GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 16/2019

(14/04/2019 a 20/04/2019)

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

GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

EVENTOS ESTADUAIS

Semana Epidemiológica 16/2019

(14/04/2019 a 20/04/2019)

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: 17/04/2019
Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Vigilância de casos humanos

No período de 01/07/2018 a 16/04/2019 foram notificados 369 casos, sendo 15 confirmados e 85 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 13 (86,6%) são do sexo masculino, com mediana de idade de 36 anos (mínimo 10;máximo 69) e 3(20,0%) são trabalhadores rurais.Quanto ao local provável de Infecção 7(46,6%) são nos municípios da 1ª Regional de Saúde (Antonina, Guaraqueçaba, Paranaguá e Morretes), 3 (20,0%) da 2ª Regional de Saúde (São José dos Pinhais e Adrianópolis), 4(26,6%) importados (Itaóca e Barra do Turvo-SP), e 1 (6,6%) permanece em investigação 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 16/04/2019.

Classificação	Casos	óbitos
Confirmados	15	1
Em investigação	85	0
Descartados	269	0
Total	369	1

Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA-PR, 16/04/2019, dados preliminares sujeitos a alterações.

Tabela 2. Distribuição dos casos de febre amarela notificados no período sazonal de 01/07/2018 a 16/04/2019, por município de residência, Paraná.

RS	Município de Residência	Notificados	Em Investigação	Confirmados		Descartados
				n	LPI (Local provável de infecção)	
1	Antonina	11	2	3	Guaraqueçaba Antonina	6
	Guaraqueçaba	2	0	0		2
	Guaratuba	4	1	0		3
	Matinhos	5	2	0		3
	Morretes	15	3	2	Morretes	10
	Paranaguá	87	13	1	Paranaguá	73
	Pontal do Paraná	3	1	0		2
	Em investigação	1	0	1	Em investigação	0
2	Adrianópolis	3	0	2	Adrianópolis	1
	Almirante Tamandaré	5	1	0		4
	Bocaiúva do Sul	2	1	0		1
	Campina Grande do Sul	11	3	1	Guaraqueçaba	7
	Campo Largo	5	4	0		1
	Campo Magro	3	0	0		3
	Cerro Azul	2	1	0		1
	Colombo	10	5	0		5
	Curitiba	65	11	3	Itaóca-SP São José dos Pinhais Barra do Turvo-SP	51
	Fazenda Rio Grande	2	1	0		1
	Piên	3	0	0		3
	Pinhais	6	2	0		4
	Piraquara	6	2	1	Barra do Turvo-SP	3
	Rio Branco do sul	1	1	0		0
	São José dos Pinhais	62	20	1	Barra do Turvo-SP	41
3	Castro	7	4	0		3
	Palmeira	5	0	0		5
	Ponta Grossa	4	2	0		2
4	Irati	1	1			0
	Rebouças	1	1	0		0
7	Chopinzinho	2	0	0		2
8	Ampére	1	0	0		1
	Dois Vizinhos	1	0	0		1
	Francisco Beltrão	3	0	0		3
	Planalto	1	0	0		1
9	Foz do Iguaçu	5	0	0		5
	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
15	Maringá	2	0	0		2
	Sarandi	2	0	0		2
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	Uraí	1	0	0		1
19	Wenceslau Braz	1	0	0		1
20	Marechal Cândido Rondon	1	0	0		1
21	Telemaco Borba	1	0	0		1
Total		369	85	15		269

Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA-PR
Resultados preliminares, sujeitos a alteração. DBF 16/04/2019.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/04/2019
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 64 municípios. Até o momento, 06 epizootias foram confirmadas, 28 estão em investigação e 34 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 01 município da 2ª Regional de Saúde (São José dos Pinhais) e 02 município da 3ª Regional de Saúde (Castro e Jaguariaíva).

Mapa 1: Epizootias notificadas e confirmadas em PNH, segundo local de ocorrência, Paraná, 01/07/2018 a 16/04/2019

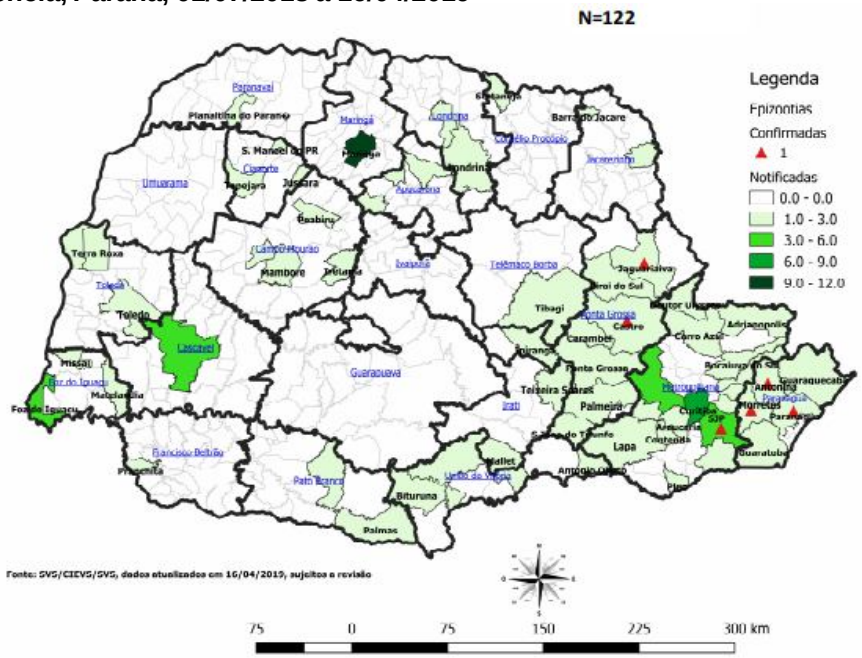


Tabela 3. Distribuição das epizootias notificadas, no período de monitoramento de 01/07/2018 a 16/04/2019,por município de ocorrência, Paraná.

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				1	1
	MORRETES	1	1	1		3
	PARANAGUÁ	1				1
2	ADRIANÓPOLIS			2		2
	ARAUCÁRIA			1	1	2
	BALSA NOVA				3	3
	BOCAIÚVA DO SUL			2		2
	CAMPINA GRANDE DO SUL			1		1
	CAMPO LARGO			2	2	4
	CERRO AZUL			3		3
	CONTENDA			1		1
	CURITIBA		4	1	3	8
	DOUTOR ULYSSES			3		3
	LAPA		1			1
	PIEN		1			1
	PIRAQUARA		3			3
	QUATRO BARRAS			1		1
	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	1	3		1	5
	TIJUCAS DO SUL		1			1
3	CASTRO	1	2			3
	CARAMBEÍ				1	1
	IPIRANGA			1	1	2
	JAGUARIAÍVA	1			2	3
	PALMEIRA			1	2	3
	PIRAÍ DO SUL				1	1
	PONTA GROSSA			1		1
	SÃO JOÃO DO TRIUNFO			1		1
4	MALLET				1	1
	TEIXEIRA SOARES		1			1
6	ANTÔNIO OLINTO				1	1
	BITURUNA		1			1
	CRUZ MACHADO				1	1
	PAULO FRONTIN		1			1
	PORTO VITÓRIA		1			1
7	MANGUEIRINHA		1			1
	PALMAS		1			1
8	PRANCHITA			1		1
9	FOZ DO IGUAÇU		3		2	5
	MATELÂNDIA		1			1
	MISSAL		1			1
10	CASCAVEL		2		3	5
11	BOA ESPERANÇA			1		1
	IRETAMA		1			1
	MAMBORÊ		1			1
	PEABIRU			1		1
13	JUSSARA		1			1
	SÃO MANOEL DO PARANÁ		1			1
	TAPEJARA		1			1
14	PLANALTINA DO PARANÁ		1			1
15	MARINGÁ		10	2		12
16	APUCARANA		1			1
	JANDAIA DO SUL		1			1
	SÃO PEDRO DO IVAÍ		1			1
17	CAMBÉ			1		1
	LONDRINA		1			1
18	SERTANEJA				1	1
19	BARRA DO JACARÉ		2			2
	CARLÓPOLIS		1			1
20	GUAÍRA		1	1		2
	TERRA ROXA				1	1
	TOLEDO		1			1
21	TIBAGI			1		1
Total		6	54	34	28	122

Fonte: SINAN/CIEVS/SESA-PR, dados atualizados em 16/04/2019, sujeitos a alteração.
* Morte de macaco, sem coleta de amostras do animal objeto da notificação.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/04/2019
Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Imunização

RS	Cobertura FA (<1 ANO) Cobertura (%)
1	94,91
2	90,86
3	99,73
4	119,49
5	99,05
6	102,33
7	95,90
8	107,95
9	99,71
10	112,13
11	113,45
12	112,39
13	126,56
14	117,82
15	106,99
16	105,71
17	97,03
18	109,87
19	120,97
20	67,36
21	95,40
22	109,50
TOTAL	99,41

Fonte: SIPNI, 10/04/2019, dados preliminares

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

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estática (IBGE, 2010) o Estado do Paraná tem uma população estimada em 10.577.755 habitantes distribuídas em 399 municípios. Em fevereiro/2019 a cobertura vacinal em menores de um ano foi de 99,41%. Entre o período de 01 de janeiro a 09 de abril de 2019 foram aplicadas 524.602 doses da vacina contra febre amarela na população de 9 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	35.835
1 ANO	8.587
2 ANOS	5.858
3 ANOS	5.979
4 ANOS	6.203
>=5 a 9 ANOS	29.012
>=10 a 14 ANOS	22.623
>=15 a 59 ANOS	391.639
>=60A	18.712
TOTAL	524.602

Fonte: SIPNI, 10/04/2019, dados preliminares

Tabela 5. Relatório consolidado de doses aplicadas, por faixa etária, Paraná, 01/01/2019 a 09/04/2019*

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 23/04/2019
Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

“Faça a sua parte na luta contra a dengue”, este é o mote da campanha digital lançada pela Secretaria de Saúde do Paraná com orientações sobre medidas preventivas para o combate à dengue. O material será veiculado nas mídias sociais da Secretaria, Regionais de Saúde e disponibilizado para todos os municípios. São 21 posts que alertam sobre a importância do envolvimento de todos na luta contra a dengue.

O boletim epidemiológico semanal com os números da dengue no Paraná apresenta 4.191 casos confirmados. São 1077 casos a mais que na semana anterior, que apresentou 3.114 casos confirmados de dengue.

“Importante frisar que em todo Paraná o combate ao mosquito Aedes aegypti continua. Nós tivemos mais uma semana com aumento de numero de casos, casos mais graves em alguns municípios, e por isso reafirmamos em nome do Governo do Estado, o pedido para que a população participe deste combate adotando medidas simples como manter os quintais limpos, sem lixo e sem depósitos de água parada,que são os principais locais de criação de novos focos do mosquito transmissor da doença”, afirmou o secretário da Saúde do Paraná, Beto Preto.

Municípios - São 170 municípios com casos confirmados de dengue e 22 registram situação de epidemia. Os que registram maiores índices de infestação são: Japurá, Francisco Alves, Lupionópolis, Porto Rico, Uraí, Itambé, Leópolis, Santa Mariana, Alvorada do Sul e Loanda. Em alerta para epidemia são 18 municípios, entre eles Paranacity, Cruzeiro do Sul, Primeiro de Maio, Bandeirantes, Cianorte e Icaraíma.

A forma grave da doença foi registrada em Londrina, Foz do Iguaçu, Cascavel, Sarandi, Maringá e Sertanópolis.

CLIMA - As 19 estações meteorológicas do Estado analisam que as condições climáticas seguem favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos e dispersão do mosquito Aedes aegypti. “É preciso que a população fique atenta às medidas preventivas de combate; a responsabilidade de acabar com os criadouros e focos do transmissor da dengue, chikungunya e zika é de todos”, afirmou Ivana Belmonte, da Divisão de Vigilância Ambiental da Secretaria da Saúde do Paraná.

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 23/04/2019
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 16/2019.

Foram notificados no referido período 32.356 casos suspeitos de dengue, dos quais 14.837 foram descartados. Os demais estão em investigação.

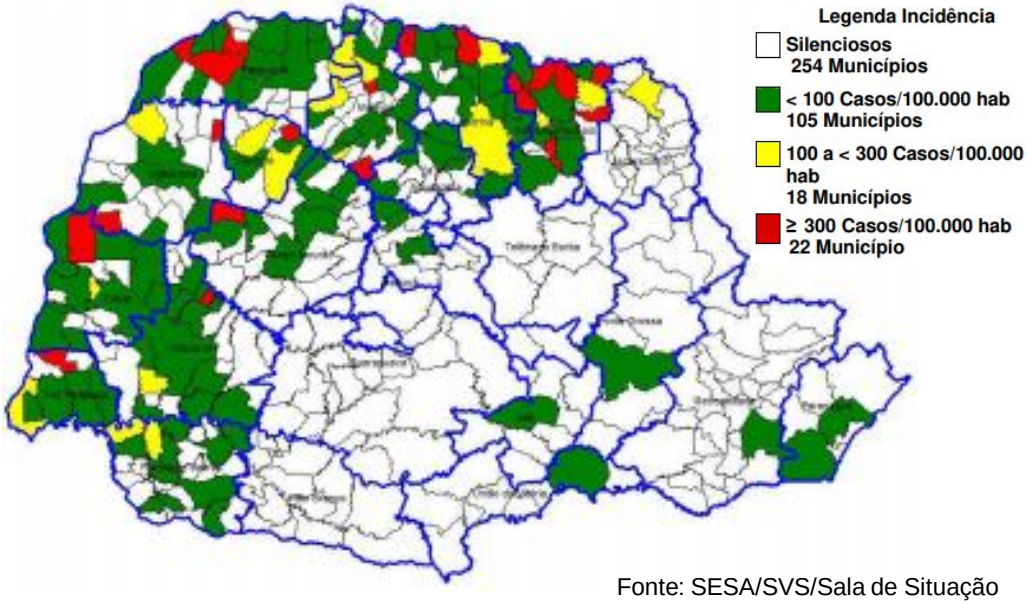
A incidência no Estado é de 36,16 casos por 100.000 hab. (4.037/11.163.018 hab.). O Ministério da Saúde classifica como baixa incidência quando o número de casos autóctones for menor do que 100 casos por 100.000 habitantes.

Os municípios com maior número de casos suspeitos notificados são Londrina (7.758), Foz do Iguaçu (2.677) e Maringá (1.674). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Londrina (750), Foz do Iguaçu (332) e Japurá (300).

DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 16/2019*	PERÍODO 2018/2019
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	317
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	170
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	21
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	145
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (01ª,02ª,03ª,04ª,06º,08ª,09ª,10ª, 11ª,12ª,13ª,14ª,15ª,16ª, 17ª, 18ª, 19ª, 20ª e 22ª)	19
TOTAL DE CASOS	**4.191**
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	4.037
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	154
TOTAL DE NOTIFICADOS	**32.356**

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2018 a 16/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 16/2019.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	4.081 (97,4%)	110 (2,6%)	4.191
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	99	-	99
Dengue Grave (D G)	18	-	18
Descartados	-	-	14.837
Em andamento/investigação	-	-	13.211
Total	**4.198 (13,0%)**	**110 (0,34%)**	**32.356**

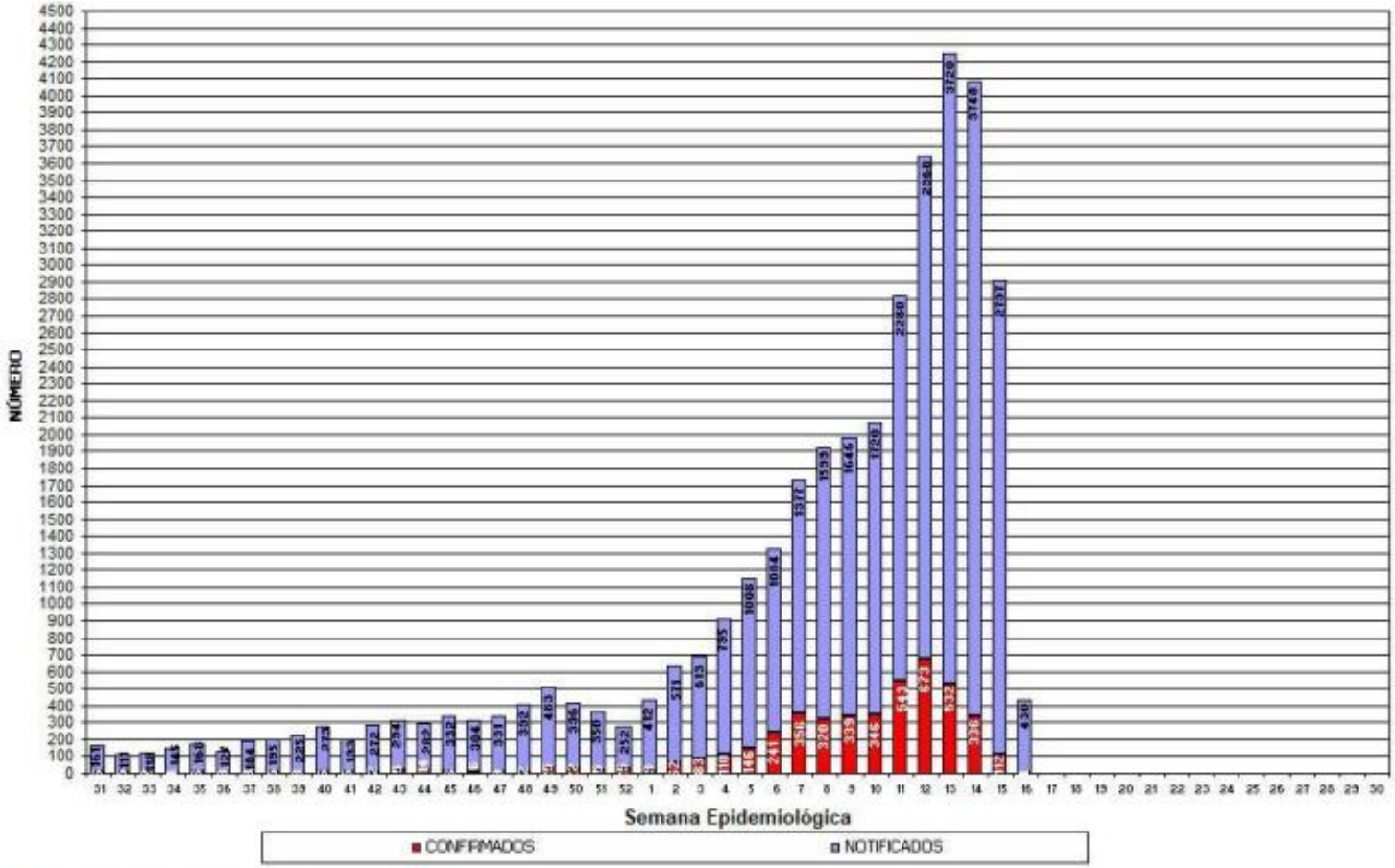
Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 23/04/2019
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 16/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

