

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 01/2026

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2026 EM IMPERATRIZ - MA.

MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- **ARBOVIROSES (DENGUE E CHIKUNGUNYA)**
- **SÍNDROMES GRIPAIS (COVID-19 E SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE - SRAG)**
- **TUBERCULOSE**
- **LEISHMANIOSE VISCERAL E TEGUMENTAR**
- **INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (HIV, SÍFILIS)**

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS

Departamento de Vigilância em Saúde

Divisão de Vigilância Epidemiológica

Sumário

APRESENTAÇÃO	3
1. ARBOVIROSES.....	4
1.1 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DAS ARBOVIROSES NO BRASIL E NO MARANHÃO	5
1.2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO EM IMPERATRIZ.....	9
1.2.1 Dengue	10
1.2.2 Chikungunya	16
2. TUBERCULOSE.....	21
2.1 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE NO BRASIL	22
2.2 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE NO MARANHÃO	24
2.3 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE EM IMPERATRIZ – MA.....	24
3. SÍNDROMES GRIPAIS E SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG.....	31
3.1 CENÁRIO DAS SÍNDROMES GRIPAIS E SRAG NO BRASIL	32
3.3.1 Síndromes Gripais.....	35
3.3.2 Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG	40
3. LEISHMANIOSE VISCERAL E LEISHMANIOSE TEGUMENTAR.....	49
4. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs) - IST/AIDS, HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS.....	52
4.1 HIV/AIDS	52
4.1.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HIV	53
4.1.2 CIRCUITO RÁPIDO DE AIDS AVANÇADA.....	55
4.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS.....	58

APRESENTAÇÃO

O Boletim Epidemiológico é uma publicação oficial cuja elaboração se alicerça nos dados provenientes dos sistemas oficiais de notificação de agravos do Ministério da Saúde. Trata-se de um importante instrumento no qual são consolidados, analisados e divulgados os dados epidemiológicos. Assim sendo, o boletim epidemiológico tem por objetivo subsidiar as ações em saúde pública, informando os gestores e a população, desempenhando funções estratégicas como:

- Contínuo monitoramento dos agravos;
- Avaliação da efetividade de políticas e programas de saúde;
- Planejamento de ações intersetoriais;
- Divulgação com clareza e transparência sobre riscos à saúde pública;
- Produção de conhecimento técnico-científico na área de saúde coletiva.

Tanto a elaboração quanto a divulgação do boletim epidemiológico devem respeitar os princípios éticos da saúde pública, como a confidencialidade dos dados pessoais, o uso responsável da informação e a proteção dos direitos humanos, conforme preconiza a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de dados – LGPD) no Brasil. Além disso, o boletim epidemiológico está vinculado ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, instituído pela Lei nº8.080/1990.

O Boletim Epidemiológico nº 01 de 2026 apresenta a análise dos dados das notificações de agravos e doenças de relevância no município de Imperatriz durante o primeiro semestre de 2026, contemplando as informações referentes ao período de 01 de janeiro a 30 de junho (semanas epidemiológicas 1 a 27). Ressalta-se que alguns dados analisados podem sofrer variação pelo caráter dinâmico com os dados de vigilância são revisados e alterados nos sistemas, uma vez que, diariamente, novas notificações são inseridas, analisadas e encerradas.

1. ARBOVIROSES

As arboviroses constituem um dos principais desafios para as políticas de saúde pública no mundo, sendo classificadas como doenças virais transmitidas pela picada de artrópodes hematófagos. No cenário urbano brasileiro, o vetor biológico de maior relevância epidemiológica é a fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. Esse vetor propaga de forma sinérgica e muitas vezes simultânea os vírus da Dengue (DENV), Chikungunya (CHIKV) e Zika (ZIKV), gerando cenários de co-circulação viral e sobreposição de diagnósticos clínicos. (BRASIL,2024)

Em relação ao vírus da dengue, trata-se de um vírus do gênero *Orthoflavi-virus* (Família *Flaviviridae*) que se apresenta em quatro sorotipos distintos imunologicamente: DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4. O curso clínico varia desde infecções assintomáticas até formas graves e sistêmicas potencialmente fatais. A gravidade clínica está frequentemente associada ao fenômeno de extravasamento plasmático decorrente do aumento da permeabilidade vascular, além de manifestações hemorrágicas e disfunções orgânicas severas.

O zika vírus (ZIKV) também pertencente ao gênero *Orthoflavi-virus* e Família *Flaviviridae*. Possui alto caráter neurotrópico e teratogênico. Embora a infecção aguda costume manifestar-se por exantema maculopapular pruriginoso e febre baixa, o principal alerta de vigilância reside em complicações neurológicas (como a Síndrome de Guillain-Barré) e nas malformações congênitas decorrentes da transmissão vertical durante a gestação (Síndrome Congênita do Vírus Zika).

O vírus da chikungunya (CHIKV), classificado como um vírus artrítogênico pertencente ao gênero *Alphavirus* (Família *Togaviridae*), tem como principal característica epidemiológica o acometimento do sistema musculoesquelético. Clinicamente, destaca-se pelo início abrupto de febre alta acompanhada de artralgia intensa, bilateral e simétrica, que apresenta um alto potencial de cronificação (persistindo por meses ou anos) e gerando severo impacto socioeconômico e na qualidade de vida do paciente.

A dinâmica de transmissão dessas doenças é fortemente influenciada por determinantes ambientais e socioeconômicos, como a urbanização desordenada, falhas no saneamento básico e anomalias climáticas globais (como o fenômeno *El Niño*). O

manejo preventivo eficiente baseia-se na identificação precoce de casos suspeitos, controle vetorial integrado e vigilância genômico-laboratorial contínua para subsidiar as tomadas de decisões assistenciais.

Em 2025, alguns fatores determinantes e respostas em saúde pública foram importantes para o controle das arboviroses no Brasil:

- 1 O enfraquecimento progressivo das anomalias climáticas extremas causadas pelo *El Niño* (que havia impulsionado o recorde de casos em 2024) contribuiu para mitigar a velocidade de transmissão vetorial no início do ano.
- 2 O monitoramento contínuo do impacto da vacina Qdenga (TAK-003), incorporada ao SUS durante o ano de 2025, que embora tenha demonstrado eficácia na redução de formas graves e internações em municípios piloto, ainda precisa de ampliação da cobertura vacinal.
- 3 A expansão de tecnologias biológicas, com destaque para a consolidação do Método Wolbachia, através da inauguração da maior biofábrica de mosquitos do mundo no Brasil, visando intervenções de longo prazo.

1.1 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DAS ARBOVIROSES NO BRASIL E NO MARANHÃO

A ocorrência das arboviroses apresenta forte relação com fatores sazonais, especialmente em regiões tropicais. A tendência de aumento de casos se concentra principalmente nos meses de verão e outono, o que coincide com o aumento de temperatura e umidade, e proporciona um ambiente ideal para o desenvolvimento do mosquito transmissor.

O padrão epidemiológico das arboviroses em 2025 foi marcado por uma desaceleração acentuada no volume total de casos em relação ao pico histórico de 2024. O ano consolidou-se como um período de transição epidemiológica, caracterizado pela alteração na dominância de sorotipos e pelo impacto inicial de novas estratégias de saúde coletiva, como a implantação da vacina Qdenga e a consolidação do Método Wolbachia. Na tabela a seguir podemos observar tendências dos casos de dengue no Brasil, entre o primeiro semestre de 2025 e 2026, com dados de óbitos e variação percentual.

Tabela 1: Tendências dos casos e óbitos de dengue no Brasil entre o primeiro semestre de 2025 e 2026.

Indicador Epidemiológico	Primeiro Semestre 2025	Primeiro Semestre 2026	Variação Percentual	Tendência Observada
Casos Prováveis (Dengue)	~1,49 milhão	~227,5 mil a 250 mil*	~75% a 76% (Queda)	Queda sustentada nacional
Óbitos Confirmados	1.442 mortes	< 100 mortes*	> 80% (Queda)	Forte redução da letalidade
Pico de Sazonalidade	Março a Abril	Platô reduzido de Março a Maio	Achatamento da Curva	Controle precoce de focos

Fonte: Adaptada a partir dos dados do Painel de monitoramento InfoDengue, 2026.

A análise comparativa do padrão epidemiológico da Chikungunya, entre o primeiro semestre de 2025 e o primeiro semestre de 2026, revela um comportamento assimétrico. Enquanto o cenário nacional registrou uma queda global de 46% nos casos prováveis, regiões e estados específicos enfrentaram surtos localizados graves, com explosão de notificações e óbitos bem acima do histórico.

Tabela 1: Tabela com as tendências dos casos de chicungunya no Brasil entre o primeiro semestre de 2025 e 2026.

Indicador Epidemiológico	Primeiro Semestre 2025	Primeiro Semestre 2026	Variação Percentual	Comportamento Epidemiológico
Casos Prováveis	~114 mil casos	~61,5 mil casos*	** 46% (Queda)**	Retração nacional com surtos regionais
Mortalidade	121 óbitos (ano total)	~30 óbitos (parcial)*	Estabilidade de Risco	Concentração crítica de letalidade
Perfil Clínico	Agudo e Subagudo	Avanço para Fase Crônica	Aumento de Carga	Impacto prolongado na atenção primária

Fonte: Adaptada a partir dos dados do Painel de monitoramento InfoDengue, 2026.

Na tabela a seguir podemos observar tendências dos óbitos de dengue e chikungunya no Brasil, entre o primeiro semestre de 2025 e 2026.

