



INFORME EPIDEMIOLÓGICO

CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 05/2019
(27/01/2019 a 02/02/2019)

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



EVENTOS ESTADUAIS

Semana Epidemiológica 05/2019

(27/01/2019 a 02/02/2019)

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

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 31/01/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Vigilância de casos humanos

No período de 01/07/2018 a 31/01/2019 foram notificados 30 casos. Destes, 01 foi confirmado para febre amarela e 09 estão em investigação. O caso confirmado reside em Antonina-PR, mas o local provável de infecção do vírus tenha sido Guaraqueçaba-PR.

RS	Município de Residência	Notificados	Em Investigação	Confirmados		Descartados
				n	LPI (Local provável de infecção)	
1 RS	Antonina	1	0	1	Guaraqueçaba	0
	Morretes	3	3	0		0
	Paranaguá	1	1	0		0
	Campina Grande do Sul	1	0	0		1
2 RS	Colombo	2	1	0		1
	Curitiba	4	0	0		4
	São José dos Pinhais	2	0	0		2
3 RS	Palmeira	2	1	0		1
7 RS	Chopininho	2	0	0		2
8 RS	Francisco Beltrão	3	0	0		3
	Planalto	1	0	0		1
9 RS	Foz do Iguaçu	1	1	0		0
	Itaipulândia	1	0	0		1
10 RS	Cascavel	2	1	0		1
15 RS	Sarandi	2	0	0		2
16 RS	Arapongas	1	0	0		1
17 RS	Londrina	1	1	0		0
Total		30	9	1		20

Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA-PR, 31/01/2019, dados sujeitos alteração

Tabela 1: Distribuição dos casos de febre amarela notificados no período sazonal de 01/07/2018 a 31/01/2019, por município de residência, Paraná.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 31/01/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

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

Neste período de monitoramento 2018/2019, ocorreram epizootias em primatas não humanos (PNH) em 32 municípios, com confirmação de circulação do vírus amarelado em 01 município, Antonina. Até o momento 22 municípios com epizootia em investigação e 06 com epizootia indeterminada (sem coleta de amostra).

RS	Município De Ocorrência	01/07/2018 a 30/06/2019			
		Confirmadas	Descartadas	Indeterminadas*	Em investigação
1ª	Antonina	1		1	
	Guaraqueçaba			1	
	Morretes		1		
2ª	Araucária			1	
	Contenda			1	
	Curitiba		2		1
	Pien				1
	Piraquara		1		
	Tijucas do Sul				1
3ª	Castro		1		1
	São João do Triunfo			1	
6ª	Bituruna		1		
	Paulo Frontin				1
7ª	Mangueirinha				1
8ª	Pranchita			1	
9ª	Foz do Iguaçu		1		2
	Matelândia				1
	Missal				1
10ª	Cascavel		1		1
11ª	Iretama				1
13ª	Jussara				1
13ª	São Manoel do Paraná				1
13ª	Tapejara				1
14ª	Planaltina do Paraná		1		
15ª	Maringá		7		4
16ª	Apucarana		1		
	Jandaia do Sul		1		
	São Pedro do Ivai		1		
17ª	Londrina		1		
19ª	Barra do Jacaré		1		1
	Carlópolis		1		
20ª	Guaíra				2
Total		1	22	6	22

Tabela 2: Distribuição das epizootias notificadas, no período de monitoramento de 01/07/2018 a 31/01/2019, por município de ocorrência, Paraná.

Fonte: Sinan Net, 31/01/2019, Dados sujeitos a alteração * Epizootia sem coleta de amostras do animal objeto da notificação.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 31/01/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Imunização

O Estado do Paraná tem uma população geral de 10.577.755 pessoas distribuídas em 399 municípios.

A cobertura em menores de 1 ano no Paraná em 2018 é de 72,72% (dados preliminares). Estima-se um quantitativo de 4.917.392 pessoas a serem vacinadas no Estado atualmente, das quais 2.616.712 encontram-se nos municípios das 1ª e 2ª Regionais de Saúde.

Esse quantitativo de pessoas a serem vacinadas não representa o número real, tendo em vista a priorização da vacinação em detrimento da inserção dos dados no sistema de informação.

Estratégias de intensificação da vacinação vêm sendo realizadas em todo o Estado do Paraná, com prioridade nessas duas Regionais, bem como a busca ativa seletiva às populações de maior risco.

Tabela 3: Percentual de cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano, 2018, Paraná.

RS	Regional de Saúde	Cobertura (%)
1	Paranaguá	65,25
2	Metropolitana	48,94
3	Ponta Grossa	79,02
4	Irati	98,19
5	Guarapuava	85,02
6	União da Vitória	89,05
7	Pato Branco	80,4
8	Francisco Beltrão	96,03
9	Foz do Iguaçu	81,1
10	Cascavel	92,03
11	Campo Mourão	95,89
12	Umuarama	89,21
13	Cianorte	98,18
14	Paranavaí	91,03
15	Maringá	82,36
16	Apucarana	84,98
17	Londrina	61,65
18	Cornélio Procópio	88,44
19	Jacarezinho	93,92
20	Toledo	90,25
21	Telêmaco Borba	86,38
22	Ivaiporã	96
Total		72,72

Fonte: SIPNI, 31/01/2019 às 16:00h, dados preliminares sujeitos a alterações

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 05/02/2019

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

COMENTÁRIOS:

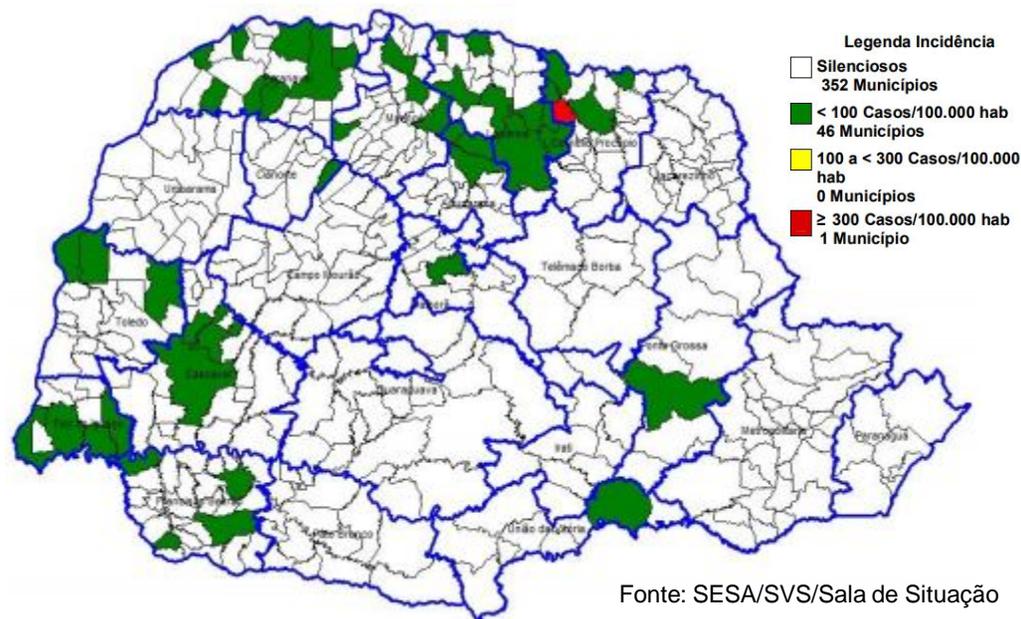
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2018 (primeira semana de agosto) a 05/2019.

Foram notificados no referido período 7.736 casos suspeitos de dengue, dos quais 5.454 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 1,73 casos por 100.000 hab. (193/11.163.018 hab.). O Ministério da Saúde classifica como baixa incidência quando o número de casos autóctones for menor do que 100 casos por 100.000 habitantes.

Os municípios com maior número de casos suspeitos notificados são Londrina (1.600), Foz do Iguaçu (852) e Paranaguá (445). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Uraí (52), Foz do Iguaçu (28), Londrina (22).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2018 a 05/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 05/2019*	PERÍODO 2018/2019
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	264
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	21
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	60
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	16
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	47
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (03 ^a , 06 ^o , 08 ^a , 09 ^a , 10 ^a , 13 ^a , 14 ^a , 15 ^a , 16 ^a , 17 ^a , 18 ^a , 20 ^a e 22 ^a)	13
TOTAL DE CASOS	224
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	193
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	31
TOTAL DE NOTIFICADOS	7.736

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 05/2019.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	224 (100,0%)	0 (0,0%)	224
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	3	-	3
Dengue Grave (D G)	1	-	1
Descartados	-	-	5.454
Em andamento/investigação	-	-	2.054
Total	228 (2,9%)	0 (0,0%)	7.736

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

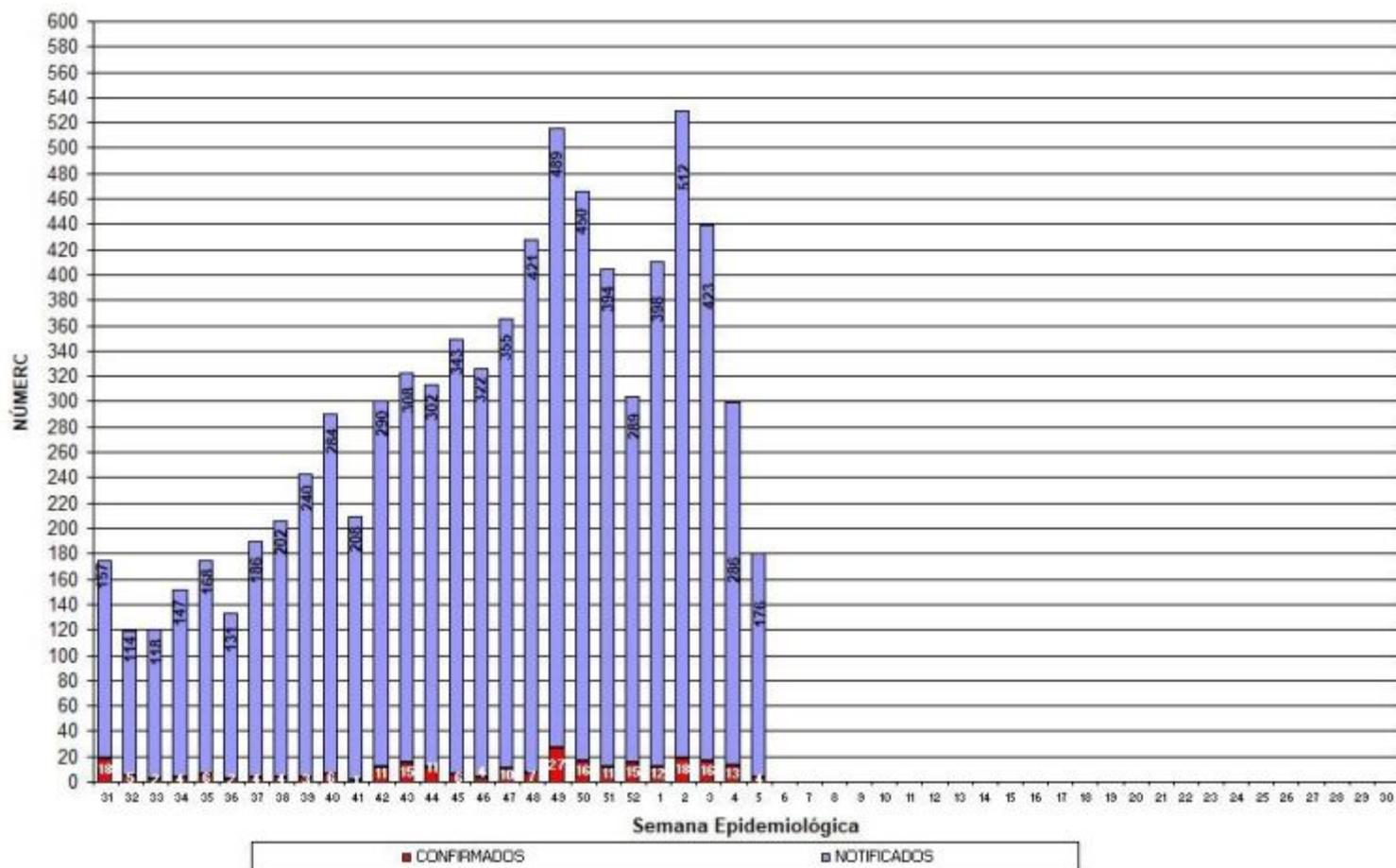
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 05/02/2019

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

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

Figura 1. Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2018 a 05/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 05/02/2019

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

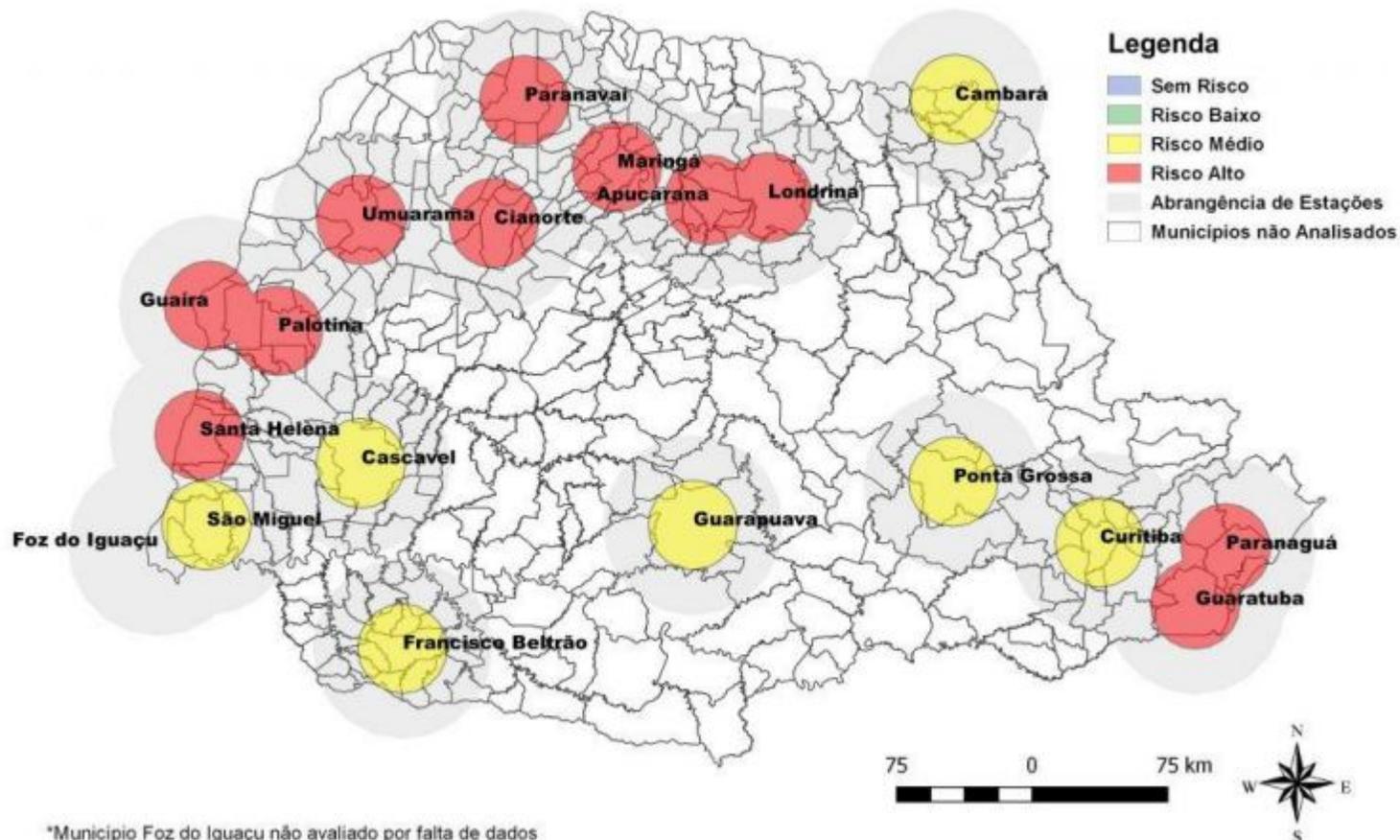
Risco climático para desenvolvimento de criadouros por Estações Meteorológicas. Paraná, 2018.

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (20/01/2018 - 26/01/2019)

Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 04/2019 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti* :

- 00 (zero) sem risco;
- 00 (zero) com risco baixo
- 07 (sete) com risco médio;
- 11 (onze) com risco alto e;
- 01 (uma) não foi avaliada.