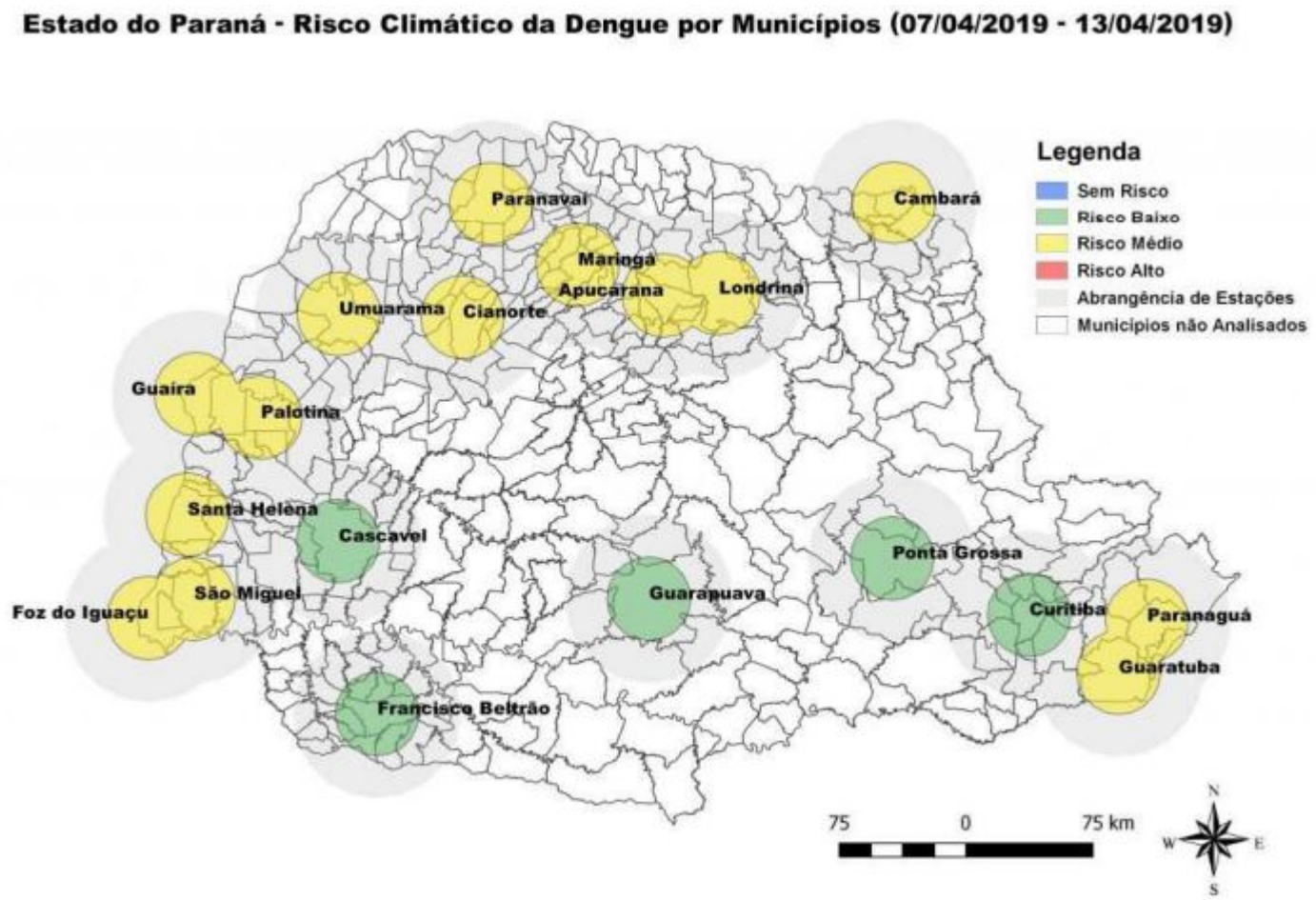
Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 23/04/2019
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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

Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 15/2019 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti :*

- **00 (zero) sem risco;**
- **05 (cinco) com risco baixo;**
- **14 (quatorze) com risco médio; e**
- **00 (zero) com risco alto.**

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



Fonte: Laboclima/UFPR

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 23/04/2019
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 16/2019*

REGIONAL DE SAÚDE	POPU-LAÇÃO	CASOS			NOTIFI-CADOS	DSA	DG	ÓBI-TOS	INCI-DÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	3	0	3	619	0	0	0	1,05
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	1	10	11	1.102	0	0	0	0,03
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	2	8	10	80	0	0	0	0,32
4ª RS - Irati	171.453	1	2	3	32	0	0	0	0,58
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	6	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	2	0	2	45	0	0	0	1,14
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	3	3	108	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	68	6	74	547	0	0	0	19,12
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	399	54	453	3.421	20	4	0	98,30
10ª RS - Cascavel	540.131	312	7	319	1.834	17	1	1	57,76
11ª RS - Campo Mourão	340.320	124	2	126	1.253	1	0	0	36,44
12ª RS - Umuarama	277.040	212	2	214	1.039	10	0	0	76,52
13ª RS - Cianorte	154.374	471	1	472	1.292	1	0	0	305,10
14ª RS - Paranavaí	274.257	338	4	342	1.950	1	0	0	123,24
15ª RS - Maringá	799.890	342	6	348	3.125	2	2	0	42,76
16ª RS - Apucarana	372.823	26	7	33	492	0	0	0	6,97
17ª RS - Londrina	935.904	1.037	5	1.042	11.956	40	11	4	110,80
18ª RS - Cornélio Procópio	230.231	524	10	534	1.816	1	0	0	227,60
19ª RS - Jacarezinho	290.216	43	3	46	450	4	0	0	14,82
20ª RS - Toledo	385.916	127	16	143	1.095	2	0	0	32,91
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	1	1	10	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	5	7	12	84	0	0	0	3,62
TOTAL PARANÁ	**11.163.018**	**4.037**	**154**	4.191	**32.356**	**99**	**18**	**5**	**36,16**

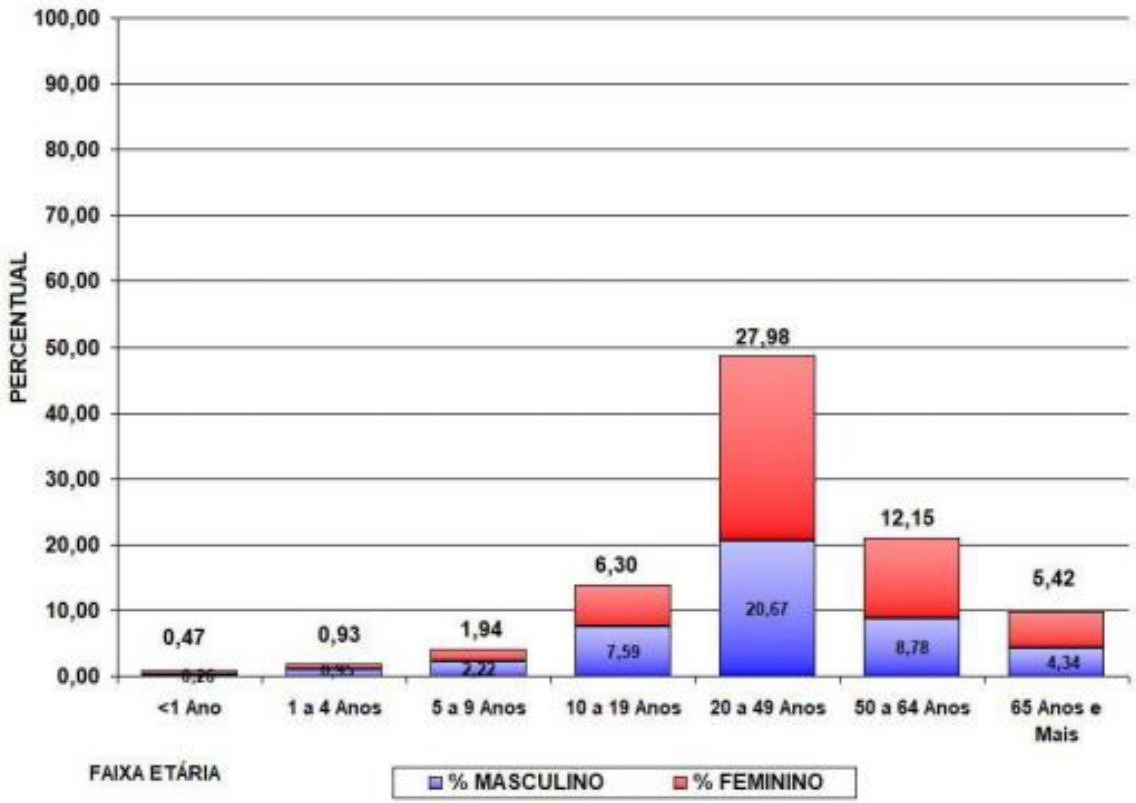
FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA
NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015.

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 23/04/2019
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 48,65% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 50 a 64 anos (20,93%) e 13,89% 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 16/2019, Paraná – 2018/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

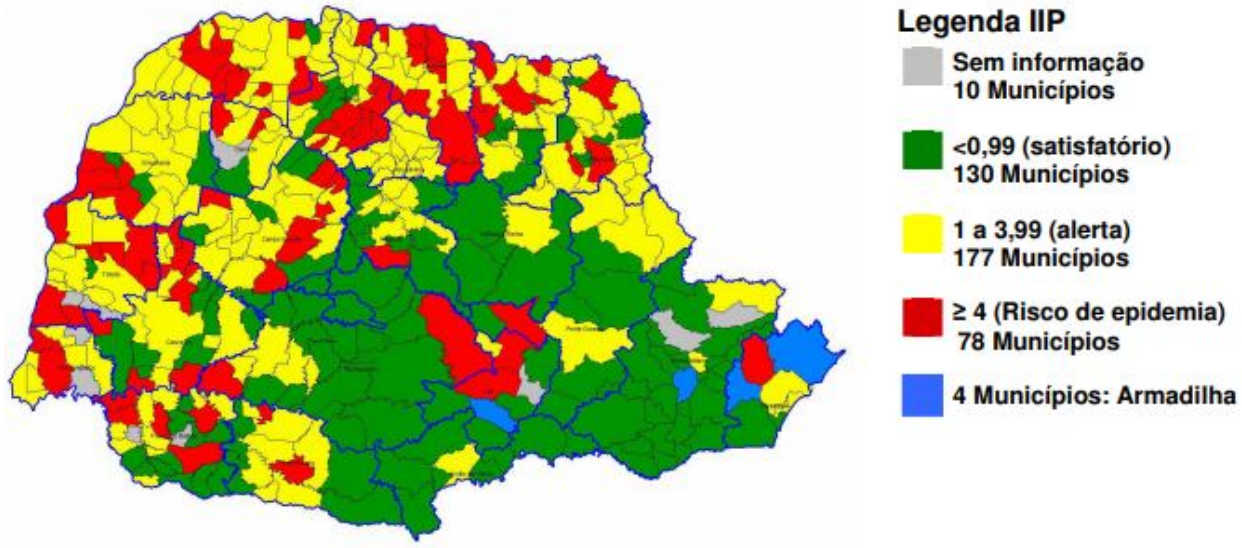
DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 23/04/2019
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

Figura 6 – Classificação dos municípios segundo IIP – Paraná – Nota: Dados referentes ao 01º Ciclo de 2019, atualizado em 20/03/2019
(*Dados preliminares, sujeitos a alteração).



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

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 23/04/2019
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 16/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
1	Guaratuba	35.182	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
1	Paranaguá	150.660	0	0	0	14	-	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	Colombo	232.432	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	Curitiba	1.879.355	0	2	2	30	-	0	0	0	7	-
2	Pinhais	127.045	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
2	Quatro Barras	22.048	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	Quitandinha	18.419	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	São José dos Pinhais	297.895	0	0	0	53	-	1	0	1	26	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	4	-	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	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	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	2	3	5	46	0,76	1	0	1	30	0,38
9	Itaipulândia	10.236	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Medianeira	44.885	0	1	1	4	-	0	0	0	2	-
9	Santa Terezinha de Itaipu	22.570	0	0	0	1	-	1	0	1	1	4,43
9	São Miguel do Iguaçu	27.197	0	0	0	0	-	0	0	0	2	-
9	Serranópolis do Iguaçu	4.652	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
10	Cafelândia	16.611	0	0	0	3	-	0	0	0	2	-
10	Campo Bonito	4.259	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
10	Cascavel	312.778	0	0	0	74	-	0	0	0	80	-
10	Corbélia	17.076	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
10	Formosa do Oeste	7.296	0	0	0	4	-	0	0	0	0	-
10	Quedas do Iguaçu	32.982	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
10	Três Barras do Paraná	12.227	0	0	0	1	-	0	0	0	2	-
11	Campina da Lagoa	15.247	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
11	Campo Mourão	92.930	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
11	Goioerê	29.702	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
11	Juranda	7.697	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
11	Roncador	11.065	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Altônia	21.744	0	0	0	20	-	0	0	0	0	-
12	Douradina	8.228	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
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	1	-	0	0	0	0	-
12	Umuarama	108.218	0	0	0	4	-	0	0	0	2	-

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 23/04/2019
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 16/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
14	Alto Paraná	14.518	0	0	0	9	-	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	4	-	0	0	0	0	-
15	Colorado	23.678	0	0	0	3	-	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	0	-	0	0	0	1	-
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	15	-	0	0	0	4	-
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	2	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	1	-	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	-
17	Cambé	103.822	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
17	Jaguapitã	13.174	0	0	0	0	-	0	0	0	5	-
17	Londrina	548.249	0	0	0	6	-	0	0	0	0	-
19	Barra do Jacaré	2.821	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Ibaiti	30.678	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
19	Quatiguá	7.410	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Siqueira Campos	20.094	0	0	0	4	-	0	0	0	4	-
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	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	0	-
20	Tupãssi	8.261	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
	TOTAL	**11.163.018**	**3**	**6**	**9**	**406**	0,03	**3**	**1**	**4**	**213**	0,03

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA

NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015. *Dados considerados até 22 de Abril 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.

GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 16/2019

(14/04/2019 a 20/04/2019)

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

VACINAÇÃO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 22/04/2019
Fonte da informação: Organização Pan-Americana de Saúde

COMENTÁRIOS:

Sob o lema "Proteja sua comunidade. Faça sua parte. #VacineSe", a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançou na segunda-feira (22), no Brasil, a décima sétima edição da Semana de Vacinação nas Américas. Neste ano, a iniciativa é celebrada entre os dias 20 e 27 de abril e conta com a participação de 45 países e territórios da região. É a segunda vez que o Brasil sedia o lançamento da iniciativa. Em 2011, a inauguração regional teve lugar em Manaus, capital do Amazonas, e na fronteira entre Peru e Bolívia.

A diretora da OPAS, Carissa F. Etienne, abriu a Semana comemorando o fato de mais de 740 milhões de pessoas já terem sido vacinadas contra uma ampla gama de doenças no marco da iniciativa. "Dezessete anos não só nos permitiram alcançar e proteger mais pessoas por meio da imunização e, consequentemente, salvar vidas, mas também nos aprimorar e beneficiar das muitas lições aprendidas ao longo do tempo", disse.

As Américas têm liderado historicamente o caminho de eliminação de várias doenças preveníveis por vacinação. Foi a primeira região do mundo a erradicar a varíola, em 1974; e a eliminar a poliomielite (1994), a rubéola e síndrome da rubéola congênita (2015) e o sarampo (2016). No entanto, segundo Etienne, o ressurgimento dos surtos de sarampo e difteria, assim como a ocorrência da febre amarela, são desafios que precisam ser enfrentados na região. "O sarampo permanece como um problema de saúde pública em todas as outras regiões da Organização Mundial da Saúde e casos importados têm sido uma significante ameaça aos países das Américas, onde mais de 17 mil casos foram registrados desde 2017", assinalou.

A diretora da OPAS parabenizou o Brasil por ter colocado o aumento da cobertura vacinal como uma de suas 35 prioridades estratégicas de saúde. "O programa de imunização brasileiro é um dos pilares mais sólidos do Sistema Único de Saúde – o SUS. Não apenas contribuiu para a erradicação da varíola e da poliomielite nas Américas, mas também foi responsável por uma redução significante de doenças e complicações – uma conquista altamente louvável", afirmou.

Para interromper os surtos de sarampo na região, é fundamental que os países consigam aumentar a cobertura de vacinação para que pelo menos 95% de toda a população receba 2 doses da vacina contra o sarampo, incluindo profissionais de saúde e populações em situações vulneráveis. "Nós podemos interromper a transmissão do sarampo. Somente trabalhando juntos, além das fronteiras e no verdadeiro espírito pan-americano", ressaltou a diretora da OPAS.

O ministro da Saúde do Brasil, Luiz Henrique Mandetta, evidenciou os esforços empenhados pelo país para o aumento da cobertura vacinal e fez um chamado aos países das Américas e de outras regiões para cooperar e garantir que todas as populações sejam imunizadas. "O Brasil convoca a comunidade internacional para que o mundo se una em torno da vacinação. Os desafios não são somente do sistema de saúde brasileiro, são desafios da humanidade", pontuou.

De acordo com Mandetta, o Brasil trabalha em uma série de ações para garantir que cada vez mais pessoas estejam protegidas de doenças como o sarampo e a pólio. Em breve, o Ministério da Saúde do país deve informatizar os cartões de vacinação por meio de um aplicativo, com o intuito de facilitar o acompanhamento do calendário durante o curso de vida, entre outras medidas.

Também participaram do evento delegados dos Ministérios da Saúde da Colômbia, Bolívia, Argentina, Paraguai e Estados Unidos, assim como representantes da Rotary International e do Grupo Técnico Assessor de Imunização para a região.

Sobre a SVA

A Semana de Vacinação nas Américas teve início em 2003 como parte da resposta a um surto endêmico de sarampo na Região, que ocorreu entre a Venezuela e a Colômbia em 2002. Para evitar esse tipo de emergência no futuro, os ministros da saúde de países andinos propuseram a criação de uma iniciativa internacional de imunização coordenada. Desde sua criação, a SVA tem sido um dos principais impulsionadores do progresso em imunização na região das Américas e, a cada ano, oferece a oportunidade de destacar o trabalho essencial dos programas nacionais de imunização.

Após o sucesso inicial da Semana nas Américas, as outras regiões da OMS começaram a criar sua própria semana regional de vacinação. Este movimento global culminou na criação da Semana Mundial de Imunização (WIW) em 2012. A WIW foi aprovada na 65ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS), em maio de 2012, por meio da Resolução 65.18, e é realizada oficialmente durante a última semana de abril de cada ano.