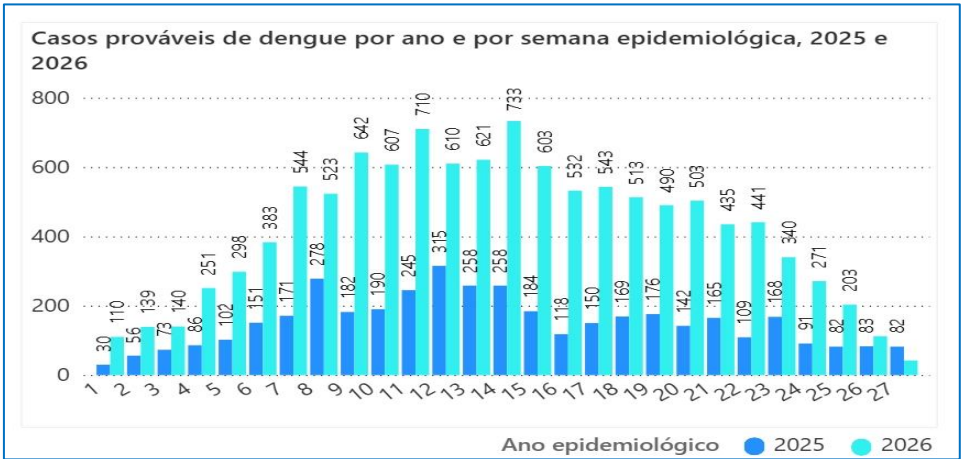
Tabela 3: Tabela com as tendências dos óbitos de chikungunya no Brasil, entre o primeiro semestre de 2025 e 2026.

Agente Etiológico	Óbitos (1º Sem. 2025)	Óbitos (1º Sem. 2026)	Variação Percentual	Comportamento da Letalidade
Dengue (DENV)	1.442	< 100 *	> 93% (Queda)	Redução drástica devido ao esgotamento de suscetíveis e ampliação vacinal.
Chikungunya (CHIKV)	~85	~30 *	~64% (Queda)	Queda nacional, mas com letalidade severamente concentrada em bolsões epidêmicos.

Fonte: Adaptada a partir dos dados do Painel de monitoramento InfoDengue, 2026.

O Maranhão enfrentou um cenário de intensificação da dinâmica epidemiológica, divergindo das tendências do Brasil, que apresentou uma queda média de 75% nos registros no início de 2026.

Gráfico 1: Comparativo da tendência dos casos prováveis de dengue entre o primeiro semestre de 2025 e 2026, por semana epidemiológica.



Fonte: Painel de Monitoramento das Arboviroses, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-aegypti/monitoramento-das-arboviroses>.

Fatores microclimáticos e a persistência de chuvas regionais favoreceram a proliferação acelerada do vetor *Aedes aegypti*. O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde do

Maranhão (CIEVS/MA) emitiu alertas institucionais apontando não apenas o espalhamento geográfico do vírus para novas cidades (como Balsas e Santa Inês, que dobraram suas notificações históricas), mas também uma maior ocorrência e notificação de formas clínicas graves da dengue.

Tabela 4: Comparativo da tendência dos casos confirmados e óbitos por dengue entre o primeiro semestre de 2025 e 2026.

Agente Etiológico / Indicador	Primeiro Semestre 2025	Semestre 2026	Tendência e Dinâmica de Transmissão
Casos Confirmados (Dengue)	885 casos	> 4.800 casos	Aumento Expressivo (Curva Elevada): Alta transmissão local mesmo em períodos de transição saonal.
Óbitos por Dengue	2 mortes	6 mortes (+13 em inv.)	Aumento da Letalidade: O número de óbitos mais que dobrou comparado ao mesmo ciclo de 2025.
Dispersão Territorial (Dengue)	64 municípios	94 municípios	Expansão Geográfica: Aumento acentuado de municípios registrando casos prováveis.

Fonte: Adaptada a partir dos dados do Painel de monitoramento InfoDengue, 2026.

Em relação à chikungunya, o Maranhão manteve menor expressão em volume absoluto se comparada à dengue, mas continua sob forte monitoramento devido aos riscos de coinfeção. Cidades polo como Imperatriz registraram Índice de Infestação Predial (IIP) de 3,4%, o que classifica o ambiente urbano em médio risco constante para surtos de ambas as arboviroses.

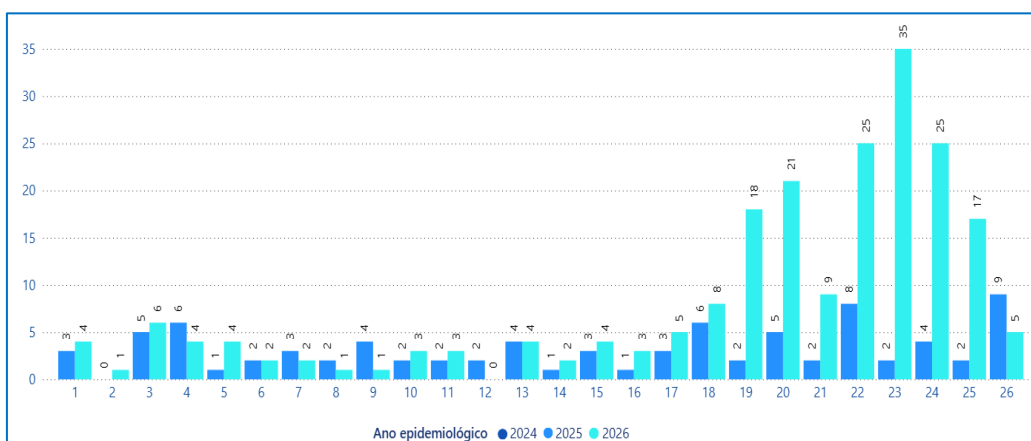
Tabela 5: Comparativo da tendência dos casos prováveis e confirmados de chikungunya, entre o primeiro semestre de 2025 e o primeiro semestre de 2026, no Maranhão.

Indicador Epidemiológico	Primeiro Semestre 2025	Primeiro Semestre 2026	Dinâmica Epidemiológica Local
Casos Prováveis	38 casos	67 casos	Crescimento de 76%: Elevação na velocidade de transmissão na contramão do cenário nacional.
Casos Confirmados	Residual	5 casos	Atividade Viral Real: Confirmação laboratorial e clínica de circulação contínua do CHIKV.
Dispersão Territorial	Baixa atividade	Focos Ampliados	Vulnerabilidade Urbana: Concentração em bolsões de alta infestação pelo mosquito vetor.

Fonte: Adaptada a partir dos dados do Painel de monitoramento InfoDengue, 2026.

O cenário epidemiológico da Zika no Maranhão, no primeiro semestre de 2026, apresenta-se dentro de um limiar de tranquilidade. Apesar de um número ligeiramente maior que nos anos anteriores, ainda não representa uma preocupação epidemiológica. Foram 84 casos prováveis notificados, tendo havido a confirmação de 19 casos.

Gráfico 2: Comparativo da tendência dos casos prováveis de zika no primeiro semestre de 2024, 2025 e 2026.



Fonte: Painel de Monitoramento das Arboviroses, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedesaegypti/monitoramento-das-arboviroses>.

1.2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICA EM IMPERATRIZ

Para a análise do cenário epidemiológico de Imperatriz, consideraremos as duas arboviroses de maior relevância epidemiológica na região: Dengue e chikungunya. Apesar da Zika ficar de fora da análise dos dados, continua tendo sua importância epidemiológica, e continua contemplada nas políticas públicas municipais de combates às arboviroses.

Em 2026, entre as semanas epidemiológicas 1 e 26, foram registrados 208 casos prováveis de dengue. Em 2025, considerando o mesmo período, foram registrados 78 casos prováveis. Tivemos, portanto, em 2026 uma alta de aproximadamente 166%.

Em relação à chikungunya, no mesmo período de 2026, foram registrados 26 casos prováveis. Em 2025, no primeiro semestre, foram 10 casos registrados. Temos, portanto, um aumento real de 160%, seguindo a mesma tendência de aumento dos casos

de dengue.

Na vigilância das arboviroses, uma importante ferramenta utilizada é o Levantamento Rápido de Índices Para *Aedes aegypti* – LIRA. O principal objetivo é fornecer indicadores entomológicos (como índice predial e índice Breteau) para avaliar o risco de epidemias.

O LIRA possui metodologia simplificada onde todos os bairros são pesquisados por amostragem aleatória, obtida em sorteio de quarteirões, pelo programa LIRAA-LIA Municípios. O programa é fornecido pelo Ministério da Saúde, onde 20% dos imóveis de cada quarteirão sorteado são inspecionados e, tratando-se de imóvel com foco, serão coletadas amostras larvárias para análise laboratorial, objetivando a confirmação ou descarte para *Aedes aegypti* ou *albopictus*. A partir desse processo, são obtidos três índices: O Índice de Infestação Predial (IIP), o Índice de Breteau (IB) e o índice por Tipo de Recipiente (ITR). Abaixo estão os resultados da 2ª etapa do LIRAA 2026 realizado na SE 27 (06 a 10 de julho) conforme estabelecido no calendário epidemiológico operacional da Secretaria Estadual de Saúde - SES, onde as etapas 1º, 2º, 3º e 4º serão realizados nas SE 8, 27, 37 e 48, respectivamente.

Quadro 1. Resultados da 2ª etapa do LIRAA (2026).

Índices			Nº e percentual de criadouros para <i>Aedes aegypti</i>		
<i>Aedes aegypti</i>		<i>Aedes albopictus</i>		Número	Percentual
IIP - 0,4		IIP - 0	A1 -	0	0
IB - 0,4		IB - 0	A2 -	15	71,4
Nº e percentual de estratos em faixas de IIP para <i>Aedes aegypti</i>			B -	5	23,8
	Número	Percentual	C -	0	0
Estratos <= 0,9 -	11	91,67	D1 -	0	0
1< Estratos <=3,9 -	1	8,33	D2 -	1	4,8
Estratos >= 4,0 -	0	0	E -	0	0

*Tipos de Recipientes/ Depósitos: A1 - Depósitos de água elevados, A2 - Depósitos a nível do solo, B - Depósitos móveis, C - Depósitos fixos, D1 - Pneus e materiais rodantes, D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas, garrafas, etc.), E - Depósitos naturais.