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



DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 05/02/2019

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

Tabela 2 – Número de casos de dengue, notificados, dengue grave (DG), dengue com sinais de alarme (DSA), óbitos e incidência por 100.000 habitantes por Regional de Saúde, Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 05/2019*

REGIONAL DE SAÚDE	POPULAÇÃO	CASOS			NOTIFICADOS	DSA	DG	ÓBITOS	INCIDÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	479	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	0	9	9	341	0	0	0	-
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	1	0	1	23	0	0	0	0,16
4ª RS - Irati	171.453	0	1	1	11	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	0	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	1	0	1	8	0	0	0	0,57
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	46	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	12	5	17	301	0	0	0	3,37
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	28	6	34	1.100	2	0	0	6,90
10ª RS - Cascavel	540.131	9	2	11	231	0	0	0	1,67
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	140	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	0	0	0	154	0	0	0	-
13ª RS - Cianorte	154.374	1	0	1	149	0	0	0	0,65
14ª RS - Paranavaí	274.257	26	0	26	474	0	0	0	9,48
15ª RS - Maringá	799.890	4	2	6	816	0	0	0	0,50
16ª RS - Apucarana	372.823	5	0	5	256	0	0	0	1,34
17ª RS - Londrina	935.904	37	0	37	2.463	0	0	0	3,95
18ª RS - Cornélio Procopio	230.231	63	2	65	453	1	1	0	27,36
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	53	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	5	3	8	193	0	0	0	1,30
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	1	1	23	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	1	0	1	22	0	0	0	0,72
TOTAL PARANÁ	11.163.018	193	31	224	7.736	3	1	0	1,73

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

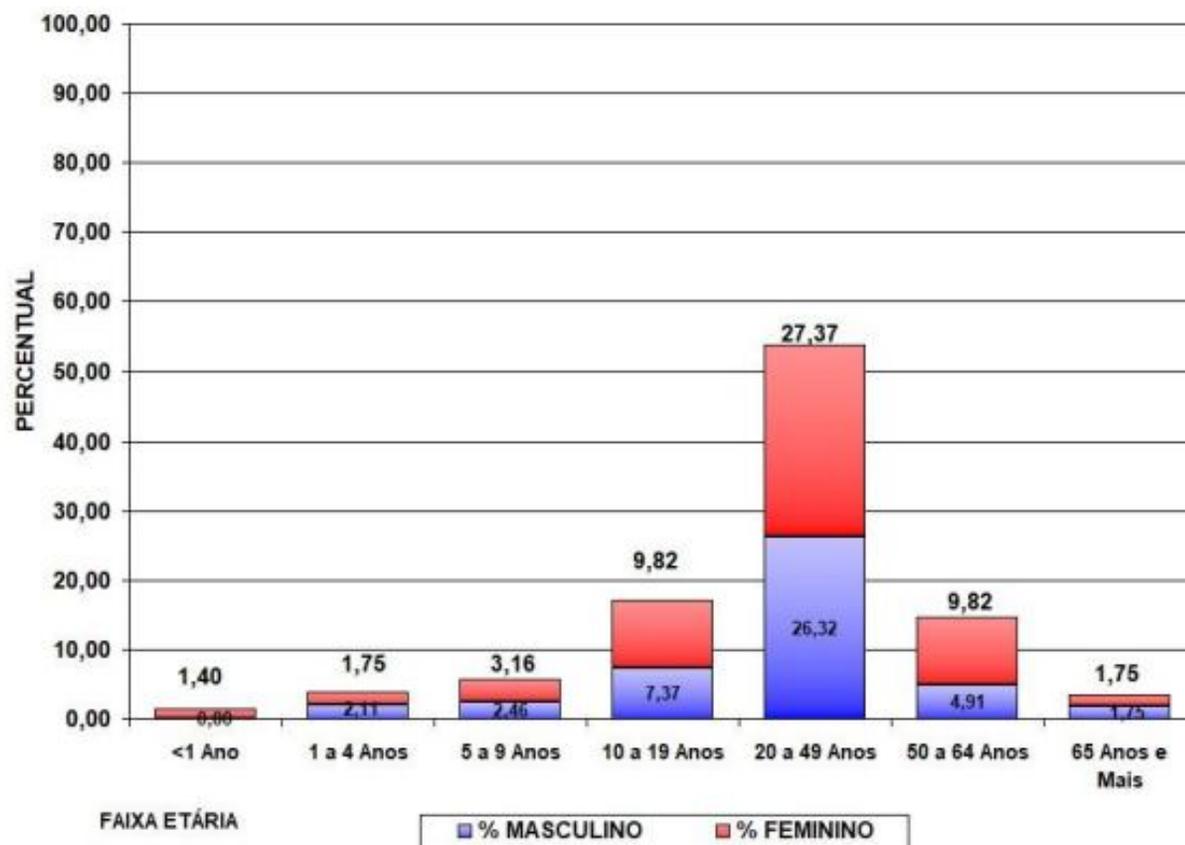
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 05/02/2019

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 53,69% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 10 a 19 anos (17,19%) e 14,74% na faixa etária de 50 a 64 anos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2018 a 05/2019, Paraná – 2018/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 05/02/2019

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

Número de casos confirmados autóctones, importados, total de confirmados e notificados de CHIKUNGUNYA e ZIKA VÍRUS e incidência (de autóctones) por 100.000 habitantes por município – Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 05/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
1	Paranaguá	150.660	0	0	0	12	-	0	0	0	0	-
2	Curitiba	1.879.355	0	1	1	12	-	0	0	0	5	-
2	Quatro Barras	22.048	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	Quitandinha	18.419	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	São José dos Pinhais	297.895	0	0	0	16	-	0	0	0	9	-
3	Carambeí	21.590	0	0	0	3	-	0	0	0	3	-
3	Palmeira	33.753	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
3	Ponta Grossa	337.865	0	0	0	2	-	0	0	0	2	-
4	Teixeira Soares	11.495	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
5	Laranjeiras do Sul	32.133	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
6	União da Vitória	56.265	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
7	Honório Serpa	5.769	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
7	Pato Branco	79.011	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Dois Vizinhos	39.138	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
8	Flor da Serra do Sul	4.802	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Francisco Beltrão	86.499	0	0	0	0	-	0	0	0	2	-
8	Nova Prata do Iguaçu	10.722	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Salto do Lontra	14.539	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Foz do Iguaçu	263.782	0	0	0	22	-	1	0	1	12	0,38
9	Itaipulândia	10.236	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Medianeira	44.885	0	1	1	2	-	0	0	0	0	-
9	São Miguel do Iguaçu	27.197	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
9	Serranópolis do Iguaçu	4.652	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
10	Cascavel	312.778	0	0	0	16	-	0	0	0	15	-
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	Três Barras do Paraná	12.227	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
11	Campo Mourão	92.930	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Altônia	21.744	0	0	0	18	-	0	0	0	0	-
12	Maria Helena	5.982	0	0	0	5	-	0	0	0	0	-
12	Nova Olímpia	5.782	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Umuarama	108.218	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 05/02/2019

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

Número de casos confirmados autóctones, importados, total de confirmados e notificados de CHIKUNGUNYA e ZIKA VÍRUS e incidência (de autóctones) por 100.000 habitantes por município – Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 05/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
14	Alto Paraná	14.518	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
14	Marilena	7.134	0	0	0	4	-	0	0	0	4	-
14	Paranavaí	86.773	0	0	0	3	-	0	0	0	3	-
15	Astorga	25.976	0	0	0	4	-	0	0	0	0	-
15	Colorado	23.678	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
15	Itambé	6.192	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Mandaguari	34.289	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
15	Marialva	34.388	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Maringá	397.437	0	0	0	6	-	0	0	0	5	-
15	Nova Esperança	27.886	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
15	Paranacity	11.069	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
15	Santa Fé	11.431	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Sarandi	90.376	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
16	Apucarana	130.430	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
16	Arapongas	115.412	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
17	Cambe	103.822	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
17	Jaguapitã	13.174	0	0	0	0	-	0	0	0	5	-
17	Londrina	548.249	0	0	0	6	-	0	0	0	0	-
19	Barra do Jacaré	2.821	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Ibaiti	30.678	0	0	0	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	1	-	0	0	0	1	-
20	Diamante D'Oeste	5.259	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
20	Palotina	30.859	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
20	Toledo	132.077	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Tupãssi	8.261	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
TOTAL		11.163.018	0	2	2	173	-	1	0	1	77	0,01

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA

NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015. *Dados considerados até 04 de fevereiro de 2019. Alguns municípios apresentaram correção de informações. Todos os dados deste Informe são provisórios e podem ser alterados no sistema de notificação pelas Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Essas alterações podem ocasionar diferença nos números de uma semana epidemiológica para outra.



EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 05/2019

(27/01/2019 a 02/02/2019)

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

ANVISA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 31/01/2019

Fonte da informação: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COMENTÁRIOS:

Foi publicado no Diário Oficial da União (D.O.U.), em 28 de janeiro, o registro de mais uma vacina contra a meningite B. A exemplo da Bexsero — a única vacina contra a doença até então registrada no Brasil —, a Trumenba é uma vacina adsorvida meningocócica B (recombinante).

A Trumenba é indicada para a imunização ativa de pessoas com 10 a 25 anos de idade, para prevenir doenças invasivas meningocócicas causadas por *Neisseria meningitidis* dos sorogrupos B. A nova vacina contém dois antígenos, compostos por duas variantes da forma recombinante da proteína ligante do fator H (fHBP): subfamília A e subfamília B.

O produto foi registrado em conformidade com a RDC 55/2010, que dispõe sobre o registro de produtos biológicos.

Bactéria

A bactéria *Neisseria meningitidis* é um patógeno exclusivamente humano que coloniza o trato respiratório superior e que, em alguns indivíduos, pode causar doença séria e potencialmente fatal. Sua transmissão ocorre por contato com gotículas originadas no trato respiratório superior, tipicamente resultando em colonização e em portador assintomático em indivíduos saudáveis quanto aos demais parâmetros.

Em certas circunstâncias, ainda não totalmente compreendidas, a bactéria é capaz de invadir o hospedeiro humano, levando à bacteremia (presença de bactérias na corrente sanguínea), que então se manifesta como doença invasiva meningocócica potencialmente fatal.



Fonte: google.com.br

ROTAVÍRUS

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 04/02/2019

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

COMENTÁRIOS:

Desde 2006, a atual geração de vacinas tem dado conta de prevenir a maior parte dos casos de rotavírus, que causa vômitos, cólicas, diarreia e é responsável por 40% das internações hospitalares de crianças no Brasil.

No entanto, um sinal amarelo foi aceso com a identificação de duas novas cepas no país, de acordo com um novo estudo.

O trabalho, publicado na revista científica *Journal of General Virology* e que envolveu pesquisadores do Instituto Adolfo Lutz (IAL) e do Instituto de Medicina Tropical da USP, mostrou que uma cepa que mistura material genético de vírus equino com vírus humano é hoje a mais comum nas análises que chegam ao IAL, o qual analisa material do Centro-Oeste, Sul e parte do Sudeste.

O rotavírus equino-humano apareceu no país em 2015. Em 2017, já correspondia a 80% de todas as amostras positivas para rotavírus.

Esse tipo de combinação das partes entre as cepas que infectam animais diferentes não é tão rara, afirma a pesquisadora Adriana Luchs, do Adolfo Lutz. Só que geralmente os vírus resultantes dessas combinações acabam num beco sem saída, ineficientemente falando -- eles até conseguem infectar mamíferos ou aves, mas não conseguem ir adiante e infectar outro animal.

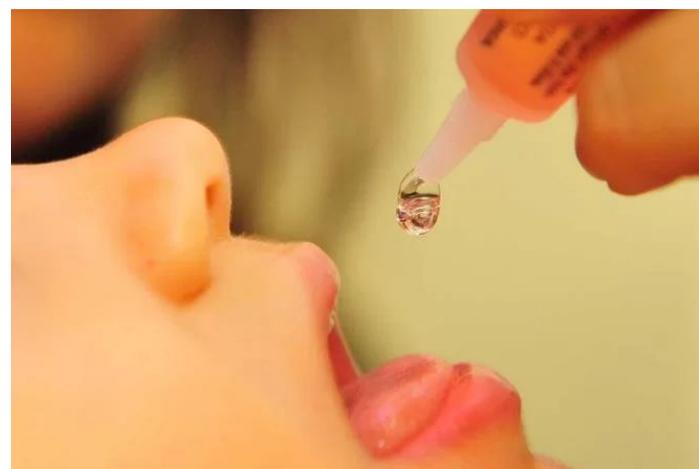
A explicação aventada pelos cientistas é que o rotavírus equino-humano teria se propagado pelo país a partir de Foz do Iguaçu, onde foi encontrado pela primeira vez em março de 2015 numa garota de dez anos que não havia sido vacinada. Desde então, o vírus circulou no Paraná até maio de 2016 até se espalhar por outros estados.

A pesquisa de Luchs e colaboradores, apoiada pela Fapesp, também identificou um outro vírus, o DS-1-like G1P[8], que só havia sido encontrado na Ásia. Essa cepa provavelmente chegou com alguém vindo daquele continente.

Apesar de ter sido um achado pontual, em 2013, ele tem importância: é justamente a partir da cepa G1P[8] que foi formulada a primeira vacina contra o rotavírus (da farmacêutica MSD). E ela tem funcionado bem contra todos os parentes que tem esse sobrenome P[8], que identifica uma das proteínas presentes na superfície do vírus, diz Luchs.

Uma emergência desse subtipo poderia indicar que a vacina está deixando de fazer efeito -- o que, por ora, é apenas especulação. De todo modo, ressaltam os cientistas, é melhor ficar atento e manter o monitoramento a todo vapor.

A transmissão do rotavírus se dá geralmente pela via fecal-oral, ou seja, uma grande quantidade de vírus é dispersada pelas fezes. Resistentes, os vírus aguardam no ambiente até que surja uma nova oportunidade para infectar algum outro animal, reiniciando o ciclo.



Fonte: google.com.br

DENGUE

Local de ocorrência: São Paulo

Data da informação: 05/02/2019

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

COMENTÁRIOS:

A chefe da Seção de Apoio à Vigilância em Saúde e Informação da Secretaria Municipal de Saúde, do município de São Carlos, Denise Scatolini, em reunião realizada na manhã de terça-feira, dia 5 de fevereiro, do Comitê de Combate a Dengue, revelou que mais um caso de Dengue foi confirmado, passando para 20 casos, sendo 10 autóctones e 10 importados. Já de Chikungunya são 10 notificações, porém nenhum caso foi positivado.

“O que nos preocupa nesse momento é que novos casos estão aparecendo em diferentes regiões da cidade. Além da Vila Prado, já temos casos autóctones, que são os contraídos aqui na cidade mesmo, confirmados nos bairros Jockey Clube, Monte Carlo, Eduardo Abdelnur, Jardim São Carlos, Antenor Garcia e Cidade Aracy II. As notificações subiram de 164 para 216, portanto poderemos ter mais casos confirmados em breve”, explicou Denise Scatolini.

Esse período do ano é propício para à proliferação do mosquito *Aedes aegypti*. Altas temperaturas, chuvas intensas e alta umidade são os ambientes preferidos do mosquito, por isso a Vigilância Epidemiológica pede a colaboração da população para que elimine criadouros. “Primeiro os moradores devem receber o agente de endemias que faz a vistoria e quando necessário faz também bloqueio-controle de criadouros. Quando o caso é confirmado faz o bloqueio de nebulização, bem como a pesquisa larvária em imóveis especiais e pontos estratégicos. Além de todas essas ações é necessário que a população faça sua própria vistoria pelo menos duas vezes por semana nessa época que a incidência da doença é maior. A eliminação dos criadouros ainda é a principal medida preventiva de combater o mosquito transmissor”, ressalta a chefe da Seção de Apoio à Vigilância em Saúde e Informação.

Denise acredita que o sorotipo 2 da Dengue já esteja circulando na cidade, o que deixa São Carlos em estado de alerta. Desde 2015, apenas o sorotipo 1 trafegava nos municípios paulistas. Pessoas infectadas por subtipos

diferentes podem ter uma evolução para formas mais grave da doença. “O risco está relacionado, na verdade, à superposição de vírus. Estava circulando o tipo 1 até agora, e quando aparece um novo sorotipo do vírus, pode ter uma evolução mais grave entre quem já teve dengue”, explicou.

A circulação do sorotipo 2 da Dengue já foi confirmada pelo Governo do Estado em 19 cidades paulistas, entre elas Araraquara, Andradina, Barretos, Bauru, Bebedouro, Catanduva, Espírito Santo do Pinhal, Indaiapurã, Ipiranga, Itajobi, Mirassol, Pereira Barreto, Piracicaba, Pirangi, Ribeirão Preto, Santo Antônio de Posse, São José do Rio Preto, Uchoa e Vista Alegre do Alto.

A Vigilância Epidemiológica também já está organizando mutirões que devem ser realizados nas demais regiões de risco, ou seja, em locais onde foram confirmados os casos autóctones. No último sábado (2) as ações foram realizadas na Vila Prado.

	DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA	
PRINCIPAIS SINTOMAS	FEBRE	Sempre presente: alta e de início imediato	Quase sempre presente: alta e de início imediato	Pode estar presente: baixa
	ARTRALGIA (DORES NAS ARTICULAÇÕES)	Quase sempre presente: dores moderadas	Presente em 90% dos casos: dores intensas	Pode estar presente: dores leves
	RASH CUTÂNEO (MANCHAS VERMELHAS NA PELE)	Pode estar presente	Pode estar presente: se manifesta nas primeiras 48 horas (normalmente a partir do 2º dia)	Quase sempre presente: se manifesta nas primeiras 24 horas
	PRURIDO (COCEIRA)	Pode estar presente: leve	Presente em 50 a 80% dos casos: leve	Pode estar presente: de leve a intensa
	VERMELHIDÃO NOS OLHOS	Não está presente	Pode estar presente	Pode estar presente

Fonte: google.com.br

BRUMADINHO

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 04/02/2019

Fonte da informação: Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

COMENTÁRIOS:

Estudo realizado pela Fiocruz, que avaliou os impactos imediatos do desastre da mineradora Vale em Brumadinho, alerta para a possibilidade de surtos de doenças infecciosas - dengue, febre amarela e esquistossomose - mudanças no bioma e agravamento de problemas crônicos de saúde, como hipertensão, diabetes e doenças mentais. Mapas construídos pela instituição permitiram identificar residências e unidades de saúde afetadas, comunidades potencialmente isoladas e as áreas soterradas pela lama.

