

ANO III Nº 01 ANUAL - PERÍODO DE REFERÊNCIA: JANEIRO A DEZEMBRO DE 2015

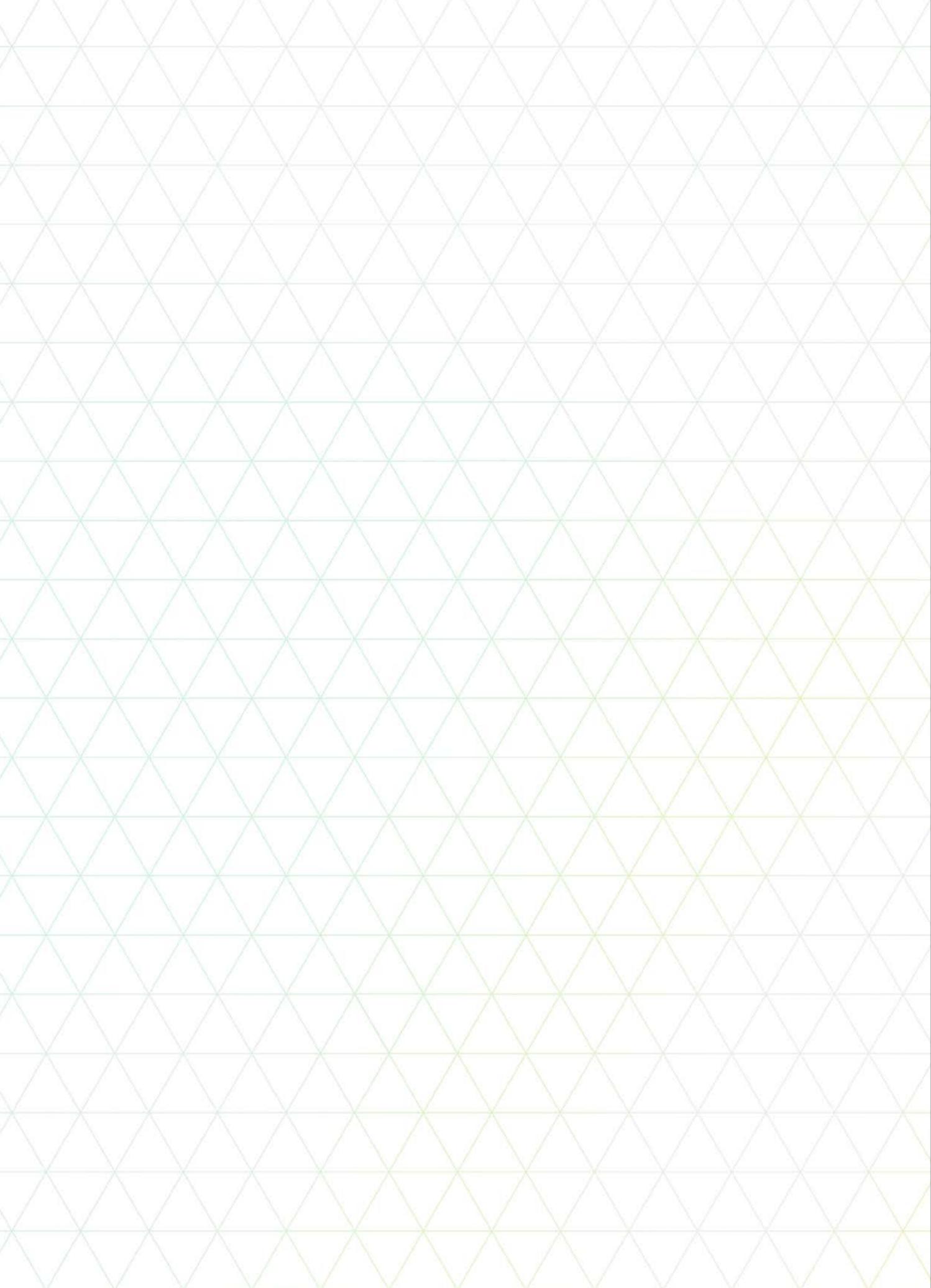
BOLETIM CIEVS/MS

CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS E RESPOSTA EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL



**GOVERNO
DO ESTADO**
Mato Grosso do Sul

Sua prioridade, nosso compromisso



ANO III Nº 01 ANUAL

BOLETIM CIEVS/MS

PERÍODO DE REFERÊNCIA: JANEIRO A DEZEMBRO DE 2015

Secretaria de Estado de Saúde de
Mato Grosso do Sul

Superintendência Geral de
Vigilância em Saúde

Coordenadoria Estadual de
Vigilância Epidemiológica - CEVE

Centro de Informações Estratégicas
e Resposta em Vigilância em Saúde
- CIEVS/MS



ÍNDICE

REDE NACIONAL CIEVS	08
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS E RESPOSTA EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE - CIEVS/MATO GROSSO DO SUL	10
DETECÇÃO DE EVENTOS PELO CIEVS/MS	11
ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO/2015	11
DISTRIBUIÇÃO DE CASOS POR MUNICÍPIO	12
DISTRIBUIÇÃO DE EVENTOS POR DOENÇAS	13
ÓBITOS NOTIFICADOS NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO/2015	14
SUORTE CIEVS	15
RAIVA ANIMAL	15
RAIVA HUMANA	22
LEISHMANIOSE VISCERAL	23
DENGUE	26
CHIKUNGUNYA	33
INFLUENZA	37
MENINGITES	40
MENINGITES BACTERIANAS	40
MENINGITE VIRAIS	41
COQUELUCHE	43
TÉTANO ACIDENTAL	45
MICROCEFALIA	46

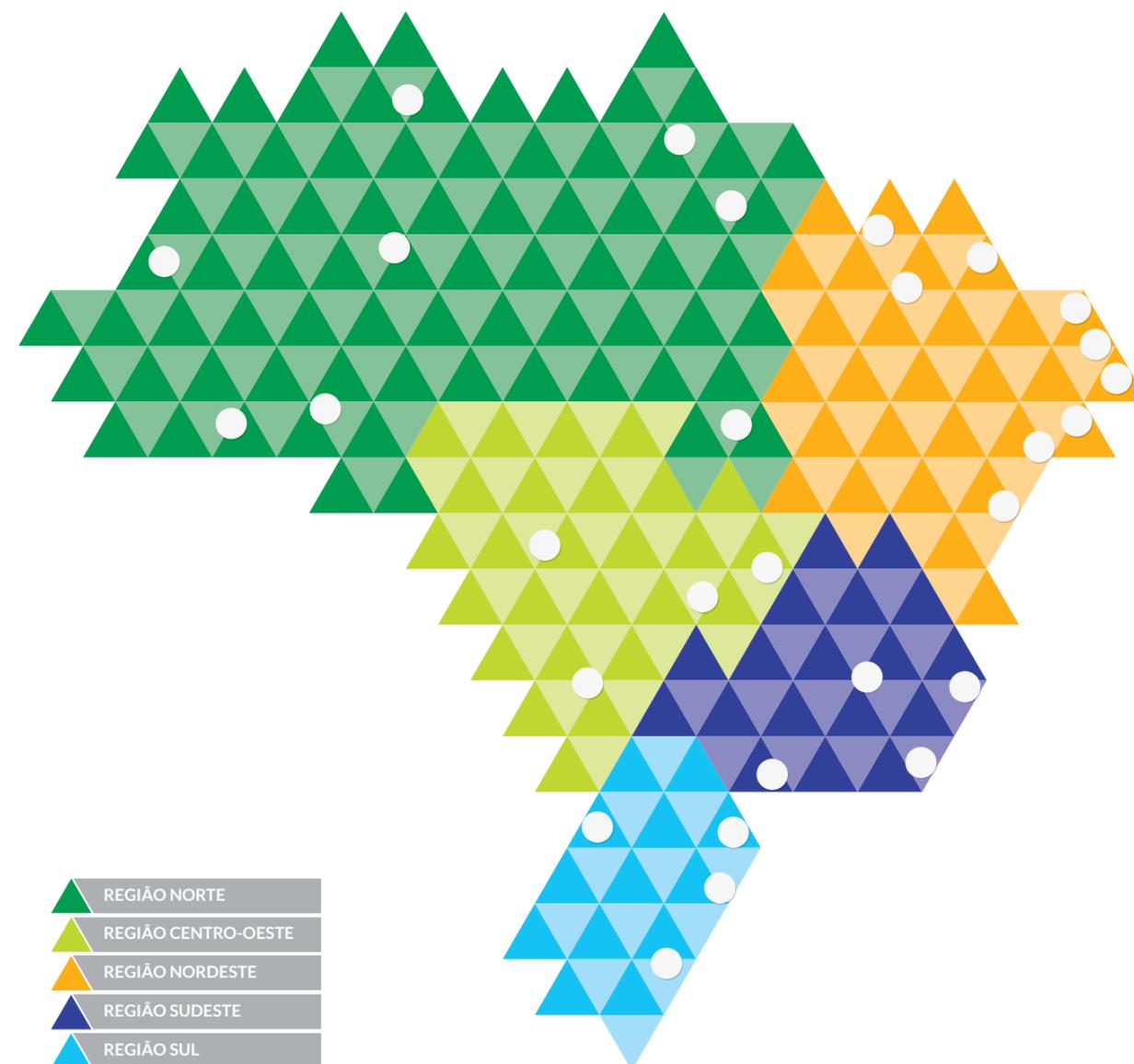
REDE NACIONAL CIEVS

Nos últimos anos, a ocorrência de epidemias e pandemias por doenças emergentes ou reemergentes obrigou a comunidade internacional a aprimorar os serviços de vigilância em saúde. Dentre os fatores que contribuíram para esta mudança estão a pressão demográfica, mudanças no comportamento social e alterações ambientais.

Outro ponto importante foi a globalização, que integrou os países, refletindo no aumento da circulação de pessoas e mercadorias, estreitando as distâncias e compartilhando agentes de doenças que são endêmicos ou inofensivos em determinadas regiões mas podem provocar graves problemas de ordem econômica, social, política e de saúde em outros países.

Nas investigações, a elucidação do agente responsável, dos fatores de risco e a adoção de medidas de prevenção e controle em tempo hábil só são possíveis com a notificação imediata durante a suspeita, não sendo necessário aguardar o resultado final das análises laboratoriais. É a integração entre os profissionais de saúde do setor público e privado, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e o Ministério da Saúde (MS) que permite a adoção e a implementação de medidas de controle e prevenção oportunas.

Atualmente a Rede Nacional CIEVS conta com 27 Centros instituídos nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) de todo o país, além de 26 nas capitais (SMS), 2 em municípios estratégicos e 2 em municípios de fronteira com capacidade para recebimento, compartilhamento e resposta coordenada 24 horas por dia, 365 dias no ano (Fig. 1).



Fonte: CIEVS/SVS/Ministério da Saúde
Figura 1. Rede Nacional CIEVS

CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS E RESPOSTA EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE CIEVS/MATO GROSSO DO SUL

O Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde – CIEVS/MS atua diretamente na identificação de eventos que podem se tornar emergência em saúde pública, onde executa a vigilância para os agravos de notificação imediata, dentro de 24hs. Para a captação desses eventos, são recebidas notificações de profissionais de saúde das secretarias municipais, hospitais e setor privado, além da pesquisa de rumores na mídia e vigilância ativa, efetuando a resposta rápida e oportuna dos eventos epidemiológicos de relevância estadual e nacional, por atuação de plantonistas 24 horas por dia, durante sete dias por semana, por meio de comunicação gratuita para atendimento e suporte frente a uma emergência em saúde epidemiológica.

FAÇA SUA PARTE NOTIFIQUE!

DISQUE-NOTIFICA
0800-647-1650
(24 HORAS)

(67) 99175-4626
(LIGAÇÕES, MENSAGENS, WHATSAPP - 24 HORAS)

(67) 3318-1823
(EXPEDIENTE)

E-NOTIFICA
CIEVS.MS@HOTMAIL.COM
(24 HORAS)

CIEVS@SAUDE.MS.GOV.BR
(EXPEDIENTE)

DETECÇÃO DE EVENTOS PELO CIEVS/MS

Para fins de classificação, esses eventos foram divididos em três (3) grupos:

EVENTOS DE NOTIFICAÇÃO IMEDIATA:

São os eventos prioritários ao CIEVS, por representar situação sentinela para ocorrência de possível emergência em Saúde Pública e listados na Portaria nº 204/GM/MS de 17/02/2016.

EVENTOS DE URGÊNCIA:

Eventos que não são de notificação imediata e que não atendem as condições definidas para possível emergência em Saúde Pública, mas que exigem certa prioridade de resposta por envolver risco sanitário coletivo e/ou individual local.

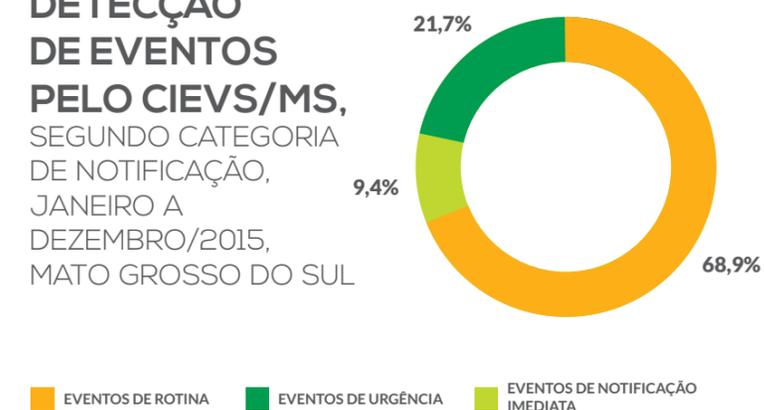
EVENTOS DE ROTINA:

Eventos sem foco de urgências ou emergências no âmbito da saúde, como orientações e dúvidas sobre protocolos e doenças.

ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO/2015

Foram notificados ao CIEVS 534 eventos, sendo que 68,9% correspondem a eventos de rotina com 368 notificações recebidas, 21,7% correspondem a eventos de urgência com 116 notificações recebidas e 9,4% correspondem a eventos de notificação imediata com 50 notificações recebidas no período (Graf. 1).

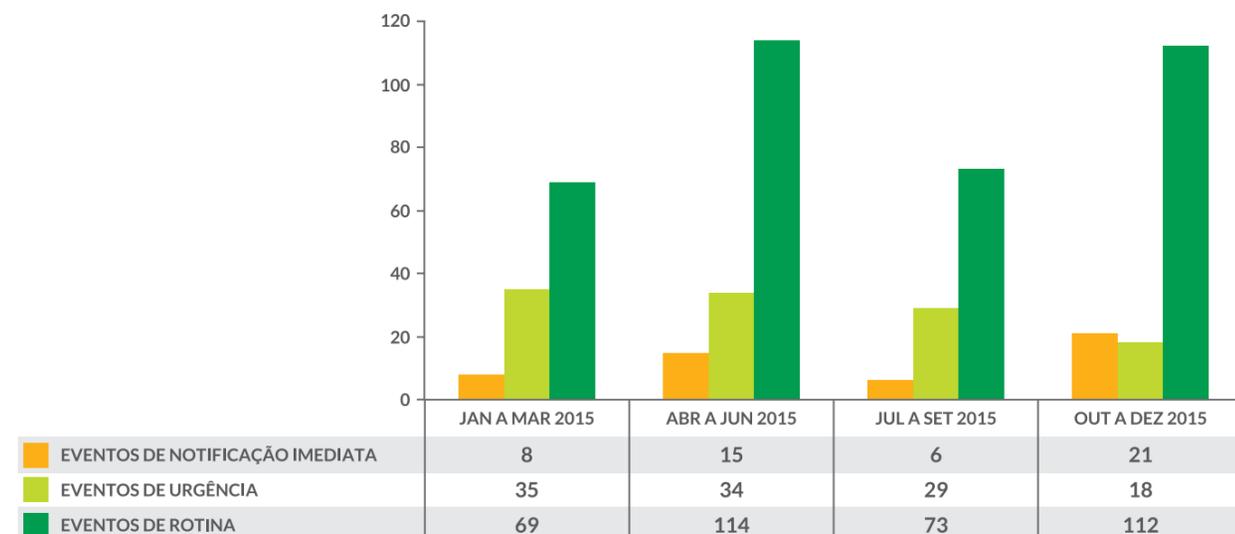
DETECÇÃO DE EVENTOS PELO CIEVS/MS, SEGUNDO CATEGORIA DE NOTIFICAÇÃO, JANEIRO A DEZEMBRO/2015, MATO GROSSO DO SUL



Fonte: CIEVS/MS/SES.

Os dados vinculados a este Centro são analisados e publicados trimestralmente no site da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul – www.saude.ms.gov.br, no link do CIEVS/MS. Os números absolutos segundo categoria de notificação estão descritos no gráfico 2.

GRÁFICO 2. DADOS TRIMESTRAIS DE DETECÇÃO DE EVENTOS PELO CIEVS/MS, SEGUNDO CATEGORIA DE NOTIFICAÇÃO, JANEIRO A DEZEMBRO/2015, MATO GROSSO DO SUL.



Fonte: CIEVS/MS/SES.

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS POR MUNICÍPIO

A detecção oportuna, verificação e resposta aos eventos de relevância que possam se tornar ou que forem consideradas emergências em saúde pública têm sido a meta perseguida diariamente pelo CIEVS/MS.

No período de Janeiro a Dezembro/2015, foram recebidas 166 notificações imediatas e de urgência oriundos de 30 municípios (38%). O maior número de eventos foi registrado no município de Campo Grande com 62 notificações no período, representando 37,4% do total e justificado por ser referência nos atendimentos de alta complexidade (Tab. 1).

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DOS EVENTOS DE NOTIFICAÇÃO IMEDIATA E DE URGÊNCIA SEGUNDO MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO. MATO GROSSO DO SUL, JANEIRO A DEZEMBRO/2015.

MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA	NÚMERO DE CASOS	MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA	NÚMERO DE CASOS
Alcinópolis	4	Juti	1
Bela Vista	1	Ladário	3
Caarapó	1	Maracajú	4
Campo Grande	62	Naviraí	2
Caracol	1	Nioaque	6
Corumbá	17	Nova Andradina	5
Costa Rica	1	Paranhos	1
Coxim	2	Ponta Porã	11
Dourados	19	Porto Murtinho	1
Eldorado	1	Rio Verde	1
Fátima do Sul	1	Rochedo	1
Itaporã	2	São G. D'Oeste	2
Ivinhema	1	Sonora	3
Jaraguari	1	Tacuru	1
Jardim	3	Três Lagoas	7

Fonte: CIEVS/MS/SES.

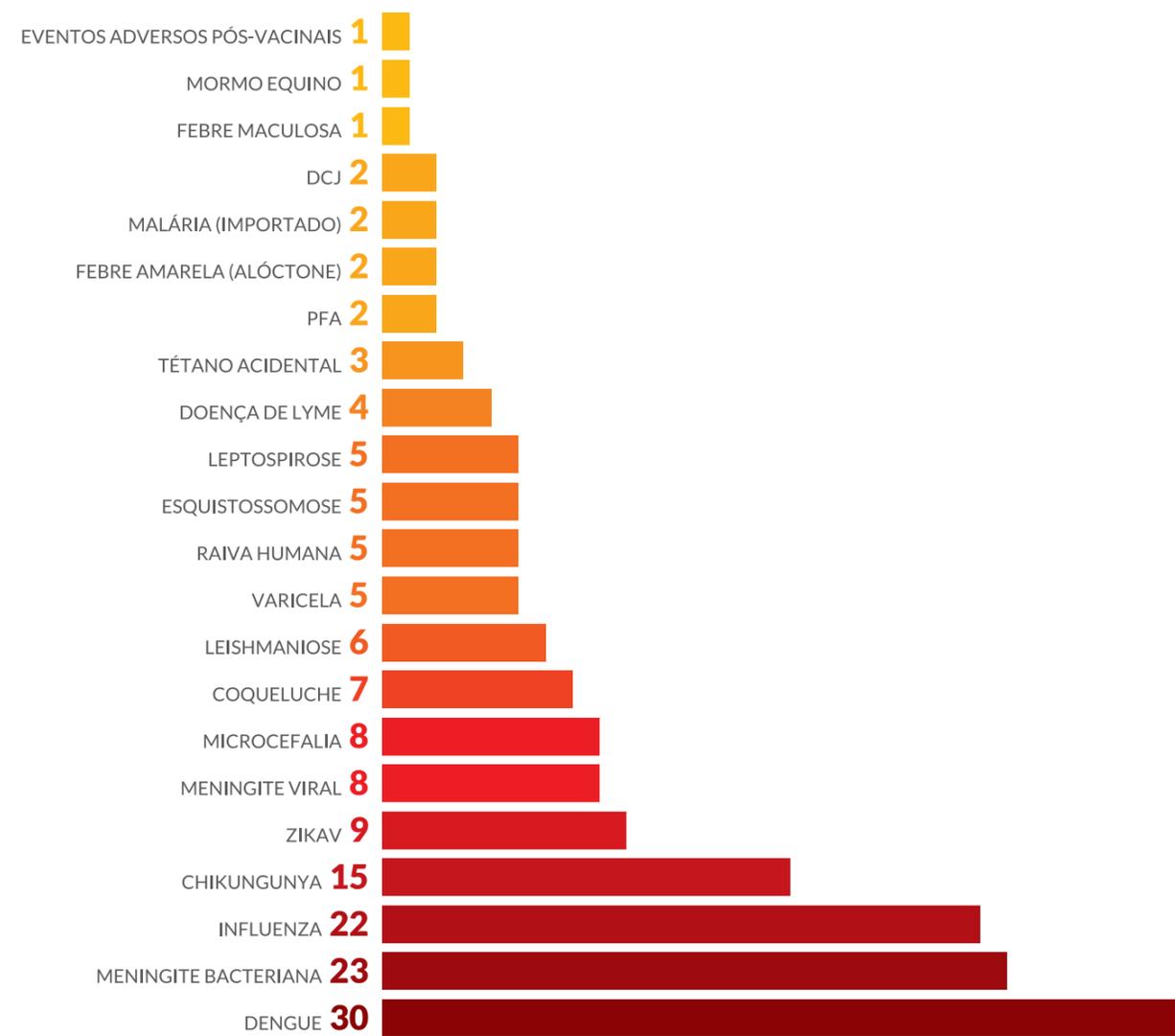
TOTAL DE CASOS **166**

DISTRIBUIÇÃO DE EVENTOS POR DOENÇAS

Dentre as fontes de notificação, o maior percentual foram as notificações durante os plantões CIEVS (172 eventos; 91,5%), seguido das notificações pelas áreas técnicas (9 eventos; 4,7%) e Vigilância Passiva (Mídia – Pesquisa de Rumores) com 7 eventos, perfazendo total de 3,8%.

O grupo de eventos de maior notificação foi o das doenças de transmissão vetorial – Dengue, Chikungunya e vírus Zika com 54 notificações recebidas (32,5%), seguido pelas Meningites Bacterianas perfazendo total de 23 eventos (13,8%) e Influenza representando 13,2% com 22 eventos notificados no período (Graf. 3).

GRÁFICO 3. DISTRIBUIÇÃO DOS EVENTOS DE NOTIFICAÇÃO IMEDIATA E URGÊNCIA SEGUNDO TIPO DE AGRAVO, JANEIRO A DEZEMBRO/2015, MATO GROSSO DO SUL.



Fonte: CIEVS/MS/SES.

ÓBITOS NOTIFICADOS NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO/2015

Em relação aos óbitos, foram recebidas 31 notificações no período, com a confirmação laboratorial de 11 amostras. O agravo de maior notificação por óbito suspeito foi a Dengue, com 18 eventos notificados e 13 descartados por critério laboratorial (Tab. 2).

TABELA 2. CLASSIFICAÇÃO DOS ÓBITOS NOTIFICADOS AO CIEVS/MS. MATO GROSSO DO SUL, JANEIRO A DEZEMBRO/2015.

AGRAVO	OUT A DEZ 2014	JAN A MAR 2015	ABR A JUN 2015	JUL A SET 2015	TOTAL	CONFIRMADOS	DESCARTADOS
DENGUE	3	8	6	1	18	5	13
MENINGITE BACTERIANA	1	2	1	0	4	2	2
INFLUENZA	2	1	1	2	6	1	5
TÉTANO ACIDENTAL	0	1	0	0	1	1	0
RAIVA HUMANA	0	0	1	0	1	1	0
DCJ	0	0	0	1	1	1	0
TOTAL	6	12	9	4	31	11	20

Fonte: CIEVS/MS/SES.

SUPORTE CIEVS

O Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS) foi criado no Ministério da Saúde em março de 2006. Em Mato Grosso do Sul foi implantado no 2º semestre de 2008, com sua inclusão no novo Organograma da SES do Diário Oficial nº 7.309 do dia 02 de outubro de 2008 e oficialmente instituído na Resolução nº 09/SES/MS do Diário Oficial nº 8.131 do dia 13 de fevereiro de 2012, com a finalidade de praticar a captação de notificações por meio da vigilância passiva, recebimento de notificações imediatas e de urgência, análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática de vigilância em saúde, criando meios de identificação, caracterização e inter-

venção precoce nas emergências em saúde pública de relevância estadual e nacional estimando o risco de expansão destes eventos. A equipe CIEVS atua também como serviço de suporte e resposta rápida aos 79 municípios do estado, por meio de comunicação gratuita, 24 horas por dia, durante sete dias por semana. No período de janeiro a dezembro de 2015 foram realizados 368 atendimentos na rotina do CIEVS, relativos a orientações quanto à coleta de amostras de diversos agravos, necropsia, acondicionamento para transporte ao laboratório, dúvidas a respeito de protocolos, consulta sobre tratamentos, envio de amostras para o LA-CEN, entre outros.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS ESTADUAIS

RAIVA ANIMAL

A raiva é uma antropozoonose caracterizada por encefalite viral aguda, com letalidade próxima de 100%. Causada por um Lyssavirus, afeta e é transmitida por mamíferos, e se caracteriza por apresentar quatro ciclos epidemiológicos: o aéreo, envolvendo os morcegos; o rural, envolvendo os animais de produção; o urbano, envolvendo cães e gatos e o silvestre terrestre, envolvendo sagüis, cachorros do mato e raposas, dentre outros animais (BRASIL, 2009). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, um programa de controle da raiva em animais domésticos deve atuar, em ordem de prioridade, na vigilância epidemiológica, na imunização e no controle da população canina.

No ano de 2015, até a SE 52, foram confirmados 93 casos de raiva animal, em 4 espécies e 8 municípios (Tab. 1)

TABELA 1. CASOS CONFIRMADOS DE RAIVA, MATO GROSSO DO SUL - 2015.