(Continua na próxima página)

VACINAÇÃO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 22/04/2019
Fonte da informação: Organização Pan-Americana de Saúde

COMENTÁRIOS:

Semana de Vacinação em números:

Ao menos 20 países planejam vacinar mais de 2,25 milhões de crianças e adultos contra o sarampo (Anguilla, Bahamas, Barbados, Belize, Ilhas Virgens Britânicas, Colômbia, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Granada, Guatemala, Haiti, Honduras, Jamaica, Nicarágua, Paraguai, St. Maarten, Suriname, Ilhas Turks e Caicos e Uruguai).

O Brasil implementou uma campanha massiva contra a gripe, visando alcançar 50 milhões de pessoas. Outros 11 países (Chile, Colômbia, República Dominicana, El Salvador, Granada, Honduras, Jamaica, Paraguai, Peru, Santa Lúcia e Trinidad e Tobago) também realizarão campanhas contra a gripe dirigidas a vários grupos – em preparação ao aumento da circulação do vírus nos próximos meses.

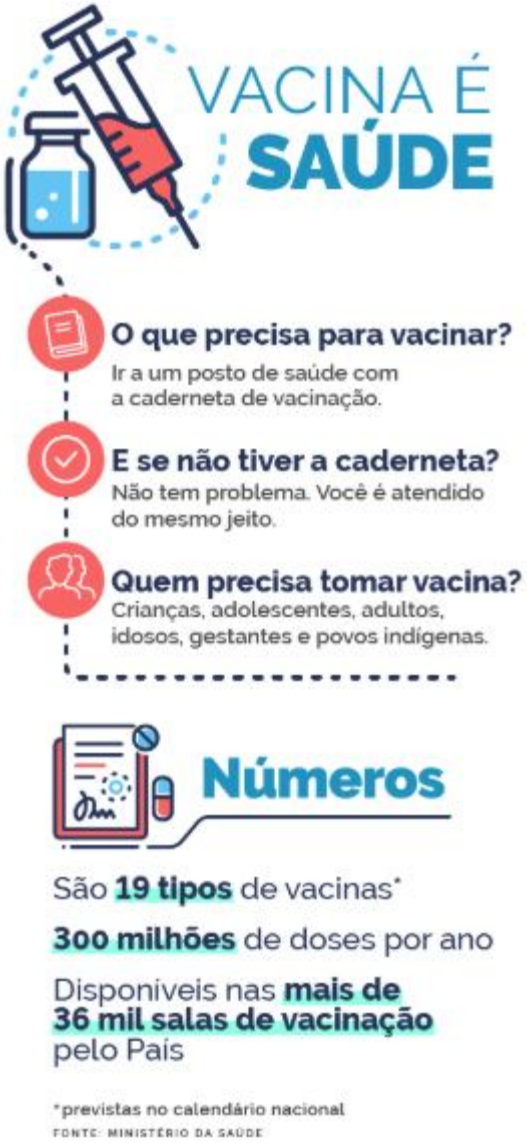
Ao menos quatro países (Bolívia, Brasil, Colômbia e Equador) estão incluindo a vacinação contra a febre amarela em áreas de risco para a doença.

Cerca de 18 países e territórios – incluindo Belize, Bermudas, Barbados, Bonaire, Guatemala, Honduras, Jamaica, Panamá, Paraguai, St. Maarten, Trinidad e Tobago e Uruguai, planejam vacinar adolescentes contra o HPV, realizar ações promocionais e atividades educacionais.

Neste ano, 16 países buscam atingir populações em situação de vulnerabilidade, incluindo gestantes e puérperas, trabalhadores da saúde, idosos, populações indígenas, portadores de doenças crônicas, pessoas privadas de liberdade e trabalhadores penitenciários, entre outros grupos de risco ocupacional e populações vulneráveis.

Vários países concentrarão seus esforços na proteção de profissionais de saúde ocupacional contra uma série de doenças, como hepatite B, tétano e gripe.

Como parte do Mês de Vacinação dos Povos Indígenas do Brasil, um esforço conjunto do Programa Nacional de Imunização e do Departamento de Saúde Indígena, o objetivo é atualizar os calendários de vacinação de aproximadamente 695.782 pessoas em comunidades indígenas, além de administrar a dose anual da vacina da gripe. Esse esforço contará com a participação de cerca de 3.500 profissionais de saúde.



TOXOPLASMOSE

Local de ocorrência: Rio Grande do Sul
Data da informação: 23/04/2019
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Dez casos de toxoplasmose foram confirmados em Lagoa Vermelha, na Região Norte do Rio Grande do Sul, todos em crianças. As autoridades de saúde investigam o foco da contaminação.

Nove das crianças diagnosticadas estudam ou estudaram, até o ano passado, na escola Duque de Caxias. Análises já foram feitas na água e nos alimentos fornecidas à escola, sem apontar nenhum problema. No mês passado, a direção retirou uma caixa de areia do pátio, onde as crianças brincam.

"Fizeram a vistoria em todos os setores possíveis, todas as possibilidades, deu tudo ok, está tudo dentro do padrão da normalidade", diz a diretora da escola, Lucélia Sguarizi. "Nós somos os maiores interessados em descobrir onde está esse foco. Não queremos mais nenhum aluno sendo contaminado", completa.

Gustavo Bonotto, prefeito de Lagoa Vermelha, determinou o reforço nos pedidos de exame de toxoplasmose nos postos de saúde.

Uma das crianças diagnosticadas com a toxoplasmose é o filho, de 5 anos, da técnica em enfermagem Julieli Crestani de Melo. "De dois meses para cá ele relatava que tinha dor de cabeça, não todos os dias, mas com frequência, ele tava sempre muito cansado", descreve a mãe.

"É uma doença que pode vir a comprometer um grande número de pessoas e isso inspira preocupação e nos leva a tomar medidas efetivas para evitar ao máximo as condições favoráveis para essa proliferação", diz.

No ano passado, Santa Maria, na Região Central, registrou um surto da doença, cujas origens ainda são investigadas. Mais de 900 casos foram registrados.

A principal suspeita levantada para a contaminação foi a água. O então ministro da Saúde, Gilberto Occhi, chegou a dizer, em junho de 2018, que essa era a origem do surto. A declaração gerou polêmica. O prefeito de Santa Maria, Jorge Pozzobon, negou a informação.

Já em março 2019, o secretário de Saúde de Santa Maria, Francisco Harrisson, informou que água disseminou surto de toxoplasmose. No mês seguinte, depois da declaração, o governo estadual emitiu uma nota afirmando que o caso continua sendo investigado, ainda sem conclusão.

MENINGITE

Local de ocorrência: Minas Gerais
Data da informação: 24/04/2019
Fonte da informação: saude.mg.gov.br

COMENTÁRIOS:

Na quarta-feira, 24 de abril, é celebrado o Dia Mundial de Enfrentamento à Meningite. Em 2019, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) frisa a data por meio da importância da vacinação contra a doença, que é definida pela inflamação das membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal, chamadas meninges, e pode ser causada por bactérias, vírus, fungos ou parasitas. “As vacinas são utilizadas como medida de controle de doenças e são consideradas uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública no Brasil, em especial pelo importante impacto obtido na redução de doenças. O indivíduo que não se vacina coloca não só a própria saúde em risco, mas também a de seus familiares e outras pessoas com quem tem contato, além de contribuir para o aumento da circulação de doenças”, avalia Josianne Dias Gusmão, coordenadora estadual de imunizações da SES-MG.

Casos da doença ocorrem ao longo de todo o ano, sendo a versão bacteriana mais comum no inverno e, a viral, no verão. Além das vacinas contra alguns tipos de meningite, medidas preventivas, como manter ambientes ventilados e arejados e lavar as mãos frequentemente, ajudam a interromper a disseminação de muitos vírus e bactérias causadoras da doença. Evitar compartilhar alimentos, bebidas, pratos, copos e talheres também é uma forma para reforçar a prevenção da meningite.

Em 2019, até o momento, foram confirmados 149 de meningites e 19 óbitos em decorrência da doença em Minas Gerais. Esses casos correspondem a todas as etiologias da enfermidade. Em relação à doença meningocócica, foram confirmados, até o momento, 10 casos e 04 óbitos. Todos os casos suspeitos de meningite devem ser notificados aos serviços de saúde pública, imediatamente, para que as medidas de prevenção e controle sejam efetivadas de forma oportuna.

Devido à gravidade, os casos suspeitos de meningite sempre são internados. Por esse motivo, ao se suspeitar da ocorrência da doença, é fundamental a ida até a urgência e emergência mais próxima para devida avaliação médica.

Para o tratamento das meningites bacterianas são administrados antibióticos, em ambiente hospitalar; para as meningites virais, na maioria dos casos, não se faz tratamento com medicamentos antivirais. Em geral as pessoas são internadas e monitoradas quanto à sinais de maior gravidade e se recuperam espontaneamente. Porém, alguns vírus, como herpes e influenza, podem provocar meningite e neste caso é indicado o uso de antiviral.

Nas meningites fúngicas o tratamento em geral é mais longo e, de acordo com o fungo identificado no organismo do paciente, altas e prolongadas dosagens de medicação são necessárias.

Nas meningites causadas por parasitas, tanto o medicamento contra a infecção, como as medicações para alívio dos sintomas são administradas pela equipe médica. Nestes casos, os sintomas como dor de cabeça e febre são bem fortes, e assim, a medicação de alívio dos sintomas se faz tão importante quanto o tratamento em si contra o parasita em questão.

Vacinas disponíveis no Sistema Único de Saúde

O SUS oferta no Calendário Básico de Imunização vacinas que protegem contra vários agentes causadores de meningite. São elas: A BCG (Meningite Tuberculosa), a Tríplice Viral (Meningite por sarampo e caxumba), a Pentavalente (meningite por Haemofilos influenzae b em crianças abaixo de 5 anos), meningocócica C conjugada e vacinas pneumocócicas conjugadas 10 valente (meningite pneumocócica – 10 tipos). Tais vacinas são consideradas interesse prioritário à saúde pública brasileira, uma vez que protegem contra os principais tipos da doença.

DENGUE

Local de ocorrência: Minas Gerais
Data da informação: 23/04/2019
Fonte da informação: saude.mg.gov.br

COMENTÁRIOS:

Como uma das medidas adotadas para conter o avanço dos casos de dengue no estado, o governador Romeu Zema decretou Situação de Emergência em Saúde Pública nos municípios de abrangência das Macrorregiões de Saúde Centro, Noroeste, Norte, Oeste, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul do Estado. A partir dessa ação, será possível mobilizar recursos de forma mais ágil para enfrentamento do Aedes aegypti e estruturação de serviços de atendimento às pessoas infectadas pelo vírus causador da doença. A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) também destinou R$ 4,180 milhões, após aprovação da Resolução SES/MG Nº 6.697, de 02 de Abril de 2019, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Neste primeiro momento, 93 prefeituras receberão recursos para reforço de despesas com pessoal, como contratação de agentes de controle de endemias e capacitações para profissionais na assistência hospitalar, e custeio e manutenção de atividades, como confecção e reprodução de material gráfico informativo, aquisição de material de apoio para ações de mobilização e mutirões de limpeza de áreas prioritárias. Tendo em vista a escassez de recursos financeiros para destinar verbas a todas as prefeituras, a SES-MG adotou como estratégia a destinação de recursos para os municípios com alta incidência de dengue, para que assim possa ser evitada a ocorrência de óbitos. Além dessas medidas emergenciais para conter o avanço da doença, desde janeiro, a SES-MG vem enviando Força-tarefa, composta por agentes da Saúde Estadual e da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) a 10 municípios com alta incidência de pessoas com dengue e alta infestação pelo mosquito. A ação envolve diferentes áreas da SES-MG, como Assistência, Vigilância Epidemiológica, Controle Vetorial e conta com reforço dos agentes de controle de endemias municipais. Minas Gerais registrou, até o momento, 140.754 casos prováveis (de dengue. Em 2019, até o momento, foram confirmados 14 óbitos por dengue dos municípios de Arcos (1), Betim (6), Frutal (1), Ibirité (1) Paracatu (1), Uberlândia (2) e Unaí (2). Atualmente há 57 óbitos em investigação.

De acordo com a diretora de Vigilância Epidemiológica da SES-MG, Janaina Fonseca Almeida, o número de casos em 2019 mais do que quadruplicou em relação a todo o ano de 2018, quando houve 29.369 registros. “Ainda não estamos em um patamar similar ao ano de 2016, mas há similaridade com o ano de 2010, quando também houve epidemia no Estado. Com base nisso, é possível dizer que 2019 segue a tendência de um ano epidêmico em Minas”, comentou.

A Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), o Triângulo, o Norte e o Noroeste são as regiões mineiras que concentram o maior número de casos. “Por isso articulamos várias frentes, como o envio de equipes da força-tarefa estadual, formadas por até 40 agentes, para as localidades com maior incidência da doença, além da disponibilização de veículos para aplicação de inseticidas a Ultra Baixo Volume (UBV) e mobiliário para montagem dos postos de hidratação, poltronas para hidratação, longarina (cadeiras para espera) e cadeiras para escritório, para funcionamento durante 24 horas”, destacou a diretora. Os municípios de Unaí, Iguatama e Betim já solicitaram itens para montar unidades de hidratação.

Janaina Almeida destaca, contudo, que a participação da sociedade é essencial para controle da doença, sobretudo quando se leva em conta o fato de as residências concentrarem 80% dos focos do mosquito transmissor. “Fazer o dever de casa é fundamental para que não venhamos a vivenciar epidemias e vidas sejam preservadas. A inspeção na residência, com a remoção de focos com água parada, é algo que não toma muito tempo e deve ser feita rotineiramente. Sempre damos os exemplos de vasos de plantas e pneus usados como possíveis criadouros do Aedes, mas devemos estar atentos a objetos e recipientes em geral que possam acumular água”, explicou.

Preocupação

Uma das situações que justificam o Estado de Emergência é a vulnerabilidade de faixas da população que não estão imunes ao vírus tipo 02 da dengue. “Esse sorotipo é mais agressivo, passível de quadros com mais complicações e óbitos”, disse a diretora Janaina Almeida. Ainda há preocupação com a situação de crianças e adolescentes menores de 15 anos, pois estudos demonstram que a ação da dengue tipo 02 é mais danosa nessas pessoas. “Até o momento, os casos em Minas Gerais estão distribuídos de forma equilibrada nas diversas faixas etárias, mas a literatura científica demonstra que menores de 15 anos são mais suscetíveis e apresentam casos mais graves. Ainda não observamos um quadro específico nas crianças e adolescentes, mas o mero risco faz com que a vigilância seja ainda mais redobrada”.

(Continua na próxima página)

DENGUE

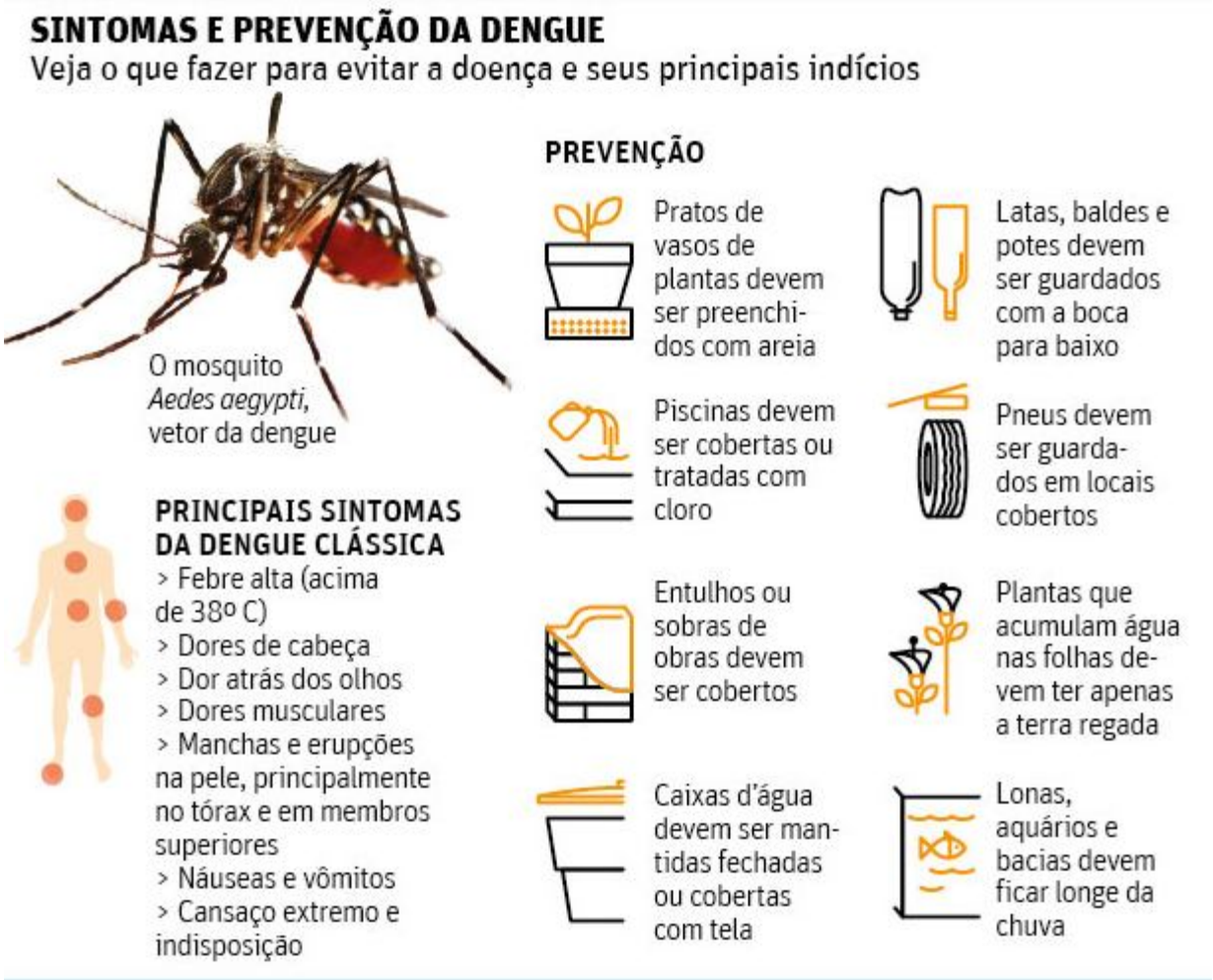
Local de ocorrência: Minas Gerais
Data da informação: 23/04/2019
Fonte da informação: saude.mg.gov.br

COMENTÁRIOS:

Monitoramento e demais ações

A SES-MG possui ainda um Plano Estadual de Contingência das doenças transmitidas pelo Aedes, cujos indicadores são monitorados desde outubro de 2018. A partir dos resultados desses indicadores, as ações são desencadeadas para os municípios. Também é realizado monitoramento dos indicadores municipais do PROMAVS (Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde do Estado de Minas Gerais). Dentre todos os indicadores, um deles é referente à obrigatoriedade de cadastro dos agentes de combate a endemias (ACE) no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) pelo município, mantendo vínculo no serviço. Isso gera continuidade nas ações de prevenção e controle das arboviroses.