A análise foi realizada pelo Observatório Nacional de Clima e Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) e pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Emergência de Desastres em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Cepes/Ensp/Fiocruz), com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da Agência Nacional das Águas (ANA) e do Datasus. O estudo tem como referência o Marco de Sendai da ONU (2015-2030), Miyagi, no Japão, conferência que adota novo marco para reduzir riscos de desastres naturais no mundo.

Os resultados apontam para os riscos sistêmicos das barragens no Brasil - são mais de 24 mil barragens, sendo que mais de 600 relacionadas às de mineração e cavas exauridas - e vulnerabilidades organizacionais e institucionais diante de marcos legais, operação e monitoramento para a prevenção dos desastres.

A pesquisa chama a atenção para a perda de condições de acesso a serviços de saúde, que pode agravar doenças crônicas já existentes na população afetada, assim como provocar novas situações de saúde deletérias como doenças mentais (depressão e ansiedade), crises hipertensivas, doenças respiratórias e acidentes domésticos, além de surtos de doenças infecciosas.

"Um aumento de casos de acidentes vascular-cerebrais foi observado após as enchentes de Santa Catarina em 2008 e do acidente de Fukujima, Japão, mesmo depois de meses dos eventos disparadores. Estes casos podem ser consequência tanto de situações de estresse e transtornos pós-traumáticos, quanto da perda de vínculo com os sistemas de atenção básica de saúde. Neste sentido, as doenças mentais decorrentes de grandes desastres ambientais podem ser sentidas alguns anos após o evento traumático, como relatado em Mariana", informou Christovam

Barcellos, pesquisador titular do Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Lis/Icict) da Fiocruz, integrante da equipe que realizou o estudo.

Segundo Barcellos, a contaminação do rio pelos rejeitos da mina pode ser percebida facilmente pelo aumento da turbidez das águas. "A presença de uma grande quantidade de material em suspensão nas águas dos rios afetados causou a imediata mortandade de peixes e inviabiliza a captação e tratamento da água para consumo humano", disse o especialista.

No entanto, afirmou o pesquisador, outros componentes químicos da água podem estar presentes na lama do rejeito e serem transportados a longas distâncias pelo rio Paraopeba e, posteriormente, o rio São Francisco.

"Por isso, é necessário o exame da presença de metais pesados nos rejeitos e seu monitoramento ao longo destes rios para evitar o consumo e uso de águas contaminadas nos próximos anos. O sedimento enriquecido por metais pesados pode ser remobilizado para os rios com as chuvas intensas, ações de dragagem e operação de barragens hidrelétricas ao longo dos próximos anos", alertou.

Além disso, destacou o pesquisador, as alterações ecológicas provocadas pelo desastre podem promover a transmissão de esquistossomose, principalmente se levado em consideração que grande parte do município de Brumadinho e municípios ao longo do rio Paraopeba não é coberta por sistemas de coleta e tratamento de esgotos. "A transmissão de esquistossomose é facilitada pelo contato com rios contaminados por esgotos domésticos e com presença de caramujos infectados", disse.

Barcellos observa ainda que a degradação do leito do rio Paraopeba e de seu entorno vai produzir alterações significativas na fauna, flora e qualidade da água, como perda de biodiversidade, mortandade de peixes e répteis. "A bacia do rio Paraopeba é uma área de transmissão de febre amarela e um novo surto da doença não pode ser descartado. É urgente a vacinação da população", ressaltou.

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 24/01/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

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

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

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



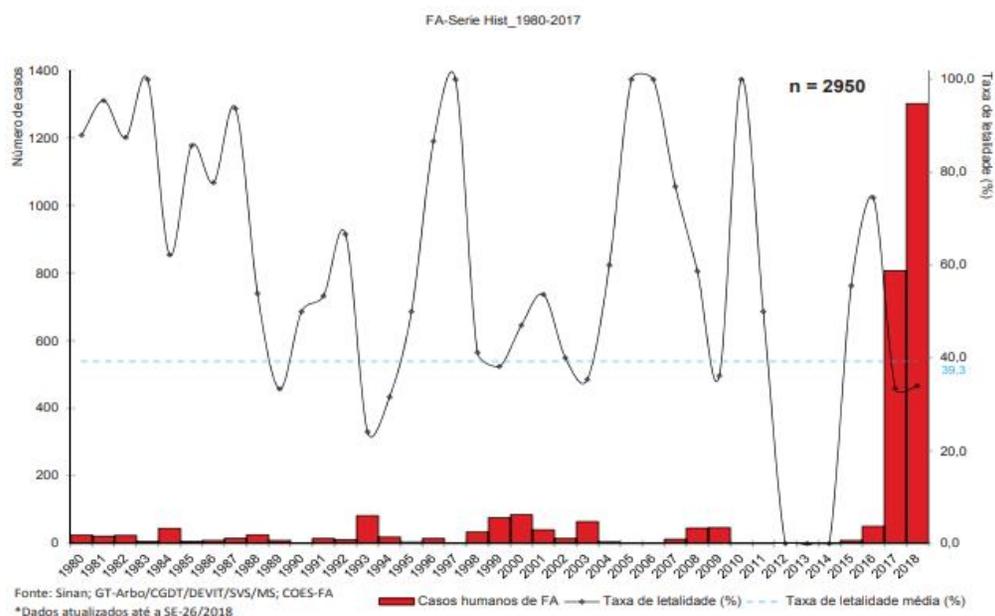
FEBRE AMARELA

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

COMENTÁRIOS:

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

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



MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA FEBRE AMARELA NO BRASIL*

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

Atualização: 18/01/2019

Epizootias em PNH notificadas: 1.883

Casos humanos notificados: 682

20 confirmadas

12 confirmados (05 óbitos)

267 em investigação

116 em investigação

862 indeterminadas

554 descartados

734 descartadas

Anexo: Glossário

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

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

FEBRE AMARELA

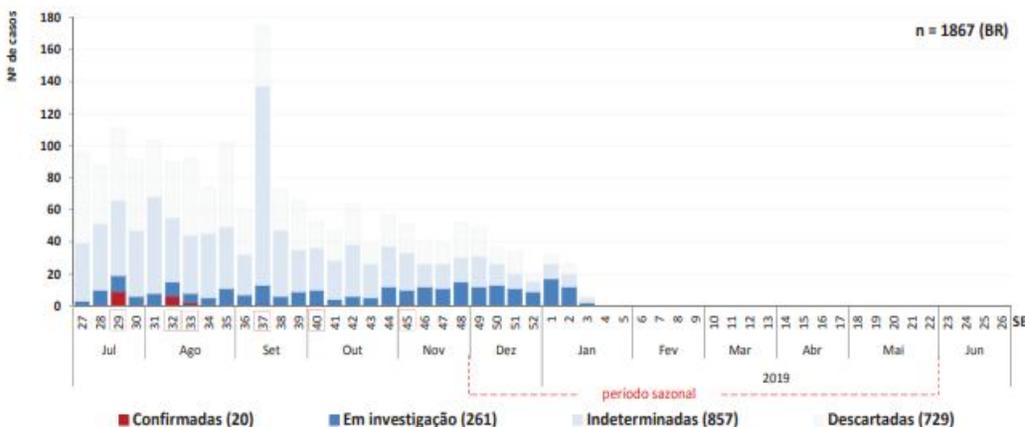
Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 18/01/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

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

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



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

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

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

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

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

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

FEBRE AMARELA

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

COMENTÁRIOS:

Vigilância de Casos Humanos

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

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

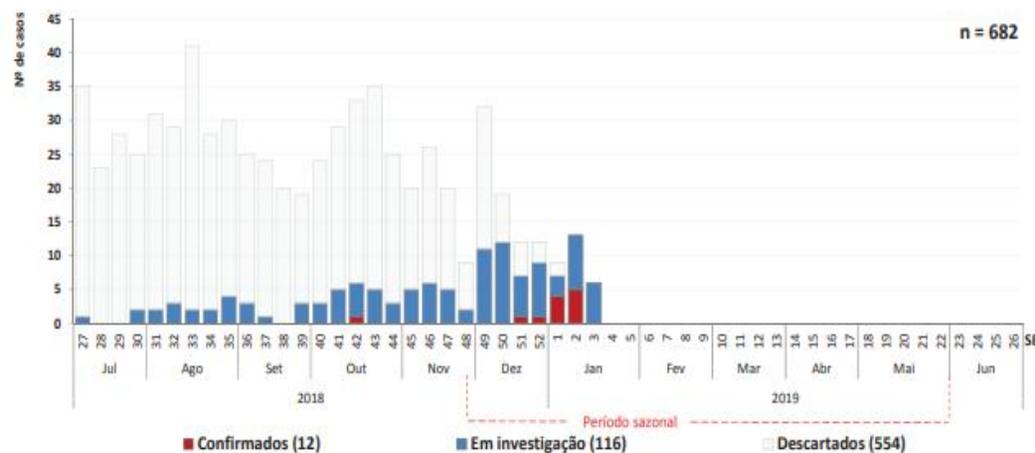
REGIÃO	UF (LPI)	CASOS NOTIFICADOS	CASOS DESCARTADOS	CASOS EM INVESTIGAÇÃO	CASOS CONFIRMADOS			
					TOTAL	CURAS	ÓBITOS	LETALIDADE (%)
Norte	Acre	2		1				
	Amapá	0						
	Amazonas	5	5					
	Pará	12	7	5				
	Rondônia	8	6	2				
	Roraima	1		1				
	Tocantins	9	6	3				
Nordeste	Alagoas	1	1					
	Bahia	11	6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

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

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

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

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



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

FEBRE AMARELA

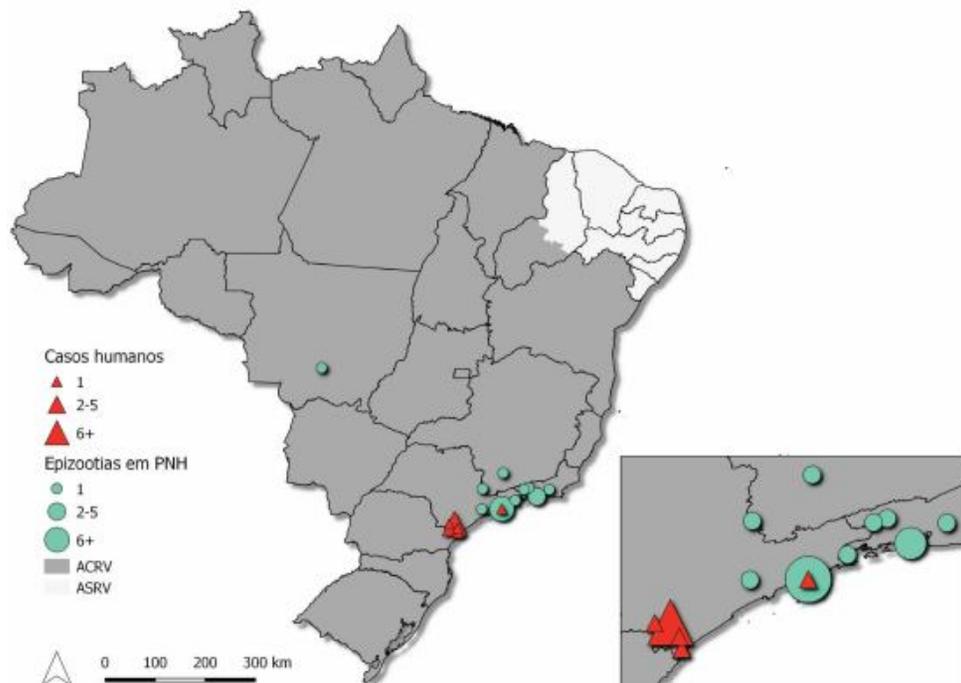
Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 18/01/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

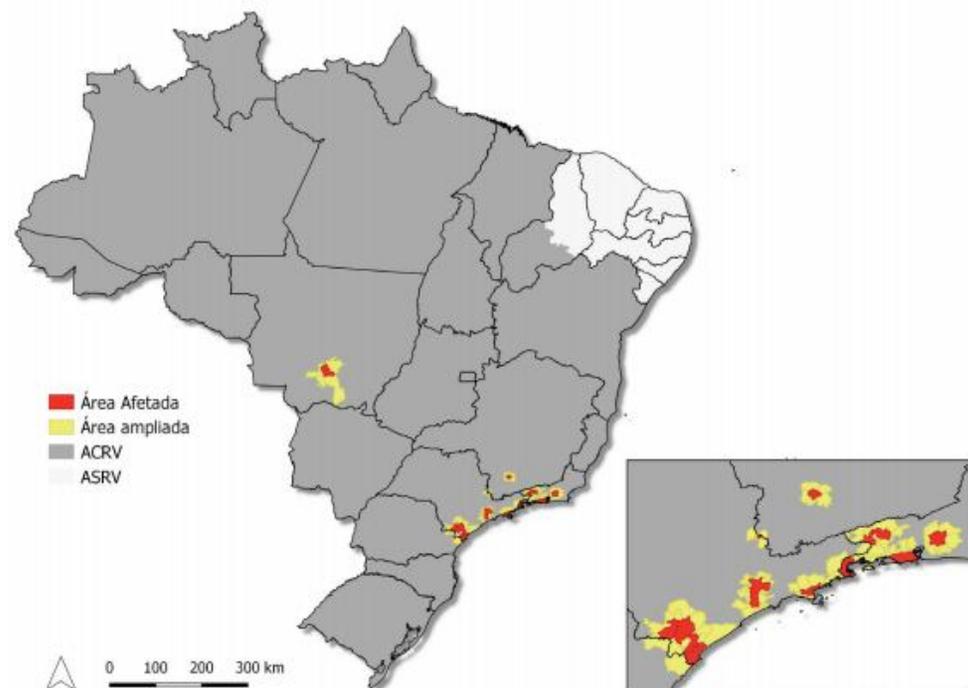
Locais de transmissão (áreas afetadas)

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

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



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



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 02/01/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

A vigilância da influenza no Brasil é composta pela vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG), de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pela vigilância universal de SRAG.

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, além de permitir o monitoramento da demanda de atendimento por essa doença.

Atualmente estão ativas 224 Unidades Sentinelas, sendo 131 de SG; 110 de SRAG em UTI; e 17 sentinelas mistas de ambos os tipos. A vigilância universal de SRAG monitora os casos hospitalizados e óbitos com o objetivo de identificar o comportamento da influenza no país para orientar na tomada de decisão em situações que requeiram novos posicionamentos do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais.

Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas de informação online: SIVEP-Gripe e SINAN Influenza Web. As informações apresentadas nesse informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 52 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 29/12/2018.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 25,8% (4.776/18.478) para SG e de 35,5% (1.008/2.843) para SRAG em UTI. Foram confirmados para Influenza 23,3% (6.754/29.053) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 26,2% (1.381/5.278) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09.

GRUPE PODE SER EVITADA COM MEDIDAS SIMPLES DE HIGIENIZAÇÃO

- EVITAR CONTATO PRÓXIMO A PESSOAS QUE APRESENTEM SINAIS/SINTOMAS DE GRUPE.
- 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: Brasil – atualização

Data da informação: 02/01/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

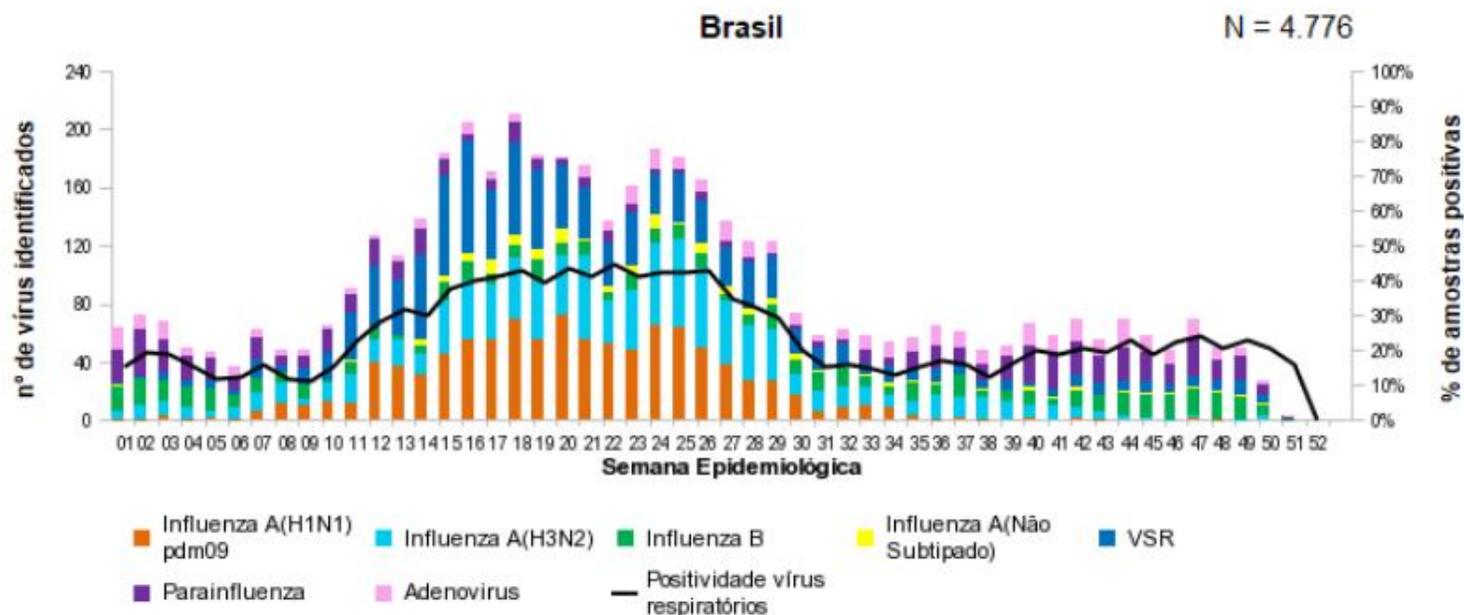
SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 52 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 21.540 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 18.478 (85,6%) possuem resultados inseridos no sistema e 25,8% (4.776/18.478) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 2.672 (55,9%) foram positivos para influenza e 2.104 (44,1%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 1.026 (38,4%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 532 (19,9%) de influenza B, 126 (4,7%) de influenza A não subtipado e 988 (37,0%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 1.056 (50,2%) de VSR (Figura1).