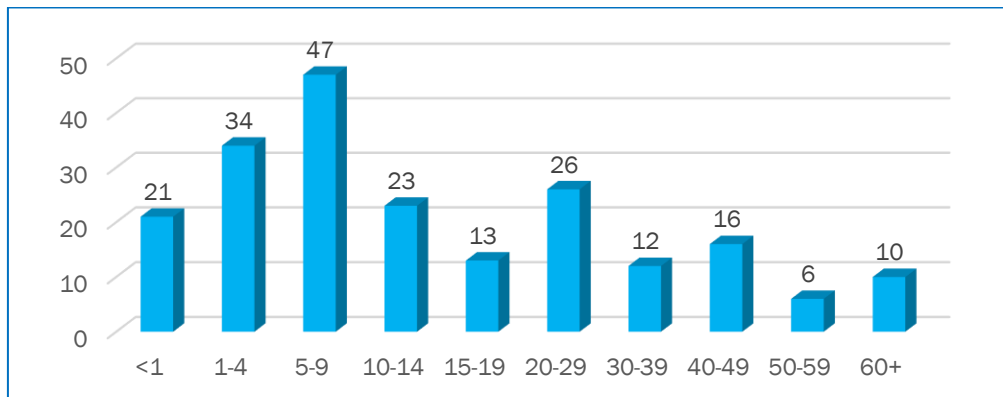
Fonte: LIRAA, 2026.

1.2.1 Dengue

Com base na análise dos dados no primeiro semestre, temos a seguinte distribuição dos casos notificados para dengue em 2026, por faixa etária (gráfico 3) e

sexo (gráfico 4).

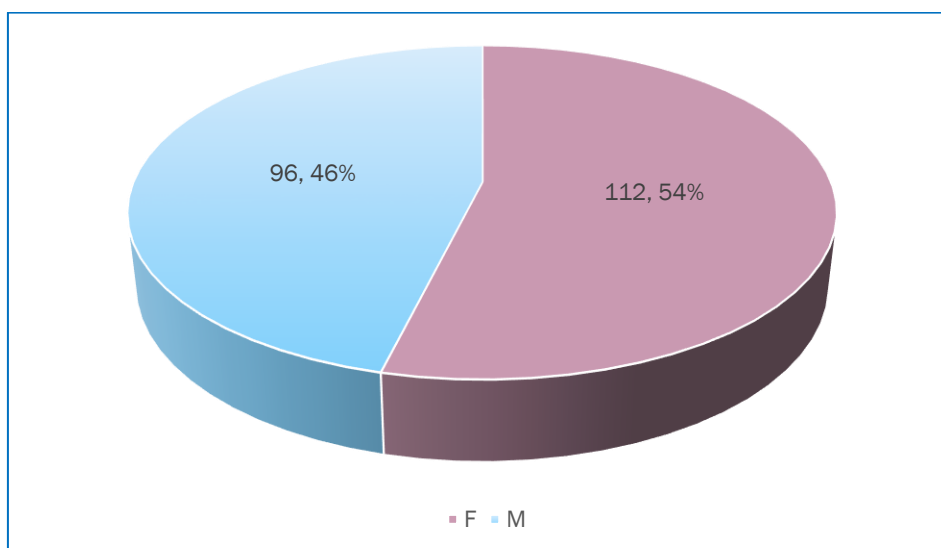
Gráfico 3. Distribuição dos casos de dengue notificados, por faixa etária.



Fonte: Sinan-net, 2026.

Observa-se que a maioria dos casos em 2026 ocorreu em crianças de 0 a 9 anos. Esse fato pode indicar uma mudança no padrão epidemiológico, principalmente devido à circulação simultânea de diferentes sorotipos do vírus (como DENV-1 e DENV-2), mas também à vulnerabilidade imunológica infantil. Isso reflete uma alteração no perfil da doença, que antes se concentrava em adultos jovens e agora afeta cada vez mais crianças.

Gráfico 4. Distribuição dos casos notificados de dengue por sexo em 2026.



Fonte: Sinan-net, 2026.

Os bairros com maior número de casos notificados foram Centro, Nova

Imperatriz e Parque do Parque do Buriti, todos com 7 casos registrados. A grande maioria dos bairros apresentou média de um a dois casos prováveis.

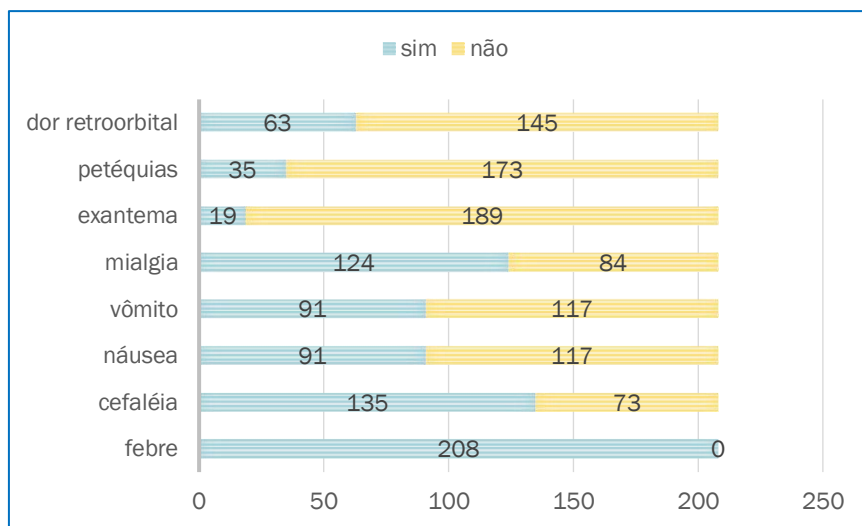
Tabela 6.
Bairros de Imperatriz com maior número de casos notificados.

Bairros	Nº de casos
Centro	7
Nova Imperatriz	7
Parque do Buriti	7
Vilinha	5
Bacuri	4
Parque das Palmeiras	4
Imigrantes	4
Vila Vitória	4

Fonte: Sina-net,2026.

Uma das grandes dificuldades no diagnóstico da dengue é a apresentação, no início da doença, de sintomas inespecíficos comuns a outras doenças infecciosas. Na análise da sintomatologia dos casos notificados, podemos observar no gráfico a seguir os sintomas mais presentes nos casos prováveis.

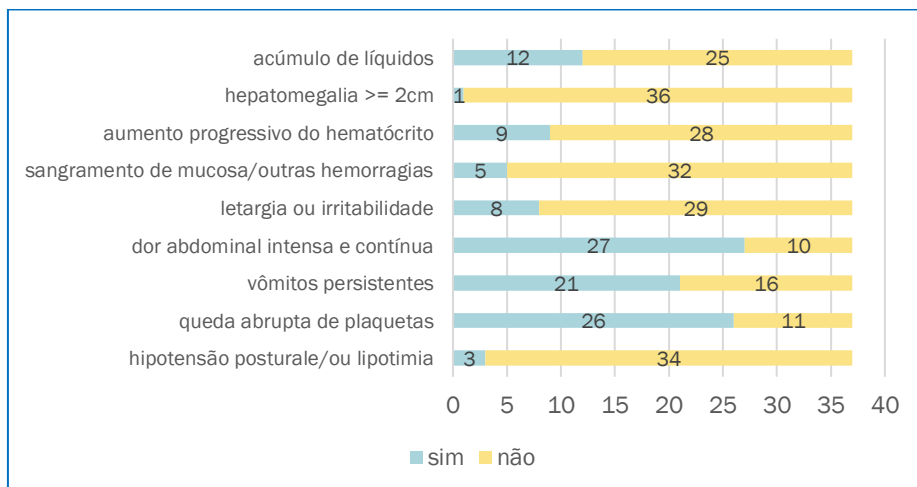
Gráfico 7. Sintomas predominantes nos casos notificados de dengue em 2026.



Fonte: Sinan-net, 2026.

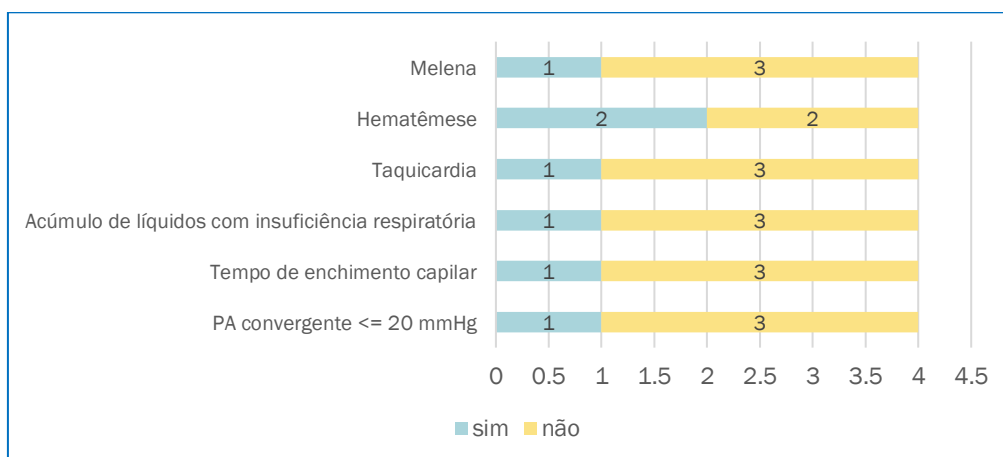
Alguns sinais e sintomas ajudam a perceber o agravamento dos casos de dengue, permitindo uma decisão mais eficiente para o manejo clínico. Nos gráficos a seguir, temos os sintomas característicos de dengue com sinais de alarme e dengue grave nos casos notificados.

Gráfico 8. Sintomas de dengue com sinais de alarme nos casos notificados de dengue em 2026.



Fonte: Sinan-net, 2026.