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA	MUNICÍPIO	ESPÉCIE	QUANTIDADE
1	-	-	-
2	Campo Grande	morcego não hematóf.	1
3	-	-	-
4	Campo Grande	morcego não hematóf.	1
5	Campo Grande	morcego não hematóf.	1
6	-	-	-
7	-	-	-
8	-	-	-
9	Corumbá	bovina	1
10	Pedro Gomes	bovina	1
11	Corumbá	canina	1
12	Corumbá	canina	1
13	Corumbá	canina	4
	Ladário	canina	1
14	Campo Grande	morcego não hematóf.	1
	Ladário	canina	2
15	Corumbá	canina	5
16	Corumbá	canina	4
	Ladário	canina	4
	Pedro Gomes	bovina	1
	Campo Grande	morcego não hematóf.	1
17	Corumbá	canina	6
	Ladário	canina	1
18	Corumbá	canina	7
	Bonito	equina	1
19	Corumbá	canina	2
	Corumbá	morcego não hematóf.	2
20	Ladário	canina	2
	Rio Brillhante	bovina	1
	Campo Grande	morcego não hematóf.	2
21	Corumbá	canina	5
	Pedro Gomes	bovina	1
22	Corumbá	canina	1
	Ladário	canina	1
23	Corumbá	canina	3

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA	MUNICÍPIO	ESPÉCIE	QUANTIDADE
24	Bela Vista	bovina	1
	Corumbá	canina	1
25	Corumbá	equina	1
26	-	-	-
27	-	-	-
	Campo Grande	bovina	1
28	Corumbá	canina	1
	Ribas do Rio Pardo	bovina	1
29	Corumbá	canina	1
30	Corumbá	canina	4
31	Bela Vista	bovina	1
32	-	-	-
33	Corumbá	canina	2
	Ladário	canina	1
34	Corumbá	canina	2
35	-	-	-
36	Corumbá	canina	2
37	Corumbá	canina	1
	Ladário	canina	1
38	Campo Grande	morcego não hematóf.	1
39	Corumbá	canina	1
40	Campo Grande	morcego não hematóf.	1
41	Corumbá	canina	1
42	Ladário	canina	1
43	-	-	-
44	-	-	-
45	-	-	-
46	-	-	-
47	-	-	-
48	Corumbá	canina	2
49	-	-	-
50	-	-	-
51	-	-	-
52	-	-	-
TOTAL			8 MUNICÍPIOS 4 ESPÉCIES 93 CASOS

Fonte: INFORME SEMANAL-DIAGNÓSTICO DE RAIVA - IAGRO.

Em relação à espécie bovina, 9 casos de raiva foram confirmados em 6 municípios (Tabela 2), já na espécie eqüina, 2 casos foram confirmados em 2 municípios (Tabela 3). No entanto, a maior concentração de casos foi na espécie canina, com 71 confirmações em apenas 2 municípios (Tabela 4). Cabe ressaltar que a raiva também foi diagnosticada em 11 morcegos não hematófagos em 2 municípios (Tabela 5).

TABELA 2. CASOS CONFIRMADOS DE RAIVA ESPÉCIE BOVINA, MATO GROSSO DO SUL- 2015.

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA	MUNICÍPIO	QUANTIDADE
9	Corumbá	1
10	Pedro Gomes	1
16	Pedro Gomes	1
20	Rio Brilhante	1
21	Pedro Gomes	1
24	Bela Vista	1
28	Campo Grande	1
	Ribas do Rio Pardo	1
31	Bela Vista	1

TOTAL **8 MUNICÍPIOS** | **9 CASOS**

Fonte: INFORME SEMANAL-DIAGNÓSTICO DE RAIVA - IAGRO.

TABELA 3. CASOS CONFIRMADOS DE RAIVA ESPÉCIE EQUINA, MATO GROSSO DO SUL- 2015.

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA	MUNICÍPIO	QUANTIDADE
18	Bonito	1
25	Corumbá	1

TOTAL **2 MUNICÍPIOS** | **2 CASOS**

Fonte: INFORME SEMANAL-DIAGNÓSTICO DE RAIVA - IAGRO.

TABELA 4. CASOS CONFIRMADOS DE ESPÉCIE CANINA, MATO GROSSO DO SUL- 2015.

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA	MUNICÍPIO	QUANTIDADE
11	Corumbá	1
12	Corumbá	1
13	Corumbá	4
	Ladário	1
14	Ladário	2
15	Corumbá	5
16	Corumbá	4
	Ladário	4
17	Corumbá	6
	Ladário	1
18	Corumbá	7
	Ladário	2
19	Corumbá	2
20	Ladário	5
21	Corumbá	1
22	Corumbá	1
	Ladário	3
23	Corumbá	1
24	Corumbá	1
28	Corumbá	1
29	Corumbá	4
30	Corumbá	2
33	Corumbá	1
	Ladário	2
35	Corumbá	2
36	Corumbá	1
37	Corumbá	1
	Ladário	1
39	Corumbá	1
42	Ladário	1
48	Corumbá	2

TOTAL **2 MUNICÍPIOS** | **71 CASOS**

Fonte: INFORME SEMANAL-DIAGNÓSTICO DE RAIVA - IAGRO.

TABELA 5. CASOS CONFIRMADOS DE RAIVA ESPÉCIE MORCEGO NÃO HEMATÓFAGO, MATO GROSSO DO SUL- 2015

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA	MUNICÍPIO	QUANTIDADE
2	Campo Grande	1
4	Campo Grande	1
5	Campo Grande	1
14	Campo Grande	1
16	Campo Grande	1
19	Corumbá	2
21	Campo Grande	2
38	Campo Grande	1
40	Campo Grande	1
TOTAL 11 CASOS		

Fonte: Informe semanal-diagnóstico de raiva - IAGRO.

No ano de 2015, até a SE 52, foram registrados no município de Corumbá, 61 casos de raiva animal, sendo: 57 cães, 1 bovino, 1 equino e 2 morcegos não hematófagos. Também houve confirmação de 1 caso de raiva humana, transmitida pela mordida de um canino, que evoluiu para óbito. O município de Ladário registrou 14 casos da doença na espécie canina. Entre as ações realizadas para o controle da raiva canina na região de Corumbá e Ladário, destacam-se: o bloqueio de foco nos bairros onde foram registrados casos positivos, com vacinação casa a casa, captura de cães não domiciliados, busca ativa de pessoas agredidas por animais e divulgação nos meios de comunicação. A campanha de vacinação antirrábica de caninos e felinos foi antecipada em 2015, com a vacinação de 27.306 animais, sendo 22.339 cães e 4.967 gatos em Corumbá; e 4.652 animais em Ladário, sendo, 3.960 cães e 692 gatos. Em outubro do mesmo ano, foi realizada a etapa nacional da campanha de vacinação antirrábica, e os dois municípios realizaram novamente a vacinação de cães e gatos da região. Ladário vacinou 3.597 cães e 543 gatos, totalizando 4.140 animais; o município de Corumbá vacinou 21.185 animais, sendo, 17.789 cães e 3.396 gatos.

GRÁFICO 1. CASOS CONFIRMADOS DE RAIVA POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE ACORDO COM A ESPÉCIE, MATO GROSSO DO SUL- 2015



Fonte: Informe semanal-diagnóstico de raiva - IAGRO.

RAIVA HUMANA

A raiva é uma zoonose transmitida ao homem pela inoculação do vírus rábico contido na saliva do animal infectado, principalmente através da mordedura. Apesar de ser conhecida desde a antiguidade, continua sendo problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. Há muitas interfaces entre a raiva humana e a animal. Na vigilância da raiva, os dados epidemiológicos são essenciais tanto para os profissionais de saúde, para que seja tomada a decisão de profilaxia de pós-exposição em tempo oportuno, como para os veterinários, que devem adotar medidas de bloqueio de foco e controle animal. Assim, a integração entre assistência médica e a vigilância epidemiológica são imprescindíveis para o controle dessa zoonose.

Todo caso humano suspeito de raiva é de notificação individual, compulsória e imediata aos níveis municipal, estadual e federal. Portanto deve ser investigado pelos serviços de saúde por meio da ficha de investigação, padronizada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Toda pessoa com histórico de exposição deve procurar assistência médica e, conforme avaliação, receber vacinação ou soro vacinação ou, ainda, acompanhamento durante o período de observação animal.

Logo que se tenha conhecimento da suspeita de caso de raiva, deve-se notificar imediatamente o CIEVS estadual, para o desencadeamento das respostas em tempo oportuno. Imediatamente ou até 72 horas após a notificação de um caso de raiva, deve-se iniciar a investigação epidemiológica para permitir que as medidas de controle possam ser adotadas.

Foram notificados ao CIEVS/MS 5 casos suspeitos de Raiva Humana no ano de 2015, sendo 4 casos descartados e 1 caso confirmado laboratorialmente, com óbito do paciente.

Em caso de possível exposição ao vírus da raiva é imprescindível: limpeza do ferimento com água corrente abundante e sabão. Deve-se procurar assistência médica imediatamente para que o profissional de saúde avalie e indique ou não esquema de profilaxia da raiva humana. Nunca se deve interromper o esquema profilático indicado.

LEISHMANIOSE VISCERAL

Considerada primariamente como uma doença de caráter eminentemente rural, a leishmaniose visceral (LV) se expandiu para áreas urbanas e se tornou um crescente problema de saúde pública, tanto no país, quanto em outras regiões do continente americano, através da sua franca expansão geográfica. É uma doença sistêmica, caracterizada por febre de longa duração, perda de peso, astenia, anemia, e outras manifestações diversas. Quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos.

A doença é endêmica em 76 países e, no continente americano, está descrita em pelo menos 12. Dos casos registrados na América Latina, 90% ocorrem no Brasil. É transmitida pela picada de fêmeas do inseto vetor infectado e, no Brasil, a principal espécie responsável pela transmissão é a *Lutzomyia longipalpis*. Raposas (*Lycalopex vetulus* e *Cerdocyon thous*) e marsupiais (*Didelphis albiventris*) têm sido incriminados como reservatórios silvestres. Já no ambiente urbano, o cão é o principal reservatório e, quando infectado, pode apresentar sintomas variados, como: emagrecimento, queda de pêlos, crescimento e deformação das unhas, paralisia de membros posteriores, desnutrição, entre outros.

Considerada primariamente como uma doença de caráter eminentemente rural, a leishmaniose visceral (LV) se expandiu para áreas urbanas e se tornou um crescente problema de saúde pública, tanto no país, quanto em outras regiões do continente americano, através da sua franca expansão geográfica. É uma doença sistêmica, caracterizada por febre de longa duração, perda de peso, astenia, anemia, e outras manifestações diversas. Quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos.

A doença é endêmica em 76 países e, no continente americano, está descrita em pelo menos 12. Dos casos registrados na América Latina, 90% ocorrem no Brasil. É transmitida pela picada de fêmeas do inseto vetor infectado e, no Brasil, a principal espécie responsável pela transmissão é a *Lutzomyia longipalpis*. Raposas (*Lycalopex vetulus* e *Cerdocyon thous*) e marsupiais (*Didelphis albiventris*) têm sido incriminados como reservatórios silvestres. Já no ambiente urbano, o cão é o principal reservatório e, quando infectado, pode apresentar sintomas variados, como: emagrecimento, queda de pêlos, crescimento e deformação das unhas, paralisia de membros posteriores, desnutrição, entre outros.



Em 1913 foi descrito o primeiro caso em um paciente oriundo de Boa Esperança, Mato Grosso, através da realização de exame necroscópico. Já em 1934, 41 casos foram identificados em lâminas de viscerotomias praticadas post-mortem, em indivíduos oriundos das Regiões Norte e Nordeste, com suspeita de febre amarela.

A doença, desde então, vem sendo descrita em vários municípios brasileiros, apresentando mudanças importantes no padrão de transmissão, inicialmente predominando em ambientes silvestres e rurais e mais recentemente em centros urbanos. Em média, cerca de 3.500 casos são registrados anualmente e o coeficiente de incidência é de 2,0 casos/100.000 habitantes. Nos últimos anos, a letalidade vem aumentando gradativamente, passando de 3,1% em 2000 para 7,1% em 2012.

Para combater a doença é essencial o apoio da população, no que diz respeito à higiene ambiental (manejo ambiental). Recomenda-se a limpeza periódica dos quintais, por meio da retirada da matéria orgânica em decomposição (folhas, frutos, fezes de animais e outros entulhos que favoreçam a umidade do solo) e destino adequado do lixo orgânico, a fim de impedir o desenvolvimento das formas imaturas dos flebotomíneos; a limpeza dos abrigos de animais domésticos; bem como a manutenção de animais domésticos distantes do domicílio, especialmente durante a noite, de modo a reduzir a atração dos flebotomíneos para o intradomicílio.

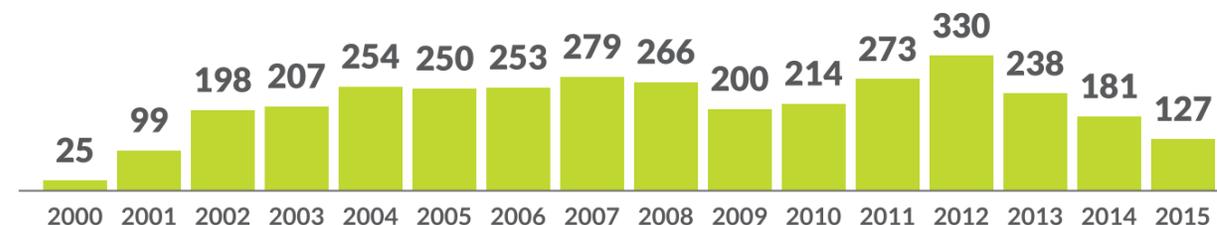
De 2000 a 2015 foram confirmados 3.394 casos da doença em Mato Grosso do Sul (Graf. 1). Só em 2015, 127 casos novos de LV foram confirmados, em 21 municípios do Estado e a maior frequência encontrada foi em Campo Grande, com 77 (60,6%) casos, seguida por Três Lagoas, com 9 (7,1%) e Corumbá, com 8 (6,3%).