As regiões Sudeste e Sul apresentam respectivamente as maiores quantidades de amostras positivas, com destaque para a maior circulação de Influenza A(H3N2), A(H1N1) pdm09 e VSR. A região Nordeste apresenta uma maior circulação de Influenza A(H1N1) pdm09 e as regiões Centro-Oeste e Norte de VSR (Anexo 1 – B).

Quanto à distribuição dos vírus por faixa etária, entre os indivíduos menores de 10 anos ocorre uma maior circulação de VSR e Parainfluenza. Entre os indivíduos a partir de 10 anos predomina a circulação dos vírus Influenza A(H1N1) pdm09 e A(H3N2).

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 52.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 02/01/2019

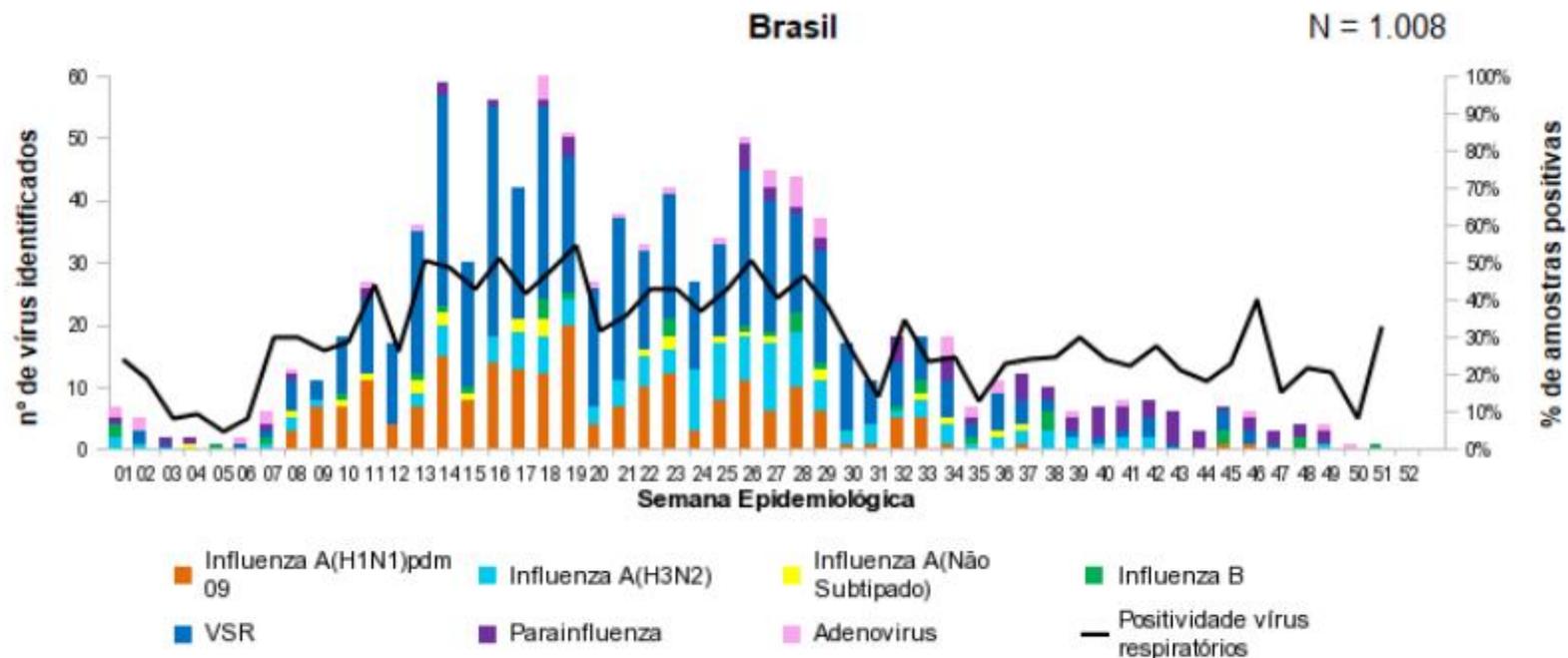
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 3.254 coletas, sendo 2.843 (87,4%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 1.008 (35,5%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 402 (39,9%) para influenza e 606 (60,1%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 214 (53,2%) para influenza A(H1N1)pdm09, 26 (6,5%) para influenza A não subtipado, 33 (8,2%) para influenza B e 129 (32,1%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 493 (81,4%) VSR (Figura 2)

Figura 2. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Respiratória Aguda Grave em Unidade de Terapia Intensiva, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 52.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

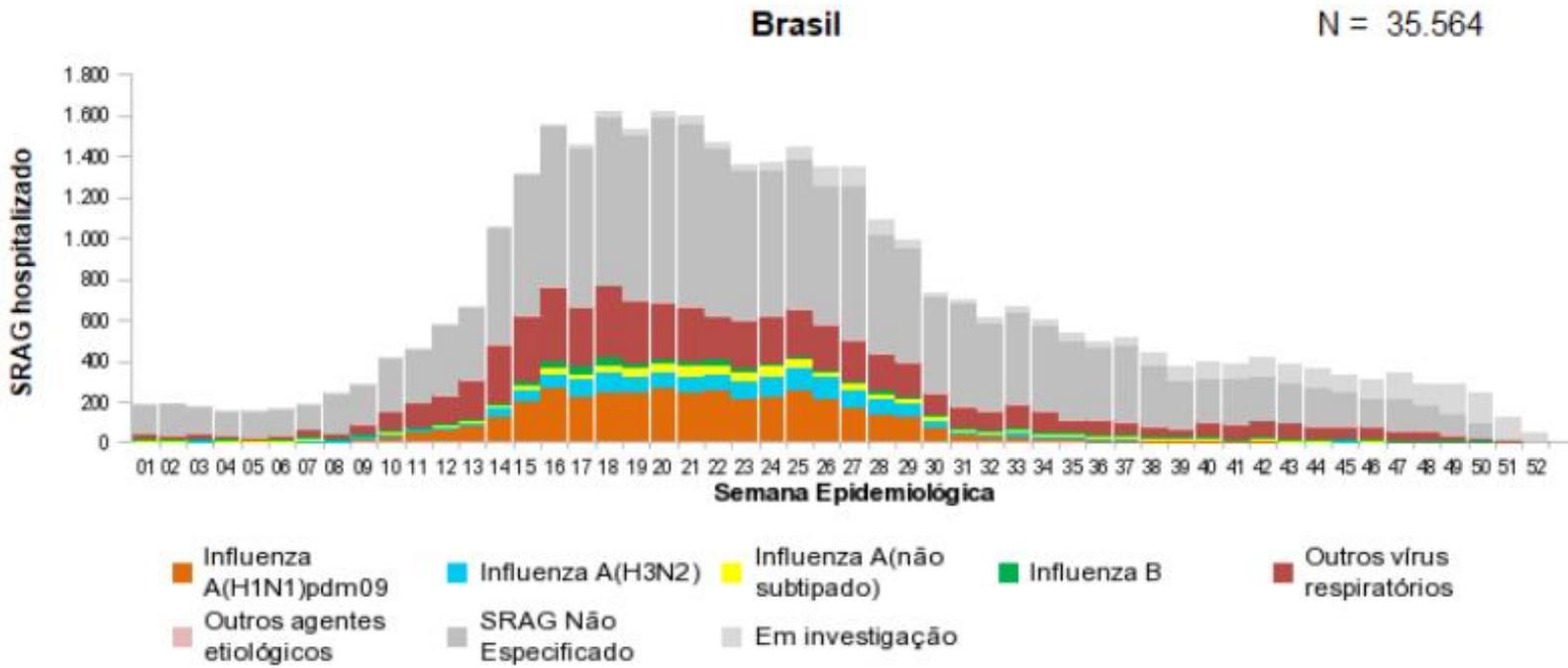
Data da informação: 02/01/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 52 de 2018 foram notificados 35.564 casos de SRAG, sendo 29.053 (81,7%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 23,2% (6.754/29.053) foram classificadas como SRAG por influenza e 22,0% (6.397/29.053) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 3.880 (57,4%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 653 (9,7%) influenza A não subtipado, 567 (8,4%) influenza B e 1.654 (24,5%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 37 anos, variando de 0 a 107 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região Sudeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 46,6% (3.148/6.754).

Figura 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 52.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

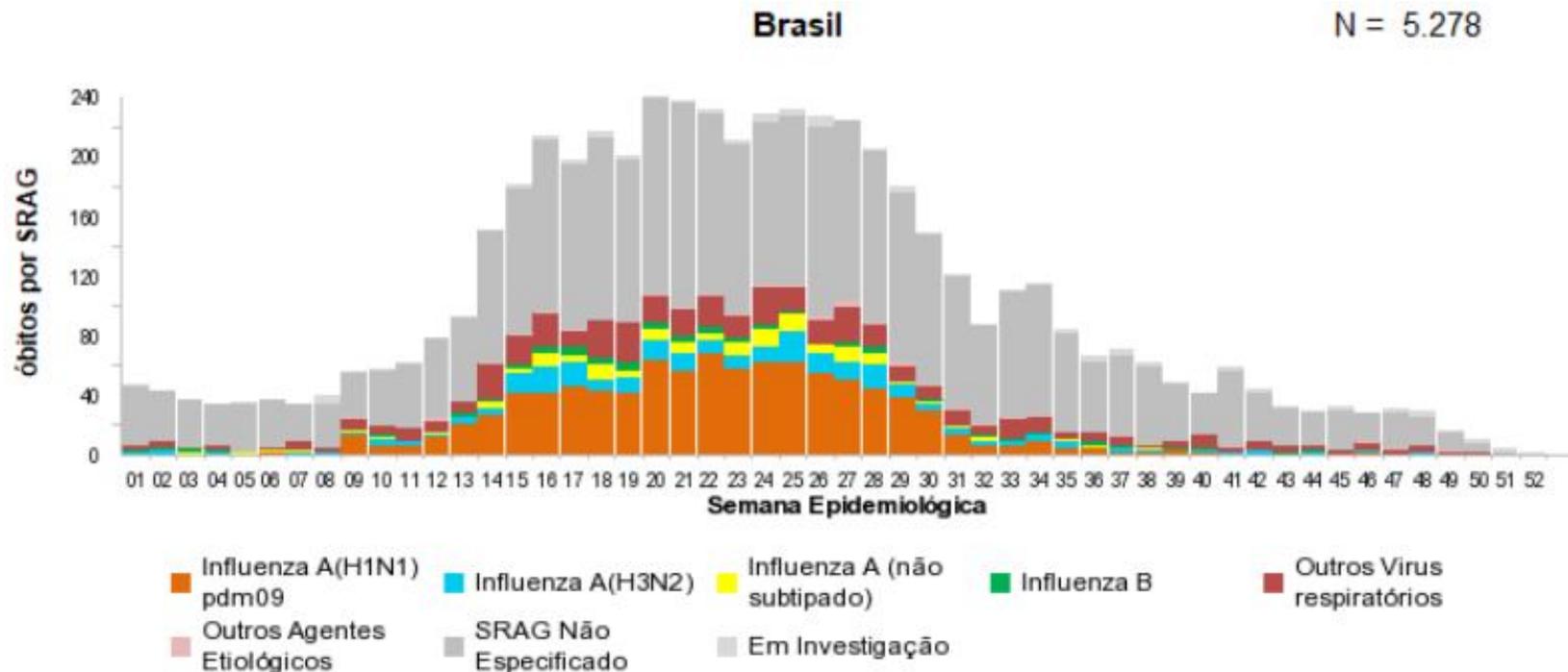
INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 02/01/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 52 de 2018 foram notificados 5.278 óbitos por SRAG, o que corresponde a 14,8% (5.278/35.564) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 1.381 (26,2%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 917 (66,4%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 129 (9,3%) influenza A não subtipado, 78 (5,6%) por influenza B e 257 (18,6%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 42,1% (581/1.381), em relação ao país (Anexo 4).

Figura 4. Distribuição dos óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 52.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 02/01/2019

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 57 anos, variando de 0 a 107 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,66/100.000 habitantes. Dos 1.381 indivíduos que foram a óbito por influenza, 1.055 (76,4%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos \geq 60 anos, cardiopatas, pneumopatas e diabetes mellitus. Além disso, 1.077 (78,0%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 94 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas.

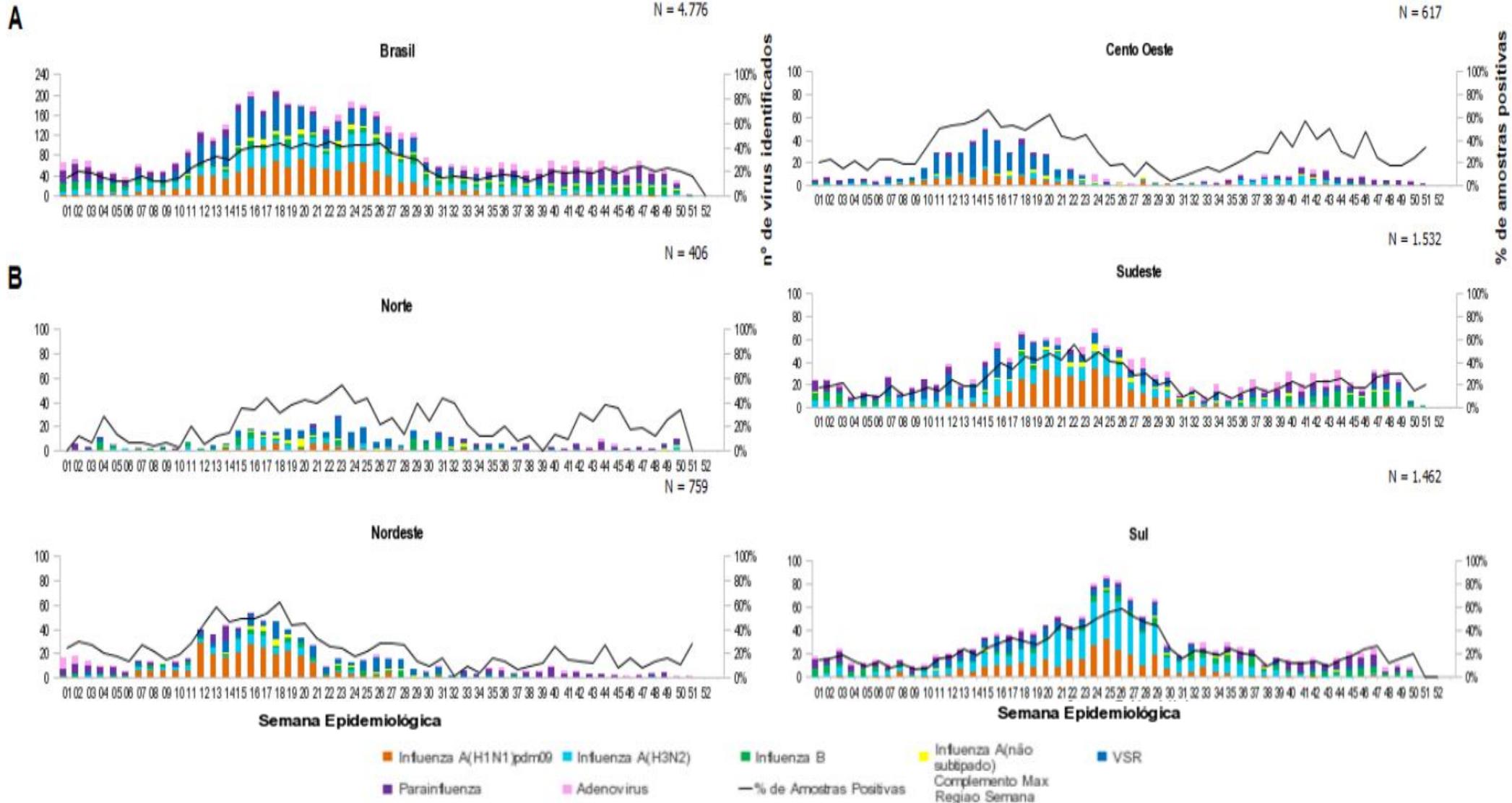
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 52.

