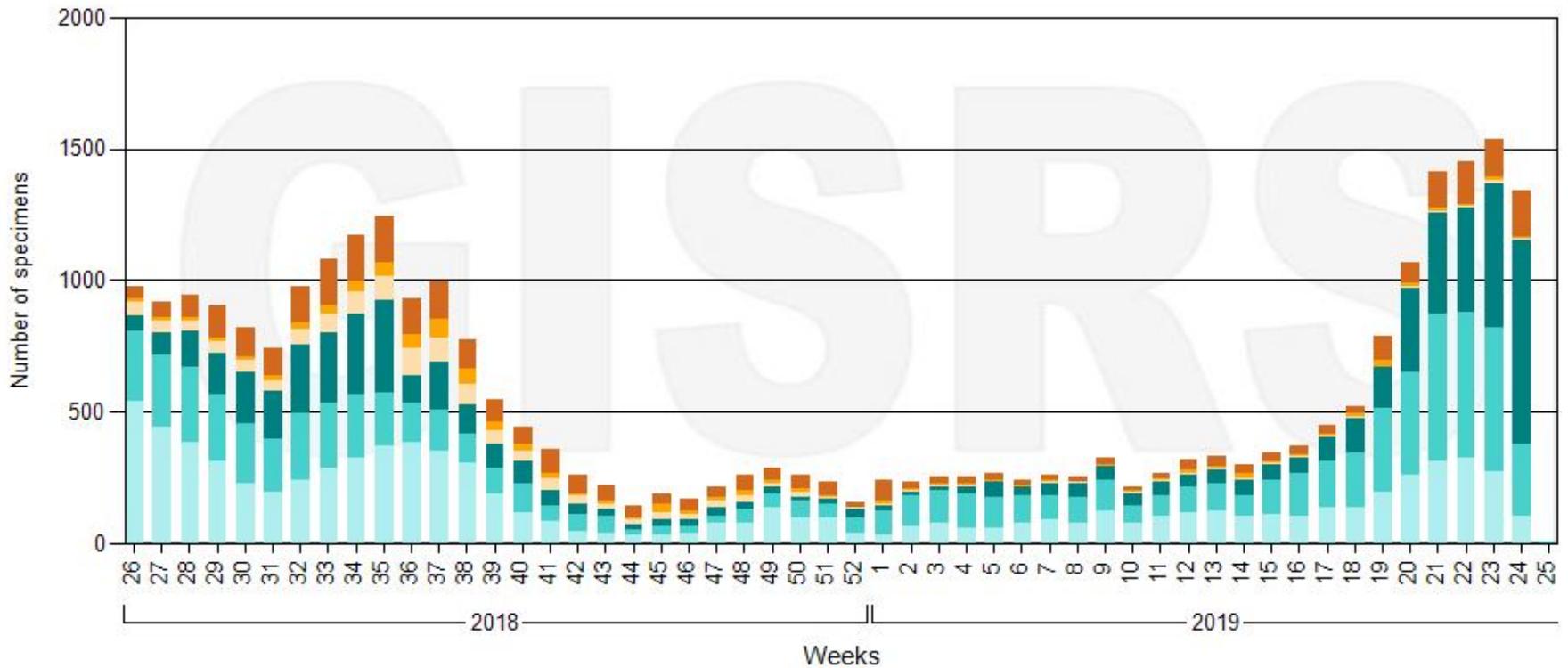


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 25/06/2019 12:57:51 UTC

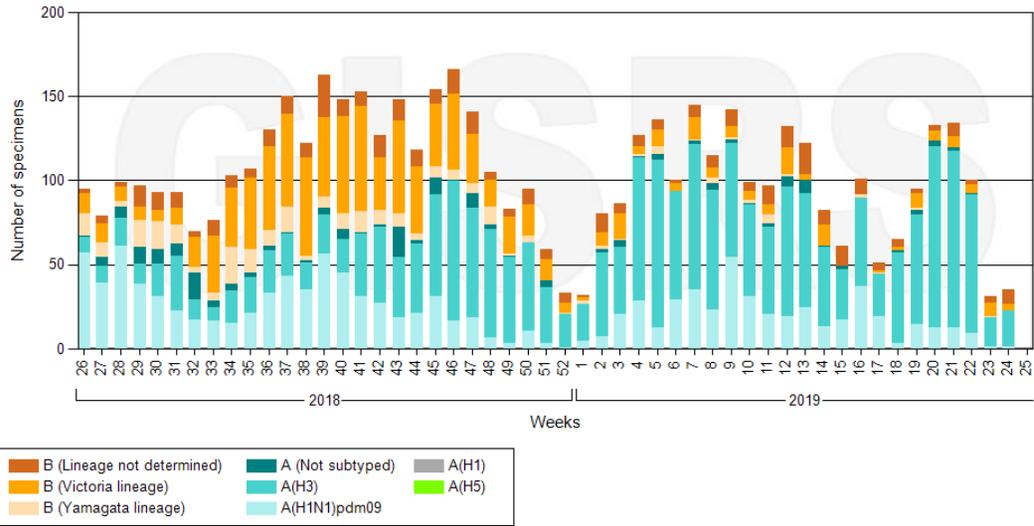
Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