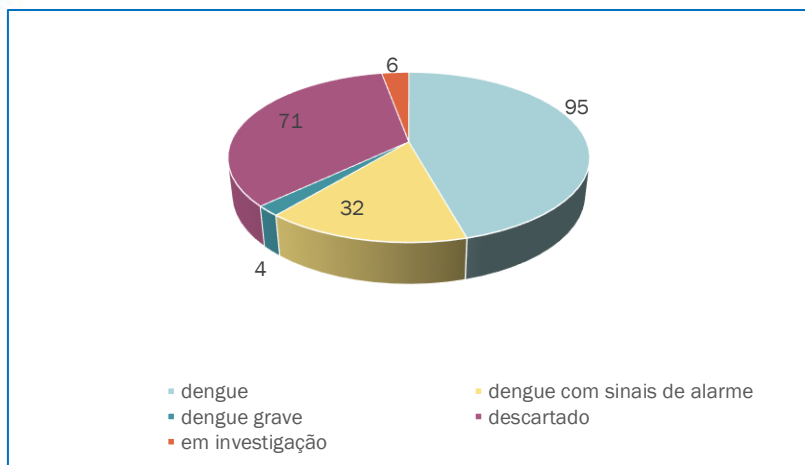
Gráfico 9. Sintomas de dengue grave nos casos notificados em 2026.



Fonte: Sinan-net, 2026.

Dos 208 casos notificados, 131 foram confirmados para dengue, sendo classificados 95 como dengue, 32 casos como dengue com sinais de alarme e 4 casos de dengue grave. Foram descartados 71 casos e 6 ainda se encontram em fase de investigação.

Gráfico 10. Classificação final dos casos de dengue notificados em 2026.

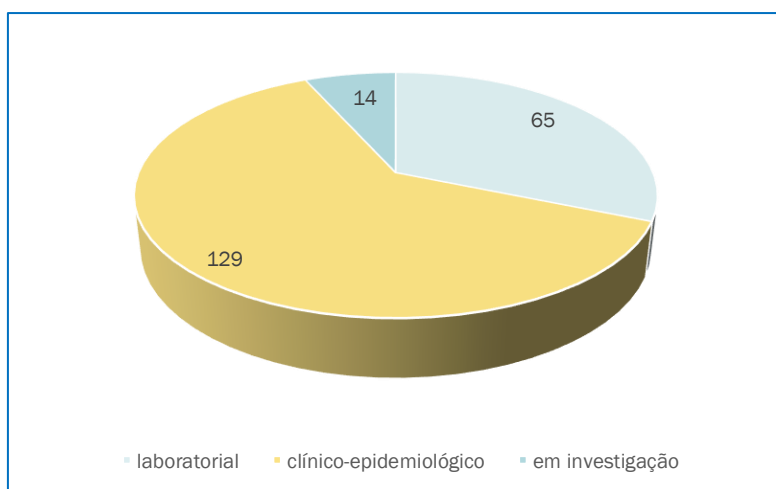


Fonte: Sinan-net, 2026.

Os critérios de classificação utilizados para confirmação e descarte são o laboratorial e clínico-epidemiológico. É importante lembrar que nem sempre é possível realizar exames laboratoriais, o que torna o critério clínico-epidemiológico mais utilizado, representando 64% do total, como podemos observar no gráfico 11. Ressalta-se que para utilizar o critério clínico-epidemiológico é necessário que a clínica do paciente esteja condizente e que haja outros casos confirmados por critério laboratorial onde o paciente reside ou trabalha, além de apresentar índices elevados de infestação do mosquito vetor.

O critério laboratorial foi utilizado em 32% dos casos e 7% ainda se encontram em processo de investigação.

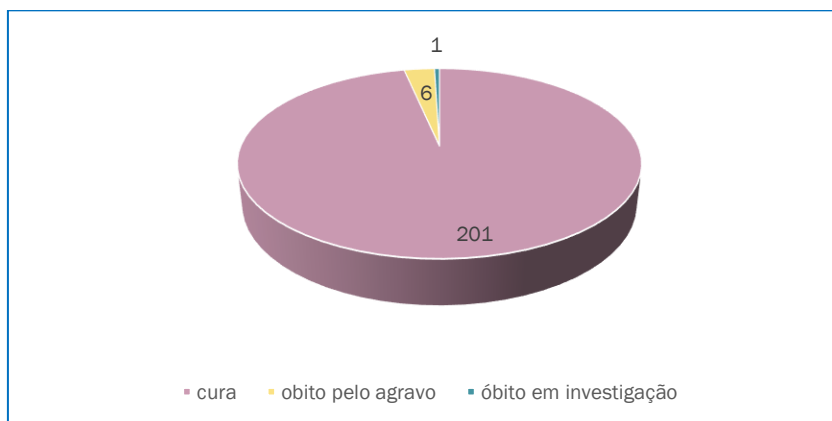
Gráfico 11. Critério de classificação dos casos de dengue em 2026.



Fonte: Sinan-net, 2026.

Do total de 208 casos de dengue notificados, observou-se evolução favorável na maioria dos pacientes, com registro de cura clínica na grande parte dos casos (97%), como podemos observar no gráfico 12. Entretanto, ocorreram 7 óbitos relacionados à doença, sendo 6 confirmados e um está em processo de investigação, evidenciando a gravidade que pode estar associada às formas mais severas da infecção.

Gráfico 12. Evolução dos casos de dengue notificados em 2026.



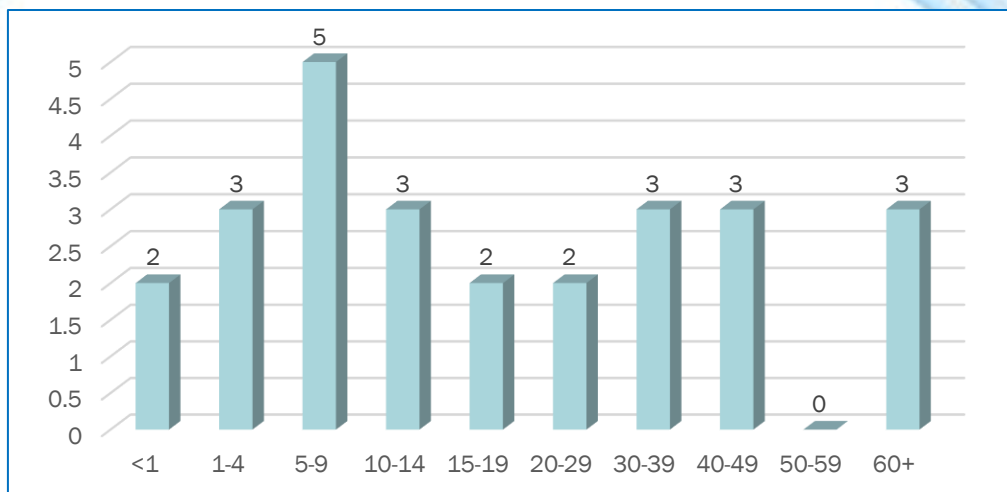
Fonte: Sinan-net, 2026.

1.2.2 Chikungunya

Em 2026, o município registrou 26 casos suspeitos de chikungunya, com confirmação de 20 casos. Esse dado acende o alerta para a necessidade de intensificar ações de vigilância epidemiológica e prevenção.

A distribuição dos casos notificados por faixa etária (gráfico 13) demonstra que, assim como ocorreu com os casos de dengue, houve um aumento de casos de chikungunya em crianças de 0 a 14 anos, que representam no primeiro semestre 50% dos casos prováveis.

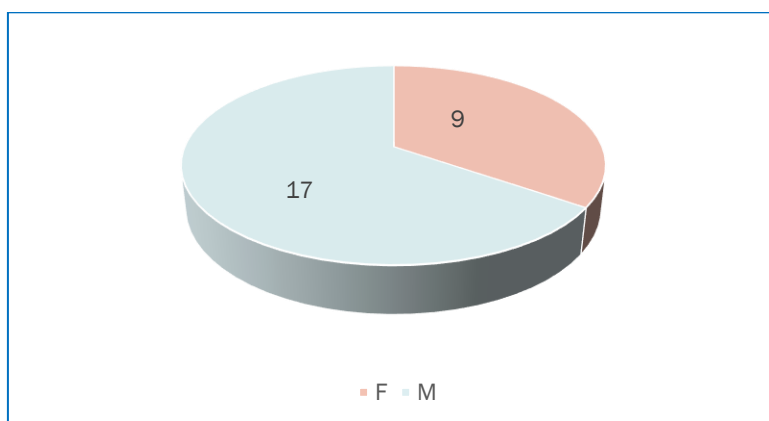
Gráfico 13. Casos de Chikungunya por faixa etária em 2026 em Imperatriz - MA.



Fonte: Sinan-net, 2026.

Dentre os casos notificados, 65% eram indivíduos do sexo masculino e 35% feminino, como pode ser observado na próxima figura.

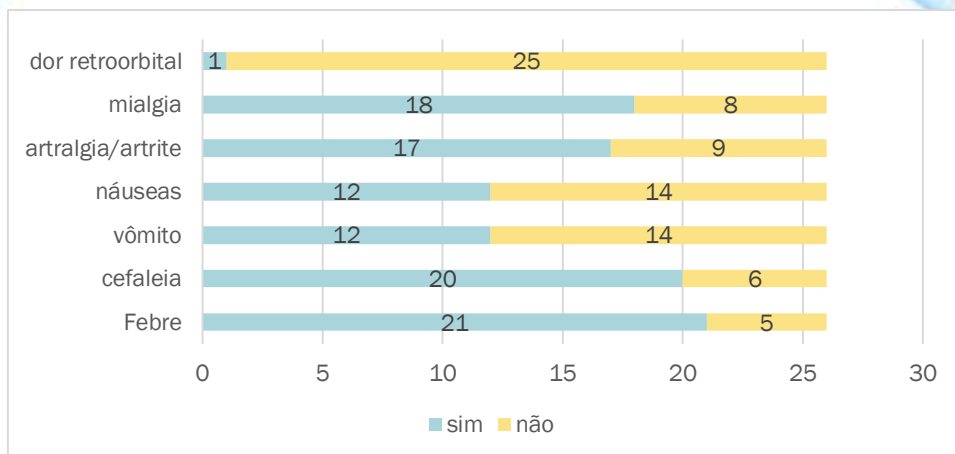
Gráfico 14. Casos notificados de Chikungunya por sexo, em 2026, em Imperatriz – MA.