Óbitos por Influenza (N = 1.381)	n	%
Com Fatores de Risco	1.055	76,4%
Adultos \geq 60 anos	581	55,1%
Doença cardiovascular crônica	333	31,6%
Pneumopatias crônicas	260	24,6%
Diabete mellitus	242	22,9%
Obesidade	154	14,6%
Doença Neurológica crônica	111	10,5%
Doença Renal Crônica	99	9,4%
Imunodeficiência/Imunodepressão	88	8,3%
Gestante	16	1,5%
Doença Hepática crônica	26	2,5%
Criança < 5 anos	98	9,3%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	0,3%
Indígenas	3	0,3%
Síndrome de Down	13	1,2%
Que utilizaram antiviral	1.077	78,0%

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

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, 2018 até a SE 52.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

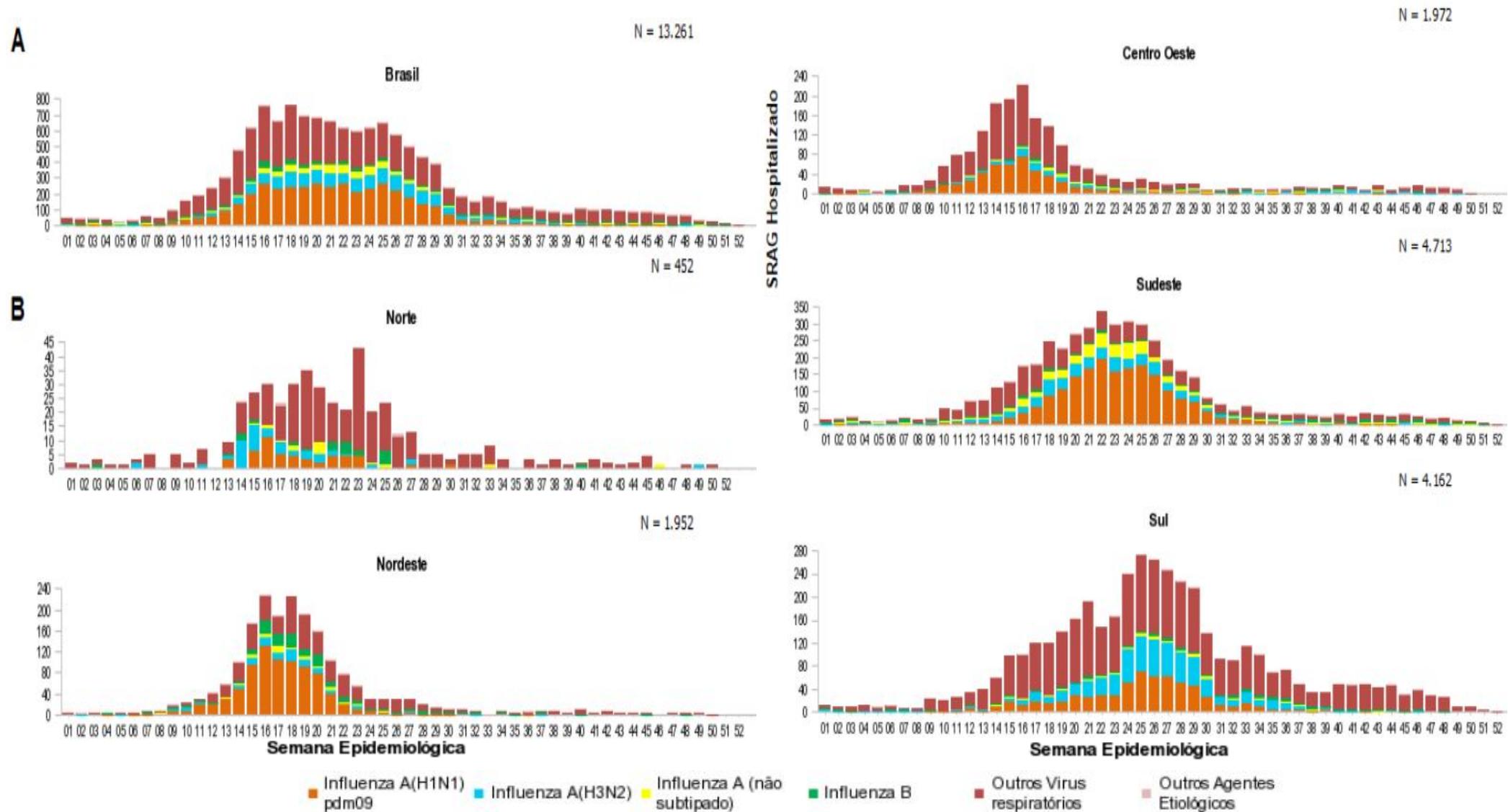
Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 52.

REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza										SRAG por outro vírus respiratório		SRAG por outro agente Etológico		SRAG não Especificado		Em Investigação	
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtipado)		Influenza B		Total Influenza		Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos										
NORTE	1.590	199	48	11	45	10	13	1	22	3	128	25	321	33	3	1	1.004	137	134	3
RONDÔNIA	76	12	7	0	0	0	0	0	1	0	8	0	3	0	0	0	64	12	1	0
ACRE	274	48	13	3	4	0	0	0	1	1	18	4	36	3	0	0	176	41	44	0
AMAZONAS	175	16	1	1	6	1	3	0	7	1	17	3	81	9	0	0	74	4	3	0
RORAIMA	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0
PARÁ	927	96	15	3	30	8	7	1	11	0	63	12	179	19	2	1	604	63	79	1
AMAPÁ	15	2	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	9	2	0	0
TOCANTINS	120	24	10	4	4	1	3	0	2	1	19	6	19	2	1	0	74	14	7	2
NORDESTE	6.538	744	834	164	144	21	56	14	178	24	1.212	223	719	59	21	4	3.474	424	1.112	34
MARANHÃO	194	36	27	6	3	0	10	3	2	0	42	9	9	1	4	1	76	22	63	3
PIAUÍ	410	60	138	19	1	0	2	1	2	0	143	20	61	5	3	1	192	33	11	1
CEARÁ	1.258	158	257	58	20	4	11	2	90	11	378	75	15	0	2	1	829	77	34	5
RIO GRANDE DO NORTE	295	68	41	11	19	0	9	3	15	1	84	15	27	2	0	0	108	40	76	11
PARÁIBA	260	98	17	10	10	4	0	0	5	2	32	16	10	3	0	0	194	78	24	1
PERNAMBUCO	2.085	84	97	18	50	8	1	1	11	1	159	28	3	1	1	0	1.128	48	794	7
ALAGOAS	189	39	32	3	3	0	10	3	5	0	50	6	4	0	5	1	124	31	6	1
SERGIPE	268	21	33	6	2	0	1	0	1	0	37	6	89	5	0	0	131	10	11	0
BAHIA	1.579	180	192	33	36	5	12	1	47	9	287	48	501	42	6	0	692	85	93	5
SUDESTE	14.305	2.485	1.855	504	598	99	470	95	219	30	3.142	728	1.517	131	53	21	8.944	1.551	649	54
MINAS GERAIS	2.129	424	86	36	86	19	99	36	14	5	285	96	154	25	10	2	1.586	288	94	13
ESPIRITO SANTO	519	82	71	16	30	3	3	1	6	2	110	22	0	0	0	0	338	53	71	7
RIO DE JANEIRO	1.279	193	83	20	19	4	29	1	48	4	179	29	379	54	5	3	632	103	84	4
SÃO PAULO	10.378	1.786	1.615	432	463	73	339	57	151	19	2.568	581	984	52	38	16	6.388	1.107	400	30
SUL	9.217	1.328	647	143	696	105	58	11	108	9	1.509	268	2.639	185	14	5	4.631	860	424	10
PARANÁ	4.898	756	237	46	378	61	17	4	32	1	664	112	1.823	148	10	4	2.290	490	111	2
SANTA CATARINA	1.447	251	159	35	157	20	8	1	18	2	342	58	364	26	0	0	731	165	10	2
RIO GRANDE DO SUL	2.872	321	251	62	161	24	33	6	58	6	503	98	452	11	4	1	1.610	205	303	6
CENTRO OESTE	3.884	514	493	93	169	22	56	8	39	12	757	135	1.196	75	19	5	1.822	289	90	10
MATO GROSSO DO SUL	992	129	50	12	62	12	22	4	13	5	147	33	348	20	13	1	463	74	21	1
MATO GROSSO	298	85	36	7	13	2	5	2	11	4	65	15	4	2	2	2	204	64	23	2
GOIÁS	1.560	245	345	68	57	6	9	1	9	3	420	78	413	45	2	2	705	113	20	7
DISTRITO FEDERAL	1.034	55	62	6	37	2	20	1	6	0	125	9	431	8	2	0	450	38	26	0
BRASIL	35.534	5.270	3.877	915	1.652	257	653	129	566	78	6.748	1.379	6.392	483	110	36	19.875	3.261	2.409	111
Outro País	27	8	3	2	2	0	0	0	1	0	6	2	4	1	0	0	16	5	1	0
TOTAL	35.564	5.278	3.880	917	1.654	257	653	129	567	78	6.754	1.381	6.397	484	110	36	19.892	3.266	2.411	111

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

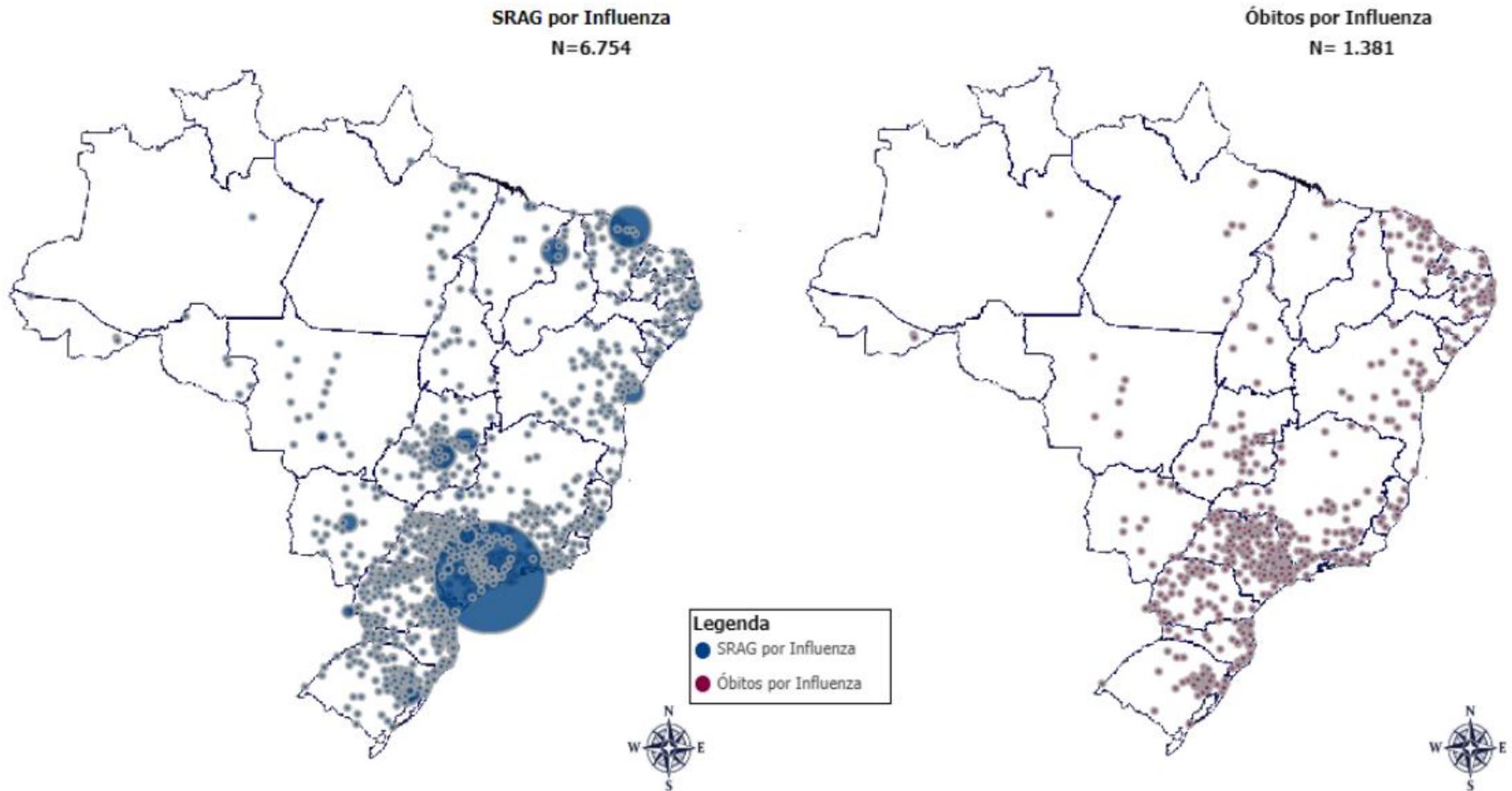
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 52.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 4. Distribuição espacial dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave confirmados para influenza por município de residência. Brasil, 2018 até a SE 52.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/1/2019, sujeitos a alteração.

* O círculo é proporcional ao número de casos e óbitos.



EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 05/2019

(27/01/2019 a 02/02/2019)

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

INFLUENZA A(H9N2)

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 01/02/2019

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

COMENTÁRIOS:

Desde 1998 até 31 de janeiro de 2019, 49 casos confirmados laboratorialmente de infecção humana pelo vírus A (H9N2), incluindo uma morte, foram relatados globalmente. Os casos ocorreram na China (42), Egito (4) e Bangladesh (3). Além disso, um caso foi detectado no Paquistão em 2015.

Avaliação do ECDC

Embora a influenza aviária A (H9N2) tenha causado infecção em seres humanos, as infecções humanas permanecem raras e nenhuma transmissão proveniente de humano para humano foi relatada. Nenhum caso humano devido a A (H9N2) foi relatado na Europa.

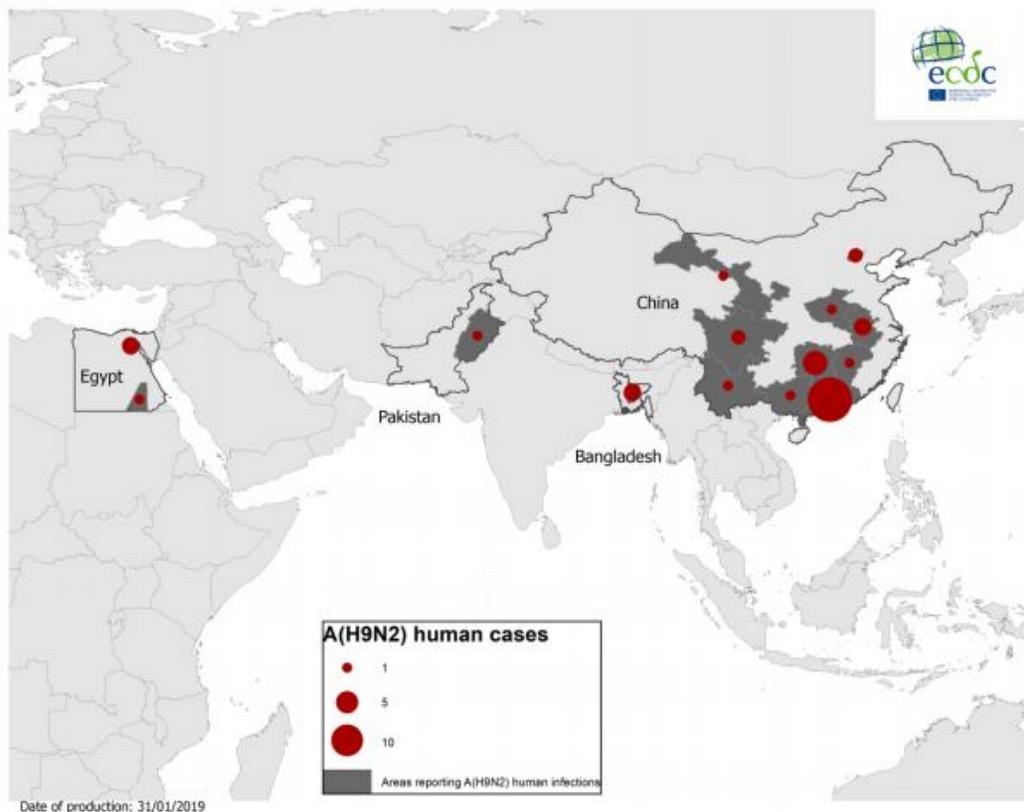
O risco de transmissão da gripe zoonótica ao público em geral nos países da UE / EEE é considerado muito baixo. Enquanto a probabilidade de transmissão zoonótica de vírus da gripe aviária recombinantes recém-introduzidos ou emergentes é desconhecida, o uso de medidas de proteção pessoal para pessoas expostas a vírus da gripe aviária minimizarão o risco remanescente.

Ações

O ECDC monitoriza as estirpes da gripe aviária através da inteligência epidemiológica, a fim de identificar alterações significativas na epidemiologia da gripe aviária.

O ECDC, juntamente com a EFSA e o laboratório de referência da União Europeia para a gripe aviária, elaboram um relatório trimestral sobre a situação da gripe aviária, sendo que o último relatório foi publicado em 18 de dezembro de 2018.