FAÇA SUA PARTE. NOTIFIQUE!

DISQUE-NOTIFICA
0800-647-1650
(24 HORAS)
(67) 99175-4626
(LIGAÇÕES, MENSAGENS, WHATSAPP - 24 HORAS)
(67) 3318-1823
(EXPEDIENTE)

E-NOTIFICA
CIEVS.MS@HOTMAIL.COM
(24 HORAS)
CIEVS@SAUDE.MS.GOV.BR
(EXPEDIENTE)

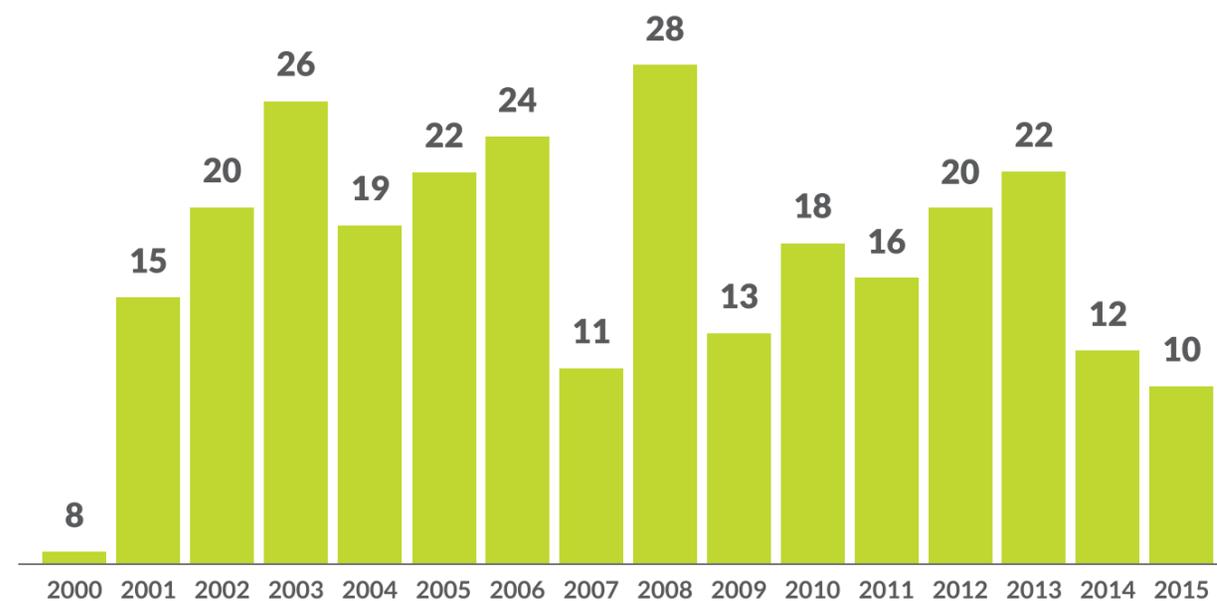
GRÁFICO 1. CASOS CONFIRMADOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL, MATO GROSSO DO SUL, 2000 A 2015.



Fonte: SINAN/SES.
*Dados até 01/01/2016.

Em relação aos óbitos foram registrados em 2015 um total de 10 casos. Em uma série histórica de 2000 a 2015, foram 284 registros de óbito por LV no estado (Graf. 2).

GRÁFICO 2. ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL, MATO GROSSO DO SUL, 2000 A 2015.



Fonte: SINAN.
*Dados até 01/01/2016.

DENGUE

A dengue é uma doença infecciosa causada por um vírus de genoma RNA, do gênero Flavivirus, família Flaviviridae, do qual são conhecidos quatro sorotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4).

A infecção pelo vírus pode causar desde infecções assintomáticas até formas mais graves que podem levar a óbitos, mesmo em primoinfecção. No Brasil, o padrão epidemiológico tem variado ao longo dos anos. Inicialmente, casos de dengue clássica ocorriam, principalmente, em adultos jovens. No entanto, entre 2007 e 2009, observou-se aumento das formas graves, atingindo, principalmente, crianças.

A susceptibilidade ao vírus da dengue é universal. No entanto, fatores de risco individuais, tais como idade, etnia, presença de comorbidades e infecção secundária podem determinar a gravidade da doença. Crianças mais novas, particularmente, podem ser menos capazes que adultos de compensar o extravasamento capilar e estão, conseqüentemente, em maior risco de choque por dengue.

A dengue apresenta um comportamento sazonal, ocorrendo, principalmente, entre os meses de outubro a maio. Dessa forma, o monitoramento de indicadores epidemiológicos, entomológicos e operacionais pode detectar precocemente a vulnerabilidade para ocorrência da doença em determinado local. Sendo assim, recomenda-se que, a partir de outubro, esse monitoramento seja intensificado.

Os dados têm como foco apresentar o panorama da doença no período analisado, sendo um instrumento de auxílio para a elaboração de estratégias, ações e interlocuções entre as equipes técnicas.

A estratificação de risco para os municípios usa como ponto de corte valores de referência das taxas de incidência calculada com os números absolutos de casos suspeitos divididos pela população residente de cada município vezes 100.000 habitantes. Assim, os municípios são classificados como de baixa incidência abaixo de 100 casos por 100.000 habitantes, moderada de 100 a 300 casos por 100.000 habitantes e alta incidência acima de 300 casos por 100.000 habitantes.

O levantamento dos dados de dengue notificados em Mato Grosso do Sul da SE 1 a 52 de 2015 são de 44.523 casos suspeitos pela Planilha Simplificada (Tab. 1) (Graf. 1). O número de casos notificados superou significativamente o ano de 2014, onde foram notificados 9.256 casos suspeitos da doença (Tab.2).

TABELA 1. NÚMERO DE CASOS SUSPEITOS DE DENGUE NOTIFICADOS ATÉ A SE 52, MATO GROSSO DO SUL, 2015.

MUNICÍPIOS	NOTIFICADOS	POPULAÇÃO	INCIDÊNCIA
1 Iguatemi	1.284	15.429	8322,0
2 Sonora	999	16.543	6038,8
3 Selvíria	381	6.427	5928,1
4 Itaquiraí	1.011	19.672	5139,3
5 Brasilândia	573	11.943	4797,8
6 Chapadão do Sul	884	21.257	4158,6
7 Douradina	226	5.616	4024,2
8 Amambaí	1.463	36.686	3987,9
9 São Gabriel do Oeste	944	24.035	3927,6
10 Laguna Carapã	267	6.851	3897,2
11 Costa Rica	712	18.835	3780,2
12 Bonito	754	20.597	3660,7
13 Santa Rita do Pardo	264	7.530	3506,0
14 Caracol	197	5.699	3456,7
15 Sete Quedas	360	10.876	3310,0
16 Juti	205	6.241	3284,7
17 Aral Moreira	355	11.014	3223,2
18 Japorã	266	8.288	3209,5
19 Inocência	235	7.711	3047,6
20 Cassilândia	595	21.491	2768,6
21 Nioaque	398	14.379	2767,9
22 Antônio João	226	8.545	2644,8
23 Água Clara	365	13.938	2618,7
24 Naviraí	1.299	49.827	2607,0
25 Paranhos	329	13.123	2507,0
26 Angélica	244	9.829	2482,4
27 Itaporã	535	22.231	2406,5
28 Maracaju	924	41.099	2248,2
29 Eldorado	265	12.029	2203,0
30 Guia Lopes da Laguna	223	10.287	2167,8
31 Três Lagoas	2.323	109.633	2118,9
32 Ribas do Rio Pardo	455	22.429	2028,6
33 Tacuru	211	10.777	1957,9
34 Nova Andradina	916	49.104	1865,4
35 Paraíso das Águas	91	4.942	1841,4
36 Coxim	587	32.948	1781,6
37 Aparecida do Taboado	419	23.733	1765,5
38 Paranaíba	712	41.227	1727,0
39 Ivinhema	393	22.832	1721,3

MUNICÍPIOS	NOTIFICADOS	POPULAÇÃO	INCIDÊNCIA
40 Alcinópolis	84	4.883	1720,3
41 Campo Grande	14.140	832.350	1698,8
42 Sidrolândia	796	48.027	1657,4
43 Nova Alvorada do Sul	291	18.503	1572,7
44 Mundo Novo	271	17.658	1534,7
45 Pedro Gomes	115	7.908	1454,2
46 Deodópolis	172	12.524	1373,4
47 Fátima do Sul	263	19.260	1365,5
48 Coronel Sapucaia	196	14.607	1341,8
49 Vicentina	79	6.013	1313,8
50 Dourados	2.717	207.498	1309,4
51 Ponta Porã	915	83.747	1092,6
52 Anaurilândia	88	8.758	1004,8
53 Jaraguari	65	6.696	970,7
54 Glória de Dourados	93	10.025	927,7
55 Rio Brilhante	292	33.362	875,2
56 Rochedo	40	5.156	775,8
57 Bandeirantes	51	6.747	755,9
58 Terenos	142	18.942	749,7
59 Caarapó	205	27.554	744,0
60 Corumbá	786	107.347	732,2
61 Rio Negro	36	4.989	721,6
62 Ladário	151	21.106	715,4
63 Aquidauana	318	46.830	679,1
64 Bela Vista	159	23.888	665,6
65 Novo Horizonte do Sul	28	4.581	611,2
66 Jateí	24	4.051	592,4
67 Bataguassu	108	21.142	510,8
68 Miranda	123	26.670	461,2
69 Taquarussu	16	3.570	448,2
70 Corguinho	23	5.289	434,9
71 Bodoquena	31	7.979	388,5
72 Anastácio	94	24.534	383,1
73 Jardim	95	25.180	377,3
74 Porto Murtinho	50	16.162	309,4
75 Camapuã	41	13.770	297,7
76 Dois Irmãos do Buriti	26	10.793	240,9
77 Rio Verde de Mato Grosso	41	19.351	211,9
78 Figueirão	4	2.997	133,5
79 Bataiporã	11	11.167	98,5

TOTAL NOTIFICADOS 46.070 | POPULAÇÃO 2.587.267 | INCIDÊNCIA 1780,6

Fonte: PLANILHA SIMPLIFICADA/CEVE/SGVS/SES/MS (atualizado em 06/01/2016) Dados sujeitos a alterações.

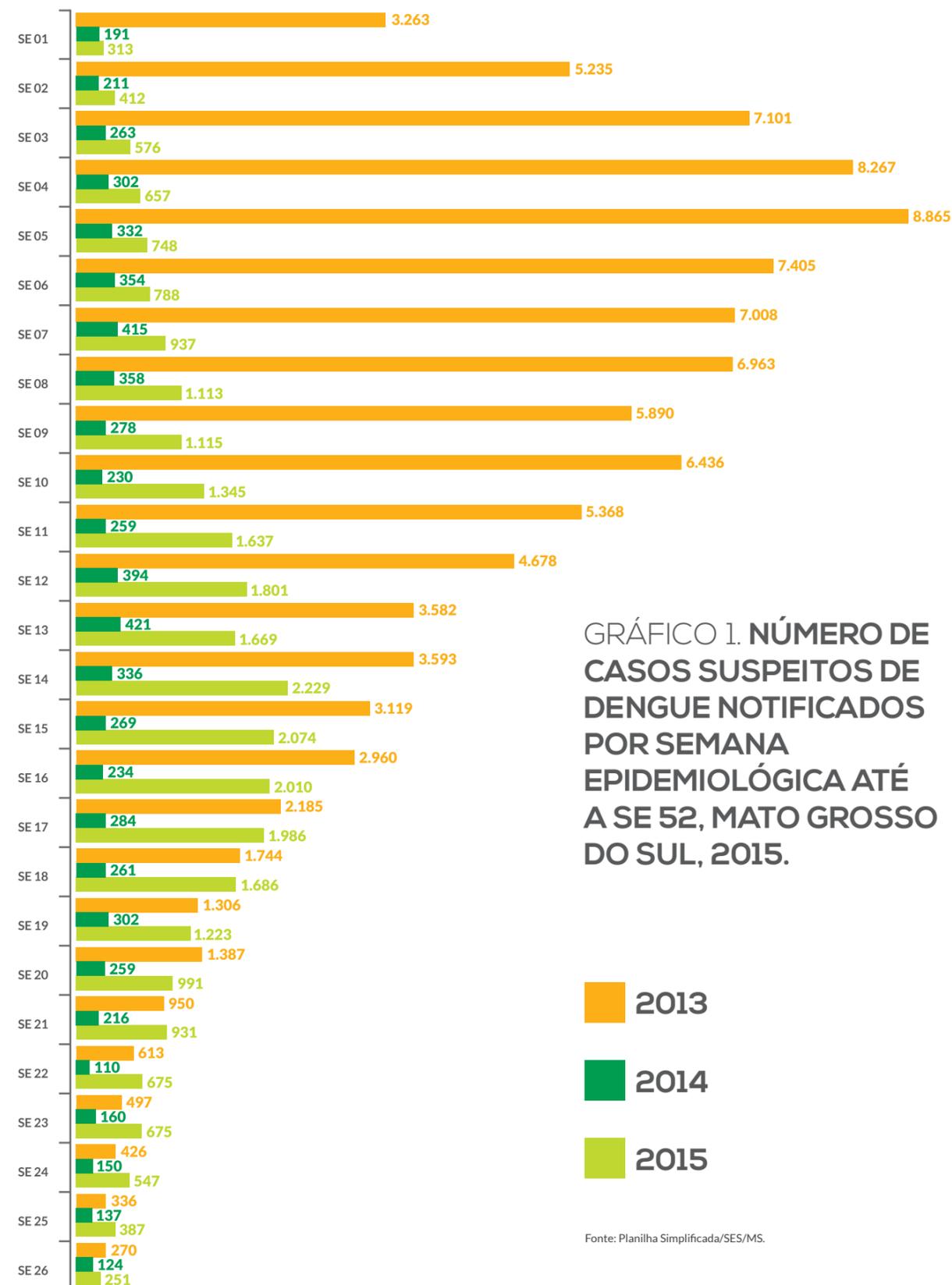


GRÁFICO 1. NÚMERO DE CASOS SUSPEITOS DE DENGUE NOTIFICADOS POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA ATÉ A SE 52, MATO GROSSO DO SUL, 2015.