Fonte: Sinan-Net, 2025.

Assim como a dengue, a chikungunya apresenta sintomas gerais similares a outras doenças infecciosas, dificultando o diagnóstico. Podemos observar os sintomas predominantes nos casos notificados no gráfico a seguir:

Gráfico 15. Sintomas presentes nos casos de chikungunya notificados em Imperatriz - MA, até a emana 26 de 2026.

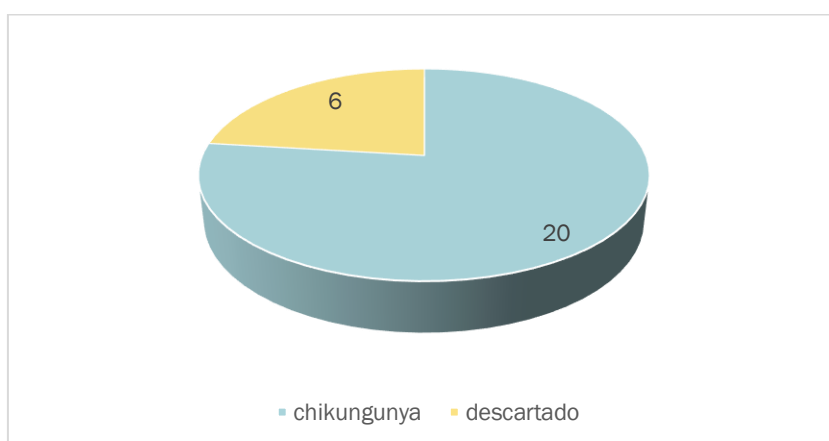


Fonte: Sinan Net, 2025.

Até a semana 26, tivemos 77% dos casos notificados com confirmação para chikungunya (gráfico 16). Os critérios de confirmação encontram-se detalhados na figura 22.

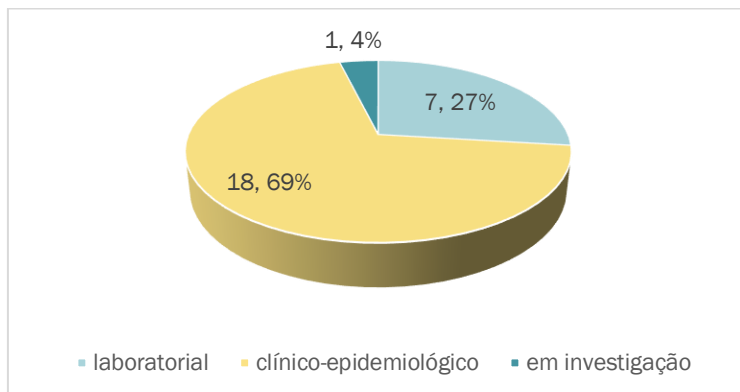
Para a classificação final foram utilizados os critérios laboratorial e clínico-epidemiológico. Caso não seja possível realizar exames laboratoriais, o critério clínico-epidemiológico é utilizado para confirmação ou descarte. Nos casos de chikungunya, esse critério representou 69% do total, como podemos observar no gráfico 17. Ressalta-se que para utilizar o critério clínico-epidemiológico é necessário que a clínica do paciente esteja condizente e que haja outros casos confirmados por critério laboratorial onde o paciente reside ou trabalha, além de apresentar índices elevados de infestação do mosquito vetor.

Gráfico 16. Classificação final dos casos notificados para chikungunya até a semana 26 de 2026.



Fonte: Sinan Net, 2025.

Gráfico 17. Critério de classificação dos casos notificados para chikungunya até a semana 26 de 2026.



Fonte: Sinan Net, 2025.

Quanto ao desfecho dos casos notificados, houve evolução com cura em 96% dos casos no período analisado. Ainda há um caso em análise e não foi registrado óbito pelo agravo.

Gráfico 18. Evolução dos casos notificados para chikungunya até a semana 26 de 2026.



Fonte: Sinan Net, 2025.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <Guia de Vigilância em Saúde - SJP>. Acesso em: 29 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Arboviroses: Dengue, Chikungunya e Zika**. Portal Gov.br, Doenças de A a Z. Disponível em: <Arboviroses — Ministério da Saúde - Portal Gov.br>. Acesso em: 29 jul. 2026.

MACEDO, F. L. L. et al. **Informe Epidemiológico da Vigilância da Dengue, Chikungunya e Zika Vírus**. Boletim Epidemiológico Paulista (BEPA), Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), v. 20, 2023. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/1426373/denguechikungunya-e-zika-virus.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Painel de Monitoramento de Arboviroses: Dengue. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-aegypti/monitoramento-das-arboviroses>. Acesso em: 28 de julho de 2026.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **InfoDengue: Relatório de Monitoramento das Arboviroses Urbanas no Brasil (2025-2026)**. Rio de Janeiro: Fiocruz/FGV, 2026. Disponível em: <https://info.dengue.mat.br>. Acesso em 29 de julho de 2026.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. **Alerta Epidemiológico nº 03/2026: Intensificação e dinâmica da Dengue no Estado do Maranhão**. São Luís: COORDESP/Rede CIEVS/MA, 2026. Disponível em: https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2026/03/Alerta_Epidemiologico_n__03___Dengue_.pdf

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **InfoDengue: Relatório de Situação das Arboviroses — Monitoramento do Estado do Maranhão**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2026. Disponível em: <InfoDengue - Maranhão>.

2. TUBERCULOSE

A tuberculose continua sendo um grave problema de saúde pública no Brasil, com altas taxas de incidência e mortalidade, apesar dos avanços em diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2026).

O enfrentamento da tuberculose tem apresentado avanços nos últimos anos, impulsionado pela adoção de estratégias prioritárias e pela incorporação de tecnologias voltadas à vigilância, prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.

A expansão da rede de teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) e do tratamento preventivo da tuberculose (TPT), a qualificação dos fluxos de vigilância e a intensificação de ações intersetoriais, associadas à ampliação dos recursos por meio da política de incentivo, têm contribuído para aprimoramentos operacionais e para o fortalecimento da resposta epidemiológica no país (BRASIL, 2026).

Apesar dos avanços, a tuberculose ressurgiu como emergência global nos anos 1990, impulsionada pelo HIV e pela resistência bacteriana. Hoje, é a doença infecciosa com maior mortalidade mundial.

A tuberculose reflete desigualdades sociais e estruturais sendo considerada uma doença fortemente associada à pobreza, uma vez que sua ocorrência e desfechos clínicos estão diretamente ligados aos determinantes sociais da saúde, como moradia precária, baixa escolaridade, insegurança alimentar e acesso limitado aos serviços de saúde. Esses fatores criam condições ideais para a transmissão e dificultam o diagnóstico e o tratamento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu como meta para 2035 eliminar a tuberculose como problema de saúde pública, com reduções drásticas em mortalidade e incidência, como podemos ver na tabela a seguir.

Indicador	Meta 2035	Comparação com 2015
Redução da mortalidade por TB	95%	Em relação ao número de óbitos de 2015
Redução da incidência de TB	90%	Em relação à taxa de incidência de 2015
Custos catastróficos para famílias afetadas	Zero	Nenhuma família deve enfrentar ruína financeira por causa da TB

Para alcançar as metas até 2035, foram criados marcos intermediários baseados em três pilares: Cuidados integrados e centrados no paciente, políticas ousadas e sistemas de apoio e a intensificação de pesquisas e inovação. A partir desses pilares se pretende alcançar os seguintes marcos:

- **2020:** Redução de 35% nas mortes e 20% na incidência.
- **2025:** Redução de 75% nas mortes e 50% na incidência.
- **2030 (ODS):** Redução de 90% nas mortes e 80% na incidência.
- **2035:** Alcançar as metas finais de 95% (mortalidade) e 90% (incidência).

2.1 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE NO BRASIL

De acordo com os dados oficiais, em 2025 foram registrados 84.368 casos novos, resultando em 6.376 óbitos.

Incidência e óbitos por tuberculose		Número	Δ%*	Coefficiente / 100 mil hab.
● Casos novos, 2025		84.368	▼ 2,1%	39,5
● TB DR**, 2025		1.145	▲ 9,8%	
● Óbitos por TB, 2024		6.376	▲ 5,8%	3,0

* Variação percentual comparada ao ano anterior.
 ** Tuberculose drogarrresistente.

Fonte: IBGE, 2026.

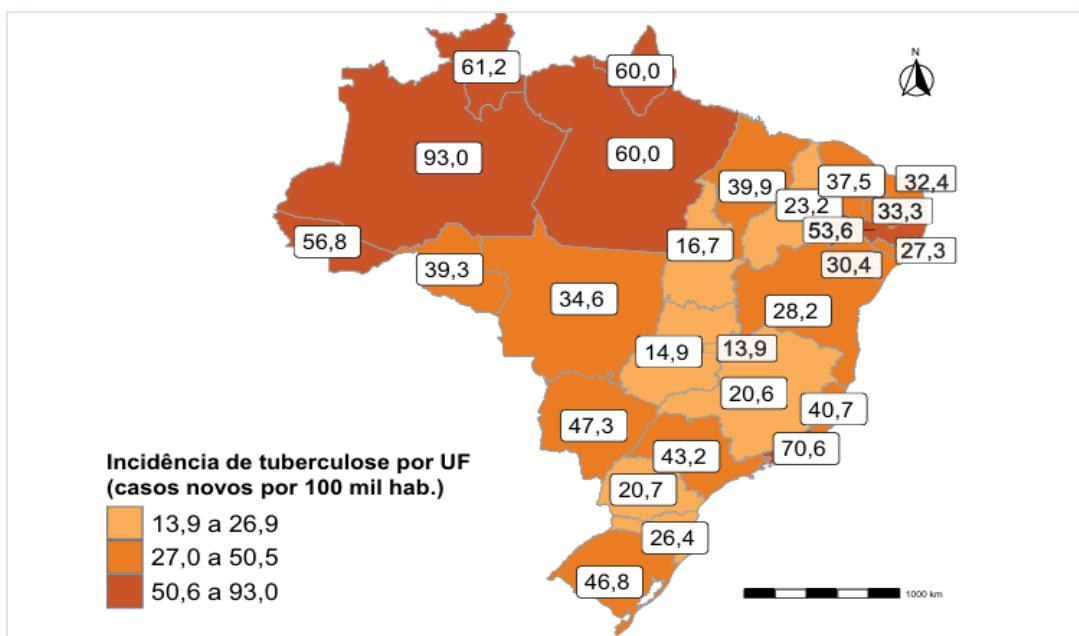
O perfil dos casos no Brasil demonstra que os homens jovens são mais acometidos, com pretos e pardos sendo maioria dos infectados.