Distribuição geográfica dos casos humanos confirmados de A (H9N2), 1998 a Janeiro 2019



FEBRE DO VALE DO RIFT



Local de ocorrência: França

Data da informação: 30/01/2019

Fonte da informação: Le point épidémio

COMENTÁRIOS:

A febre do vale do Rift (FVR) é uma zoonose viral (arbovírus dos flebovírus, família Bunyaviridae) que afeta principalmente ruminantes domésticos (gado bovino, búfalos, ovinos, caprinos e camelos). Em humanos, a infecção se manifesta como síndromes do tipo dengue e, em casos raros (3-4%) febres neuro-meníngeas, oftalmológicas ou hemorrágicas. Metade das infecções são assintomáticas. O homem é infectado com contato direto com os fluidos biológicos de ruminantes infectados ou por picadas de artrópodes, principalmente mosquitos vetores (*Culex* e *Aedes*...). Consumo de leite cru também é mencionado como possível fonte de contaminação. Não há transmissão direta documentada de humano para humano.

Em Mayotte, uma primeira introdução, depois a circulação indígena do vírus da RVF, foi identificada em 2007 em conexão com a circulação do vírus nos países da África Oriental.

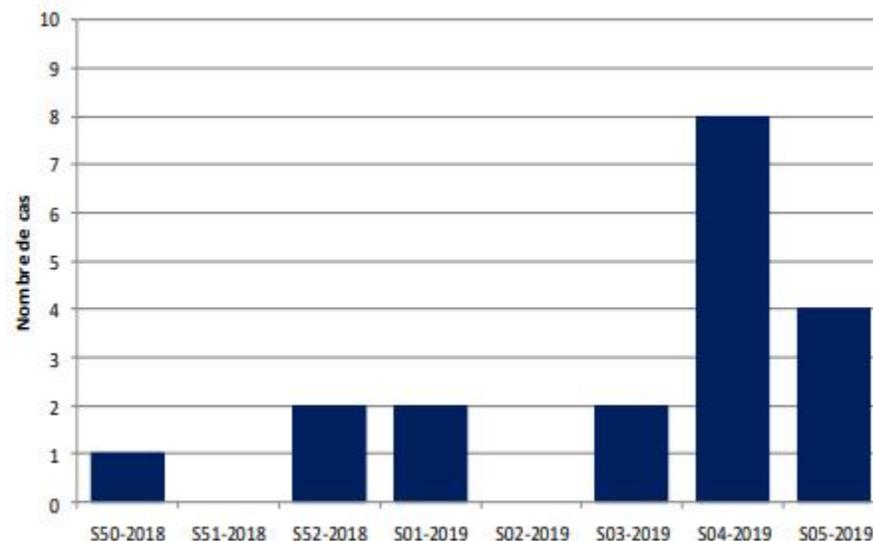
Desde 2008, pacientes atendidos com suspeita de dengue são objeto de investigação para a dengue, chikungunya, leptospirose e FVR (protocolo de monitoramento de síndromes de dengue semelhante em Mayotte). Assim, nos últimos dez anos, 14 casos foram identificados pelo laboratório dos quais 10 em um inquérito sorológico em 2008. Nenhum caso foi relatado desde 2013. Em dezembro de 2018, 5 PCRs positivos para RVF foram relatados pelo Laboratório CHM. Este ponto epidemiológico apresenta a situação da FVR em Mayotte desde o ressurgimento desta doença em Mayotte em dezembro passado.

Em 28/01/2019, 19 casos de RVF foram relatados para a plataforma de vigilância e emergência da ARS OI (CVAGS) pelo laboratório CHM. O primeiro caso foi no dia 11 de dezembro de 2018 (semana 50-2018) e os próximos 4, diagnosticados entre 26/12/2018 e 03/01/2019, foram relatados nas semanas S52-2018 e S01-2019 (Figura 1). 14 novos casos foram relatados nas semanas S03-2019 (2 casos), S04-2019 (8 casos) e S05-2019 (4 casos). Estes casos foram confirmados por PCR no laboratório CHM com dupla confirmação para o primeiro caso pelo CNR associado aos arbovírus da Reunião. Em 15 de janeiro, 4 outras amostras foram transferidas para o CNR dos arbovírus de Marselha. As investigações realizadas em torno desses casos mostraram que todas foram

adquiridas localmente.

Os 19 casos confirmados foram em sua maioria homens (14 homens e 5 mulheres), entre 27 e 64 anos. Além da febre (superior a 38,5°C), os 10 casos que responderam ao questionário relataram mialgia (4 casos), cefaléia (6 casos), astenia (4 casos), artralgia (5 casos) e rigidez do pescoço (3 casos). Investigações efetuadas pelos serviços de saúde demonstraram que a maioria dos casos estava em contato direto com os animais (criadores) ou viviam perto de fazendas, incluindo bovinos e caprinos (9 casos), enquanto 5 casos relataram não estar em contato com animais. Dois casos relataram consumir esporadicamente leite cru desses animais.

Figura 1: Curva epidêmica por semana relatando os 19 casos confirmados de FVR ocorridos em Mayotte de 11/12/18 a 28/01/19



FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 31/01/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

A OMS recomenda a vacinação contra a febre amarela para viajantes internacionais que visitam os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Tocantins, Santa Catarina e São Paulo, bem como partes dos estados da Bahia e Piauí. A identificação de novas áreas consideradas de risco de transmissão da febre amarela é um processo contínuo, que a OMS monitora e atualiza regularmente.

A febre amarela é uma doença hemorrágica viral aguda que pode resultar em morte. Pode ser evitada com uma vacina eficaz, segura e acessível. Periodicamente, e por razões que são difíceis de prever, o ciclo da febre amarela silvestre produz grandes surtos em macacos (epizootias). Essas epizootias se propagam por corredores silvestres onde mosquitos *Haemagogus* e *Sabethes* transmitem a doença de um grupo de macacos para outros. Os humanos expostos a esses mosquitos podem ficar doentes se não forem vacinados.

Até o momento, todos os casos humanos de febre amarela têm sido associados a mosquitos *Haemagogus* e *Sabethes*. A transmissão da febre amarela urbana ocorre quando o vírus é transmitido de humano para humano pelo mosquito *Aedes aegypti*.

Os países das Américas continuam redobrando esforços no fortalecimento da preparação e resposta a possíveis surtos de febre amarela.

Em dezembro de 2018, as equipes técnicas dos municípios da tríplice fronteira entre Argentina, Brasil e Paraguai se reuniram em Foz do Iguaçu, para iniciar o desenvolvimento de planos de contingência para surtos de febre amarela que pudessem ocorrer naquela zona. Os especialistas avaliaram o risco da doença naquela região, as necessidades de vigilância e resposta na área e identificaram ações técnicas a serem realizadas a curto e médio prazos.

Em novembro do ano passado, as autoridades de saúde dos 13 países endêmicos da região se reuniram em Lima, Peru, para analisar o risco em cada país, bem como analisar as populações que deveriam ser vacinadas com base nesse risco. Os especialistas trabalharam no desenvolvimento de seus planos de imunização contra a febre amarela a curto e médio prazo. Eles também abordaram o uso de doses fracionadas da vacina em resposta a surtos de febre amarela, diante de quantidades limitadas de vacinas e em grandes cidades. A identificação de lacunas na prevenção e resposta a surtos também fez parte da análise feita nessa reunião de três dias.

Essa reunião foi realizada no contexto da Estratégia da OMS para a Eliminação da Epidemia de Febre Amarela (EYE, na sigla em inglês), que busca eliminar epidemias dessa doença nas Américas e na África até 2026, ao proteger populações em risco por meio de campanhas preventivas em massa e vacinação de rotina.



Fonte: google.com.br

FEBRE AMARELA



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 01/02/2019

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

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

Avaliação do ECDC

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

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

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

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



SARAMPO



Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 18/01/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Em 2018, 12 países nas Américas relataram casos confirmados de sarampo, dos quais dois relataram mortes (Brasil e República Bolivariana da Venezuela).

A partir da semana epidemiológica (SE) 2 de 2019, 6 países relataram ter casos confirmados entre dezembro de 2018 e janeiro de 2019: Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Estados Unidos e Venezuela.

No **Brasil**, existem 11 unidades federais que relataram casos confirmados de sarampo: Amazonas (9.778 casos, 6 óbitos), Bahia (2 casos), Distrito Federal (1 caso), Pará (61 casos, 2 óbitos), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (45 casos), Rio de Janeiro (19 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (355 casos, 4 óbitos), São Paulo (3 casos) e Sergipe (4 casos).

Entre a SE 6 de 2018 e SE 2 de 2019, houve um total de 10.274 casos confirmados, incluindo 12 mortes. Desde 30 de novembro de 2018, a Atualização Epidemiológica da OPAS / OMS sobre sarampo, houve 376 casos adicionais notificados e a Bahia foi adicionada aos estados que relatam casos.

No estado do Amazonas, entre 6 de fevereiro de 2018 e 8 de janeiro de 2019, havia 11.377 casos suspeitos, incluindo 6 mortes. Do total de casos suspeitos, 9.778 foram confirmados, 1.541 foram descartados e 18 permanecem sob investigação. Dos casos confirmados, 55,6% (5.439) são do sexo masculino.

Dos 62 municípios do estado do Amazonas, 46 relataram casos confirmados. O município de Manaus é responsável por 78,7% (8.921) dos casos suspeitos e 82,3% (8.040) dos casos confirmados relatados no estado. A taxa de incidência cumulativa para o estado é 272,3 por 100.000 habitantes e os municípios com maior taxa de incidência (em ordem decrescente) são: Manacapuru (994,2 por 100.000 habitantes), seguido de Manaus (377,4 por 100.000 habitantes) e Itacoatiara (142,2 por 100.000 habitantes).

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

A maior taxa de incidência é relatada em crianças menores de 1 ano de idade (2.176,4 por 100.000, seguida de 15 a 19 anos (550,7 por 100.000 habitantes), de 20 a 29 anos de idade (358,2 por 100.000 habitantes), de 1 a 4 anos (352,7 por 100.000 habitantes) e de 30 a 39 anos de idade (188,8 por 100.000 habitantes).

O caso confirmado mais recente teve início na SE 48 de 2018 e os casos mais recentes que estão sob investigação teve início na SE 1 de 2019.

No estado de Roraima, entre 4 de fevereiro de 2018 e 8 de janeiro de 2019, havia 575 casos suspeitos notificados, incluindo 4 mortes. Dos casos suspeitos, 355 foram confirmados, 213 foram descartados e 7 permanecem sob investigação. Dos casos confirmados, 53,5% (190) são do sexo masculino, 61,1% (217) são venezuelanos, 38% (135) são brasileiros e 1% (2 casos) pessoas de outros países. Do total de casos confirmados, 41% são indígenas (127 Venezuelanos e 18 brasileiros).

Dos 15 municípios do estado de Roraima, 13 relataram casos suspeitos. Os municípios de Amajari, Boa Vista e Pacaraima respondem por 90% (517) dos casos e 89% (316) dos casos confirmados relatados em Roraima. A taxa de incidência em Roraima é de 80,0 por 100.000 habitantes e os municípios com maior incidência (em ordem decrescente) são: Amaráj (683,4 por 100.000 habitantes), seguida de Pacaraima (484,4 por 100.000 habitantes) e Boa Vista (53,6 por 100.000 habitantes).

A partir da SE 19 de 2018, houve uma diminuição no número de casos suspeitos e confirmados, e entre SE 29 e SE 35 de 2018, foi relatado um novo aumento nos casos, afetando os municípios de Boa Vista e Amajari.

A maior taxa de incidência foi relatada em crianças menores de 1 ano de idade (812,1 por 100.000, seguida de 1 a 4 anos (245,7 por 100.000 habitantes), 5 crianças de 9 a 10 anos (106,9 por 100.000 habitantes), de 10 a 14 anos (66,6 por 100.000 habitantes), e de 15 a 19 anos de idade (51,0 por 100.000 habitantes).

O caso confirmado mais recente teve início na SE 49 de 2018 e os casos mais recentes que estão sob investigação tiveram início SE 1 de 2019.

No **Chile**, entre a SE 45 de 2018 e SE 2 de 2019, houve 24 casos confirmados de sarampo, dos quais 7 foram importados e 17 foram relacionados à importação. Não houve mortes no entanto, 11 dos casos necessitaram de hospitalização. O genótipo identificado é D8, linhagem MVi / HuluLangat.MYS / 26.11, semelhante ao que circula em outros países da região. Nos casos relatados, 50% são do sexo feminino e 58,4% são crianças menores de um ano de idade.

(Continua na próxima página)

SARAMPO



Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 18/01/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Os casos foram relatados nas regiões Metropolitana (22 casos) e Biobío (2 casos).

O caso confirmado mais recente teve início na SE 1 de 2019 e, até à data, a investigação de casos suspeitos continua.

O último surto associado a casos importados no Chile foi em 2015, com 9 casos confirmados e tinha 2 meses de duração (genótipo viral H1).

Na **Colômbia**, entre SE 10 de 2018 e SE 2 de 2019, havia 212 casos confirmados, 103 dos quais necessitaram de hospitalização. Nenhuma morte foi relatada. A genotipagem realizada em amostras para 43 casos indicados genótipo D8, linhagem MVi / Hulu Langat.MYS / 26.11, semelhante ao que circula em outros países da Região.

Os casos foram relatados nos departamentos de Antioquia, Arauca, Atlântico, Bolívar, Cauca, Cesar, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Risaralda, Santander, e Sucre, e nos distritos de Barranquilla, Bogotá, Cartagena e Santa Marta. Os distritos de Barranquilla e Cartagena e o departamento de conta de Norte de Santander para 68% do total de casos confirmados. A taxa de incidência acumulada no país é de 0,22 por 100.000 habitantes.

As maiores taxas de incidência por faixa etária entre os casos associados à importação ou transmissão secundária entre colombianos foi observada em crianças menores de 1 ano de idade (6 casos 100.000 habitantes) seguida por crianças de 1 a 4 anos de idade (1,7 casos por 100.000 habitantes).

O caso confirmado mais recente teve início precipitado na SE 2 de 2019 e os casos mais recentes que estão sob investigação estão nos departamentos de La Guajira e Norte de Santander e nos distritos de Barranquilla, Bogotá e Cartagena.

Nos **Estados Unidos** da América, entre 1º de janeiro e 29 de dezembro de 2018, havia 349 casos confirmados de sarampo notificados em 26 estados e no Distrito de Columbia, correspondendo a 17 surtos. Os 26 estados que relataram casos são: Arkansas, Califórnia, Connecticut, Flórida, Illinois, Indiana, Kansas, Louisiana, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, Nebraska, Nevada, Nova Jersey, Nova York, Carolina do Norte, Oklahoma, Oregon, Pensilvânia, Carolina do Sul, Tennessee, Texas, Virgínia e Washington.

Na **Venezuela**, entre 26 de março de 2017 e 52 de dezembro de 2018, um total de 9.101 casos suspeitos, incluindo 6.395 casos confirmados de sarampo (727 em 2017 e 5.668 em 2018), foram relatados. Os casos em 2018 foram confirmados por laboratório (2.038), diagnóstico clínico (3.137), e ligação epidemiológica (493). Foram registradas 76 mortes - 2 em 2017 e 74 em 2018 (37 em Delta Amacuro, 27 no Amazonas, 6 em Miranda, 3 no Distrito Capital e 1 em Bolívar).

A taxa de incidência acumulada no país é de 17,8 por 100.000 habitantes. As taxas de incidência mais altas são relatadas em: Delta Amacuro (207 por 100.000 habitantes), a Capital Distrito (126 por 100.000 habitantes), Amazonas (83 por 100.000 habitantes) e Vargas (47 por 100.000 habitantes).

Os casos confirmados relatados no precedente entre SE 44 e SE 50 de 2018 foram relatados nos estados de Apure (7 casos), Aragua (7 casos), Bolívar (8 casos), Carabobo (8 casos), Distrito da Capital (18 casos), Falcão (3 casos), Miranda (2 casos), Monagas (7 casos), e Zulia (34 casos).

As autoridades de saúde na Venezuela estão implementando uma série de estratégias de vacinação interrompendo a circulação do vírus. Além das campanhas de vacinação implementadas, as ações incluem: vigilância intensificada da síndrome febril aguda e vacinação em bloco contra sarampo-rubéola (MR), bem como vacinação seletiva de contatos de suspeita de casos confirmados até os 39 anos de idade.

Sarampo nas comunidades indígenas

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

Na Venezuela, entre SE 1 e SE 52 de 2018, foram confirmados 499 casos de sarampo entre populações indígenas no Amazonas (162 casos, dos quais 135 em Sanema, 23 em Yanomami, 2 em Yekuana, 1 em Baniva e 1 em etnia Yeral); Delta Amacuro (309 casos, todos da etnia Warao); Monagas (24 casos, dos quais 20 estavam em Warao, 1 em Shaima e 1 em etnias Eñepa); e Zulia (2 casos, ambos no grupo étnico Wayú).

SARAMPO



Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 18/01/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Além disso, houve 64 mortes relatadas, 37 no Delta Amacuro (todas na etnia Warao) e 27 no Amazonas (16 na etnia Sanema). Mortes adicionais nas comunidades indígenas estão atualmente sob investigação.

Na SE 52 de 2018, não foram relatados casos adicionais de sarampo; no entanto, a vigilância ativa e o bloqueio com a vacinação continuam. O mais recente caso confirmado entre as comunidades indígenas teve erupção cutânea na SE 50 de 2018 e foi relatado no estado de Zulia.