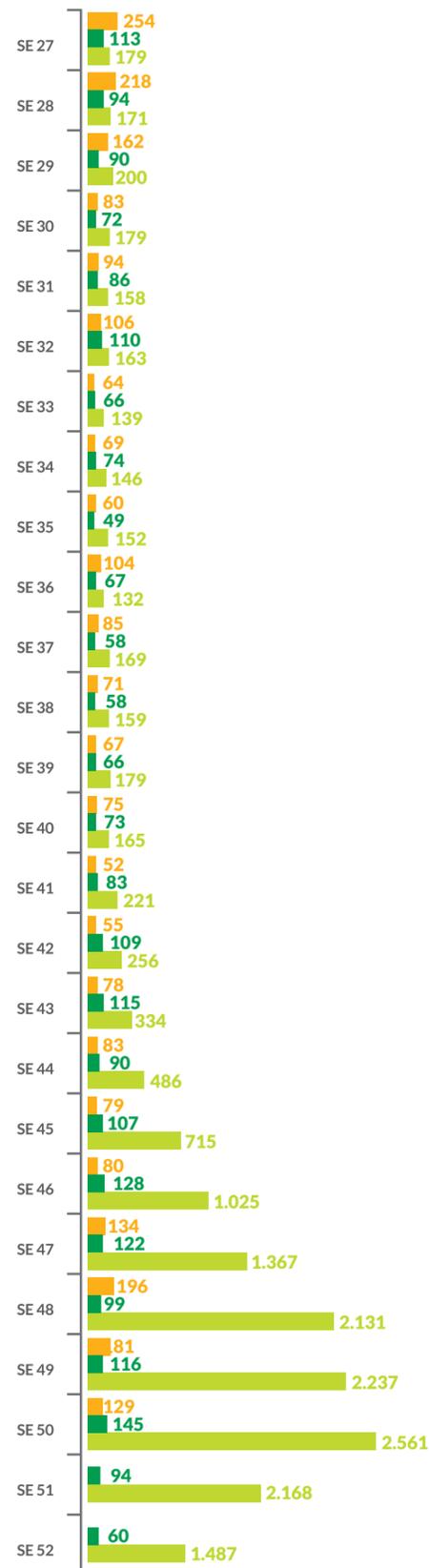
2013
2014
2015

Fonte: Planilha Simplificada/SES/MS.

TABELA 2. CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE, MATO GROSSO DO SUL, 2010 A 2015.

ANO	NOTIFICADOS
2010	82.597
2011	15.506
2012	16.506
2013	102.026
2014	9.256
2015*	44.523

Fonte: Planilha Simplificada CCV/SES/MS. * dados 2015 até 06/01/2016.



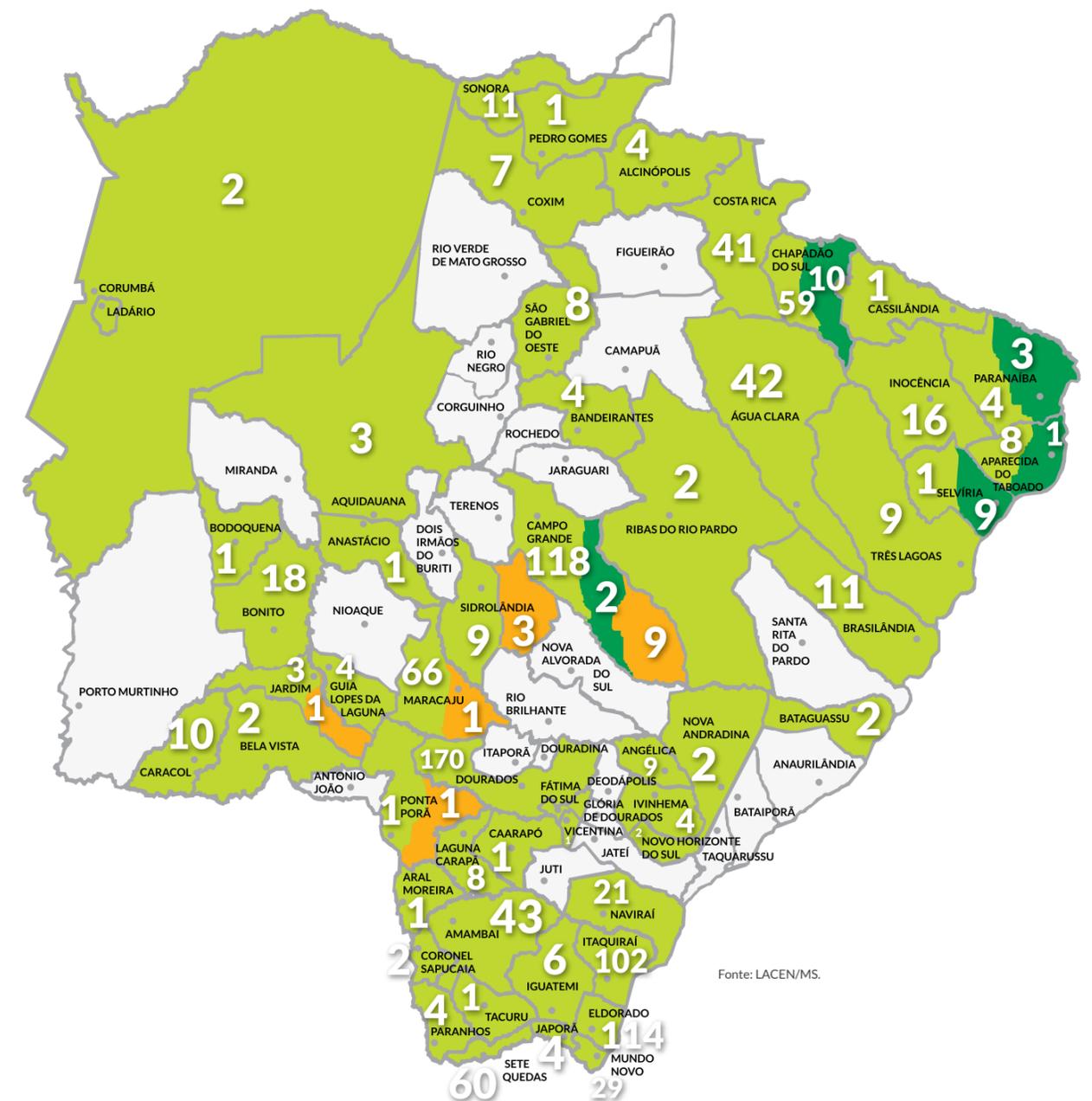
FAÇA SUA PARTE. NOTIFIQUE!

DISQUE-NOTIFICA
0800-647-1650
(24 HORAS)
(67) 99175-4626
(LIGAÇÕES, MENSAGENS, WHATSAPP - 24 HORAS)
(67) 3318-1823
(EXPEDIENTE)

E-NOTIFICA
CIEVS.MS@HOTMAIL.COM
(24 HORAS)
CIEVS@SAUDE.MS.GOV.BR
(EXPEDIENTE)

Segundo o LACEN, até a SE 52/2015 foram 5.396 isolamentos virais triados por NS1, sendo 1.110 amostras de isolamento viral positivas, destas: 1.070 - Den 1; 25 - Den 2; 15 - Den 4. (Figura 1).

FIGURA 1. ISOLAMENTOS VIRAIS TRIADOS POR NS1 PELO LACEN ATÉ A SE 52 E DISTRIBUIÇÃO DOS SOROTIPOS VIRAIS DE DENGUE POR MUNICÍPIO, MATO GROSSO DO SUL, 2015.



Fonte: LACEN/MS.

DEN - 1 (1.070)

Água Clara	Chapadão Sul	Mundo Novo
Alcinópolis	Coronel Sapucaia	Naviraí
Amanbai	Corumbá	Nova Andradina
Anastácio	Costa Rica	Novo Horizonte do Sul
Angélica	Coxim	Paranaíba
Aparecida do Taboado	Dourados	Paranhos
Aquidauana	Eldorado	Pedro Gomes
Aral Moreira	Fátima do Sul	Ponta Porã
Bandeirantes	Guia L. da Laguna	Ribas do Rio Pardo
Bataguassu	Iguatemi	Sete Quedas
Bela Vista	Inocência	São Gabriel do Oeste
Bodoquena	Itaquiraí	Sidrolândia
Bonito	Ivinhema	Sonora
Brasilândia	Japorã	Tacuru
Caarapó	Jardim	Três Lagoas
Campo Grande	Ladário	Vicentina
Caracol	Laguna Caarapã	
Cassilândia	Maracaju	

DEN - 2 (25)

Aparecida do Taboado
Chapadão do Sul
Paranaíba
Selvíria
Campo Grande

DEN - 4 (15)

Campo Grande
Jardim
Maracaju
Ponta Porã
Sidrolândia

Em relação aos óbitos por Dengue em 2015, foram confirmados 17 óbitos em 12 municípios (Tab.3)

TABELA 3. ÓBITOS CONFIRMADOS POR DENGUE ATÉ A SE 52, MATO GROSSO DO SUL, 2015.

Corumbá	1	Itaporã	1
Coxim	1	Paranhos	1
Campo Grande	3	Sonora	2
Dourados	3	Três Lagoas	1
Douradina	1	Maracaju	1
Juti	1	Miranda	1
TOTAL 17 ÓBITOS			

Fonte: Dengue Online.

CHIKUNGUNYA

O CHIKV é um vírus RNA que pertence ao gênero Alphavirus da família Togaviridae. O nome chikungunya deriva de uma palavra em Makonde que significa aproximadamente “aqueles que se dobram”, descrevendo a aparência encurvada de pacientes que sofrem de artralgia intensa.

Casos humanos com febre, exantema e artrite aparentando ser CHIKV foram relatados no início de 1770. Porém, o vírus não foi isolado do soro humano ou de mosquitos até a epidemia na Tanzânia de 1952-53. Outros surtos ocorreram subsequentemente na África e na Ásia. Muitos ocorreram em pequenas comunidades ou comunidades rurais. No entanto, na Ásia, cepas de CHIKV foram isoladas durante grandes surtos urbanos em Bangkok e Tailândia em 1960 e em Calcutá e Vellore, na Índia, durante as décadas de 60 e 70.

Após a identificação inicial do CHIKV, surtos ocorreram esporadicamente, e uma pequena transmissão foi relatada após metade dos anos 80. Todavia, em 2004, um surto originário da costa do Quênia, espalhou-se pelas Ilhas Comoros, Réunion e muitas outras ilhas do Oceano Índico durante os dois anos seguintes. Da primavera de 2004 ao verão de 2006, ocorreu um número estimado em 500 mil casos. A epidemia propagou-se do Oceano Índico à Índia, onde grandes eventos emergiram em 2006. Uma vez introduzido, o CHIKV alastrou-se em 17 dos 28 estados da Índia e infectou mais de 1,39 milhão de pessoas antes do final do ano. O surto da Índia continuou em 2010 com novos casos aparecendo em áreas não envolvidas no início da fase epidêmica. A preocupação com a propagação do CHIKV atingiu um pico em 2007, quando o vírus foi encontrado em transmissão autóctone (humano-para-mosquito-para-humano) no norte da Itália após ser introduzido por um viajante com o vírus advindo da Índia. As taxas de ataque em comunidades afetadas em recentes epidemias variaram de 38% a 63% e, embora em níveis reduzidos, muitos casos destes países continuam sendo relatados. Em 2010, o vírus continua a causar doença na Índia, na Indonésia, em Myanmar, na Tailândia, nas Maldivas e reapareceu na Ilha Réunion. Casos

importados também foram identificados no ano de 2010 em Taiwan, na França, nos Estados Unidos e no Brasil, trazidos por viajantes advindos, respectivamente, da Indonésia, da Ilha Réunion, da Índia e do sudoeste asiático.

Durante os recentes surtos, indivíduos virêmicos com CHIKV foram encontrados no Caribe (Martinica), nos Estados Unidos e na Guiana Francesa. Todos esses indivíduos estavam retornando de áreas com endemia ou epidemia de CHIKV e, portanto, a transmissão não ocorreu de forma autóctone. Porém, todas essas áreas têm mosquitos vetores competentes e hospedeiros suscetíveis aumentando o risco da transmissão endêmica do CHIKV nas Américas. Diante desses fatores, o CHIKV tem a capacidade de emergir, reemergir e propagar-se rapidamente em novas áreas, dessa forma, torna-se necessário a implantação e o aprimoramento das ações de vigilância do vírus no Brasil.



RECOMENDAÇÕES

- Manter repouso;
- Tomar muito líquido: água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco e sopas;
- Manter amamentação;
- Procurar uma unidade de saúde;
- Evitar a exposição a mosquitos.

ATENÇÃO

- Em alguns casos, as dores articulares permanecem por meses e até anos.
- Geralmente ocorrem casos próximos.
- Pode acontecer infecção pela chikungunya e dengue ao mesmo tempo.
- O mesmo mosquito pode carregar os dois vírus (DENGUE E CHIKV).

CONDIÇÕES DE RISCO

- Gestantes;
- Menores de 2 anos;
- Maiores de 65;
- Pessoas com comorbidade.