O Estado também fornece, de forma complementar, medicamentos para tratamento dos pacientes com dengue em municípios em média, alta e muito alta incidência de dengue. Além disso, envia equipes para realização de intensificação das ações de campo em conjunto com equipes locais e disponibiliza inseticidas e equipamentos para aplicação dos mesmos. Para melhorar a capacidade de atendimento aos pacientes, a SES-MG também promove capacitação profissional para o manejo clínico. Foi realizada, no final de março, videoconferência para as 28 Regionais de Saúde, para que os serviços municipais estejam aptos para diagnóstico e tratamento mais rápido. Também há ações de planejamento com os comitês regionais para elaboração de cronogramas e pontos estratégicos que devem ser cobertos pelos agentes de controle de endemias e força-tarefa contra o Aedes.



Fonte: google.com.br

MALÁRIA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 23/04/2019
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou na terça-feira (23) que iniciará a implementação da primeira vacina contra a malária. A vacina, desenvolvida ao longo de 30 anos, tem proteção parcial contra a doença em crianças pequenas.

O primeiro país a receber doses da vacina será o Malaui. Nas próximas semanas, Gana e Quênia receberão doses também.

Segundo comunicado da OMS, a vacina RTS, é a primeira e, até hoje, a única vacina que mostra um efeito protetor contra a malária em crianças pequenas e entrará para o calendário de vacinação destes países.

Nos testes, além da proteção parcial, a vacina também conseguiu reduzir a necessidade de transfusões de sangue em 29%. As transfusões são necessárias contra a anemia severa causada pela doença.

A eficácia da vacina foi estabelecida em teste anteriores envolvendo mais de 15 mil crianças da África subsaariana. Ficou comprovado que crianças que receberam 4 doses da vacina tiveram um risco significativamente menor de desenvolver malária.

Segundo a OMS, a malária mata 435 mil pessoas por ano, a maioria delas crianças menores de cinco anos.

“Temos visto ganhos tremendos de mosquiteiros e outras medidas para controlar a malária nos últimos 15 anos, mas o progresso estagnou e até reverteu em algumas áreas. Precisamos de novas soluções para recuperar a resposta da malária, e essa vacina nos oferece uma ferramenta promissora para chegar lá ”, disse o diretor-geral da OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus.

A doença infecciosa é causada por protozoários transmitidos pela fêmea infectada do mosquito Anopheles. Os sintomas podem incluir febre alta, dor de cabeça, tremores e calafrios.

Cerca de 360 mil crianças por ano nos três países escolhidos devem receber as doses da vacina.

São necessárias 4 doses, sendo a primeira dose dada após os cinco meses de idade, seguida das doses 2 e 3 em intervalos mensais e a quarta dose perto dos dois anos de idade.

Segundo a OMS, os efeitos colaterais conhecidos incluem dor e inchaço no local da injeção e febre, efeitos semelhantes às reações de outras vacinas infantis.

Outro efeito relatado foi de convulsões ocasionais em crianças com febre. De acordo com a organização, as crianças que tiveram convulsões após a vacinação se recuperaram completamente e não houve consequências duradouras.

Países selecionados

A OMS explicou como selecionou os três países para o programa de vacinação contra malária. Em dezembro de 2015, a organização pediu que ministérios africanos da saúde interessados em colaborar no programa de implementação da vacina se apresentassem.

Dos dez países que se apresentaram, três foram selecionados para o programa com base em critérios como desejo de participação e programas de malária e imunização que funcionassem bem.

Outros critérios usados foram:

Bom controle da malária e de vacinações infantis;

Transmissão de malária de moderada a alta, apesar da boa implementação de intervenções contra a doença;

Um número suficiente de crianças pequenas que vivem nas áreas de transmissão da doença onde a vacina será introduzida;

Forte pesquisa de implementação ou experiência de avaliação no país;

Capacidade de avaliar os resultados de segurança.

O programa de vacinação nestes países durará até 2022 e pesquisadores avaliarão seus resultados para uma possível implementação em larga escala.

A farmacêutica GSK é a responsável pelo desenvolvimento e fabricação da vacina e doou 10 milhões de doses de vacina para este teste inicial.

CRIPTOCOCOSE

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 23/04/2019
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Existem alguns animais que convivem com as pessoas, especialmente nas grandes cidades, e que podem oferecer riscos. Por isso, a população de bichos como pombos, ratos, morcegos, deve ser controlada para evitar danos maiores aos homens. O Bem Estar convidou a infectologista Rosana Richtmann para falar sobre os pombos e seus riscos para a nossa saúde.

A infectologista explica que os pombos se reproduzem muito rápido. Além disso, eles não têm predadores. Isso complica a situação em muitas cidades.

Uma das doenças transmitidas pelos pombos é a criptococose, conhecida como “doença do pombo”. A infecção é causada por fungos que se proliferam nas fezes das aves e também em ocos de árvores, por exemplo. Inalados, eles se instalam nos pulmões e de lá migram para o sistema nervoso central. A doença pode dar meningite.

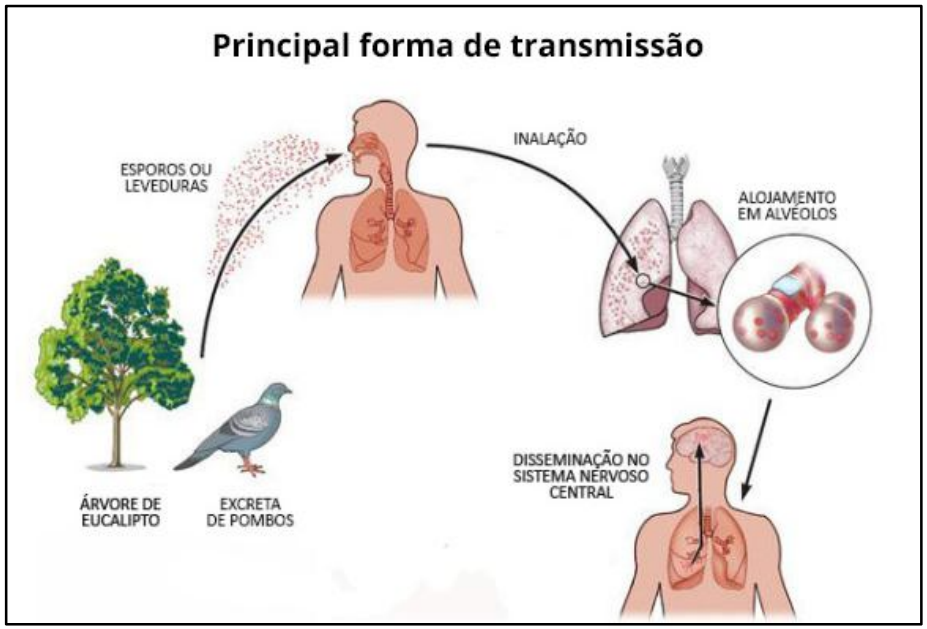
As pessoas podem confundir os sintomas da doença com gripe. Entre os sintomas estão febre, dor de cabeça forte, tonturas. Quando a ação é sobre os pulmões, a pessoa pode sentir falta de ar, tosse, febre e/ou cansaço.

Outras doenças: histoplasmose, que pode dar doenças pulmonares; salmonelose, que pode dar distúrbios gastrointestinais; além de dermatites e alergias.

Como evitar?

Assim como os humanos, os pombos precisam de três fatores para sobreviver: água, alimento e abrigo. Justamente por isso, costumam viver perto da população porque é ela que fornece esses elementos nas frestas das casas, porões, sótãos ou até mesmo por deixar comida acessível no lixo ou aberta na despensa.

Há ainda as pessoas que voluntariamente alimentam os pombos, o que pode oferecer um grande risco à saúde pública. Vale lembrar, no entanto, que os pombos não devem ser mortos, apenas controlados, já que têm importância ambiental assim como outras aves.



(Fonte: Ministério da Saúde)

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 18/04/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

A vigilância da influenza no Brasil é composta pela vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG), e pela vigilância sentinela de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) 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 óbitos para orientar na tomada de decisão em situações que requeiram novos posicionamentos do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais.

As informações apresentadas nesse informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 15 de 2019 ou seja, casos com início de sintomas de 30/12/2018 a 13/04/2019.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas de SG foi de 23,0% (901/3.911). Foram notificados 7.025 casos de SRAG, desses, 66,2% (4.654/7.025) possuem classificação final, onde 7,9% (369/4.654) foram classificadas como SRAG por influenza e 24,6% (1.145/4.654) como outros vírus respiratórios.

As informações sobre a vigilância sentinela de influenza apresentadas neste informe 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.

Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 18/04/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

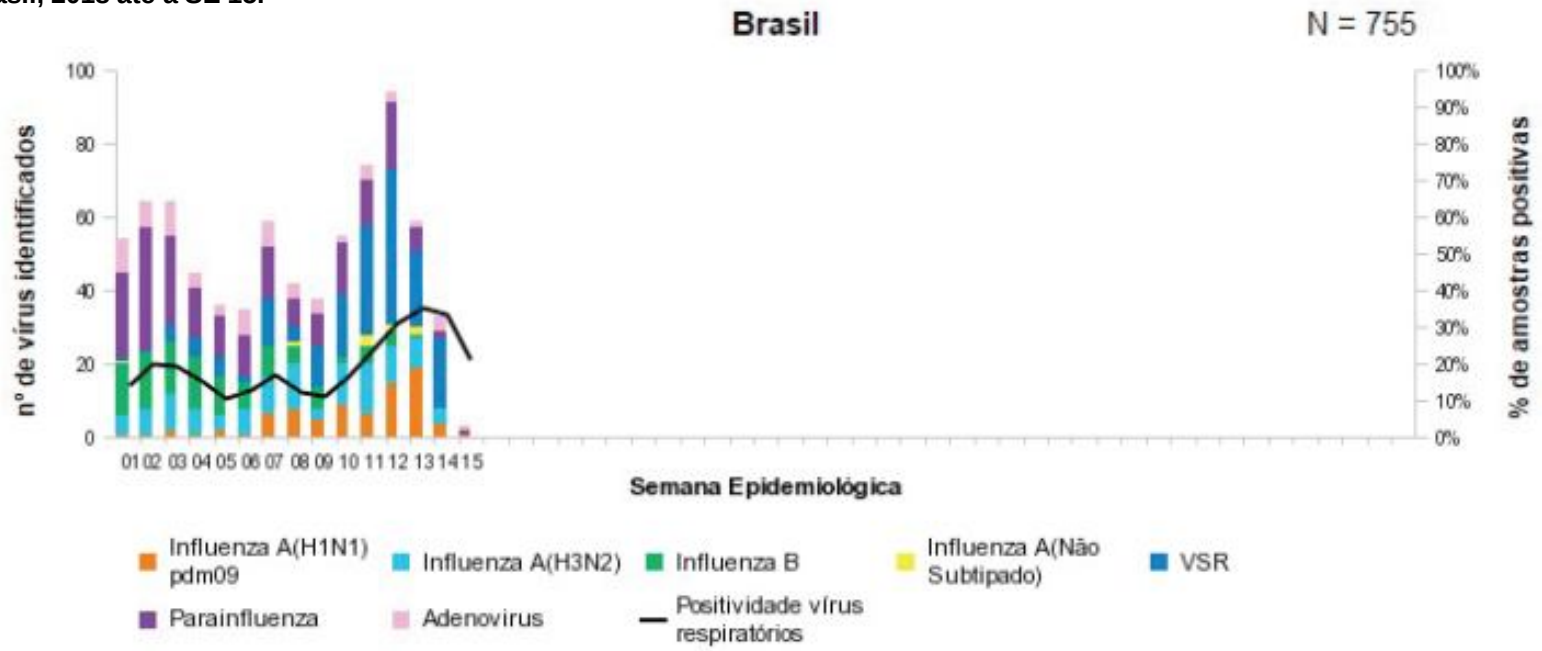
COMENTÁRIOS:

Síndrome Gripal

Até a SE 15 de 2019 foram coletadas 5.828 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Dessas, 67,1% (3.911/5.828) possuem resultados inseridos no sistema de informação e 23,0% (901/3.911) tiveram resultado positivo para vírus respiratório, das quais 31,6% (285/901) foram positivos para influenza e 68,4% (616/901) para outros vírus respiratórios (Vírus Sincicial Respiratório, Parainfluenza e Adenovírus) (Figura 2). Em 2018, no mesmo período, haviam sido inseridas no sistema 4.140 amostras e 18,2% (755/4.140) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 40,9% (309/755) foram positivos para influenza e 59,1% (446/755) para outros vírus respiratórios (Figura 1).

Dentre as amostras positivas para influenza em 2019, 33,0% (94/285) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 49,1% (140/285) de influenza B, 6,3% (18/285) de influenza A não subtipado e 11,6% (33/285) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação 58,6% (361/616) de VSR (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 15.



Fonte: Sivep-Gripe. Dados atualizados em 16/4/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

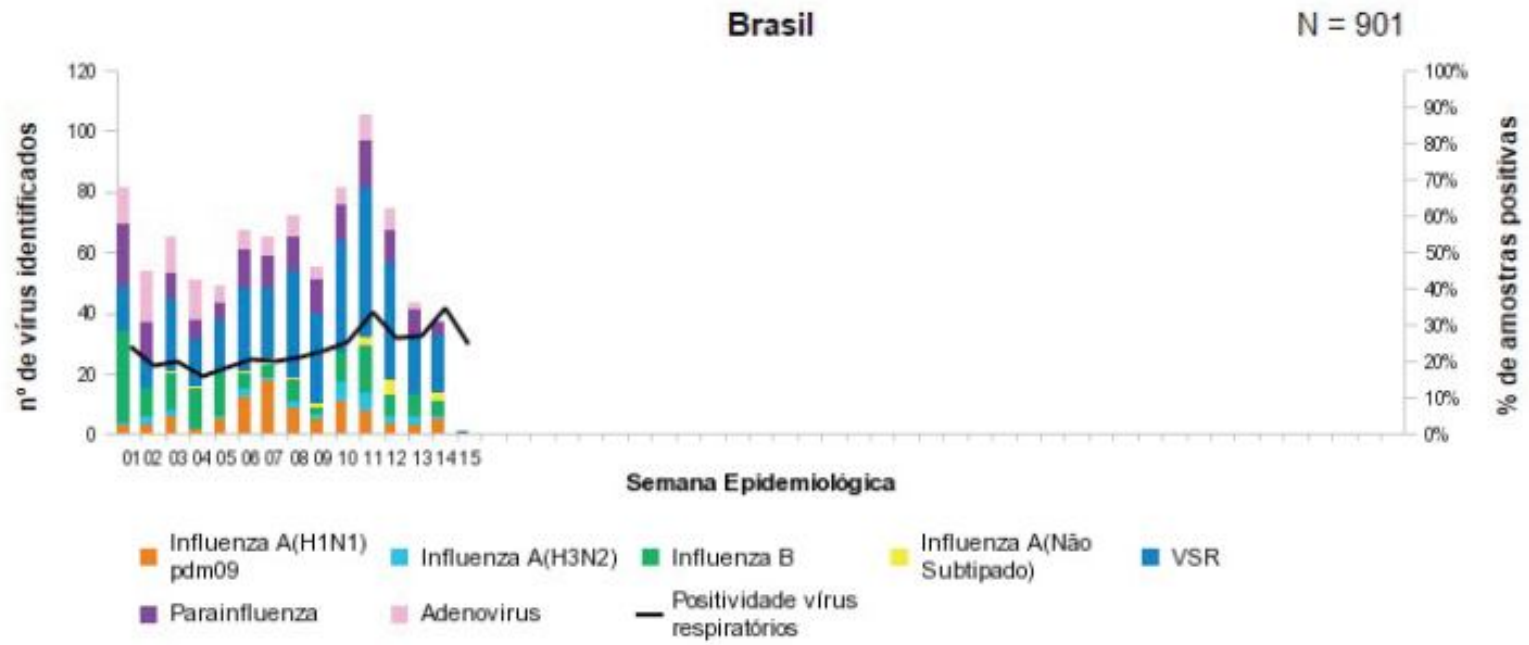
Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 18/04/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Síndrome Gripal

No Brasil até o momento a circulação de vírus influenza encontra-se moderada, houve um destaque de identificação de influenza A(H1N1)pdm09 no estado do Amazonas no início de fevereiro, mas observa-se 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 destaca-se na região sudeste, durante praticamente todas semanas epidemiológicas deste ano. E quando é analisada as regiões do país, observa-se o predomínio de amostras positivas para outros vírus respiratórios, não influenza, com destaque para a maior circulação de Vírus Sincicial Respiratório (VSR), e na região Nordeste nas primeiras semanas epidemiológicas do ano houve destaque para o Parainfluenza (Anexo 1).

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 15.



Fonte: Sivep-Gripe. Dados atualizados em 15/4/2019, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 18/04/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – HOSPITALIZADO

Perfil Epidemiológico dos Casos

Até a SE 15 de 2019, foram notificados 7.025 casos que atendem a definição de SRAG. Dessas, 66,2% (4.654/7.025) possuem classificação final, onde 7,9% (369/4.654) foram classificadas como SRAG por influenza e 24,6% (1.145/4.654) como outros vírus respiratórios. Nota-se uma circulação de vírus influenza com maior intensidade e de forma localizada no estado do Amazonas, com 130 casos de SRAG e 34 óbitos, pois até o momento, não se observa a mesma intensidade de circulação de vírus influenza em outras unidades federadas do país (Tabela 1).