Conselhos às autoridades nacionais

Dada a continuação dos casos importados de sarampo de outras regiões e os surtos nas Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial de Saúde (OPAS / OMS) insta todos os Estados Membros a:

- Vacinar para manter uma cobertura homogênea de 95% com a primeira e segunda doses da vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (MMR) em todos os municípios.
- Vacinar as populações em risco (sem comprovação de vacinação ou imunidade contra sarampo e rubéola), como profissionais de saúde, pessoas que trabalham com turismo e transporte (hotéis e catering, aeroportos, taxistas e outros) e viajantes.
- Manter uma reserva de vacinas e seringas MR e / ou MMR para controle de casos em cada país da região.
- Fortalecer a vigilância epidemiológica do sarampo para obter a detecção oportuna de todos os casos suspeitos de sarampo em estabelecimentos de saúde públicos e privados e garantir que as amostras são recebidas pelos laboratórios no prazo de 5 dias após a colheita e os resultados estão disponíveis em um período não superior a 4 dias.
- Fornecer uma resposta rápida a casos de sarampo importados, para evitar o restabelecimento de transmissão endêmica, através da ativação de equipes de resposta rápida treinadas com propósito e implementando protocolos nacionais de resposta rápida quando casos importados. Uma vez que uma equipe de resposta rápida tenha sido ativada, a coordenação entre os níveis nacional e local deve ser assegurada, com canais de comunicação fluidos entre todos os níveis (nacionais,

subnacionais e local).

- Identificar fluxos migratórios (chegada da população migrante) e fluxos internos (movimentos grupos populacionais), incluindo populações indígenas, em cada país, para facilitar o acesso aos serviços de vacinação, de acordo com o esquema nacional.
- Implementar um plano para imunizar as populações migrantes em áreas fronteiriças de alto tráfego.
- Aumentar a cobertura vacinal e fortalecer a vigilância epidemiológica nas áreas de fronteiras, a fim de aumentar a imunidade da população e detectar / responder rapidamente a casos suspeitos de sarampo.
- Durante os surtos, estabelecer um adequado gerenciamento de caso hospitalar para evitar a transmissão, com encaminhamento adequado de pacientes para salas de isolamento para qualquer nível de cuidados (evitando o contato com outros pacientes em salas de espera e / ou hospitalização).

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

MERS-CoV



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 16/01/2019

Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

De 2012 a 31 de dezembro de 2018, o número total de casos de MERS-CoV confirmados laboratorialmente, relatados globalmente à OMS sob o IHR (2005), é de 2.279, com 806 mortes associadas. O número total de mortes inclui as mortes que a OMS está ciente até o momento, através do acompanhamento com os Estados Membros afetados.

Avaliação de risco da OMS

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

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

Conselho da OMS

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

As medidas de prevenção e controle de infecção são críticas para evitar a possível disseminação de MERS-CoV em unidades de saúde. Nem sempre é possível identificar pacientes com MERS-CoV precocemente porque, assim como outras infecções respiratórias, os primeiros sintomas da MERS-CoV são inespecíficos. Portanto, os profissionais de saúde devem sempre aplicar as precauções padrão de

forma consistente a todos os pacientes, independentemente do diagnóstico. As precauções de gota devem ser adicionadas às precauções padrão ao fornecer cuidados a pacientes com sintomas de infecção respiratória aguda; precauções de contato e proteção ocular devem ser adicionadas ao cuidar de casos prováveis ou confirmados de infecção por MERS-CoV; precauções aerotransportadas devem ser aplicadas ao realizar procedimentos de geração de aerossóis.

O MERS-CoV parece causar doença mais grave em pessoas com diabetes, insuficiência renal, doença pulmonar crônica e pessoas imunocomprometidas. Portanto, essas pessoas devem evitar o contato próximo com animais, especialmente camelos, quando visitam fazendas, mercados ou áreas de celeiros onde se sabe que o vírus está potencialmente circulando. Medidas gerais de higiene, como lavar as mãos regularmente antes e depois de tocar nos animais e evitar o contato com animais doentes, devem ser seguidas. As práticas de higiene alimentar devem ser observadas. As pessoas devem evitar beber leite cru de camelo ou ter contato com urina de camelo, ou comer carne que não tenha sido devidamente cozida.

A OMS não aconselha a triagem especial nos pontos de entrada em relação a este evento, nem recomenda atualmente a aplicação de quaisquer restrições de viagem ou comércio.

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 30/01/2019

Origem da informação: The Global Polio Eradication Initiative e OPAS

COMENTÁRIOS

A 144ª Sessão do Conselho Executivo se reuniu em 24 de janeiro a 1º de fevereiro, antes da Assembléia Mundial da Saúde, em maio. A poliomielite foi um dos principais pontos de discussão no discurso de abertura da DG OMS e atual presidente do Conselho de Supervisão da Pólio, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus. Simultaneamente, a DG também realizou uma consulta às partes interessadas, onde destacou a necessidade de uma colaboração fortalecida e sistemática entre parceiros, agentes de saúde e não-profissionais de saúde, e comprometendo-se a orçamentos de longo prazo transparentes para os esforços de erradicação.

Resumo de novos vírus nesta semana: **Afeganistão** - cinco amostras ambientais positivas para WPV1; **Paquistão** - dez amostras ambientais positivas de poliovírus selvagens tipo 1 (WPV1); **Nigéria** - duas amostras ambientais positivas de poliovírus derivados de vacinas circulantes (VDPV2).

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

Total cases	Year-to-date 2019		Year-to-date 2018		Total in 2018	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	0	0	1	0	33	102
- in endemic countries	0	0	1	0	33	34
- in non-endemic countries	0	0	0	0	0	68

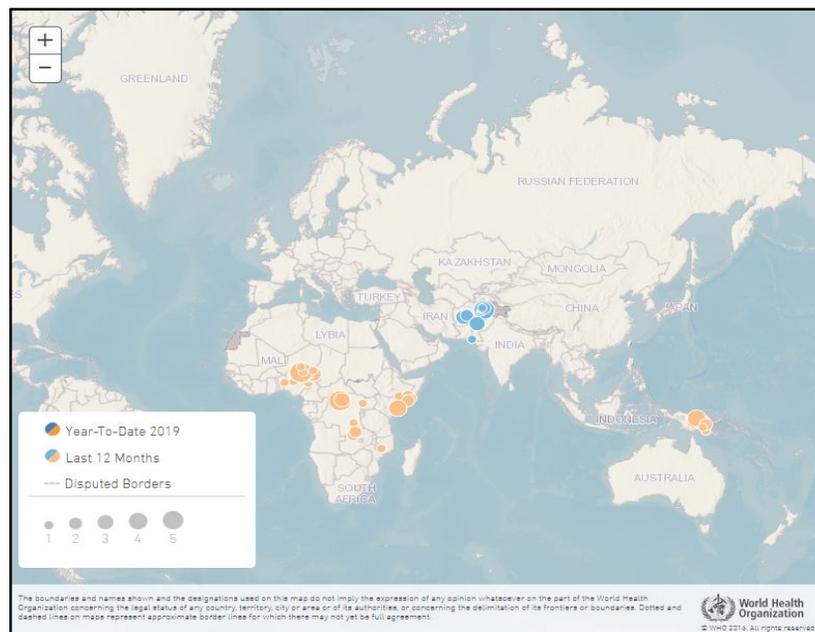
<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS

Countries	Year-to-date 2019		Year-to-date 2108		Total in 2018		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afeganistão	0	0	1	0	21	0	6-Nov-2018	NA
Rep Dem Congo	0	0	0	0	0	20	NA	7-Oct-2018
Niger	0	0	0	0	0	9	NA	30-Oct-2018
Nigéria	0	0	0	0	0	34	NA	5-Dec-2018
Paquistão	0	0	0	0	12	0	31-Dec-2018	NA
Papua Nova Guiné	0	0	0	0	0	26	NA	18-Oct-2018
Somália	0	0	0	0	0	13	NA	7-Sep-2018

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

Poliovírus selvagem global e casos de poliovírus circulantes derivados da vacina - últimos 12 meses - em 04 de fevereiro de 2019



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 21/01/2019

Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

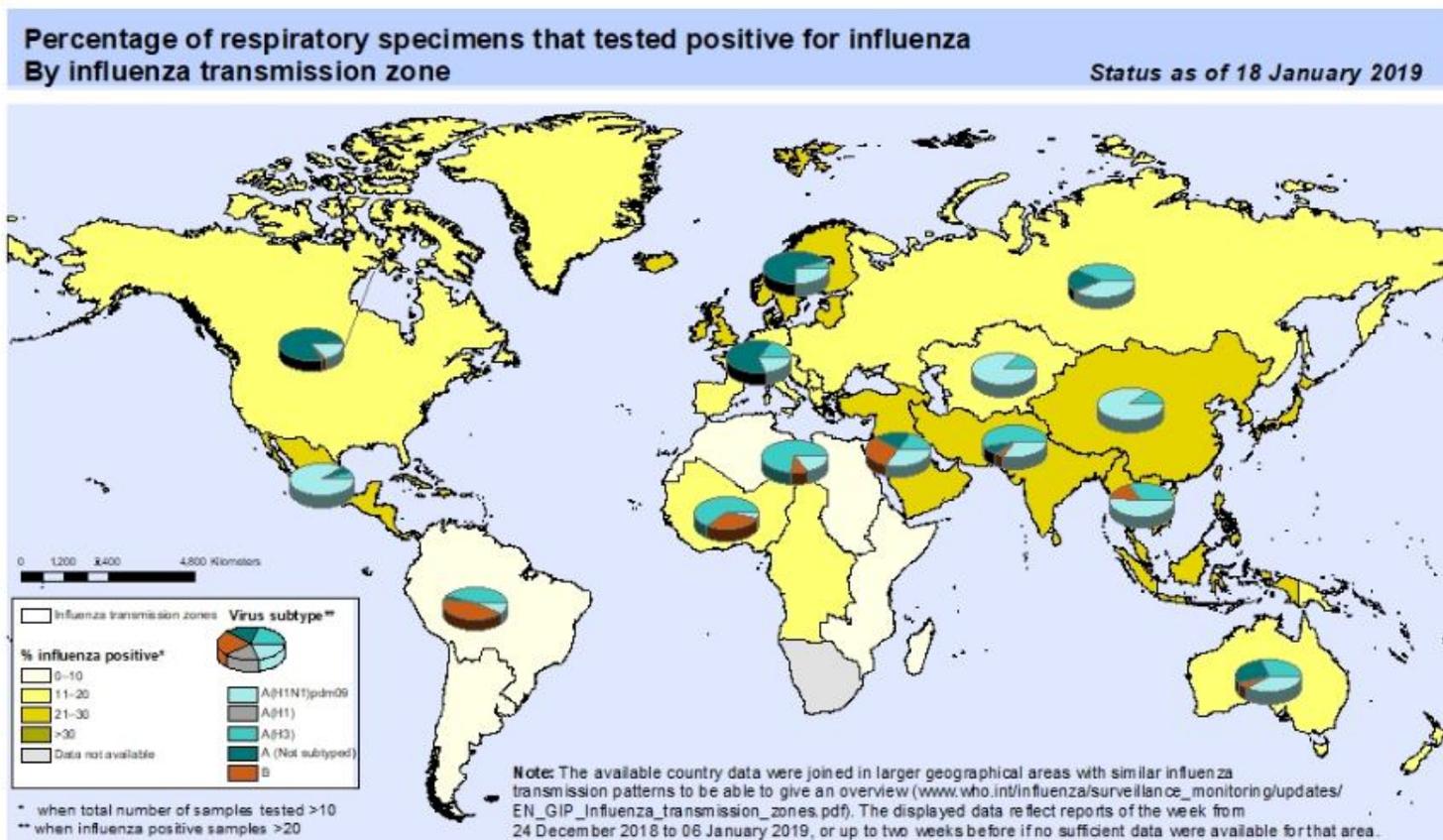


COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

Na zona temperada do hemisfério norte, a atividade da influenza continuou a aumentar lentamente. Na América do Norte, a atividade da influenza permaneceu elevada no geral, predominando a influenza A (H1N1) pdm09. Na Europa, a atividade da gripe continuou a aumentar, com ambos os vírus A circulando. No norte da África, as detecções de influenza A (H3N2) continuaram a ser relatadas no Egito. Na Ásia Ocidental, a atividade da gripe continuou a aumentar em alguns países e pareceu diminuir entre os países da Península Arábica. Na Ásia Oriental, a atividade da influenza continuou a aumentar, com o influenza A (H1N1) pdm09 sendo mais frequentemente detectado.

No sul da Ásia, as detecções de influenza permaneceram elevadas no geral. A atividade da influenza continuou a aumentar no Irã (República Islâmica do Irã), com o vírus influenza A (H3N2) predominando na circulação. Nas zonas temperadas do hemisfério sul, a atividade da gripe retornou aos níveis inter-sazonais, com exceção de algumas partes na Austrália. Em todo o mundo, os vírus sazonais da gripe A foram responsáveis pela maioria das detecções.

Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de influenza de 104 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 24 de dezembro de 2018 a 06 de janeiro de 2019 (dados de 2019-01-18 04:01:21 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 191.778 espécimes durante esse período de tempo. 39161 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 38.493 (98,3%) foram tipificados como influenza A e 668 (1,7%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 13.313 (79,4%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 3.446 (20,6%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 45 (38,1%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 73 (61,9%) 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.

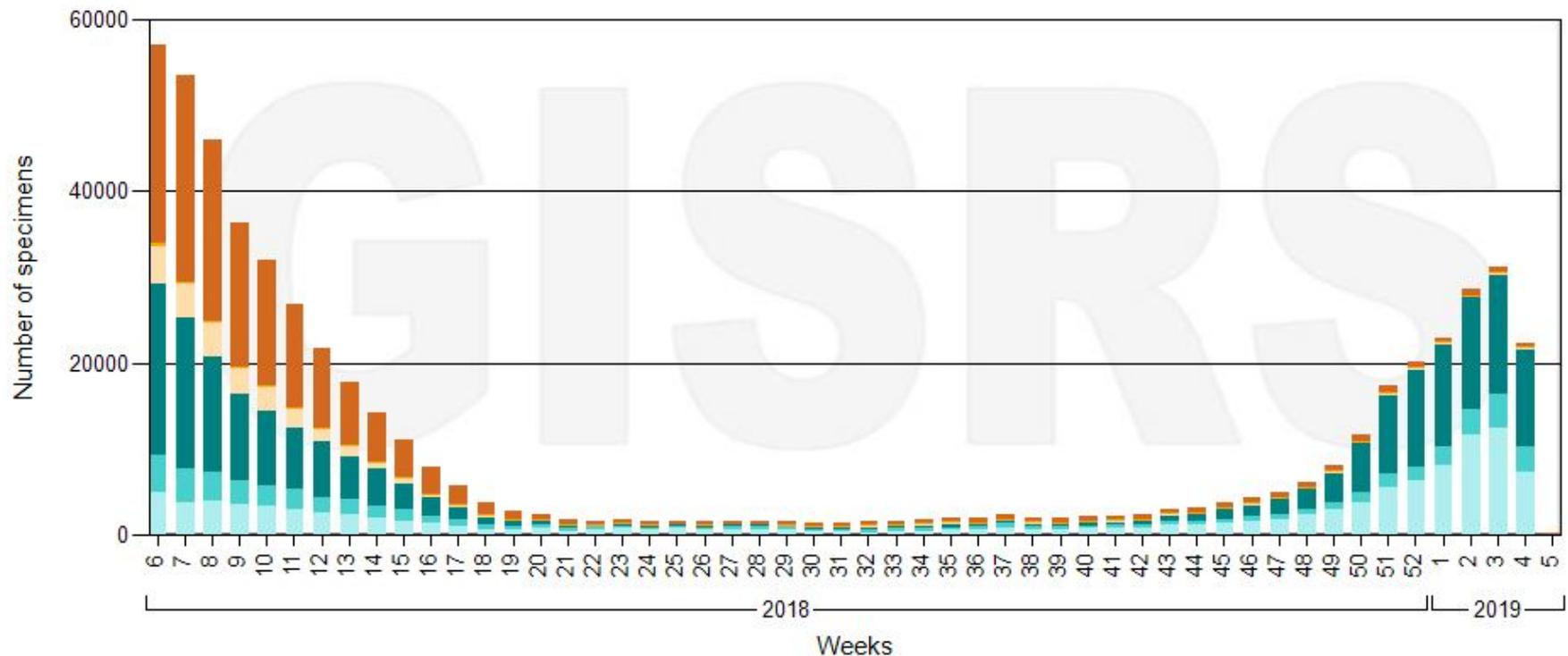
Data Source:
Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS),
FluNet (www.who.int/flu-net)



© WHO 2019. All rights reserved.