COMO PREVENIR?

- Descarte todos os objetos não utilizados que estiverem expostos às chuvas e podem acumular água: pneus, latas, garrafas, baldes, etc.
- Tampe os tonéis e depósitos de água e troque diariamente a água dos bebedouros dos animais.
- Coloque terra ou areia nos vasilhinhos de plantas, ou lugares que acumulem água.
- Coloque o lixo em sacos plásticos, e mantenha a lixeira completamente tampada.
- Tampe bem os recipientes que utiliza para acondicionar água: garrações, jarras, tanques, etc.
- Troque a água das plantas a cada três dias.
- Evite deslocamento para áreas onde há transmissão instalada do vírus.

VETORES

Existem dois vetores principais do CHIKV, *Ae. aegypti* e *Ae. albopictus*. Ambos os mosquitos são amplamente distribuídos por todos os trópicos, sendo também presentes em latitudes mais temperadas. Dada a distribuição dos vetores pelas Américas, toda a região é suscetível à introdução e à propagação do vírus.

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE FEBRE DO CHIKUNGUNYA

Indivíduo com febre de início súbito maior que 38,5°C e dor intensa nas articulações de início agudo, acompanhada ou não de edemas (inchaço), não explicado por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas onde estejam ocorrendo casos suspeitos até duas semanas antes do início dos sintomas ou que tenha vínculo com algum caso confirmado.

No ano de 2015 foram notificados 170 casos suspeitos de Febre do Chikungunya em Mato Grosso do Sul, em 26 municípios, com o descarte de 105 notificações, confirmação de 8 casos por critério laboratorial e com 57 amostras triadas aguardando resultado do laboratório de referência (dados até 06/01/2016 – Tab. 1).

TABELA 1. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA FEBRE DO CHIKUNGUNYA, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA, MATO GROSSO DO SUL, *2015

MUNICÍPIOS	NOTIFICADOS	CONFIRMADOS	AGUARDANDO RESULTADO DO I.E.C	DESCARTADOS- CRITÉRIO CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICO	DESCARTADOS- CRITÉRIO LABORATORIAL	TOTAL DE DESCARTADOS
Aquidauana	38	-	31	4	3	7
Anastácio	4	-	2	-	2	2
Angélica	1	-	-	-	1	1
Aparecida do Taboado	4	-	-	-	4	4
Aral Moreira	1	-	-	-	1	1
Brasilândia	1	-	-	-	1	1
Campo Grande	64	1	3	24	36	60
Chapadão do Sul	2	-	-	1	1	2
Corumbá	20	*6	8	2	4	6
Costa Rica	1	-	-	-	1	1
Coxim	1	-	1	-	-	-
Dourados	5	1	1	2	1	3
Iguatemi	1	-	-	-	1	1
Jaraguari	3	-	3	-	-	-
Ladário	2	-	2	-	-	-
Maracaju	4	-	-	-	4	4
Miranda	1	-	1	-	-	-
Nioaque	1	-	1	-	-	-
Paranhos	4	-	-	-	4	4
Porto Murtinho	1	-	-	-	1	1
Ponta Porã	1	-	-	1	-	1
Ribas do Rio Pardo	1	-	-	-	1	1
Rio Verde de Mt	1	-	-	-	1	1
São Gabriel do Oeste	2	-	-	1	1	2
Sidrolândia	4	-	3	1	-	1
Três Lagoas	2	-	1	-	1	1
TOTAL	170	8	57	36	69	105

*DOS 6 CASOS CONFIRMADOS: 2 IMPORTADO DA BOLÍVIA E 4 AUTÓCTONES DE CORUMBÁ. JÁ SE TEM EVIDENCIADO A CIRCULAÇÃO DO VÍRUS DA FEBRE CHIKUNGUNYA NA BOLÍVIA E EM CORUMBÁ. PARA TANTO SEGUIE ALERTA PARA NOVOS POSSÍVEIS CASOS SINTOMÁTICOS.

1 CASO CONFIRMADO RESIDENTE DE CAMPO GRANDE COM DESLOCAMENTO E CONTAMINAÇÃO NA COLÔMBIA EM NOVEMBRO DE 2014.

1 CASO CONFIRMADO RESIDENTE DE DOURADOS TEVE DESLOCAMENTO E CONTAMINAÇÃO NO ESTADO DA BAHIA - CASO IMPORTADO.

Fonte: CEVE/SES/MS.

A ocorrência de casos na comunidade deve ser comunicada imediatamente para as autoridades de saúde pública a fim de permitir a implementação de medidas de controle. Notifique!



FAÇA SUA PARTE. NOTIFIQUE!

DISQUE-NOTIFICA
0800-647-1650
(24 HORAS)
(67) 99175-4626
(LIGAÇÕES, MENSAGENS, WHATSAPP - 24 HORAS)

E-NOTIFICA
CIEVS.MS@HOTMAIL.COM
(24 HORAS)
CIEVS@SAUDE.MS.GOV.BR
(EXPEDIENTE)

INFLUENZA

A doença é causada pelos vírus Influenza, pertencente à família Orthomyxoviridae, com genoma de RNA segmentado. Existem 3 tipos de vírus influenza: A, B e C. O vírus influenza C causa apenas infecções respiratórias brandas, não possui impacto na saúde pública e não está relacionado com epidemias. O vírus influenza A e B são responsáveis por epidemias sazonais, sendo o vírus influenza A responsável pelas grandes pandemias. Os vírus da influenza A estão presentes na natureza em diversas espécies, incluindo humanos, aves, suínos, cavalos, focas e baleias. Os vírus influenza B e C têm como reservatório somente seres humanos.

A transmissão ocorre através das secreções das vias respiratórias de uma pessoa contaminada ao falar, espirrar ou tossir. Transmissão também pode ocorrer por meio das mãos, que após contato com superfícies contaminadas por secreções respiratórias de um indivíduo infectado, podem carregar o agente infeccioso diretamente para a boca, nariz e olhos. Uma ação fundamental para diminuir a circulação dos vírus da gripe é a adoção de hábitos simples:

- Higienizar as mãos com frequência;
- Utilizar lenço descartável para higiene nasal;
- Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir;
- Higienizar as mãos após tossir ou espirrar;
- Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca;
- Não partilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal;
- Evitar aperto de mãos, abraços e beijo social;
- Reduzir contatos sociais desnecessários e evitar, dentro do possível, ambientes com aglomeração;
- Evitar visitas a hospitais;
- Ventilar os ambientes.

Pessoas de todas as idades são susceptíveis a infecção pelo vírus influenza. Alguns indivíduos estão mais propensos a desenvolverem complicações graves, especialmente aqueles com condições e fatores de risco para agravamento, entre esses: gestantes, adultos com idade maior que sessenta anos, crianças com idade menor que dois anos e indivíduos que apresentem doença crônica especialmente doença respiratória crônica, cardiopatia, obesidade (IMC \geq 40), diabetes descompensada, síndrome de Down, imunossupressão e imunodepressão.

O antiviral Oseltamivir, de nome comercial *Tamiflu*, está disponível em todo o Estado gratuitamente. Os dados epidemiológicos mostram a necessidade de avanços no tratamento oportuno com o antiviral e o adequado manejo clínico dos casos suspeitos. Especialmente no que se relaciona a oportunidade do tratamento, é válido ressaltar a importância da administração preferencialmente nas primeiras 48 horas após o início dos sintomas.

Em 2015, até a SE 46 foram notificados 271 casos internados por SRAG, considerando os três tipos de vírus de maior circulação (Influenza A H1N1, Influenza A H3N2 e Influenza B) conforme tabela abaixo (Tab. 1)

TABELA 1. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA INFLUENZA, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA, MATO GROSSO DO SUL, SE 1 A 46*, 2015.

MUNICÍPIOS	CASOS NOTIFICADOS/ INTERNADOS SRAG	CONFIRMADOS INFLUENZA A H1N1	CONFIRMADOS INFLUENZA A H3N2	CONFIRMADOS INFLUENZA A NÃO SUBTIPADO	CONFIRMADOS INFLUENZA B
Água Clara	1	-	-	-	-
Alcinópolis	1	-	-	-	-
Amambai	1	-	-	-	-
Anastácio	3	-	-	-	-
Antonio João	1	-	-	-	-
Aquidauana	1	-	-	-	-
Bandeirantes	1	-	-	-	-
Bataguassu	1	-	-	-	-
Bela Vista	1	-	-	-	-
Caarapo	2	-	-	-	-
Camapuã	1	-	-	-	-
Campo Grande	198	2	19	-	6
Chapadão do Sul	3	-	1	-	-
Corumba	4	-	-	-	-
Costa Rica	2	-	-	-	-
Coxim	2	-	-	-	-
Deodapolis	1	-	-	-	-
Dourados	7	-	-	-	-
Fátima do Sul	1	-	-	-	-
Iguatemi	1	-	-	-	-
Inocência	1	-	-	-	-
Jardim	1	-	-	-	-
Maracaju	3	-	-	-	-
Miranda	3	1	-	-	-
Mundo Novo	1	-	-	-	-
Navirai	1	-	-	-	-
Nioaque	1	-	-	-	-
Nova Alvorada do Sul	1	-	-	-	-
Nova Andradina	1	-	-	-	-
Ponta Porã	5	-	-	-	-
Porto Murtinho	1	-	-	-	-
Rio Brilhante	1	-	1	-	-
São Gabriel do Oeste	6	-	1	-	1
Sidrolândia	8	1	2	-	1
Tacuru	2	-	-	-	-
Terenos	1	-	-	-	-
Três Lagoas	1	-	-	-	-
TOTAL	271	4	24	0	8

Fonte: SINAN INFLUENZA.
*Dados até 19/11/2015. Critério de confirmação: LABORATORIAL - LACEN/MS.

Foram triados 822 amostras de Influenza (Síndrome Gripal - SG e Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG) pelo LACEN no estado de Mato Grosso do Sul até 19/11/2015. Destas, 102 positivas conforme tabela abaixo (Tab. 2).

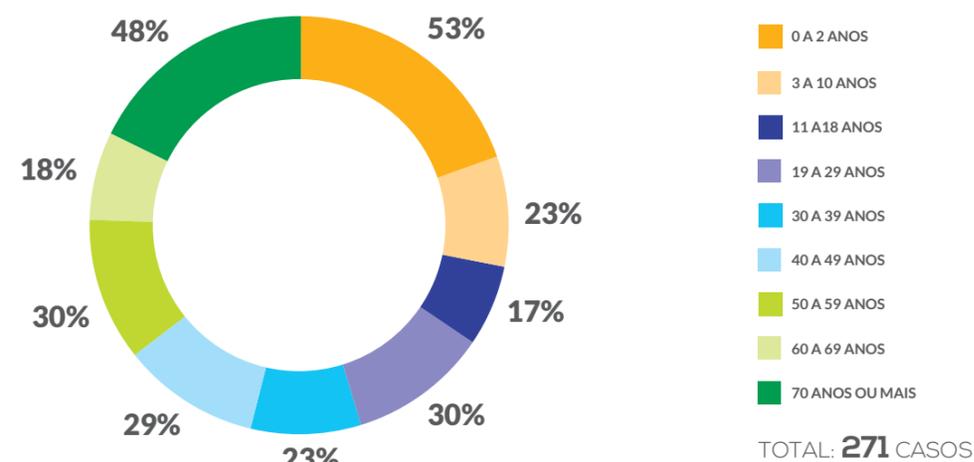
TABELA 2. ISOLAMENTOS DE INFLUENZA - SG/SRAG, MATO GROSSO DO SUL, 2015.

MUNICÍPIO	INFLUENZA A H1N1	INFLUENZA A H3N2	INFLUENZA B
Campo Grande	3	55	18
Maracaju	-	3	1
Miranda	1	-	-
Rio Brilhante	-	1	-
São Gabriel do Oeste	-	1	1
Sidrolândia	1	10	6
Três Lagoas	-	-	1
TOTAL	5	70	27

Fonte: GAL/LACEN/SES/MS.

O maior número de registro de casos notificados por SRAG é na faixa etária de 0 a 2 anos, perfazendo total de 19,5% dos registros no SINAN (Graf. 1).

GRÁFICO 1. CASOS DE SRAG SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, MATO GROSSO DO SUL, 2015.



Fonte: SINAN INFLUENZA. Dados até: 19/11/2015.

Em relação aos óbitos, em 2015 (até a SE 46) foram confirmados 7 óbitos por Influenza, sendo 1 por H1N1, 4 por H3N2/Sazonal e 2 por Influenza B, todos registrados no município de Campo Grande (Tab. 3).

TABELA 3. ÓBITOS POR INFLUENZA, MATO GROSSO DO SUL, 2009 A 2015.

ANO	INFLUENZA A			INFLUENZA B	TOTAL CONFIRMADOS
	H1N1	INFLUENZA A/H3 SAZONAL	INFLUENZA "A" NÃO SUBTIPADO		
2009	26	1	0	0	27
2010	0	0	0	0	0
2011	0	0	0	0	0
2012	8	0	0	0	8
2013	4	3	2	6	15
2014	21	7	1	0	29
2015*	1	4	0	2	7

Fonte: SINAN INFLUENZA.
*Dados até 19/11/2015.

MENINGITES

A meningite é um processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. Pode ser causada por diversos agentes infecciosos, como bactérias, vírus, parasitas e fungos, ou também por processos não infecciosos. As meningites bacterianas e virais são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, devido sua magnitude, capacidade de ocasionar surtos, e no caso da meningite bacteriana, a gravidade dos casos. No Brasil, a meningite é considerada uma doença endêmica, deste modo, casos da doença são esperados ao longo de todo o ano, com a ocorrência de surtos e epidemias ocasionais, sendo mais comum a ocorrência das meningites bacterianas no inverno e das virais no verão.