REGIÃO/ Unidade Federada	SRAG Influenza		SRAG Outros Vírus Respiratórios		SRAG por outro agente respiratório		SRAG não Especificado		Em Investigação	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
NORTE	180	47	268	31	5	1	655	53	349	1
RONDÔNIA	9	3	0	0	0	0	23	4	13	0
ACRE	20	1	13	9	0	0	21	7	34	0
AMAZONAS	130	34	244	21	5	1	523	29	199	1
RORAIMA	0	0	0	0	0	0	5	1	7	0
PARÁ	15	6	7	0	0	0	61	6	77	0
AMAPÁ	0	0	0	0	0	0	2	1	4	0
TOCANTINS	6	3	4	1	0	0	20	5	15	0
NORDESTE	35	4	106	4	0	0	537	39	818	11
MARANHÃO	0	0	1	0	0	0	14	3	22	1
PIAUÍ	1	0	3	0	0	0	5	1	130	2
CEARÁ	14	1	50	2	0	0	116	15	27	2
RIO GRANDE DO NORTE	5	0	5	0	0	0	9	3	43	2
PARAÍBA	0	0	6	1	0	0	29	4	17	1
PERNAMBUCO	8	0	0	0	0	0	278	1	520	3
ALAGOAS	2	2	0	0	0	0	6	3	2	0
SERGIPE	2	0	13	0	0	0	31	4	19	0
BAHIA	3	1	28	1	0	0	49	5	38	0
SUDESTE	108	6	154	4	19	1	1074	157	699	19
MINAS GERAIS	14	1	30	1	2	0	225	39	121	8
ESPÍRITO SANTO	9	1	5	1	1	0	27	2	42	2
RIO DE JANEIRO	5	0	30	1	1	0	91	20	74	1
SÃO PAULO	80	4	89	1	15	1	731	96	462	8
SUL	32	8	160	9	3	2	496	92	208	3
PARANÁ	18	6	122	9	2	1	304	59	168	0
SANTA CATARINA	8	1	19	0	0	0	91	18	8	0
RIO GRANDE DO SUL	6	1	19	0	1	1	101	15	32	3
CENTRO-OESTE	14	2	457	20	0	0	351	35	296	13
MATO GROSSO DO SUL	1	1	103	6	0	0	69	5	71	0
MATO GROSSO	2	0	0	0	0	0	5	0	24	5
GOIÁS	4	0	140	11	0	0	102	23	104	3
DISTRITO FEDERAL	7	1	214	3	0	0	175	7	97	5
BRASIL	369	67	1145	68	27	4	3113	376	2370	47
Outro País	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL	**369**	**67**	**1145**	**68**	**27**	**4**	**3113**	**376**	**2371**	**47**

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 15 de 2019.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 18/04/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

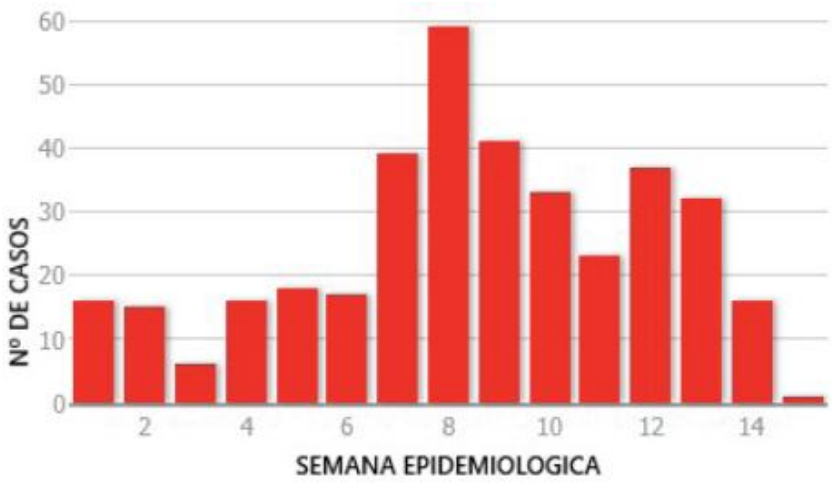
COMENTÁRIOS:

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – HOSPITALIZADO

Perfil Epidemiológico dos Casos

No País, dentre os 299 casos de influenza subtipados até o momento, 64,2% (192/299) eram influenza A(H1N1)pdm09, 11,4% (34/299) influenza A(H3N2), 9,4% (28/299) influenza A não subtipado e 15,1% (45/299) influenza B (Tabela 2).

Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 18 anos, variando de 0 a 95 anos. Entre os casos de SRAG por influenza foi observada uma mediana de 3 dias para o início do tratamento variando de 0 a 33 dias. Na Figura 3, observa-se que a positividade para vírus influenza em casos de SRAG não se encontra crescente nas últimas semanas epidemiológicas no país. Ressalta-se a necessidade da oportuna notificação dos casos para uma boa resposta epidemiológica e orientação da tomada de decisão dos gestores, no que se refere às ações de prevenção e controle da influenza



Fonte: Sivep-gripe. Dados sujeitos a alterações.

FIGURA 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, confirmados para influenza, por semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2019 até a SE 15.

REGIÃO/ Unidade Federada	SRAG Influenza por subtipo									
	Casos				Óbitos				Total Casos	Total Óbitos
	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	A Não Subtipado	Influenza B	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	A Não Subtipado	Influenza B		
NORTE	124	7	18	11	37	4	2	2	160	45
RONDÔNIA	10	0	0	0	3	0	0	0	10	3
ACRE	6	2	1	0	0	1	0	0	9	1
AMAZONAS	101	0	16	1	30	0	2	0	118	32
RORAIMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PARÁ	7	0	1	9	4	0	0	2	17	6
AMAPÁ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOCANTINS	0	5	0	1	0	3	0	0	6	3
NORDESTE	11	8	1	13	2	0	0	0	33	2
MARANHÃO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PIAUÍ	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
CEARÁ	5	7	1	0	1	0	0	0	13	1
RIO GRANDE DO NORTE	5	0	0	0	0	0	0	0	5	0
PARAÍBA	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
PERNAMBUCO	0	0	0	8	0	0	0	0	8	0
ALAGOAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SERGIPE	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0
BAHIA	1	0	0	2	1	0	0	0	3	1
SUDESTE	28	14	7	15	2	1	0	3	64	6
MINAS GERAIS	12	0	1	1	1	0	0	0	14	1
ESPÍRITO SANTO	0	8	0	1	0	1	0	0	9	1
RIO DE JANEIRO	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0
SÃO PAULO	15	6	6	12	1	0	0	3	39	4
SUL	20	4	1	5	6	0	0	1	30	7
PARANÁ	12	1	0	5	5	0	0	1	18	6
SANTA CATARINA	5	3	0	0	1	0	0	0	8	1
RIO GRANDE DO SUL	3	0	1	0	0	0	0	0	4	0
CENTRO-OESTE	9	1	1	1	0	1	0	0	12	1
MATO GROSSO DO SUL	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1
MATO GROSSO	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
GOIÁS	3	0	0	1	0	0	0	0	4	0
DISTRITO FEDERAL	4	0	1	0	0	0	0	0	5	0
BRASIL	**192**	**34**	**28**	**45**	**47**	**6**	**2**	**6**	**299**	**61**

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.

TABELA 2. Distribuição dos casos e óbitos por subtipo de influenza. Brasil, regiões e unidades federadas (UF), até a SE 15 de 2019.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 18/04/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Perfil Epidemiológico dos Óbitos

Até a SE 15 de 2019, foram notificados 562 óbitos por SRAG, o que corresponde a 8,0% (562/7. 025) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 11,9% (67/562) foram confirmados para vírus influenza. Dos 61 óbitos que foram subtipados, 77,0% (47/61) foram por influenza A(H1N1)pdm09, 9,8% (6/61) por influenza A(H3N2), 3,3% (2/61) influenza A não subtipado e 9,8% (6/61) por influenza B (Tabela 2).

Dentre os indivíduos que evoluíram ao óbito por influenza, a mediana da idade foi de 41 anos, variando de 0 a 91 anos e 82,1% (55/67) apresentaram pelo menos um fator, com destaque para adultos ≥ 60 anos, cardiopatas, diabetes mellitus e crianças < 5 anos. Além disso, 77,6% (52/67) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 28 dias (Tabela 3). Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas.

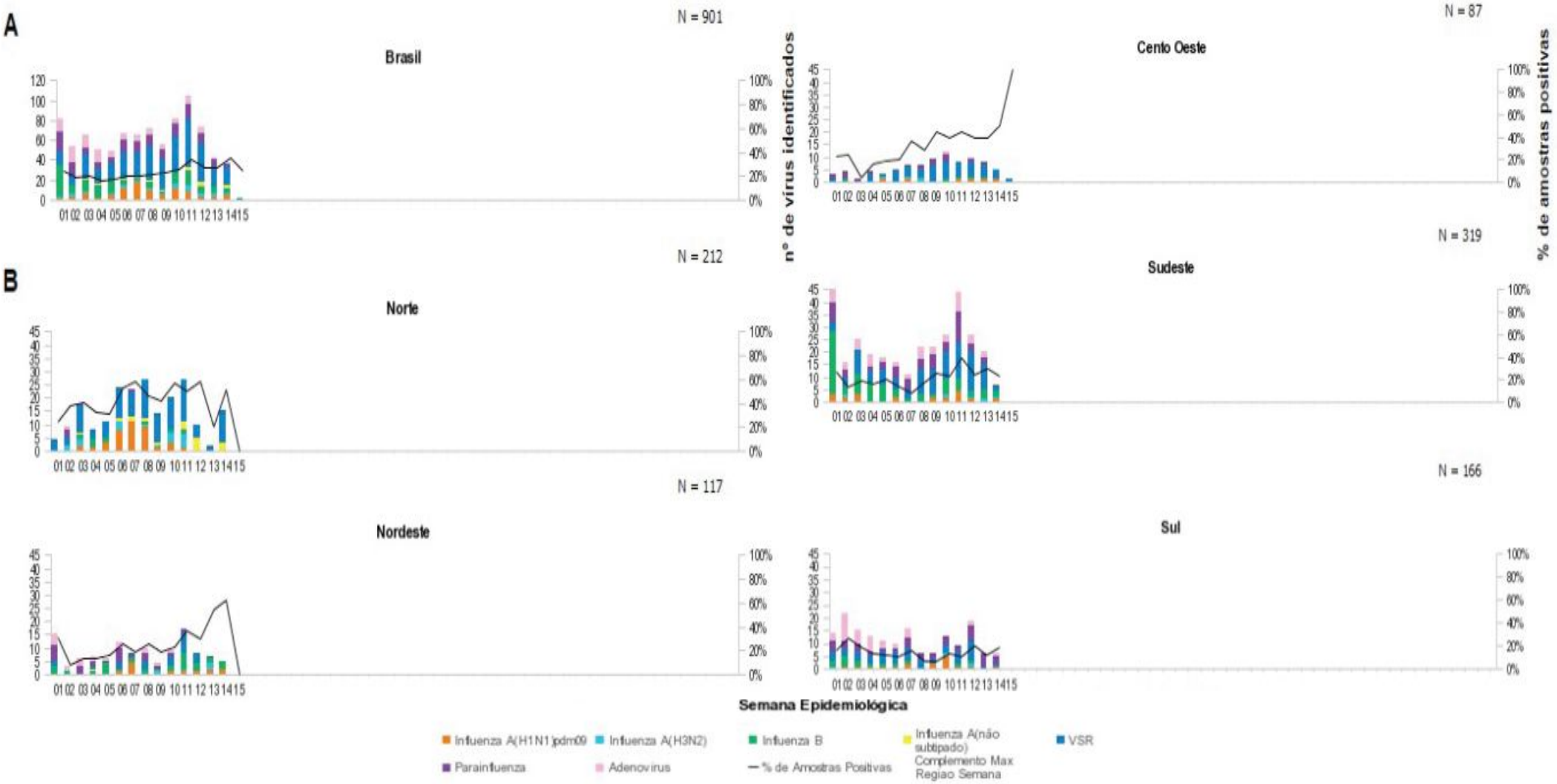
Óbitos por Influenza (N=67)	n	%
Com Fatores de Risco	**55**	**82,1**
Adulto ≥ 60 anos	15	27,3
Doença cardiovascular crônica	13	23,6
Diabetes mellitus	12	21,8
Pneumopatias crônicas	6	10,9
Obesidade	2	3,6
Criança < 5 anos	12	21,8
Imunodeficiência/Imunodepressão	6	10,9
Doença neurológica crônica	0	0,0
Doença renal crônica	0	0,0
Doença Hematologica crônica	2	3,6
Doença hepática crônica	0	0,0
Gestante	1	1,8
Síndrome de Down	1	1,8
Indígena	2	3,6
Puérpera (até 45 dias do parto)	1	1,8
Que utilizaram Antiviral	**52**	**77,6**

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 15.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 18/04/2019
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 15.



Fonte: Sivep-Gripe. Dados atualizados em 15/4/2019, sujeitos a alteração.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 08/04/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

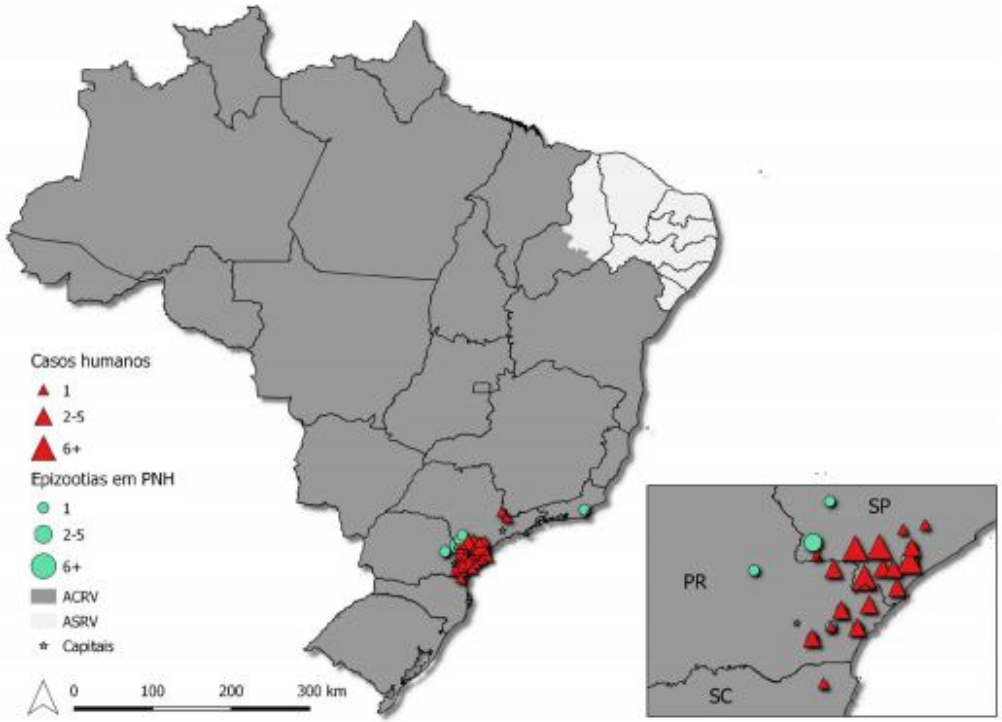
COMENTÁRIOS:

Situação Epidemiológica:

MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA FEBRE AMARELA NO BRASIL*	
Período de monitoramento: 01/01/2019 a 05/04/2019	**Atualização:** 08/04/2019
Casos humanos notificados: 899	**Epizootias em PNH notificadas: 602**
78 confirmados (14 óbitos)	**15 confirmadas**
227 em investigação	**152** em investigação e **198** indeterminadas
594 descartados	**237** descartadas

Fonte: CGDT/DEVIT/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 14/2019.



FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 08/04/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Vigilância de Casos Humanos

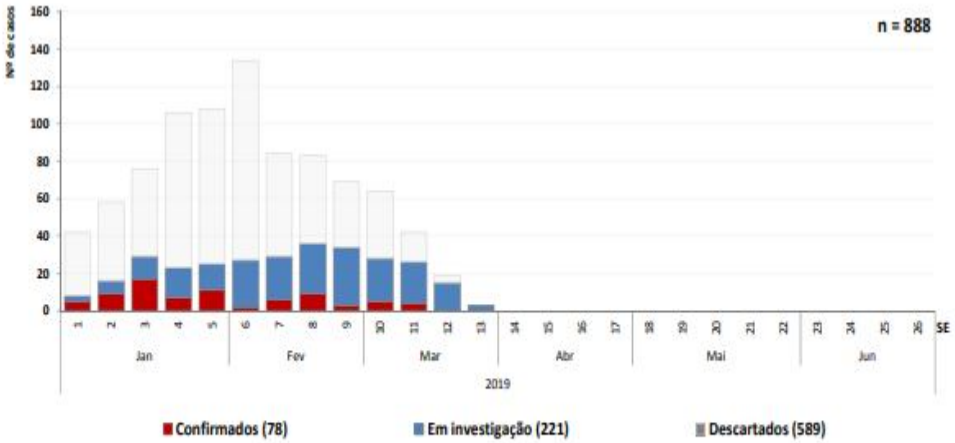
Foram registrados casos humanos confirmados nos estados de São Paulo (64), do Paraná (13) e Santa Catarina (01) (Tabela 1). A maior parte dos casos eram trabalhadores rurais e/ou com exposição em área silvestre, sendo 70 (89,7%) do sexo masculino, com idades entre 08 e 87 anos. Em março/2019 (SE-13), foi confirmado o primeiro caso de febre amarela no estado de Santa Catarina. Entre os casos confirmados, 14 evoluíram para o óbito (17,9%). O número total de casos humanos registrados no mesmo período de 2018 foi de 1.264.

REGIÃO	UF (LPI)	CASOS NOTIFICADOS	CASOS DESCARTADOS	CASOS EM INVESTIGAÇÃO	CASOS CONFIRMADOS			
					TOTAL	CURAS	ÓBITOS	LETALIDADE (%)
Norte	Acre	0						
	Amapá	0						
	Amazonas	0						
	Pará	6		6				
	Rondônia	2	1	1				
	Roraima	0						
	Tocantins	4		4				
Nordeste	Alagoas	0						
	Bahia	1	1					
	Ceará	1		1				
	Maranhão	0						
	Paraíba	0						
	Pernambuco	0						
	Piauí	0						
	Rio Grande do Norte	0						
	Sergipe	1		1				
Centro-Oeste	Distrito Federal	32	25	7				
	Goiás	27	15	12				
	Mato Grosso	2	2					
	Mato Grosso do Sul	3	2	1				
Sudeste	Espírito Santo	15	5	10				
	Minas Gerais	39	20	19				
	Rio de Janeiro	13	12	1				
	São Paulo	**384**	**230**	**90**	**64**	**52**	**12**	**18,8**
Sul	**Paraná**	**341**	**263**	**65**	**13**	**12**	**1**	**7,7**
	Rio Grande do Sul	7	2	5				
	Santa Catarina	**21**	**16**	**4**	**1**		**1**	**100,0**
TOTAL		**899**	**594**	**227**	**78**	**64**	**14**	**17,9**

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

TABELA 1 • Distribuição dos casos humanos suspeitos de Febre Amarela notificados à SVS/MS, por UF do local provável de infecção e classificação, Brasil, entre as semanas epidemiológicas 01 e 14/2019*.

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 14/2019*.