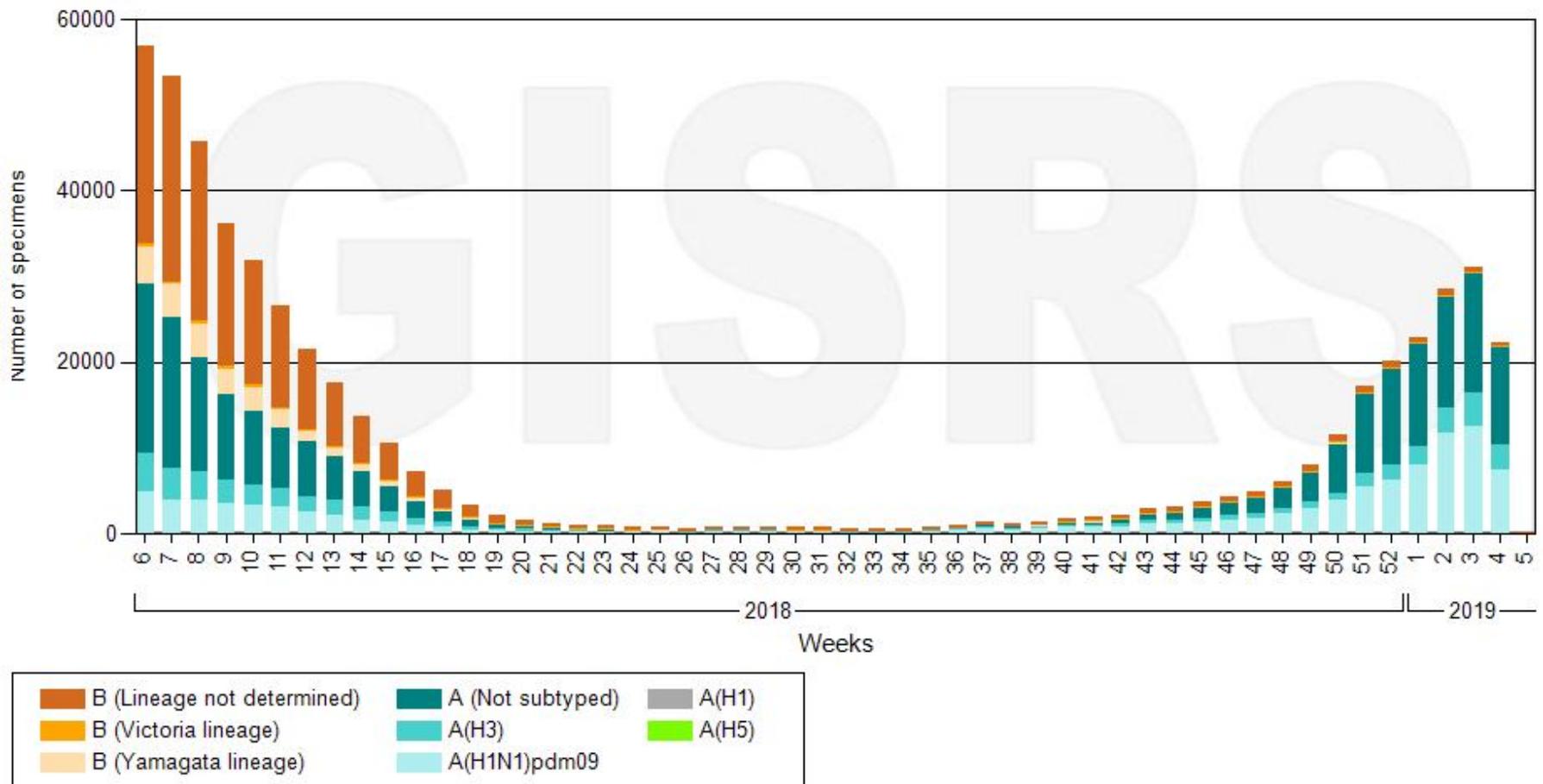
Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype

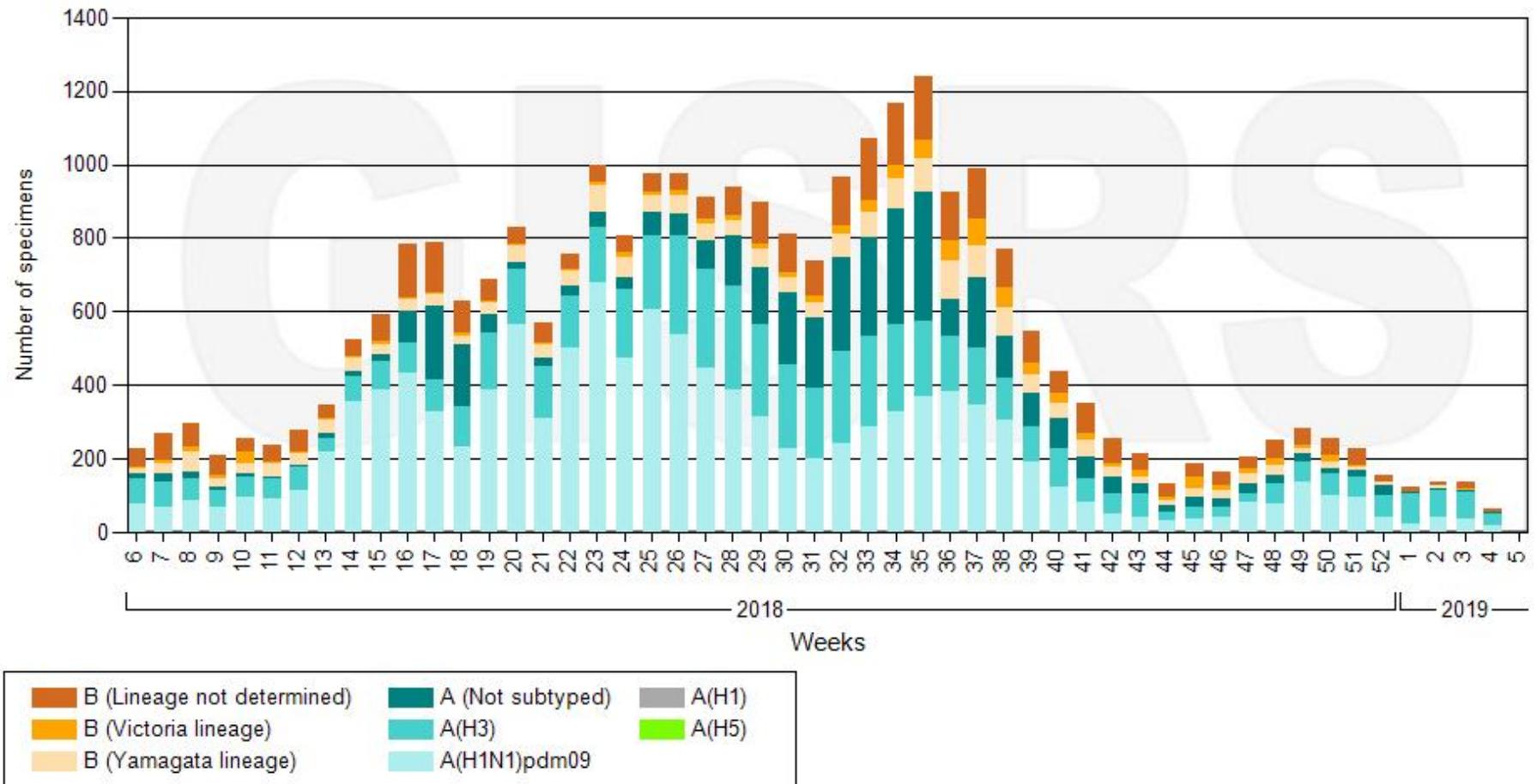


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 04/02/2019 16:03:18 UTC

Southern hemisphere

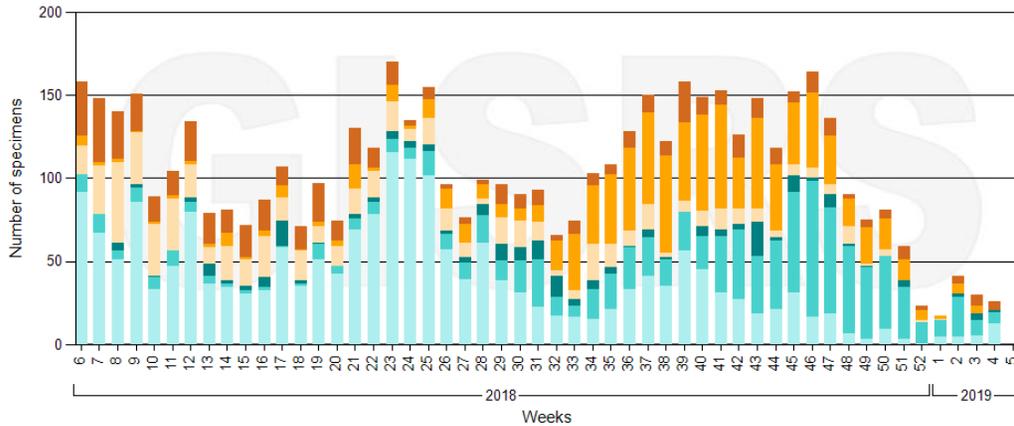
Number of specimens positive for influenza by subtype





African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

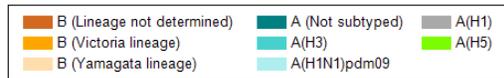
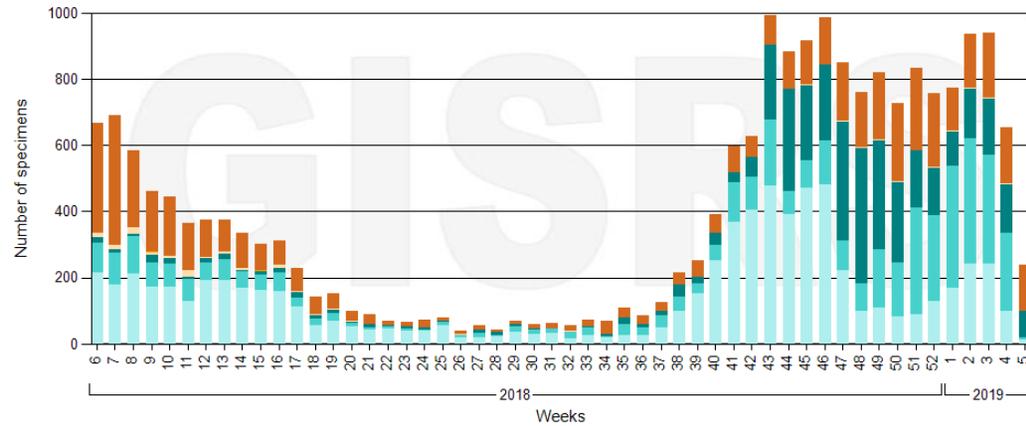


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2019

Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



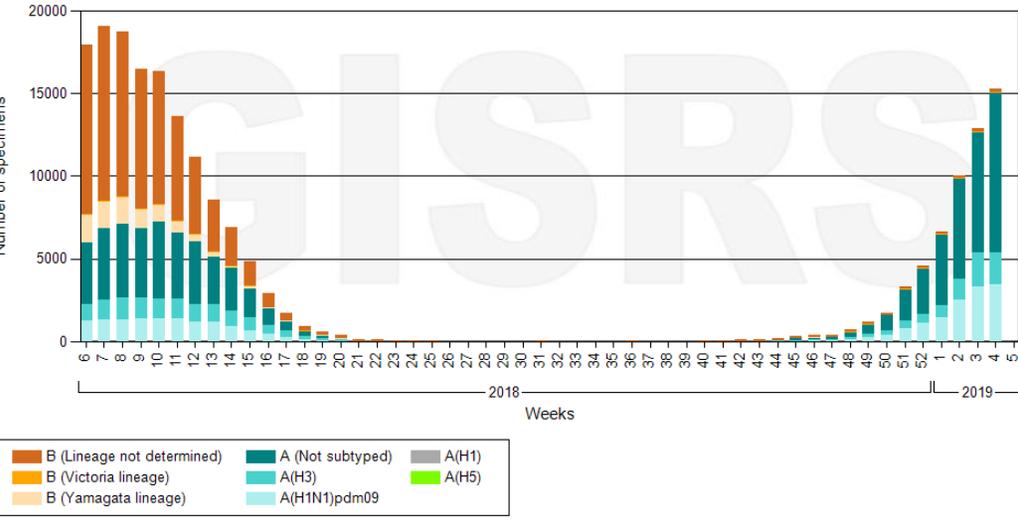
Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2019



European Region of WHO

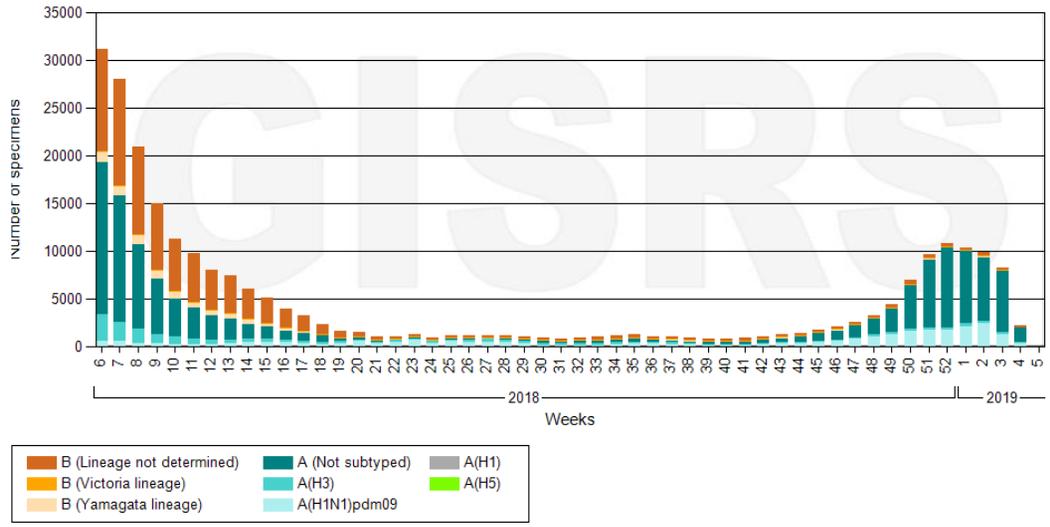
Number of specimens positive for influenza by subtype



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

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

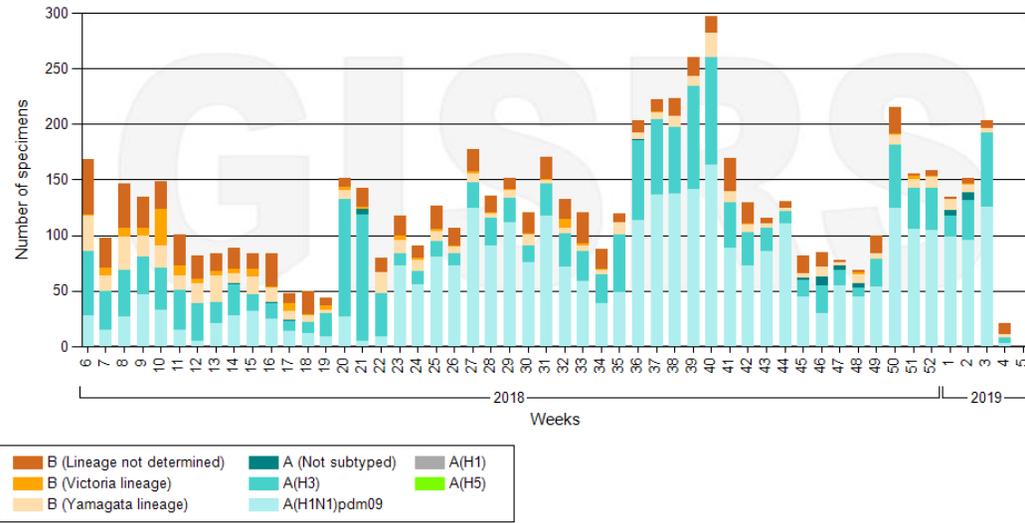


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS



South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

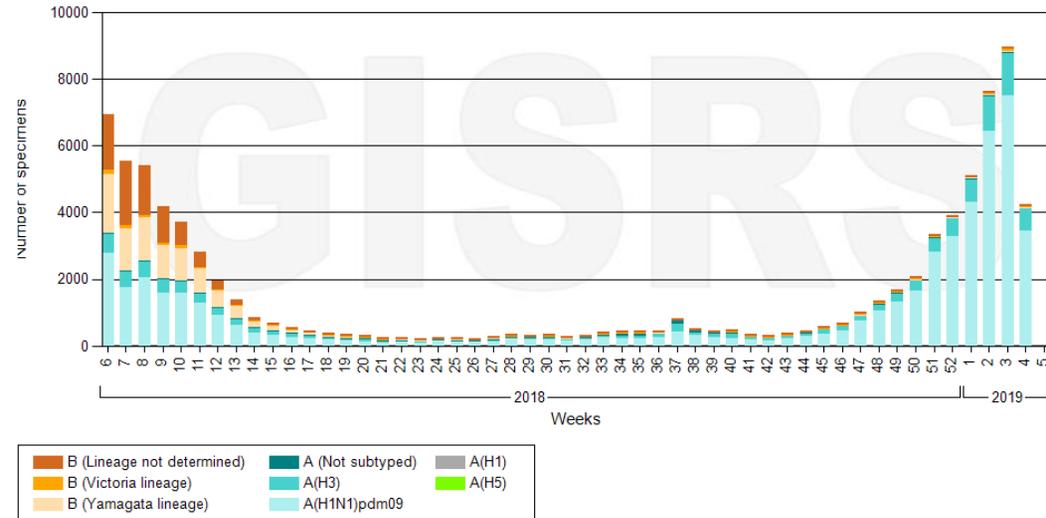


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet)_GISRS

© World Health Organization 2019

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2019

Fontes utilizadas na pesquisa

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