A meningite é causada por agentes infecciosos (bactérias, vírus, fungos, protozoários, helmintos), e agentes não infecciosos (ex: traumatismo). As meningites de origem infecciosa, principalmente as causadas por bactérias e vírus, são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, pela magnitude de sua ocorrência e potencial de produzir surtos.

MENINGITES BACTERIANAS

Os principais agentes bacterianos causadores de meningite são:

Neisseria meningitidis (meningococo)

Bactéria Gram-negativa em forma de coco. Causadora da Doença Meningocócica. Possui diversos sorogrupos, de acordo com o antígeno polissacarídeo da cápsula. Os mais frequentes são os sorogrupos A, B, C, W e Y. Podem também ser classificados em sorotipos e subtipos, de acordo com os antígenos protéicos da parede externa do meningococo.

Streptococcus pneumoniae (pneumococo)

Bactéria Gram-positiva com característica morfológica esférica (cocos), disposta aos pares (diplococo). Possui mais de 90 sorotipos capsulares, entretanto, alguns sorotipos raramente causam doença e apenas 16 deles são responsáveis por aproximadamente 90% de doença invasiva.

Mycobacterium tuberculosis

Bacilo não formador de esporos, sem flagelos e que não produz toxinas. É uma espécie aeróbica estrita, necessitando de oxigênio para crescer e se multiplicar. Tem a forma de bastonete, medindo de 1 a 4 micra. Quando corado pelo método de Ziehl-Neelsen, fixa a fucsina, não se descolorando depois de tratado pelos álcoois (álcool-ácido resistente).

Haemophilus influenzae

Bactéria Gram-negativa que pode ser classificada, atualmente, em 6 sorotipos (a, b, c, d, e, f), a partir da diferença antigênica da cápsula polissacarídica. O *Haemophilus influenzae*, desprovido de cápsula, se encontra nas vias respiratórias de forma saprófita, podendo causar infecções assintomáticas ou doenças não invasivas, tais como: bronquite, sinusites e otites, tanto em crianças como em adultos.

MENINGITES VIRAIS

São representadas principalmente pelos Enterovírus. Neste grupo estão incluídas as três cepas dos poliovírus, 28 cepas de echovírus, 23 cepas do vírus coxsackie A, 6 do vírus coxsackie B e 5 outros enterovírus.

A susceptibilidade é geral, entretanto o grupo etário mais vulnerável são as crianças menores de 5 anos, porém as crianças menores de 1 ano e os indivíduos maiores de 60 anos são mais susceptíveis à doença. Os indivíduos portadores de quadros crônicos ou doenças imunossupressoras como síndrome nefrótica, asplenia anatômica ou funcional; insuficiência renal crônica; diabetes mellitus; infecção pelo HIV, também possuem maior susceptibilidade de adoecer.

Em Mato Grosso do Sul foram registrados 257 casos de Meningite em 2015, com a confirmação de 157 eventos (Tab. 1). Para fins de interpretação dos dados, define-se:



MCC - Meningococemia, **MM** - Meningite Meningocócica, **MM + MCC** - Meningite Meningocócica com Meningococemia, **MTBC** - Meningite Tuberculosa, **MB** - Meningite Bacteriana, **MNE** - Meningite não especificada, **MV** - Meningite Viral, **MOE** - Meningite por outras etiologias, **MP** - Meningite por *Streptococcus Pneumoniae*.

TABELA 1. CASOS REGISTRADOS DE MENINGITE POR ETIOLOGIA, MATO GROSSO DO SUL, 2015.

ETIOLOGIA	IGN/BRANCO	CONFIRMADO	DESCARTADO	INCONCLUSIVO
IGN/EM BRANCO	3	0	90	7
MCC	0	3	0	0
MM	0	8	0	0
MM+MCC	0	1	0	0
MTBC	0	1	0	0
MB	0	15	0	0
MNE	0	76	0	0
MV	0	28	0	0
MOE	0	16	0	0
MP	0	9	0	0
TOTAL	3	157	90	7

Fonte: SINAN.
*Dados até 31/12/2015.

Em relação aos óbitos, em 2015 foram confirmados 22 óbitos por Meningite, sendo 10 por Meningite não especificada, 4 classificados por Meningite bacteriana, 4 por Meningite por outras etiologias, 3 por *Streptococcus Pneumoniae* e 1 por Meningite Viral. Dos demais registros, 197 foram encerrados por alta, 17 foram registrados como óbito por outras causas e 21 encontram-se ignorados/em branco no SINAN (Tab. 2).

TABELA 2. EVOLUÇÃO DOS CASOS REGISTRADOS POR MENINGITE, MATO GROSSO DO SUL, 2015.

ETIOLOGIA	IGN/BRANCO	ALTA	ÓBITO POR MENINGITE	ÓBITO OUTRA CAUSA
IGN/EM BRANCO	18	0	0	7
MCC	0	0	0	0
MM	1	0	0	1
MM+MCC	1	0	0	0
MTBC	0	0	0	1
MB	0	4	4	2
MNE	0	10	10	2
MV	1	1	1	3
MOE	0	4	4	1
MP	0	3	3	0
TOTAL	21	197	22	17

Fonte: SINAN. *Dados até 31/12/2015.

COQUELUCHE

Doença infecciosa aguda, transmissível, de distribuição universal. Compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca. Ocorre sob as formas endêmica e epidêmica. Em lactentes, pode resultar em número elevado de complicações e até a morte.

Causada pelo agente etiológico *Bordetella pertussis*. Bacilo gram-negativo, aeróbio, não esporulado, imóvel e pequeno, provido de cápsula (formas patogênicas) e de fímbrias.

A transmissão ocorre, principalmente, pelo contato direto de pessoa doente com pessoa suscetível, através de gotículas de secreção da orofaringe eliminadas por tosse, espirro ou ao falar. Em casos raros, pode ocorrer a transmissão por objetos recentemente contaminados com secreções do doente, porém é pouco freqüente, pela dificuldade do agente sobreviver fora do hospedeiro.

A suscetibilidade é geral. O indivíduo torna-se imune nas seguintes situações:

- após adquirir a doença: imunidade duradoura, mas não permanente;
- após receber vacinação básica, mínimo de 3 doses com a Pentavalente (DTP+Hib+Hepatite B) e mais 2 reforços com a Tríplice Bacteriana (DTP). Essa imunidade não é permanente. Em média de 5 a 10 anos após a última dose da vacina a proteção pode ser pouca ou inexistente.

A vacinação é o principal meio de controle. Crianças até sete anos devem ser vacinadas contra a coqueluche.

Em Mato Grosso do Sul foram registrados no ano de 2015 um total de 279 casos de Coqueluche. Destes, 58 foram confirmados e 213 foram descartados. Do total de casos confirmados, 35 foram por critério laboratorial, 11 por critério clínico-epidemiológico e 10 foram confirmados por clínica compatível. Do total de casos descartados, 189 foram por critério laboratorial, 17 por clínica incompatível e 6 descartados por critério clínico-epidemiológico (Tab. 1)

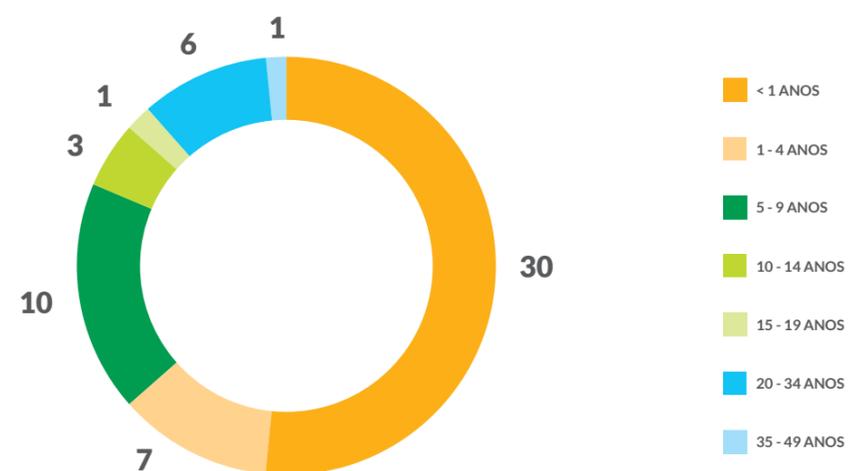
TABELA 1. CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS DE COQUELUCHE SEGUNDO CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO, MATO GROSSO DO SUL, 2015*

CRITÉRIO CONFIRMAÇÃO	CONFIRMADO	DESCARTADO	TOTAL
Laboratório	35	189	224
Clínico-epidemiológico	11	6	17
Clínico	10	17	27
TOTAL	58	213	279

Fonte: SINAN
*Dados até 31/12/2015.

O maior número de registro de casos notificados por Coqueluche é na faixa etária de <1 ano, perfazendo total de 30 registros no SINAN (Graf. 1).

GRÁFICO 1. CASOS DE COQUELUCHE CONFIRMADOS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, MATO GROSSO DO SUL, 2015.



Fonte: SINAN.
*Dados até 31/12/2015.

TÉTANO ACIDENTAL

Doença infecciosa aguda não contagiosa, causada pela ação de exotoxinas produzidas pelo *Clostridium tetani*, as quais provocam um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central. Clinicamente, a doença manifesta-se com febre baixa ou ausente, hipertonia muscular mantida, hiperreflexia e espasmos ou contraturas paroxísticas. Em geral, o paciente mantém-se consciente e lúcido.

Sua letalidade varia em função da faixa etária do paciente, gravidade da forma clínica, tipo de ferimento da porta de entrada, duração dos períodos de incubação e progressão, presença de complicações respiratórias, hemodinâmicas, renais e infecciosas, local onde é tratado e qualidade da assistência prestada.

Causado pelo agente etiológico *Clostridium tetani* é um bacilo gram-positivo esporulado, anaeróbico, semelhante a um alfinete de cabeça, com 4 a 10µ de comprimento. Produz esporos que lhe permitem sobreviver no meio ambiente, por vários anos. O *C. tetani* é normalmente encontrado na natureza, sob a forma de esporo, podendo ser identificado em: pele, fezes, terra, galhos, arbustos, águas putrefatas, poeira das ruas, trato intestinal dos animais (especialmente do cavalo e do homem, sem causar doença).

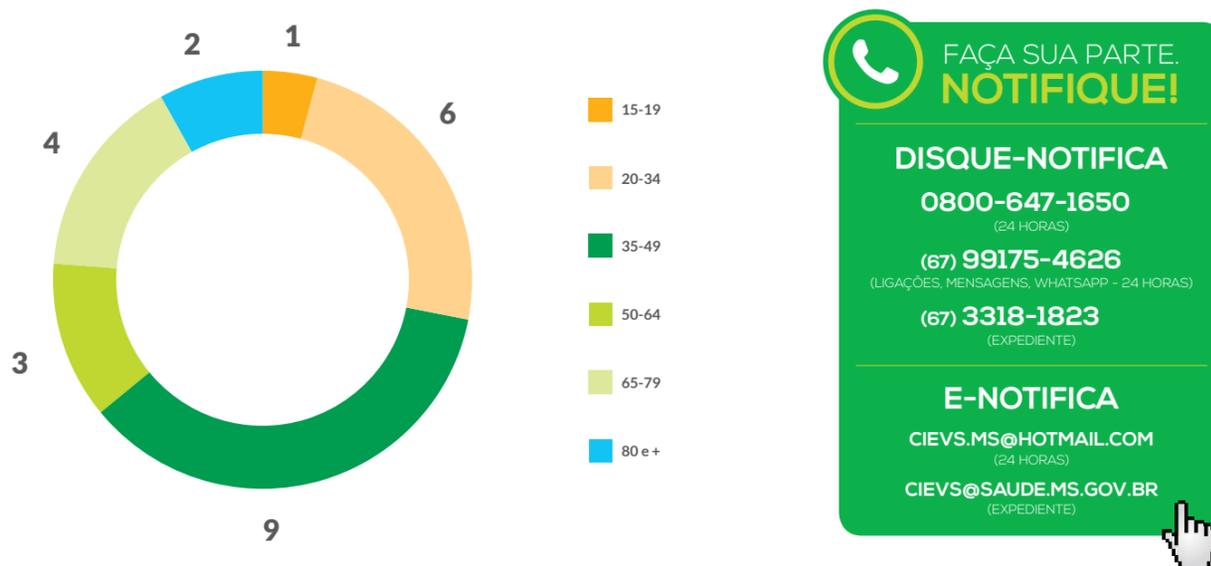
A infecção ocorre pela introdução de esporos em solução de continuidade da pele e mucosas (ferimentos superficiais ou profundos de qualquer natureza). Em condições favoráveis de anaerobiose, os esporos se transformam em formas vegetativas, que são responsáveis pela produção de toxinas – tetanolisina e tetanospasmina. A presença de tecidos desvitalizados, corpos estranhos, isquemia e infecção contribuem para diminuir o potencial de oxirredução e, assim, estabelecer as condições favoráveis ao desenvolvimento do bacilo.

Não há transmissão direta de um indivíduo para outro. A suscetibilidade é universal, independentemente de sexo ou idade. A imunidade permanente é conferida pela vacina, desde que sejam observadas as condições ideais inerentes ao imunobiológico e ao indivíduo. Recomendam-se 3 doses e 1 reforço a cada 10 anos, ou a cada 5 anos, se gestante. A doença não confere imunidade. A imunidade conferida pelo soro antitetânico (SAT) dura cerca de 2 semanas. A conferida pela imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT) dura cerca de 3 semanas.