Fonte: IBGE, 2026.

Na imagem a seguir temos o coeficiente de incidência de tuberculose (casos por 100 mil habitantes) por unidade federativa.

Figura: coeficiente de incidência de tuberculose (casos por 100 mil habitantes) por unidade federativa. Brasil, 2025 (Dados extraídos e qualificados em fevereiro de 2026).



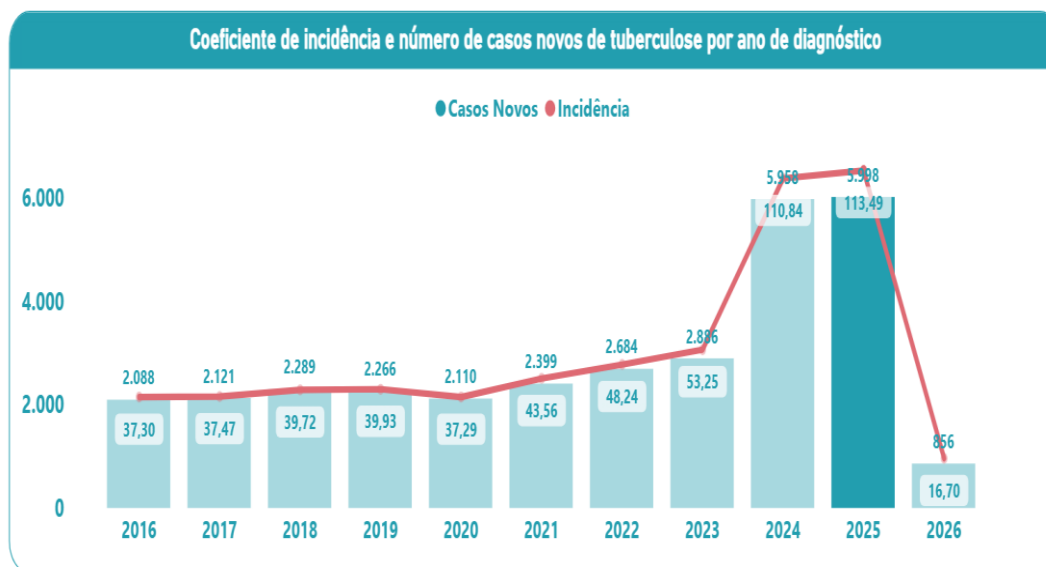
Fonte: Ministério da Saúde, 2026.

2.2 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE NO MARANHÃO

O Maranhão está entre os estados com maiores coeficientes de incidência de acordo com os dados de 2025, refletindo desigualdades sociais e desafios estruturais.

No gráfico a seguir, podemos observar o coeficiente de incidência no Maranhão entre os anos de 2016 e 2026. Nos anos de 2024 e 2025 houve um aumento superior a 100% em relação aos anos anteriores. No primeiro semestre de 2026 já foram notificados 856 casos novos.

Figura: Coeficiente de incidência e número de casos novos de tuberculose por ano, de 2016 a 2026.

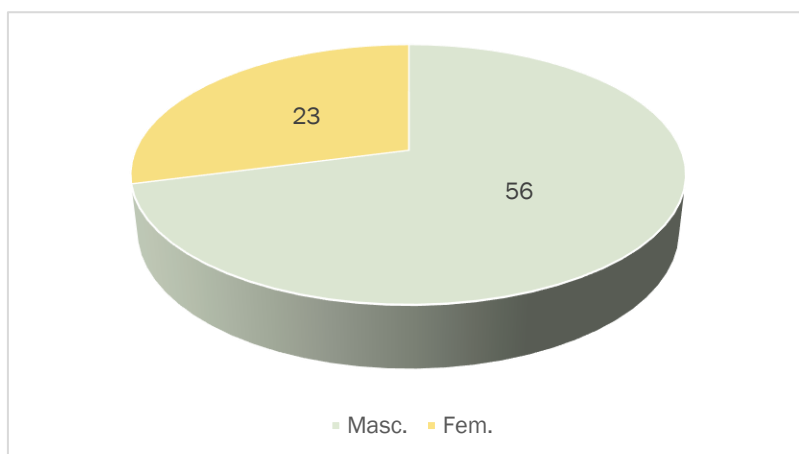


Fonte: monitora-MA, 2026.

2.3 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE EM IMPERATRIZ – MA

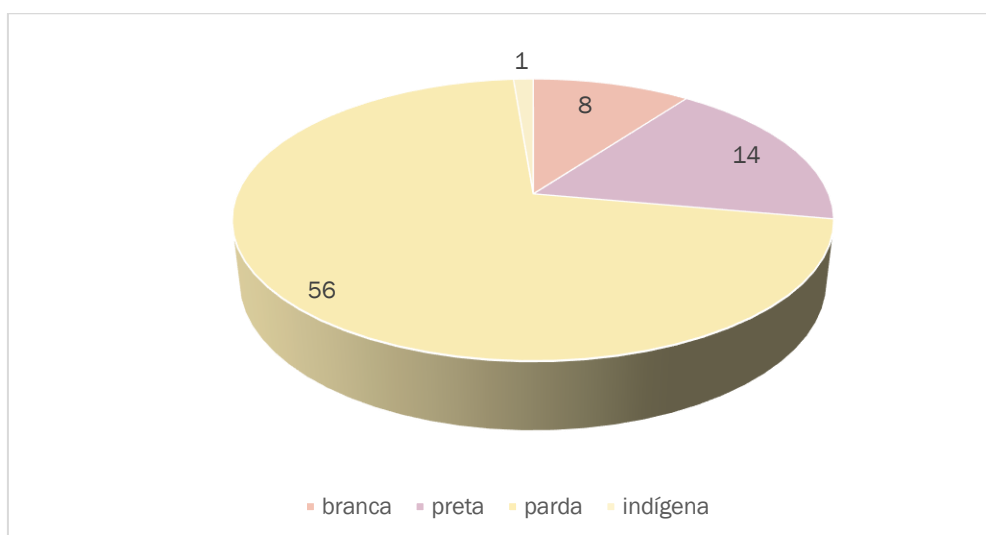
Em 2026, entre as semanas epidemiológicas 1 e 26, foram notificados 79 casos novos de tuberculose. Assim como ocorre no cenário nacional, em Imperatriz a maioria dos casos ocorre em pessoas do sexo masculino (figura x), representando 71% dos casos. E na análise de casos por raça/cor, temos a maioria em pessoas pardas e pretas, totalizando 88,6% (Figura x).

Figura x: Casos novos de tuberculose, por sexo, em residentes de Imperatriz-MA.



Fonte: Sinan, 2026.

Figura x: Casos novos de tuberculose, por raça/cor, em residentes de Imperatriz-MA.



Fonte: Sinan, 2026.

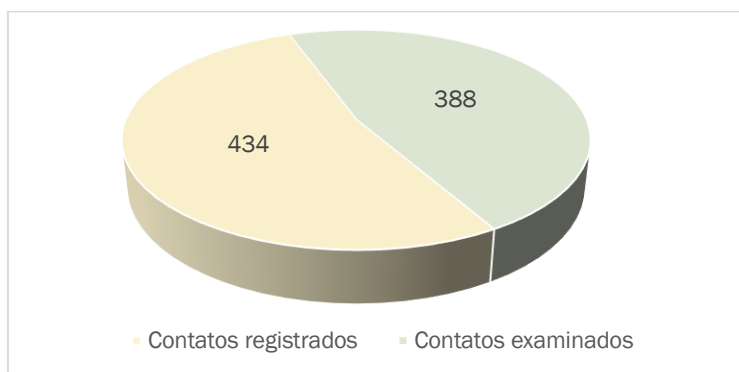
A proporção de contatos examinados e registrados dos casos de tuberculose em um município mede a efetividade da vigilância e do acompanhamento dos casos, refletindo tanto a capacidade da rede de saúde em identificar os contatos quanto em garantir que eles sejam avaliados, permitindo diagnóstico precoce e prevenção da transmissão.

Valores elevados indicam boa cobertura da investigação de contatos e maior efetividade das medidas de controle, enquanto proporções baixas sugerem fragilidades

na busca ativa e na adesão ao acompanhamento, refletindo diretamente na manutenção da cadeia de transmissão.

No município, dos 434 contatos de casos de tuberculose registrados, 388 foram efetivamente examinados, correspondendo a aproximadamente 89,4%.

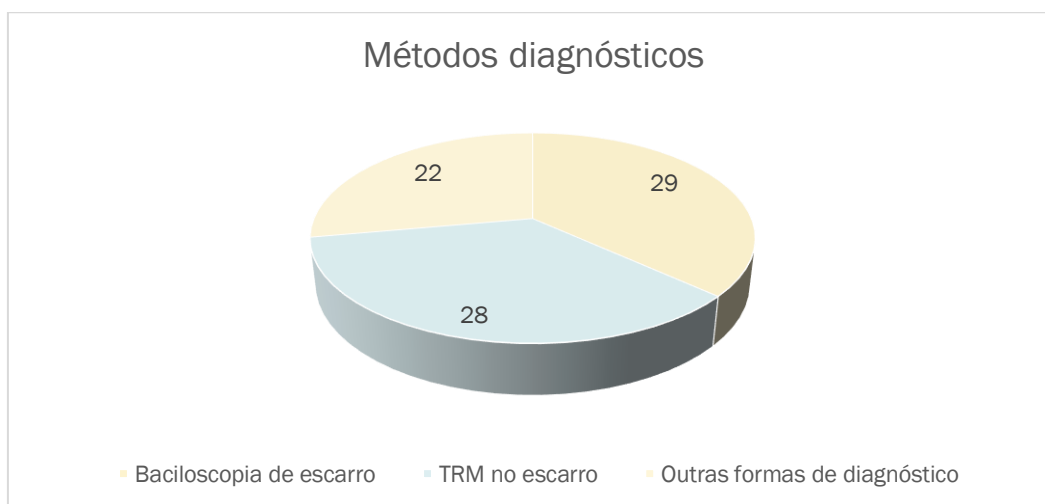
Figura x: Proporção de contatos examinados dos casos novos de tuberculose residentes em imperatriz – MA.