African Region of WHO

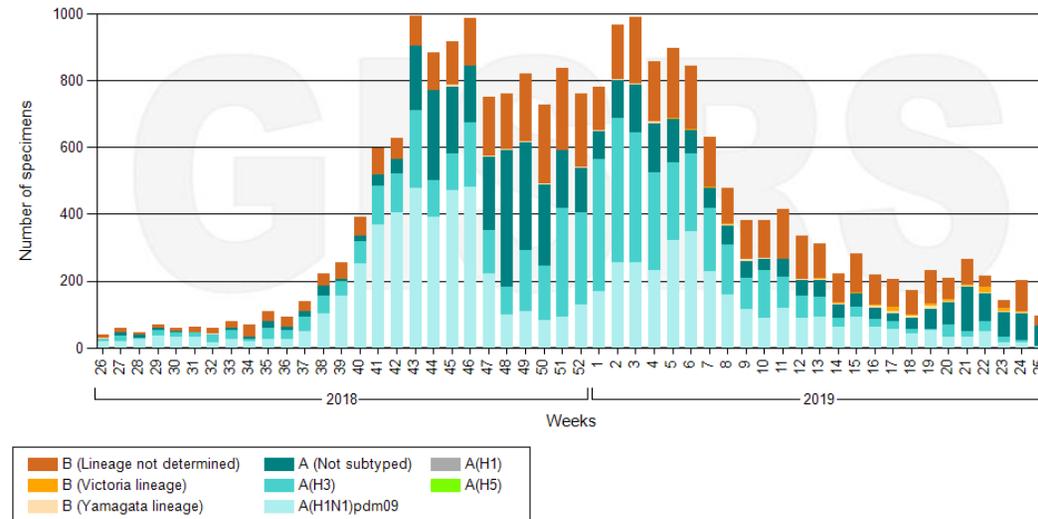
Number of specimens positive for influenza by subtype



Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

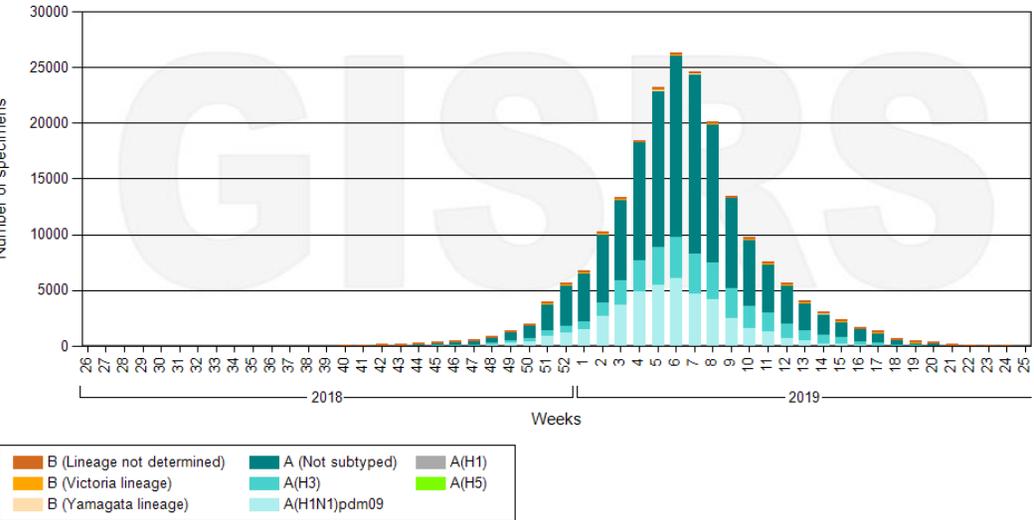


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS



European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

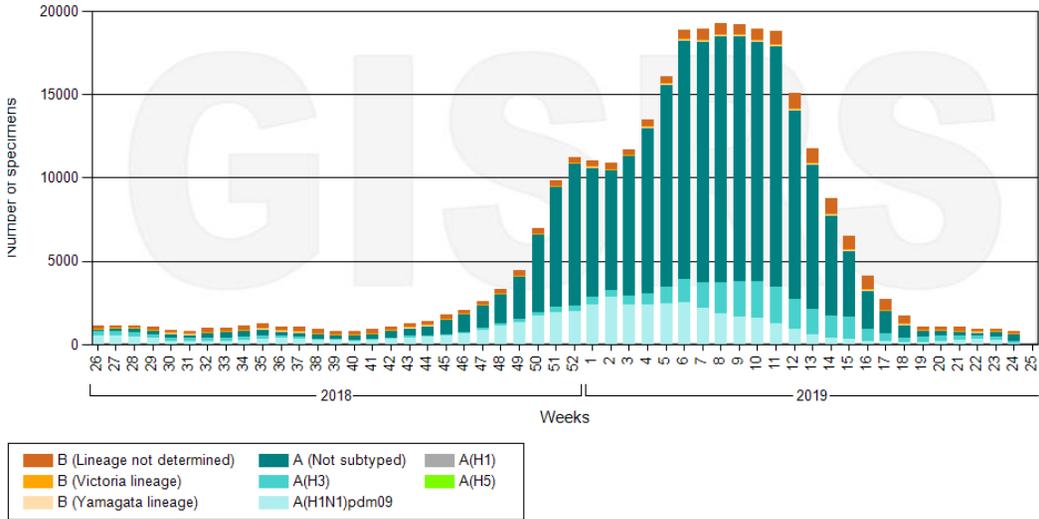


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2019

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

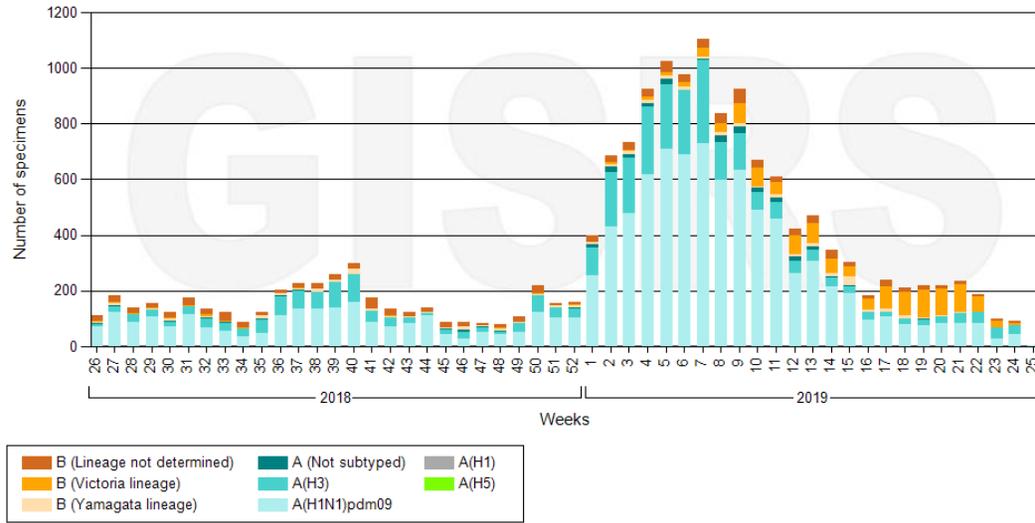


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2019

South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

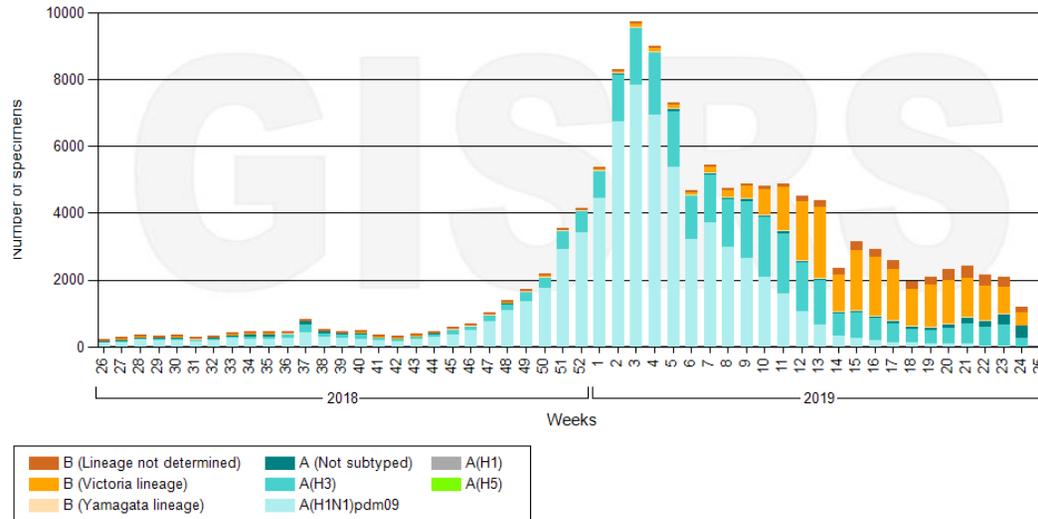


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2019

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), 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>