*11 casos não apresentavam registro da data de Início dos sintomas.
Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. Dados preliminares e sujeitos à revisão.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 08/04/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

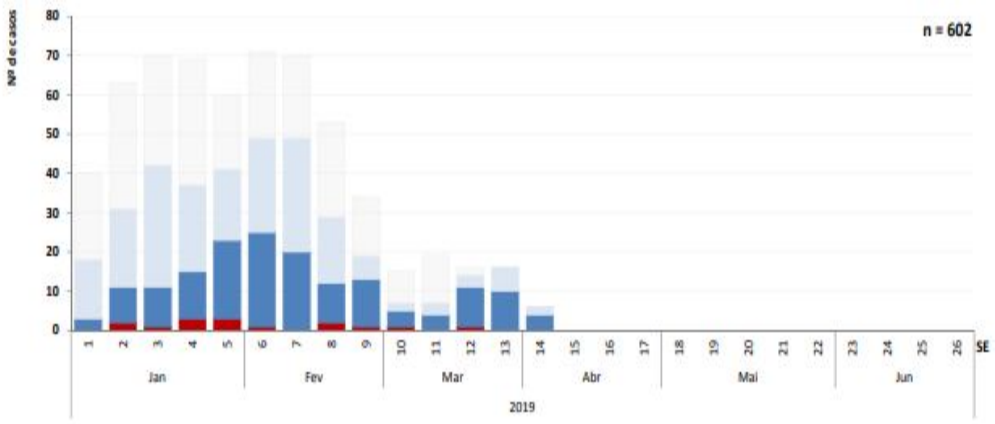
Foram registradas epizootias de PNH confirmadas em São Paulo (9), no Rio de Janeiro (01), no Paraná (05). O maior número de epizootias confirmadas foi registrado na região Sudeste (66,7%; 10/15), embora atualmente a transmissão esteja avançando na região Sul, principalmente no Paraná, a partir de janeiro/2019 (SE-04). (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 14/2019*.

Região	UF	EPIZOOTIAS				
		NOTIFICADAS	DESCARTADAS	INDETERMINADAS	EM INVESTIGAÇÃO	CONFIRMADAS
Norte	Acre					
	Amapá					
	Amazonas					
	Pará	7		3	4	
	Rondônia	2		2		
	Roraima					
	Tocantins	4	3		1	
Nordeste	Alagoas					
	Bahia	15	2	7	6	
	Ceará					
	Maranhão	1		1		
	Paraíba					
	Pernambuco	3	1	1	1	
	Piauí					
	Rio Grande do Norte	6		4	2	
	Sergipe					
Centro-Oeste	Distrito Federal	2	1	1		
	Goiás	12	1	6	5	
	Mato Grosso	2	2			
	Mato Grosso do Sul					
Sudeste	Espírito Santo	5	0	2	3	
	Minas Gerais	72	20	41	11	
	Rio de Janeiro	**67**	**22**	**12**	**32**	**1**
	São Paulo	**283**	**151**	**83**	**40**	**9**
Sul	**Paraná**	**62**	**22**	**21**	**14**	**5**
	Rio Grande do Sul	4	1	0	3	
	Santa Catarina	55	11	14	30	
Total		**602**	**237**	**198**	**152**	**15**

Fonte: CGDT/DEVIT/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 14/2019.



Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. Dados preliminares e sujeitos à revisão. A Data de ocorrência não estava registrada em 5 das notificações.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 08/04/2019
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 e 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.

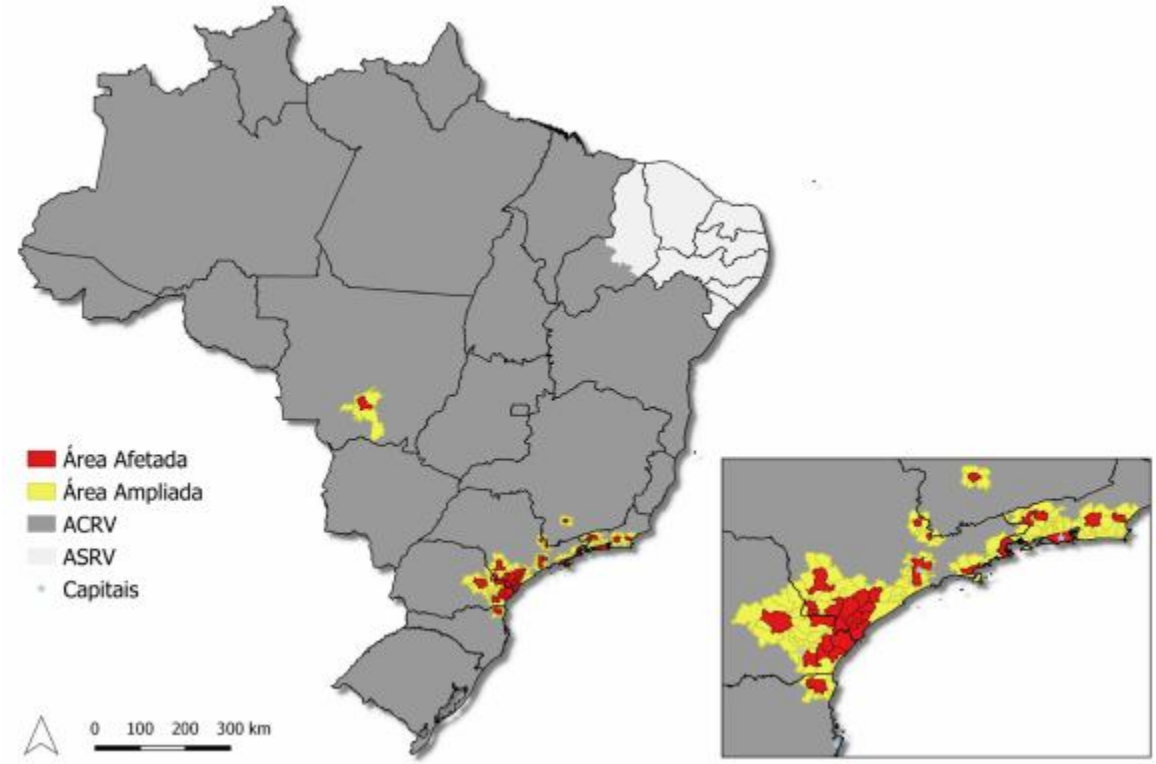


FIGURA 4 • Áreas afetadas (com evidência de circulação viral) e ampliadas (limítrofes àquelas afetadas), que compõem as áreas de risco de transmissão de FA e onde as ações de vigilância e resposta devem ser intensificadas.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 08/04/2019
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 instituições e profissionais dos setores de saúde e extra saúde (meio ambiente, agricultura/pecuária, entre outros) sobre a importância da 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, observandose 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, capitulo I. art 1º ao 11. Anexo 1, do Anexo V; (Origem: PRT MS/ GM 204/2016) e capitulo 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.

Informações adicionais acerca da febre amarela estão disponíveis em: http://portalms.saude. gov.br/saude-de-a-z/febre-amarela-sintomas-transmissao-e-prevencao

GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 16/2019

(14/04/2019 a 20/04/2019)

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

SARAMPO

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 12/04/2019

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

COMENTÁRIOS:

Desde o relatório anterior sobre as Ameaças das Doenças Transmissíveis (CDTR), publicado em 8 de março de 2019, foram fornecidas atualizações para 26 países da UE/EFTA: Áustria, Bélgica, Bulgária, República Checa, Dinamarca, Estônia, Finlândia, França, Alemanha, Hungria, Islândia, Irlanda, Itália, Liechtenstein, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Países Baixos, Noruega, Polônia, Romênia, Eslováquia, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

Nos países da UE / EFTA, continuam os surtos na Bulgária, República Checa, França, Irlanda, Lituânia, Polônia, Eslováquia e Reino Unido. Novos casos foram notificados no Liechtenstein, Luxemburgo, Malta e Holanda. A maioria dos casos é relatada na Romênia (736), França (561), Polônia (554), Lituânia (397), República Checa (298) e Bulgária (297).

Em 2019, foram notificadas 3 mortes na Romênia e uma na França.

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

A **Áustria** comunicou 59 casos em 2019, um aumento de sete casos desde 20 de fevereiro de 2019. Os casos foram relatados em Salzburgo, Estíria, Tirol, Alta Áustria, Vorarlberg e Viena. Em 2018, a Áustria notificou 77 casos de sarampo de todos os estados federais e 12% (9) dos casos eram trabalhadores da saúde.

Bélgica: Em 2019 até 22 de fevereiro, foram notificados 83 casos de sarampo notificados em Bruxelas (24), Flandres (25), Flamengo Brabante (9), Província da Antuérpia (7) e Valônia (18). Este é um aumento de 46 casos desde o relatório publicado em 8 de março de 2019.

A **Bulgária** comunicou 297 casos de sarampo em 2019 até 7 de abril de 2019. Trata-se de um aumento de 246 casos desde a publicação do relatório em 8 de Março de 2019.

A **República Checa** notificou 298 casos de sarampo, incluindo 279 casos confirmados, em 2019, até 17 de março.

A **Dinamarca** comunicou 11 casos em 3 de abril de 2019, um aumento de seis casos desde o relatório, publicado em 8 de março de 2019.

A **Estônia** registrou nove casos em janeiro e fevereiro de 2019, um aumento de seis casos desde o relatório, publicado em 8 de março de 2019.

A **Finlândia** registrou seis casos de sarampo em 2019 até 3 de abril de 2019, um aumento de um caso desde 2 de março de 2019.

A **França** comunicou 561 casos de sarampo, incluindo um óbito, em 2019, até 3 de abril de 2019, um aumento de 317 casos e uma morte desde o relatório nacional de 27 de fevereiro de 2019.

A **Alemanha** comunicou 203 casos em 2019, em 10 de março de 2019, um aumento de 83 casos desde o relatório nacional de 10 de fevereiro de 2019.

A **Hungria** comunicou 12 casos de sarampo em 2019, em 24 de março de 2019, um aumento de oito casos desde o relatório nacional de 10 de fevereiro de 2019. Nenhum caso foi relatado no mesmo período em 2018 e 21 casos foram relatados em 2018.

A **Islândia** comunicou sete casos de sarampo até 20 de março de 2019. O caso mais recente foi detectado em 19 de março de 2019 em Reiquiavique.

A **Irlanda** comunicou 44 casos em 2019, até 30 de março, um aumento de 34 casos desde o relatório, publicado em 8 de março de 2019.

A **Itália** relatou 331 casos de sarampo em 2019, em 28 de fevereiro de 2019, um aumento de 168 casos desde o último relatório em 8 março de 2019.

Liechtenstein: Segundo fontes da mídia, um caso foi detectado em março de 2019.

Lituânia: Em 4 de abril de 2019, a Lituânia comunicou 397 casos de sarampo em 2019, um aumento de 330 desde o relatório publicado em 8 de março de 2019. Destes casos, 86 eram crianças e 311 adultos. A maioria dos casos foi relatada no condado de Kaunas (260).

O **Luxemburgo** registrou um surto de sarampo, com cinco casos detectados em 2019 até 19 de março de 2019.

A **Noruega** comunicou nove casos em 2019 até 4 de abril de 2019, um aumento de oito casos desde 1º de março de 2019. De acordo com relatórios da imprensa, um trabalhador de saúde foi infectado.

(Continua na próxima página)

SARAMPO

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 12/04/2019

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

COMENTÁRIOS:

A **Polônia** comunicou 554 casos de sarampo entre 1º de janeiro e 31 de março de 2019, um aumento de 240 casos desde o relatório nacional sobre 28 Fevereiro de 2019. Em 2018, foram notificados 339 casos.

A **Romênia** comunicou 736 casos de sarampo, incluindo três mortes, em 2019, em 5 de abril de 2019, um aumento de 355 casos desde o relatório publicado em 8 de março de 2019. Desde o início do surto em outubro de 2016 até 5 de abril de 2019, a Romênia relatou 16.336 casos confirmados de sarampo, incluindo 62 mortes.

A **Eslováquia** comunicou 133 casos de sarampo em 2019, em 19 de março de 2019, um aumento de 66 casos desde o relatório nacional em fevereiro de 2019. Foram notificados surtos nas regiões de Prešov e Košice.

A **Espanha** comunicou 25 casos em 2019, em 24 de março, o que representa um aumento de oito casos desde o relatório nacional de 24 de fevereiro de 2019.

A **Suécia** comunicou dois casos em fevereiro de 2019, de acordo com dados disponíveis em 5 de abril de 2019.

A **Suíça** comunicou 104 casos em 2019, até 2 de abril.

O **Reino Unido**: De acordo com um relatório da imprensa em 8 de abril de 2019, um surto de sarampo no nordeste de Londres afetou 322 pessoas desde outubro de 2018. O surto ocorreu em Hackney e Haringey, principalmente entre os judeus estritamente ortodoxos da região.

Resumo epidemiológico relevante para países fora da UE/EFTA:

De acordo com o Escritório Regional da OMS na **África**, foram notificados surtos de sarampo na República Centro-Africana, Chade, República Democrática do Congo, Etiópia, Guiné, Quênia, Libéria, Madagascar, Mali, Maurício, Nigéria, Sudão do Sul, Uganda e Zâmbia.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde / Escritório Regional da OMS nas **Américas**, foram notificados 321 casos confirmados, de 10 países em 2019 até a semana 11. Dos casos, a maioria (206 casos) foi relatada pelos EUA e Venezuela (40).

Bielorrússia informou 40 casos em 2019 até 3 de abril de 2019, de acordo com relatos da mídia citando autoridades de saúde.

As autoridades sanitárias de **Madagáscar** comunicaram 79.274 casos de sarampo, incluindo pelo menos 926 mortes, de 3 de setembro de 2018 a 22 de fevereiro de 2019. Outras fontes de mídia relataram mais de 83.000 casos de sarampo em Madagascar em 25 de março de 2019.

A **Macedônia do Norte** comunicou 835 casos de sarampo, incluindo três mortes, em 2019, em 22 de fevereiro de 2019, um aumento de 517 casos desde o relatório nacional de 22 de fevereiro de 2019. A maioria dos casos foi notificada em Skopje (619).

A **Sérvia** comunicou 5.786 casos, incluindo 15 mortes, de outubro de 2017 a 29 de março de 2019, incluindo casos notificados no Kosovo.

Este é um aumento de um caso desde o relatório nacional de 22 de fevereiro de 2019. Dos casos comunicados, 2.935 casos foram confirmados.

Tunísia: De acordo com um relatório de mídia citando autoridades de saúde, houve 2 mil casos de sarampo registrados até 6 de abril de 2019, dos quais 1.400 foram confirmados. A maioria dos casos era de governantes de Kasserine e Sfax. As autoridades de saúde têm informado que, devido aos esforços de controle, a incidência está diminuindo.

A **Ucrânia** comunicou 37.328 casos de sarampo, incluindo 14 mortes em 2019, até 4 de abril de 2019, um aumento de 13.286 casos e 12 mortes desde o relatório nacional em 22 de fevereiro de 2019. Dos casos notificados, 17.016 eram adultos e 20.312 eram crianças. Depois de várias semanas de declínio, a taxa de sarampo na Ucrânia aumentou novamente. A maioria dos casos foi relatada nas seguintes regiões: a cidade e região de Kiev e as regiões de Lviv, Khmelnytsky e Riven.

Os **EUA** relataram 465 casos confirmados de sarampo de 19 estados em 2019 até 4 de abril de 2019. Foram relatados casos nos seguintes estados: Arizona, Califórnia, Colorado, Connecticut, Flórida, Geórgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Massachusetts, Michigan, Missouri, Nevada, New Hampshire, Nova Jersey, Nova York, Oregon, Texas e Washington.

(Continua na próxima página)

SARAMPO

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 12/04/2019

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

COMENTÁRIOS:

Em 9 de abril de 2019, a cidade de Nova York declarou uma emergência de saúde pública em Williamsburg após um surto de sarampo que afetou principalmente a comunidade judaica ortodoxa. Desde o início do surto, em outubro de 2018, foram confirmados 285 casos, com muitos dos novos casos nos últimos dois meses. A maioria dos casos tem menos de 18 anos de idade (246 casos) e 39 são adultos.

De acordo com a Região do Pacífico Ocidental da OMS, em 20 de fevereiro de 2019, o sarampo foi notificado na Austrália, Camboja, China, Hong Kong, Macau, Japão, República Popular Democrática do Laos, Malásia, Nova Zelândia, Filipinas e Cingapura.

Hong Kong experimenta um surto que começou no aeroporto de Hong Kong em março deste ano. Até 5 de abril de 2019, Hong Kong relatou 50 casos de sarampo, dos quais 23 trabalhavam no aeroporto.

O **Japão** vive um dos maiores surtos de sarampo em uma década, com 221 casos registrados em 2019 até 20 de fevereiro. Um aumento de 51 casos desde o relatório anterior, publicado em 8 de março de 2019. Dos 221 casos, 197 (89%) foram confirmados, dos quais 39 casos foram classificados como sarampo modificado. A maioria dos casos foi relatada em Osaka (77), Mie (49), Aichi (20) e Tóquio (14).

Filipinas: de acordo com o relatório da UNICEF-OMS, entre 1º de janeiro e 26 de março de 2019, as Filipinas relataram 25.676 casos de sarampo, incluindo 355 mortes. Maioria dos casos notificados (54%) e óbitos (84%) foram crianças menores de 5 anos de idade. O atual surto de sarampo começou no final de 2017 em Mindanao.

Avaliação do ECDC

Dada a atual extensão da circulação do sarampo na UE / EFTA, a tendência nos últimos anos e o fato da cobertura vacinal para a primeira e segunda dose ser baixa, existe um risco elevado de transmissão continuada do sarampo com exportação mútua e importação entre os Estados-Membros da UE / EFTA e os países terceiros. Cobertura vacinal de pelo menos 95% da população geral nos níveis nacional e subnacional com duas doses de vacina contendo sarampo é recomendada e necessária para assegurar que a circulação do sarampo seja interrompida e a introdução de casos de sarampo não resulte em casos secundários. Um cuidado especial é recomendado ao viajar com crianças menores de um ano ou aquelas para quem a vacinação é contra indicada e estiver em risco aumentado de infecção e possíveis complicações.

ÉBOLA

Local de ocorrência: República Democrática do Congo

Data da informação: 18/04/2019

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Resumo epidemiológico

A incidência de casos de doença do vírus Ebola (DVE) na República Democrática do Congo continuou a aumentar esta semana; no entanto, permaneceu confinado a uma área geográfica limitada nas províncias de Kivu do Norte e Ituri. Essa tendência recente é provavelmente atribuível, em parte, a problemas de segurança passados e em andamento, agitação entre certas populações locais e persistente desconfiança da comunidade em relação a equipes de resposta a surtos. A melhoria das atividades de detecção e resposta de casos foi observada em pontos de acesso anteriormente inacessíveis.

Nos 21 dias entre 27 de março e 16 de abril de 2019, 55 áreas de saúde dentro de 11 zonas de saúde relataram novos casos; 39% das 143 áreas de saúde afetadas até o momento (Figura 1). Durante este período, foram notificados 249 casos confirmados de Katwa (124), Vuhovi (40), Mandima (28), Butembo (24), Beni (16), Oicha (6), Mabalako (5), Kalunguta (2), Masereka (2), Musienene (1) e Lubero (1).