Fonte: Sinan, 2026.

O diagnóstico de tuberculose no município é feito majoritariamente pelos métodos de baciloscopia de escarro e TRM no escarro. Além deles, em alguns casos são utilizados o LF-LAN e exames de imagem.

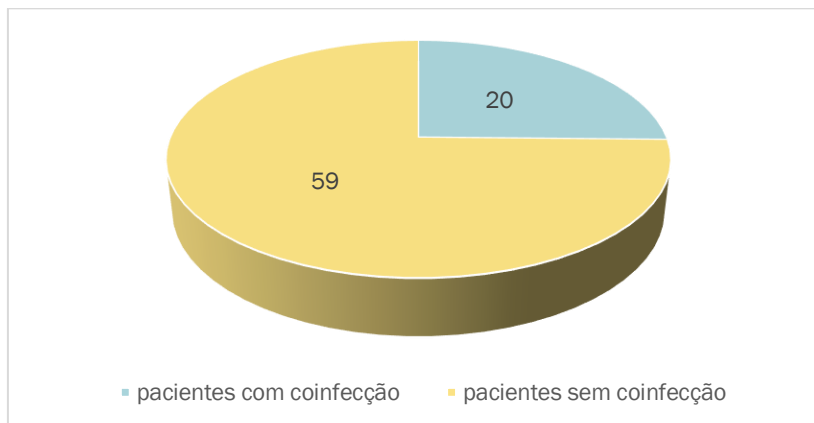
Figura x: Casos novos de tuberculose em residentes de Imperatriz, com especificação do método diagnóstico.



Fonte: Sinan, 2026.

Um dos grandes desafios nas políticas de saúde relacionadas à tuberculose é o grande número de casos de coinfeção com o HIV. As características da infecção pelo HIV tornam os pacientes alvos suscetíveis à infecção pela tuberculose. Em Imperatriz, dos casos novos notificados em 2026, 25% apresentam coinfeção HIV/tuberculose.

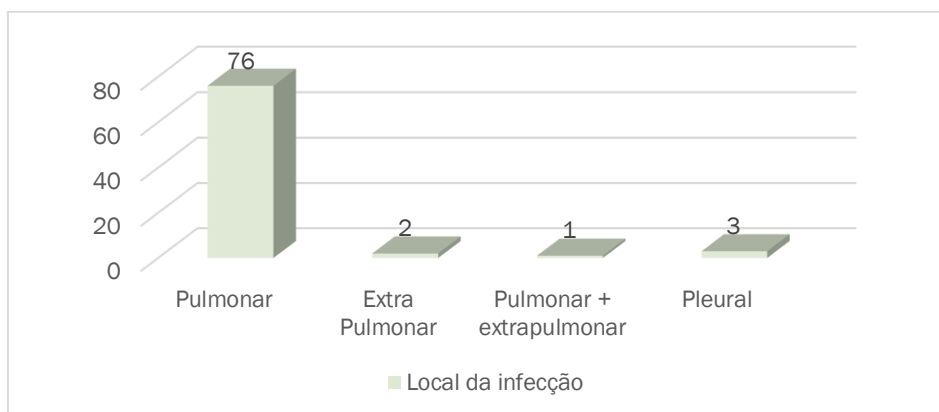
Figura x: Total dos casos novos de tuberculose, residentes de Imperatriz, apresentando coinfeção com HIV.



Fonte: Sinan, 2026.

A classificação da tuberculose por local de infecção distingue principalmente entre formas pulmonares e extrapulmonares, sendo a primeira a mais comum e responsável pela maior transmissibilidade. Já as formas extrapulmonares podem acometer diversos órgãos e sistemas, como o sistema nervoso central, ossos, rins e linfonodos.

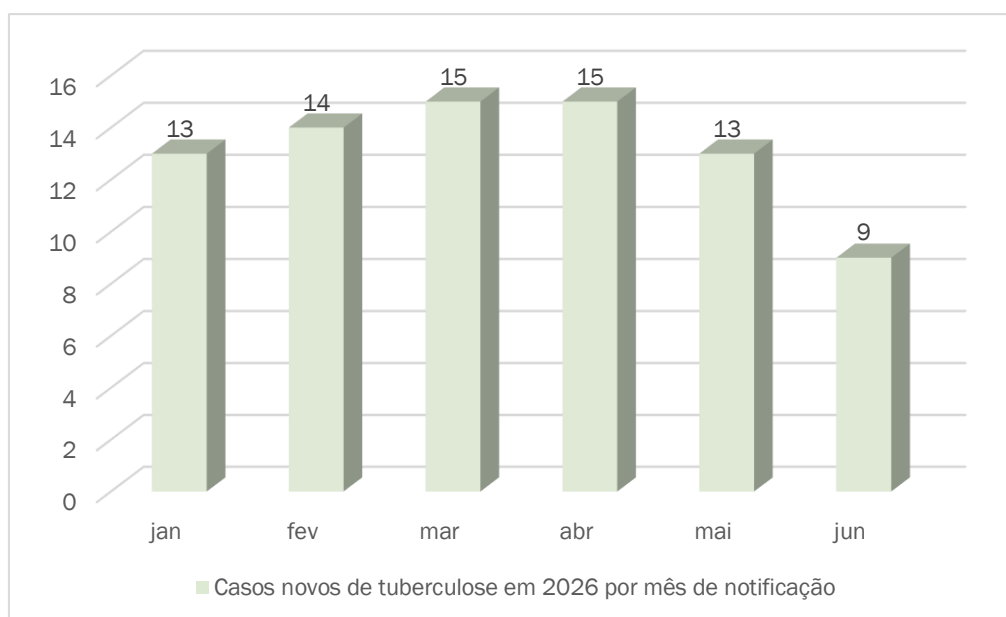
Figura X: Casos novos de tuberculose de residentes de Imperatriz, por forma de tratamento.



Fonte: Sinan, 2026.

A distribuição mensal dos casos novos registrados em 2026 no município de Imperatriz nos permite observar uma pequena oscilação no total mensal, mantendo uma média de aproximadamente 13 casos.

Figura x: Casos novos de tuberculose em 2026 por mês de notificação.



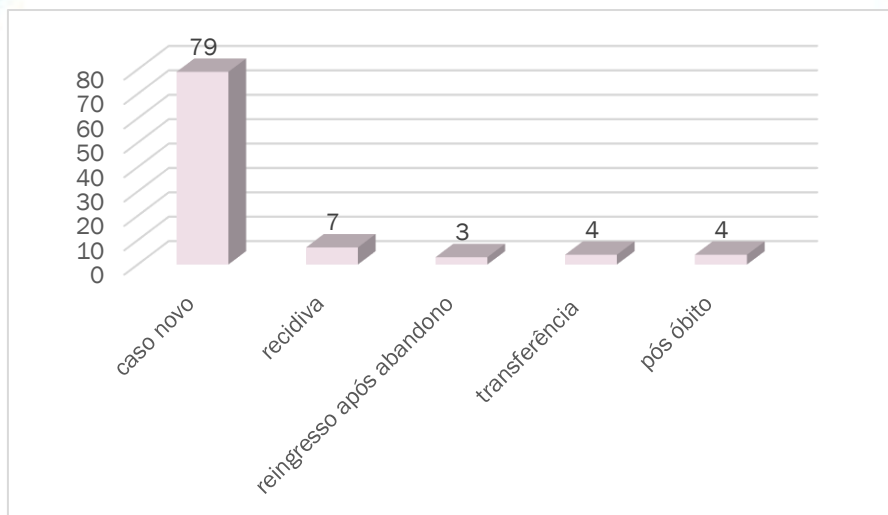
Fonte: Sinan, 2026.

Classificar o tipo de entrada não é apenas uma exigência burocrática, mas uma ferramenta estratégica fundamental que permite entender a dinâmica da doença, avaliar a qualidade da assistência e orientar ações de vigilância e prevenção.

Tecnicamente, casos novos indicam transmissão ativa na comunidade, enquanto casos de recidiva, reingresso após abandono e falência revelam problemas na adesão ou na eficácia do tratamento.

Na figura abaixo temos os casos registrados em Imperatriz no primeiro semestre, por tipo de entrada.

Figura X: Casos de tuberculose residentes de imperatriz por tipo de entrada.



Fonte: Sinan, 2026.

No período analisado, considerando todos os tipos de entrada, ocorreram 4 óbitos por tuberculose, representando 4,1%.

Em síntese, a análise dos dados evidencia que a tuberculose permanece como um desafio relevante para a saúde pública, refletindo desigualdades sociais e estruturais que impactam diretamente na incidência e no controle da doença. Apesar dos avanços em diagnóstico e tratamento, ainda é necessário fortalecer a vigilância epidemiológica, ampliar a investigação de contatos e garantir maior adesão ao tratamento, especialmente em populações vulneráveis. O cumprimento das metas propostas pela OMS para eliminação da tuberculose até 2035 dependerá do engajamento contínuo dos serviços de saúde, da integração com políticas sociais e do compromisso coletivo em reduzir a transmissão e proteger as comunidades mais afetadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico: Tuberculose. Número especial – março de 2026. Brasília: Ministério da Saúde, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The End TB Strategy. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2026.