Em Mato Grosso do Sul foram registrados no ano de 2015 um total de 25 casos de Tétano Acidental. Destes, 7 foram confirmados, com registro de 1 óbito no período. O maior número de registro de casos notificados por Tétano Acidental é na faixa etária de 35-49 anos, perfazendo total de 9 dos registros no SINAN (Graf. 1).

GRÁFICO 1. CASOS DE COQUELUCHE CONFIRMADOS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, MATO GROSSO DO SUL, 2015.



Fonte: SINAN.
*Dados até 31/12/2015.

MICROCEFALIA

As microcefalias, como as demais anomalias congênitas, são definidas como alterações de estrutura ou função do corpo que estão presentes ao nascimento e são de origem pré-natal. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e literatura científica internacional, a microcefalia é uma anomalia em que o Perímetro Cefálico (PC) é menor que dois (2) ou mais desvios-padrão (DP) do que a referência para o sexo, a idade ou tempo de gestação. A medida do PC é um dado clínico fundamental no atendimento pediátrico, pois pode constituir-se na base do diagnóstico de um grande número de doenças neurológicas e para isso os médicos e outros profissionais de saúde devem estar familiarizados com as doenças mais frequentes que produzem a microcefalia e devem conhecer os padrões de normalidade para o

crescimento do crânio.

Em 22 de outubro de 2015, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco notificou e solicitou apoio do Ministério da Saúde para complementar as investigações iniciais de 26 casos de microcefalia, recebida de diversos serviços de saúde nas semanas anteriores à notificação. Por se tratar de evento raro e comparando com o perfil clínico e epidemiológico dessa doença no Estado, concluiu-se que se tratava de evento de importância para a saúde pública estadual. Desde então, o Ministério da Saúde apoiou e continua apoiando as investigações em Pernambuco e nos demais Estados da Região Nordeste, tendo notificado a OMS em 23 de outubro de 2015, conforme fluxo do Regulamento Sa-

nitário Internacional (RSI). Naquele momento, uma das principais hipóteses sob investigação era a infecção pelo vírus Zika, potencializando a ocorrência de microcefalias e das demais causas conhecidas como outras infecções virais, exposição a produtos físicos, químicos ou fatores genéticos.

Em 24 de novembro de 2015, foi publicada a “Avaliação Rápida de Risco – Microcefalia no Brasil potencialmente relacionada à epidemia de vírus Zika”, realizada pelo Centro de Controle de Doenças da União Europeia (ECDC). Neste documento, é relatado que a Polinésia Francesa notificou um aumento incomum de pelo menos 17 casos de malformações do Sistema Nervoso Central em fetos e recém-nascidos durante 2014-2015, coincidindo com o Surto de Zika vírus nas ilhas da Polinésia Francesa. Nenhuma das gestantes relataram sinais de infecção pelo vírus Zika, mas em quatro testadas foram encontrados anticorpos (IgG) para flavivírus em sorologia, sugerindo infecção assintomática. Do mesmo modo que no Brasil, as autoridades de saúde da Polinésia Francesa também acreditam que o vírus Zika pode estar associado às anomalias congênitas, caso as gestantes estivessem infectadas durante o primeiro ou segundo trimestre de gestação.

Em 28 de novembro de 2015, com base nos resultados preliminares das investigações clínicas, epidemiológicas e laboratoriais, além da identificação do vírus em líquido amniótico de duas gestantes da Paraíba com histórico de doença exantemática durante a gestação e fetos com microcefalia, e da identificação de vírus Zika em tecido de recém-nascido com microcefalia que evoluiu para óbito no estado do Ceará, o Ministério da Saúde reconheceu a relação entre o aumento na prevalência de microcefalias no Brasil com a infecção pelo vírus Zika durante a gestação. No dia seguinte, 29 de novembro, mudou a classificação desse evento, no âmbito do RSI, para potencial Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

As malformações congênitas, dentre elas a microcefalia, têm etiologia complexa e multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais; algumas das causas mais comuns estão descritas na Tabela 1. A identificação da microcefalia se dá principalmente pela medição do Perímetro Cefálico (PC), procedimento comum no acompanhamento clínico do recém-nascido, visando à identificação de doenças neurológicas. A medição do perímetro cefálico é feita com fita métrica não-estensível, na altura das arcadas supraorbitárias, anteriormente, e da maior proeminência do osso occipital, posteriormente. Os valores obtidos devem ser registrados em gráficos de crescimento craniano, o que permite a construção da curva de cada criança e a comparação com os valores de referência. Mudanças súbitas no padrão de crescimento e valores anormalmente pequenos para a idade e o peso (menor que dois desvios-padrão) devem ser investigados. A medida do PC é importante nos primeiros dois anos de vida, refletindo, até certo ponto, o crescimento cerebral.

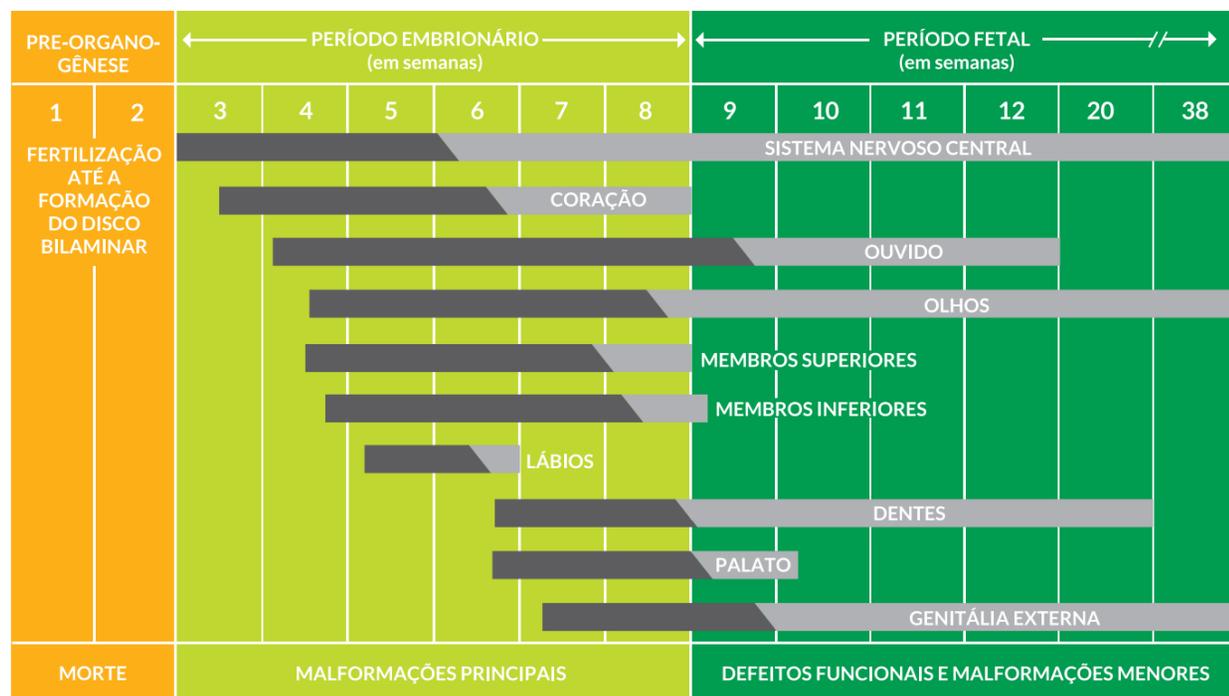
TABELA 1. ETIOLOGIAS MAIS COMUNS PARA OCORRÊNCIA DE MICROCEFALIA (CONGÊNITA E PÓS-PARTO)

CONGÊNITA	PÓS-PARTO
GENÉTICA	GENÉTICA
ADQUIRIDA	ADQUIRIDA
TRAUMAS DISRUPTIVOS Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico	TRAUMAS DISRUPTIVOS (COMO AVC); Lesão Traumática no Cérebro
INFECÇÕES Sífilis Toxoplasmose Rubéola Citomegalovírus Herpes simples HIV Outros vírus	INFECÇÕES Meningites Encefalites Encefalopatia congênita pelo HIV
TERATÓGENO Álcool Radiação Diabetes materna mal controlada	TOXINAS Intoxicação por cobre Falência renal crônica

Fonte: adaptado de Practice parameter: Evaluation of the child with microcephaly (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. Neurology [Internet]. 2009 Sep 15 [cited 2015 Dec 6]; 73(11):887-97. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2744281&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

A microcefalia relacionada ao vírus Zika é uma doença nova que está sendo descrita pela primeira vez na história e com base no surto que está ocorrendo no Brasil. No entanto, caracteriza-se pela ocorrência de microcefalia com ou sem outras alterações no Sistema Nervoso Central (SNC) em crianças cuja mãe tenha histórico de infecção pelo vírus Zika na gestação. Apesar de o período embrionário ser considerado o de maior risco para múltiplas complicações decorrentes de processo infeccioso, sabe-se que o sistema nervoso central permanece suscetível a complicações durante toda a gestação (Figura 1). Assim, o perfil de gravidade das complicações da infecção pelo vírus Zika na gestação dependerá de um conjunto de fatores, tais como: estágio de desenvolvimento do conceito, relação dose-resposta, genótipo materno-fetal e mecanismo patogênico específico de cada agente etiológico.

FIGURA 1. PERÍODO DE FORMAÇÃO DE ÓRGÃOS E SISTEMAS DURANTE A GESTAÇÃO



Fonte: Manual de Obstetrícia de Williams - Complicações na Gestação - 23ª Ed. (2014).

A microcefalia não é uma doença transmissível. Sua ocorrência está relacionada à exposição a fatores biológicos, químicos, físicos e genéticos.

TRATAMENTO

Não há tratamento específico para a microcefalia. Existem ações de suporte que podem auxiliar no desenvolvimento do bebê e da criança, e este acompanhamento é preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Como cada criança desenvolve complicações diferentes entre elas respiratórias, neurológicas e motoras, o acompanhamento por diferentes especialistas vai depender das funções que ficarem comprometidas.

NOTIFICAÇÃO

A suspeita precoce, notificação adequada e registro oportuno de casos de microcefalia relacionados ao vírus Zika é fundamental para desencadear o processo de investigação, visando classificar os casos notificados (confirmar ou descartar), bem como subsidiar as ações de atenção à saúde e descrição dessa nova doença.

Considerando que o surto de microcefalia relacionada ao vírus Zika é um evento, até então, incomum/inesperado, que se trata de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, dado o seu potencial impacto em âmbito nacional, recomenda-se que todas as ações devem ser desencadeadas e conduzidas em caráter de urgência; e considerando que o SINASC apresenta um tempo de atualização dos nascimentos de até 90 dias, faz-se necessário que os casos suspeitos de micro-

falia potencialmente relacionada à infecção pelo vírus Zika sejam notificados imediatamente às autoridades de saúde e registrados em um instrumento de registro específico e ágil, elaborado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de possibilitar a análise, consolidação e caracterização do evento.

REGISTRO DE EVENTOS DE SAÚDE PÚBLICA REFERENTE ÀS MICROCEFALIAS

Recomenda-se que todos os casos suspeitos de microcefalia sejam registrados no formulário de Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP - Microcefalias), online e disponível no endereço eletrônico www.resp.saude.gov.br. A notificação deve ser imediata (dentro de 24hs) nos números 8457-4422 ou 0800-647-1650 ou 3318-1823 ou pelos e-mails cievs.ms@hotmail.com ou cievs@saude.ms.gov.br pelos serviços de saúde dos 79 municípios. Havendo caso de microcefalia sugestiva de infecção congênita, o responsável pela Vigilância Epidemiológica do município em questão, deverá preencher o formulário de investigação dos casos.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA / DADOS

O CIEVS do estado de Mato Grosso do Sul recebeu no período de outubro de 2015 a maio de 2016 a notificação de 18 casos suspeitos de microcefalia relacionados à infecção pelo vírus Zika, com o descarte de 14 casos, confirmação de 2 casos por infecção congênita e 2 casos que seguem em investigação. Os municípios de residência dos casos notificados estão descritos a seguir.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA MICROCEFALIA, MATO GROSSO DO SUL 2015-2016*

NOTIFICADOS	CONFIRMADOS	DESCARTADOS	EM INVESTIGAÇÃO
18	2**	14	2

Fonte: RESP MS.
*Dados até 18/05/2016. **Microcefalia sugestiva de infecção congênita.

MUNICÍPIOS COM CASOS NOTIFICADOS DE MICROCEFALIA, MATO GROSSO DO SUL, 2015-2016*

Campo Grande	4
Dourados	5
Cassilândia	2
Antônio João	1
Aral Moreira	1
Aquidauana	1
Bela Vista	1
Fátima do Sul	1
Novo Horizonte do Sul	1
Ponta Porã	1
TOTAL	18

Fonte: RESP MS.
*Dados até 18/05/2016.

MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS DE MICROCEFALIA POR INFECÇÃO CONGÊNITA, MATO GROSSO DO SUL, 2015-2016*

Fátima do Sul	1
Ponta Porã	1
TOTAL	2

Fonte: RESP MS.
*Dados até 18/05/2016.



FAÇA SUA PARTE. NOTIFIQUE!

DISQUE-NOTIFICA
0800-647-1650
(24 HORAS)

(67) 99175-4626
(LIGAÇÕES, MENSAGENS, WHATSAPP - 24 HORAS)

(67) 3318-1823
(EXPEDIENTE)

E-NOTIFICA
CIEVS.MS@HOTMAIL.COM
(24 HORAS)

CIEVS@SAUDE.MS.GOV.BR
(EXPEDIENTE)



**GOVERNO
DO ESTADO**
Mato Grosso do Sul

Sua prioridade, nosso compromisso