Até 16 de abril, foram notificados 1.290 casos de DVE confirmados e prováveis, dos quais 833 morreram (taxa de letalidade de 65%). Dos 1290 casos com idade e sexo reportados, 56% (725) eram do sexo feminino e 28% (361) eram crianças menores de 18 anos. O número de profissionais de saúde afetados subiu para 89 (7% do total de casos), incluindo 32 mortes. Até o momento, um total de 379 pacientes com DVE que receberam atendimento em Centros de Tratamento de Ebola (ETCs) receberam alta.

Em 12 de abril de 2019, o Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) reuniu-se em Genebra, na Suíça, para discutir se o surto da DVE representava uma emergência de saúde pública de preocupação internacional (PHEIC) e oferecer recomendações de resposta. Enquanto o Comitê de Emergência e o Diretor-Geral da OMS reiteraram sua séria preocupação com o recente aumento no número de casos e o alto risco de disseminação regional, após consulta com vários especialistas técnicos e revisão adicional dos dados epidemiológicos disponíveis, concluiu-se que surto atual não constituiu uma PHEIC.

Os esforços de vacinação em curso produziram alguns resultados promissores na semana passada. Em 12 de abril de 2019, a OMS e o Instituto Nacional de Pesquisas Biomédicas (INRB) publicaram uma análise preliminar sobre a eficácia da vacina rVSV-ZEBOV-GP atualmente utilizada neste surto. Os dados sugerem que a vacina demonstrou eficácia notável na prevenção de infecções por Ebola em indivíduos vacinados em comparação com aqueles que não foram vacinados. Entre 2-4 de abril de 2019, o Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas (SAGE) convocou uma reunião para revisar os dados epidemiológicos e oferecer recomendações adicionais aos esforços de vacinação em andamento. Eles pediram que a expansão adicional daqueles elegíveis para vacinação incluísse crianças com mais de 6 meses e mulheres lactantes; duas populações observadas têm taxas de ataque especialmente altas e altas taxas de fatalidade.

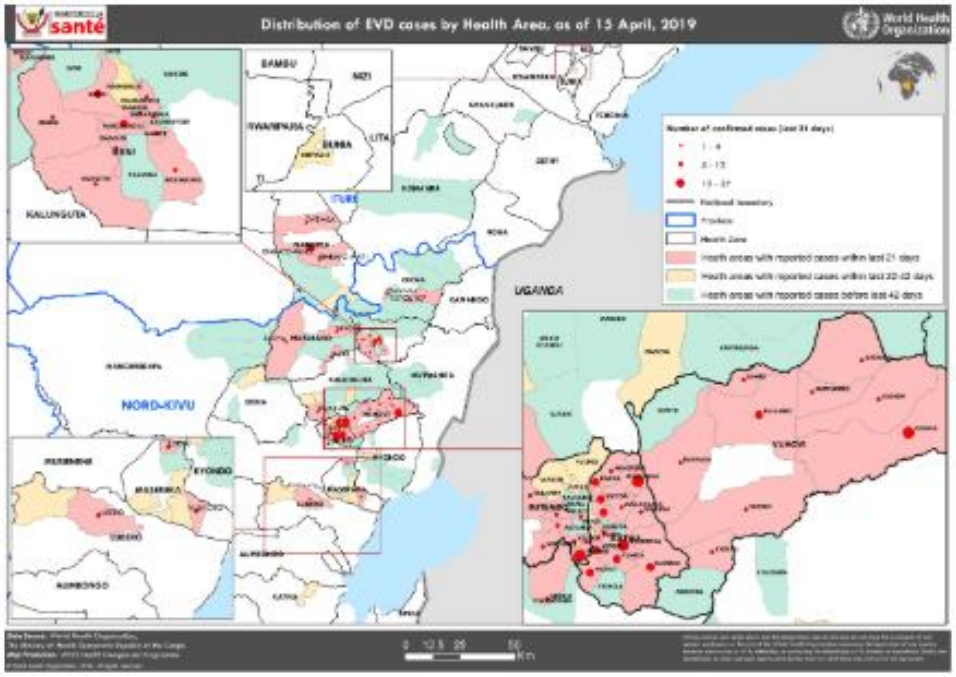


Figura 1: Casos confirmados e prováveis da doença do vírus Ébola por área de saúde, províncias de Kivu do Norte e Ituri, República Democrática do Congo, dados de 15 de abril de 2019

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 17/04/2019
Origem da informação: The Global Polio Erradication Initiative e OPAS

COMENTÁRIOS

Co-presidentes do Grupo de Gestão da Imunização (IMG) anunciaram que a meta global estabelecida em 2013 de 126-OPV usando países para introduzir 1 dose de IPV em seu programa de imunização foi alcançada.

Eminentes estudiosos religiosos islâmicos do Afeganistão e do Paquistão reuniram-se em Muscat, Omã, para a primeira Conferência Ulama, sob a égide do Grupo de Assessoria Islâmica (IAG) para a erradicação da poliomielite. O IAG convocou acadêmicos religiosos para avaliar seu valor como líderes comunitários e garantir apoio bilateral para os esforços de erradicação da pólio nos corredores de transmissão conjunta do poliovírus. No final da conferência de dois dias, os acadêmicos emitiram uma declaração conjunta em apoio aos esforços da pólio.

De acordo com as recomendações do Comitê de Emergência sob o Regulamento Sanitário Internacional (IHR), Afeganistão e Paquistão introduziram uma vacina contra a poliomielite para viajantes cruzando fronteiras internacionais para aumentar a imunidade geral da população no corredor comum de transmissão do poliovírus selvagem.

Resumo de novos vírus nesta semana: Afeganistão - três amostras ambientais positivas para o poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1); **Paquistão** - três amostras ambientais positivas para WPV1; **Nigéria** - um caso derivado de vacina tipo 2 circulante (cVDPV2) e sete amostras ambientais positivas para cVDPV2.

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

Total cases	Year-to-date 2019		Year-to-date 2018		Total in 2018	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	9	6	9	5	33	104
- in endemic countries	9	5	9	1	33	34
- in non-endemic countries	0	1	0	4	0	70

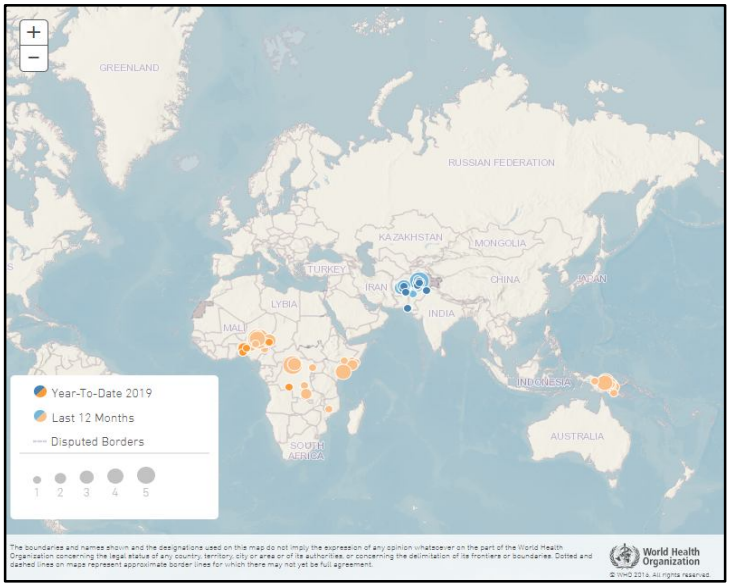
http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS

Countries	Year-to-date 2019		Year-to-date 2108		Total in 2018		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afeganistão	3	0	7	0	21	0	25-Feb-2019	NA
Rep Dem Congo	0	1	0	4	0	20	NA	8-Feb-2019
Indonesia	0	0	0	0	0	1	NA	27-Nov-2018
Mozambique	0	0	0	0	0	1	NA	21-Oct-2018
Niger	0	0	0	0	0	10	NA	5-Dec-2018
Nigeria	0	5	0	1	0	34	NA	09-Mar-2019
Paquistão	6	0	2	0	12	0	25-Feb-2019	NA
Papua Nova Guiné	0	0	0	0	0	26	NA	18-Oct-2018
Somália	0	0	0	0	0	12	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 15 de abril de 2019



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 15/04/2019
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

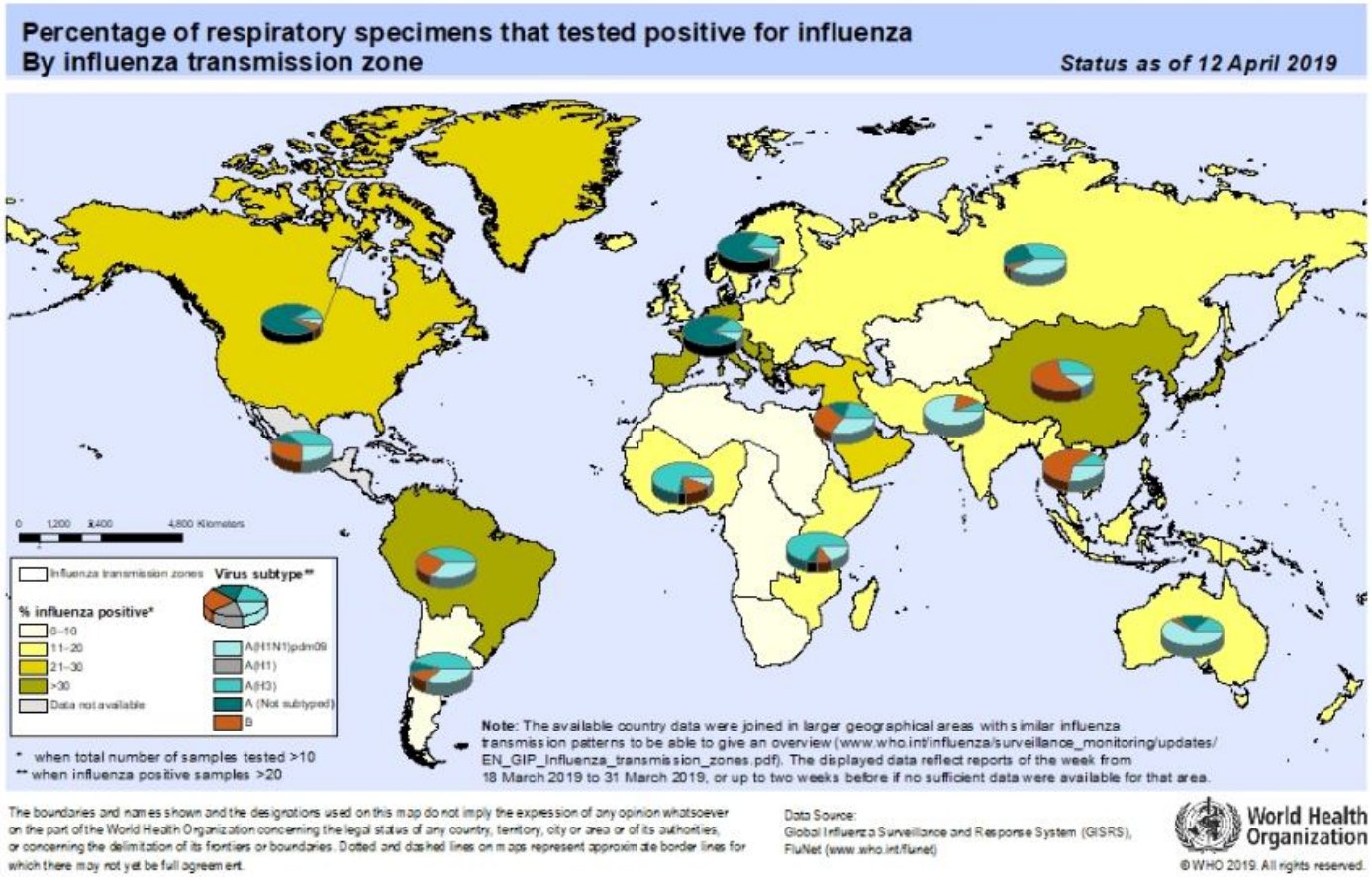
COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

Na zona temperada do hemisfério norte, a atividade da influenza diminuiu em geral. Na América do Norte, a atividade da influenza pareceu diminuir com o vírus influenza A (H3N2), seguido pelo vírus influenza A (H1N1) pdm09. Na Europa, a atividade da influenza diminuiu em todo o continente. Ambos os vírus influenza A co-circularam; o influenza A (H3N2) foi o subtipo mais freqüentemente identificado. No norte da África, as detecções de influenza foram baixas entre os países declarantes. Na Ásia Ocidental, a atividade da influenza pareceu diminuir no geral, com exceção da Arábia Saudita, onde a atividade permaneceu elevada. Na Ásia Oriental, embora a diminuição da atividade da influenza continuasse a ser relatada, a influenza B foi o vírus mais freqüentemente detectado, seguido pelo influenza A (H3N2). No sul da Ásia, a atividade da influenza continuou a diminuir com o predomínio do vírus influenza A (H1N1) pdm09.

No Caribe, nos países da América Central e nos países tropicais da América do Sul, a atividade de influenza e VSR foi baixa em geral.

Nas zonas temperadas do hemisfério sul, a atividade da gripe permaneceu em níveis inter-sazonais, com exceção de algumas partes da Austrália onde a atividade da influenza estava acima dos níveis inter-sazonais. Em todo o mundo, os vírus sazonais da gripe A foram responsáveis pela maioria das detecções.

Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de influenza de 125 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 18 de março de 2019 a 31 de março de 2019 (dados de 2019-04-12 03:15:47 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 139.623 espécimes durante esse período de tempo. 30.960 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 25.464 (82,2%) foram tipificados como influenza A e 5.496 (17,8%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 4.189 (40,6%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 6.139 (59,4%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 154 (3,8%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 3.919 (96,2%) à linhagem B-Victoria.



World Health Organization

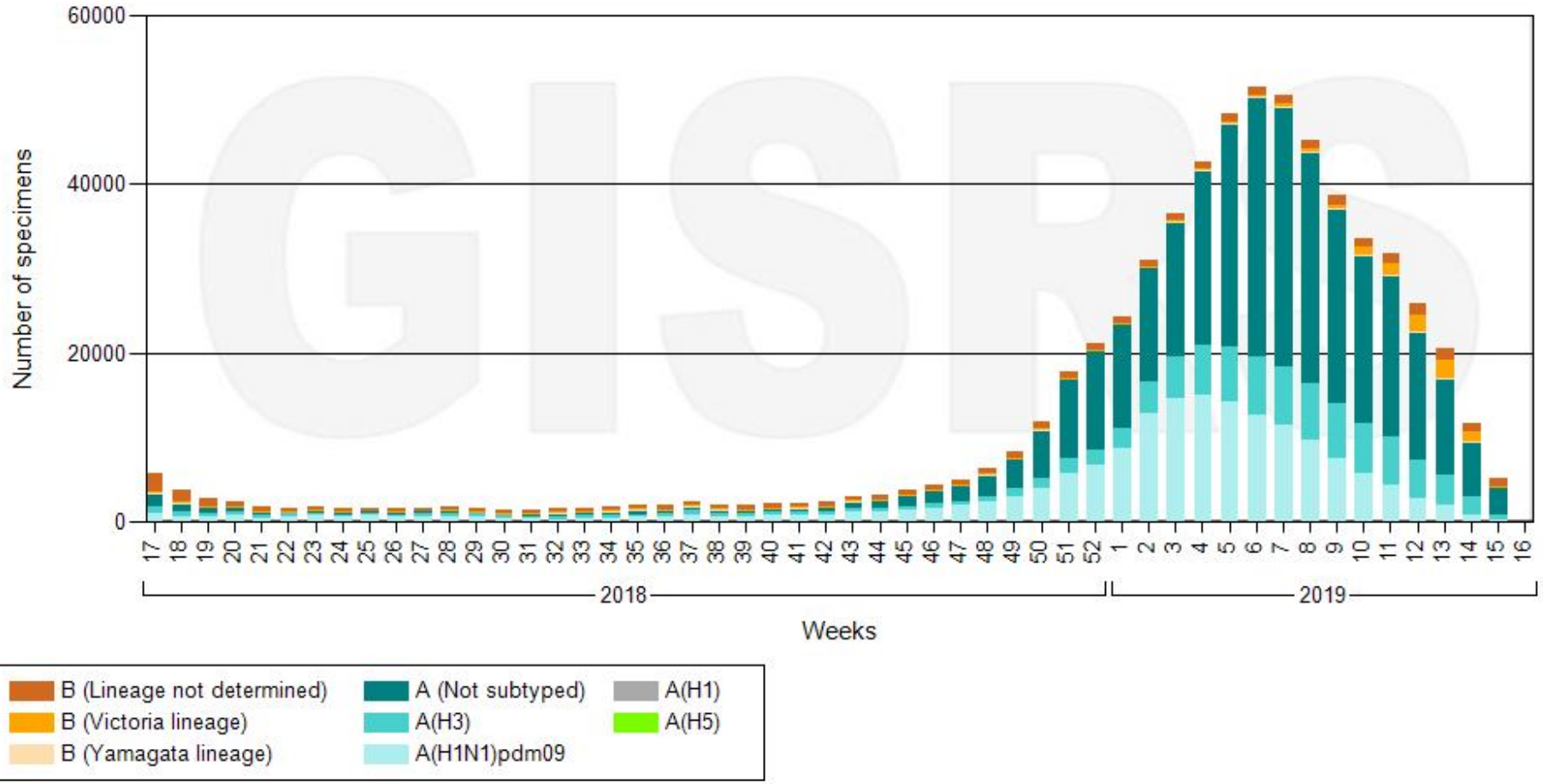
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 22/04/2019 14:34:57 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2019

World Health Organization

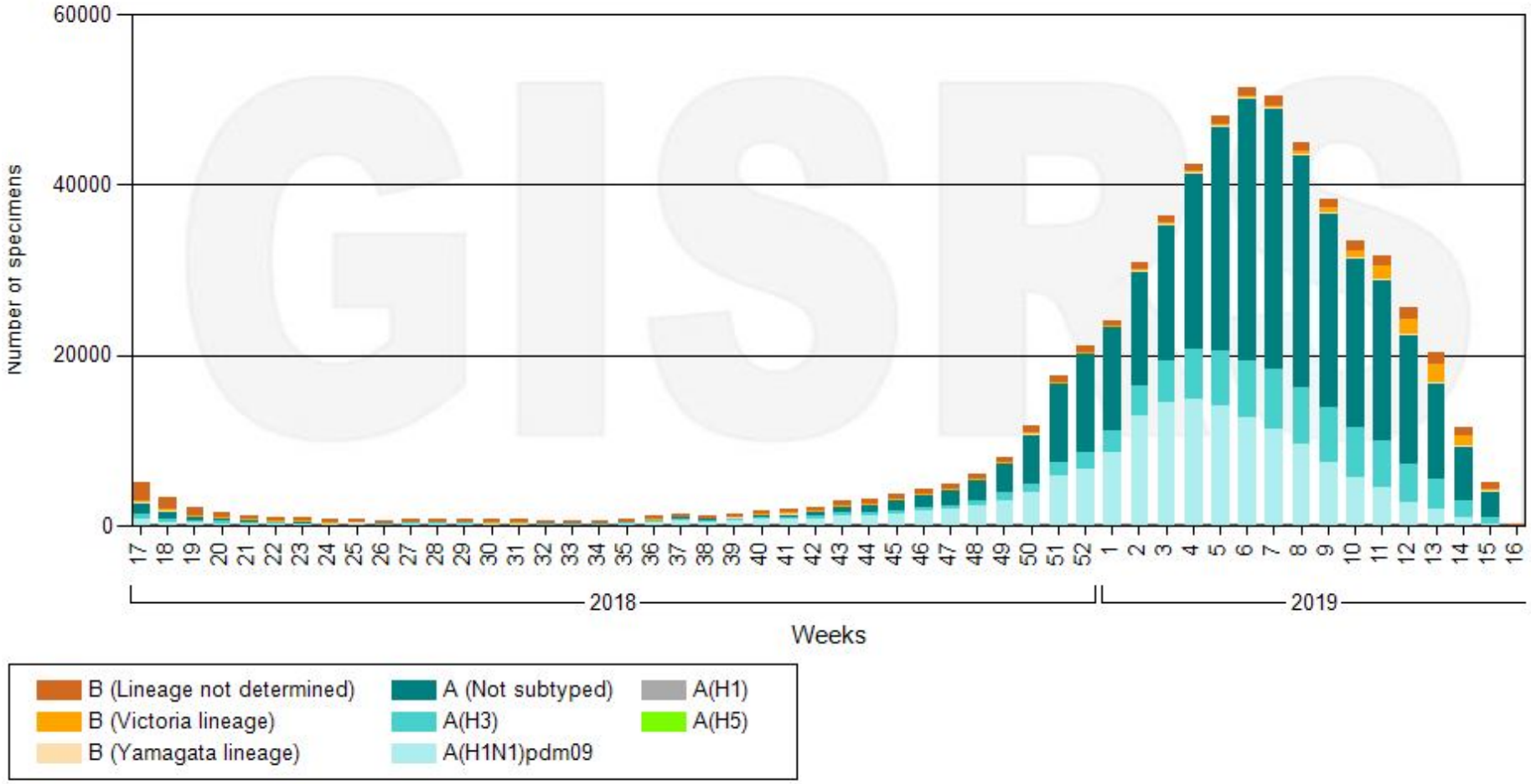
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 22/04/2019 14:35:51 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Northern hemishere

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2019

World Health Organization

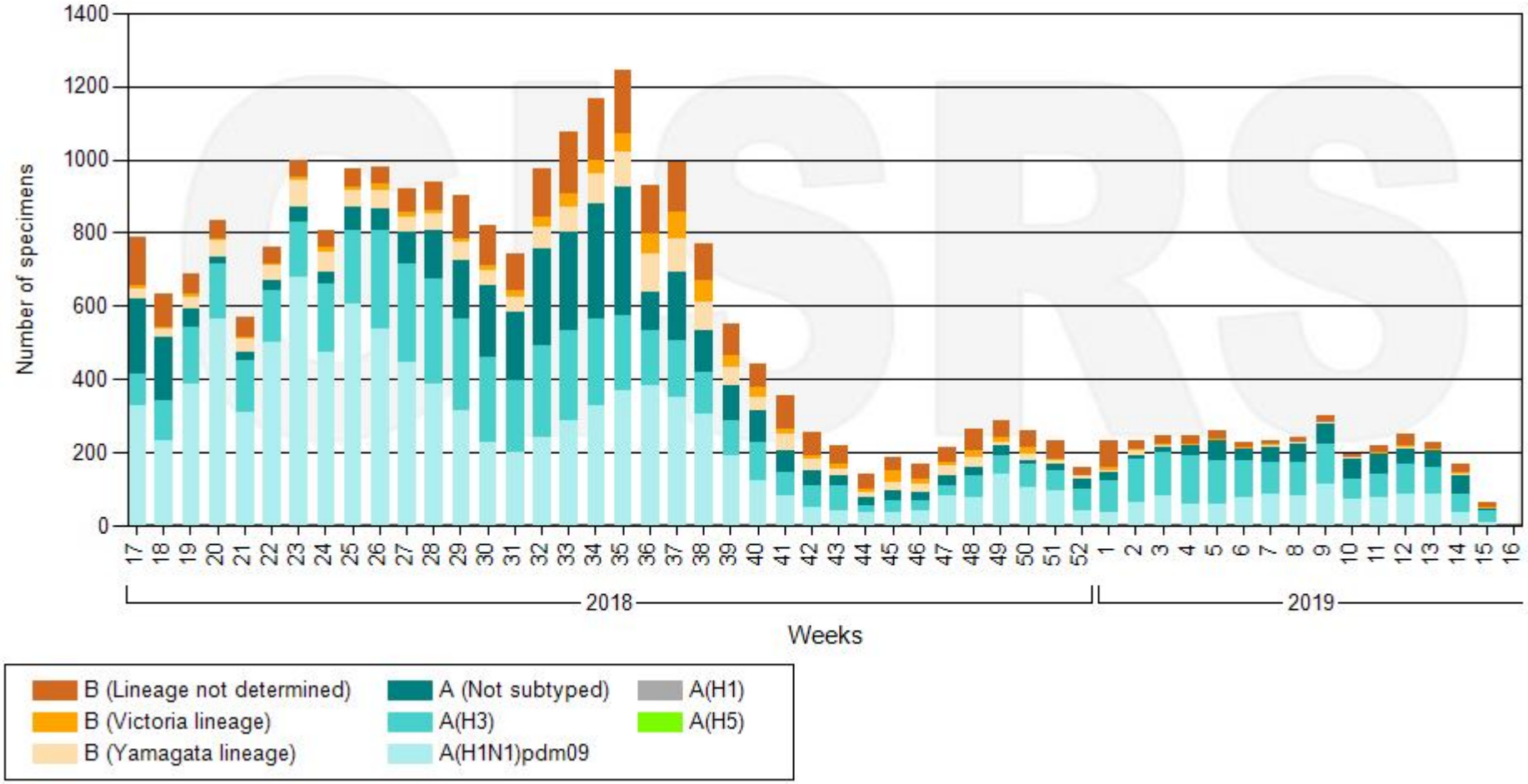
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 22/04/2019 14:36:54 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2019

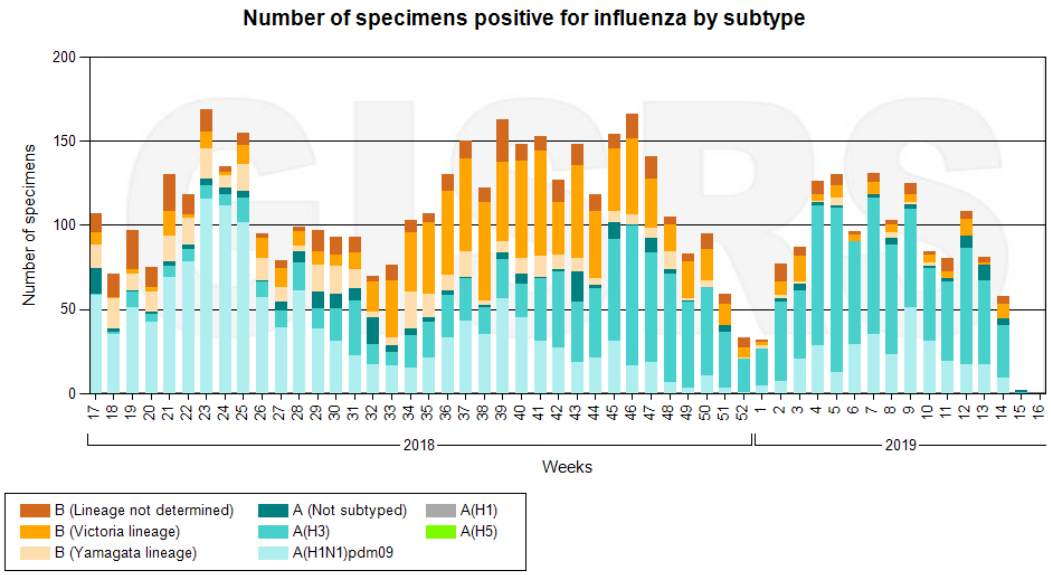
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 22/04/2019 14:38:09 UTC

World Health Organization

African Region of WHO



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

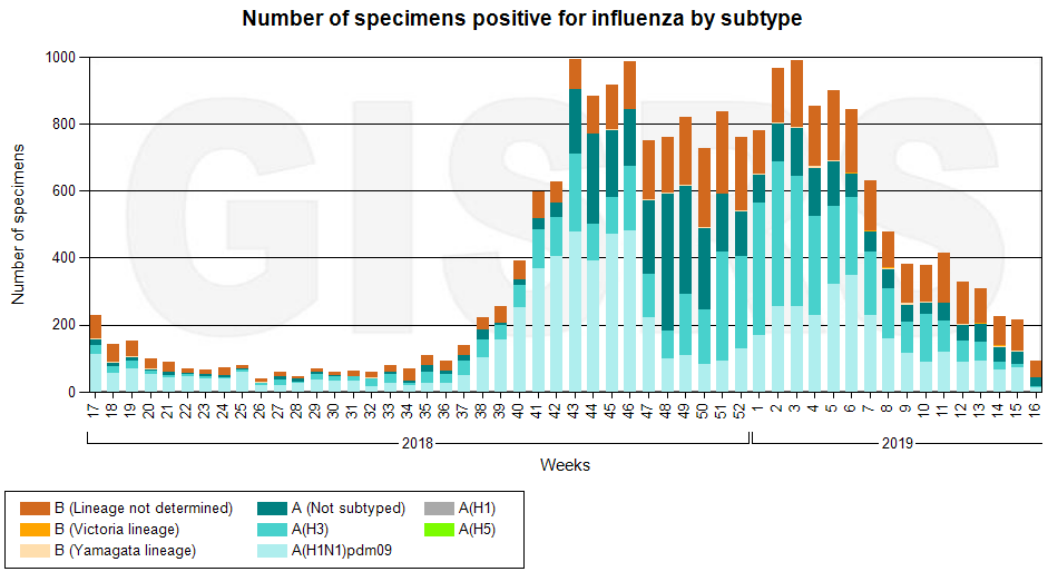
© World Health Organization 2019

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 22/04/2019 14:38:55 UTC

Eastern Mediterranean Region of WHO



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

© World Health Organization 2019

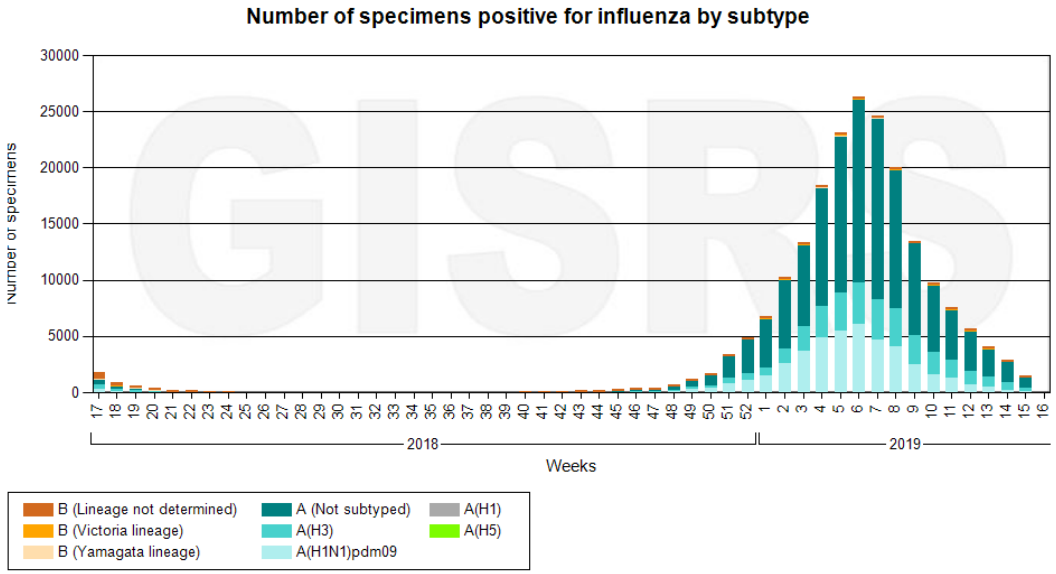
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 22/04/2019 14:39:52 UTC

World Health Organization

European Region of WHO



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

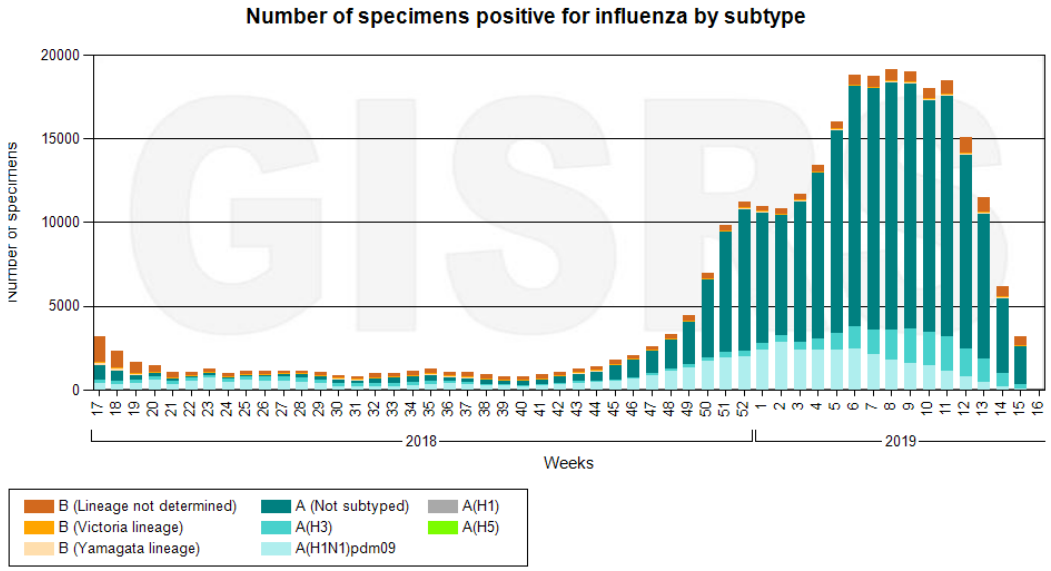
© World Health Organization 2019

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 22/04/2019 14:40:58 UTC

Region of the Americas of WHO



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

© World Health Organization 2019

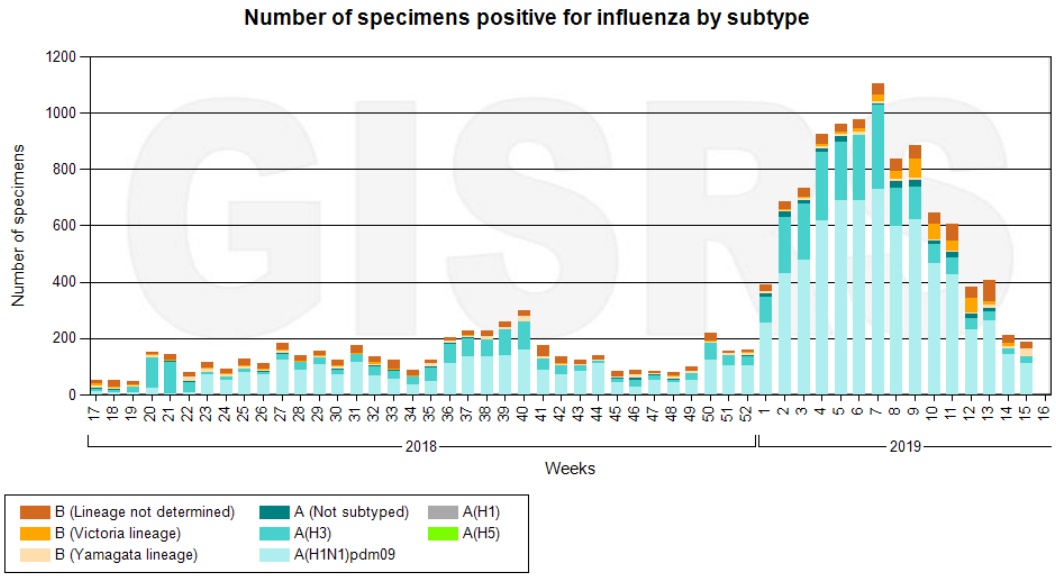
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 22/04/2019 14:41:52 UTC

World Health Organization

South-East Asia Region of WHO



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

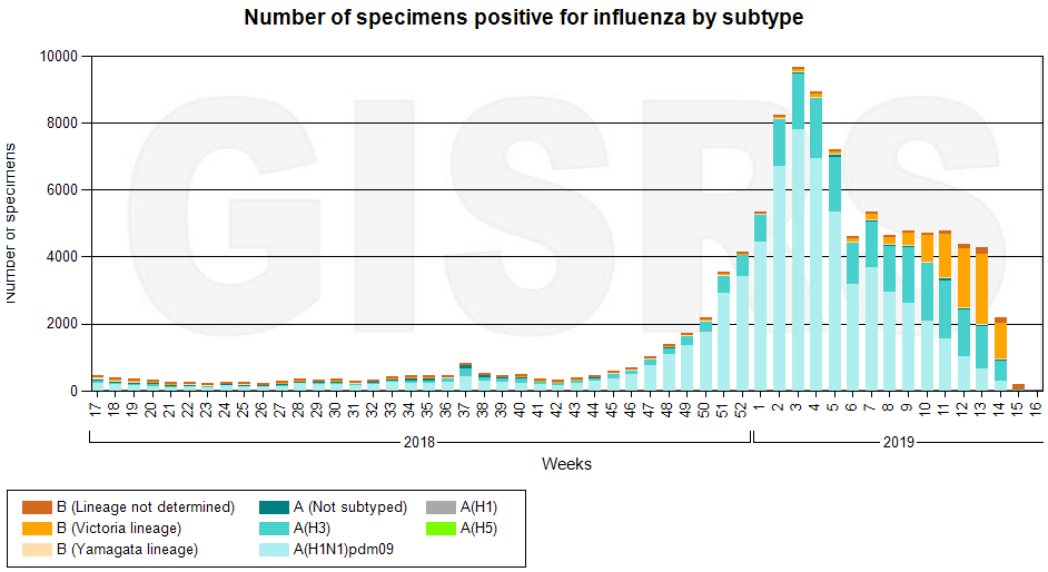
© World Health Organization 2019

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 22/04/2019 14:42:37 UTC

Western Pacific Region of WHO



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

© World Health Organization 2019

Fontes utilizadas na pesquisa

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