3. SÍNDROMES GRIPAIS E SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG

Embora façam parte da mesma linha de evolução clínica, a distinção entre os conceitos de síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave baseia-se fundamentalmente na gravidade do quadro e nas implicações operacionais para a saúde pública.

A síndrome gripal (SG) é caracterizada por um quadro respiratório agudo, marcado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios do olfato ou do paladar. Em crianças com menos de 2 anos, considera-se também a presença de febre de início súbito e sintomas respiratórios como tosse, coriza e obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico (BRASIL, 2023).

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) representa um agravamento da Síndrome Gripal (SG). É definida por um indivíduo com SG que apresenta dispneia/desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de oxigênio (SpO_2) menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada/acinzentada nos lábios ou no rosto (cianose). Em crianças, além dos critérios anteriores, observa-se batimento de asa de nariz, tiragem intercostal, desidratação e inapetência (BRASIL, 2023).

No Brasil, a vigilância dos vírus respiratórios de importância para a saúde pública é realizada por meio de uma Rede de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal e de Síndrome Respiratória Aguda Grave em pacientes hospitalizados e/ou em casos de óbitos.

A vigilância das SRAG acompanha todos os casos graves e óbitos no país para identificar agravantes, mapear grupos de risco e orientar a assistência hospitalar. Ocorre em todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados (UPAs, hospitais e UTIs).

Um importante instrumento no processo de vigilância é a notificação compulsória e imediata (em até 24 horas). Todo paciente hospitalizado ou que vá a óbito com critérios

de SRAG deve ser notificado e o registro da notificação é feito no SIVEP-Gripe (Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe).

Outro importante instrumento de vigilância recomendado é a coleta de RT-PCR para painel viral respiratório em todos os casos hospitalizados.

A vigilância sentinela da síndrome gripal monitora a circulação temporal e geográfica dos vírus respiratórios na comunidade para identificar novas variantes e orientar a composição anual da vacina contra a influenza (BRASIL, 2023). É feita em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e unidades de pronto atendimento selecionadas estrategicamente no país. Esse monitoramento contínuo dos atendimentos por SG é registrado e-SUS VE.

Existe ainda um fluxo de investigação laboratorial no qual a rede de Laboratórios Central de Saúde Pública (**LACEN**) processa as amostras enviadas pelos municípios e os resultados são disponibilizados pelo Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (ou Sistema GAL).

3.1 CENÁRIO DAS SÍNDROMES GRIPAIS E SRAG NO BRASIL

O panorama das Síndromes Gripais (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no Brasil apresenta, até a Semana Epidemiológica 26 de 2026, de acordo com dados acumulados e consolidados do InfoGripe (Fiocruz), um total de 109.347 casos registrados.

Após análise laboratorial para vírus respiratórios, foram confirmados positivos 56.530 casos (51,7%), 37.770 foram negativos (34,5%) e 8.195 ainda estão aguardando resultados (7,5%).

No gráfico a seguir, podemos observar a incidência semanal dos casos entre a semana 1 e a semana 21 de 2026, por semana dos sintomas iniciais, demonstrando claramente um aumento de casos no período.

Gráfico 1: Incidência semanal dos casos entre a semana 1 e a semana 21 de 2026.



Fonte: infoGripe, 2026.

De acordo com os dados do InfoGripe da Semana Epidemiológica 28, conforme a tendência e o comportamento temporal dos casos, houve uma mudança de perspectiva na SE 26, com o início da tendência de queda/desaceleração geral dos casos de SRAG após 5 meses consecutivos de alta contínua (iniciada no começo do ano).

Nas análises referentes ao comportamento por faixa etária, temos um cenário de estabilização, mesmo com patamares elevados, após pico de Vírus Sincial Respiratório – VSR. Temos um leve aumento em pessoas acima de 50 anos e uma tendência de queda em idosos acima de 65 anos.

Em uma comparação com o mesmo período de 2025, tivemos uma queda nos casos de influenza A. Em 2025 os casos representavam 26,7% dos casos positivos, já em 2026, representam 12,7%. Em contrapartida, houve uma elevação na circulação da influenza B, que em 2025 representava 1,1% dos casos positivos, em 2026 representou no primeiro semestre 8,4%.

O Vírus Sincial Respiratório permaneceu como a principal causa de SRAG pediátrica nos dois anos, porém aumentou sua participação relativa nos hospitalizados de 45,5% (2025) para 55,9% (2026). Já a covid-19 representou 8,0% dos casos graves no 1º semestre de 2025, reduzindo para 2,2% no mesmo período de 2026.

Em relação aos óbitos por SRAG, enquanto em 2025 a Influenza A foi a responsável isolada pela maioria dos óbitos virais confirmados por SRAG em idosos, chegando a representar mais de 50% das mortes virais acumuladas, em 2026 houve uma maior dispersão etiológica entre as mortes confirmadas por SRAG no primeiro semestre: Influenza A (33,1%), Rinovírus (26,3%), VSR (21,7%), Influenza B (15,4%) e SARS-

CoV-2 (6,9%).

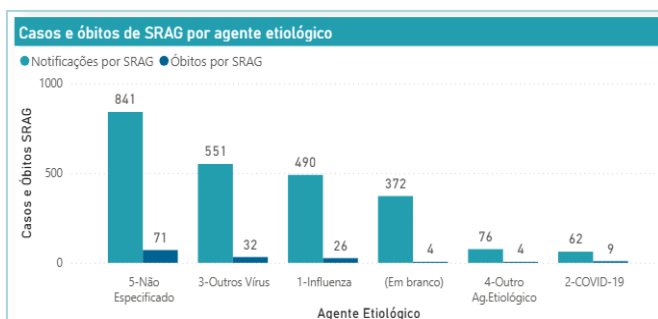
3.2 CENÁRIO NO MARANHÃO

De acordo com dados da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES-MA / Monitora Saúde), entre as semanas epidemiológicas 1 e 26/2026, o Vírus Sincicial Respiratório – VSR foi o principal desencadeador de hospitalização em crianças na primeira infância e em lactentes.

Influenza A e B foram responsáveis por mais de 230 hospitalizações diretas no período, com a Influenza B apresentando sinal de diminuição dos casos próximo à SE 26.

Em relação à SARS-CoV-2 houve um leve aumento de circulação e casos graves especificamente concentrados na população idosa não imunizada.

Gráfico 2: Casos notificados e óbitos por SRAG, por agente etiológico, em 2026.

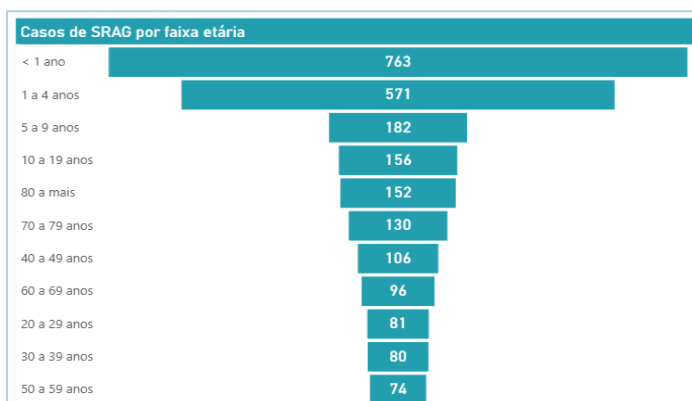


Fonte: Monitora Saúde MA, 2026.

Diferente do que ocorreu em grande parte do país, que iniciou queda acentuada, o Maranhão encerrou o primeiro semestre (SE 26) figurando entre as Unidades Federativas que mantiveram a incidência de SRAG em nível de alerta ou alto risco. Até o fechamento do primeiro semestre, a rede de saúde do Maranhão contabilizou mais de 943 internações por SRAG.

Do total de internações graves registradas no estado, mais de 68% ocorreram em crianças e adolescentes de até 15 anos, como podemos observar no gráfico a seguir.

Gráfico 3: Casos de SRAG por faixa etária entre as semanas 1 e 26 de 2026.



Fonte: Monitora saúde MA, 2026.

A cobertura vacinal no estado é um desafio para a vigilância das síndromes gripais e da SRAG no Maranhão. Os dados de imunização contra Influenza no Maranhão durante a campanha do primeiro semestre de 2026 apresentaram índices abaixo da meta de segurança epidemiológica (90%). Entre o público prioritário geral o percentual foi de 25% de cobertura, representando aproximadamente 384,4 mil doses. O público infantil, de 6 meses a 6 anos, representou 21,99% da cobertura. Os idosos foram 26,27% e, a maior adesão foi entre gestantes, representando 41,45% da cobertura vacinal para Influenza.

3.3 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO EM IMPERATRIZ

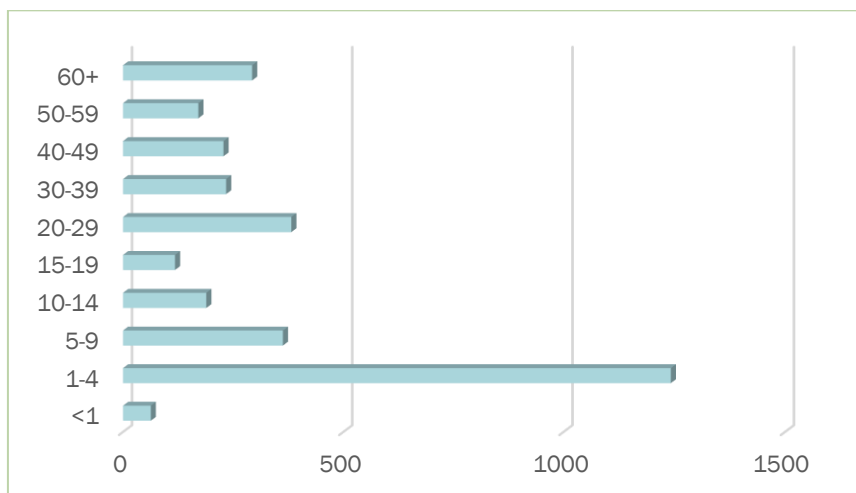
3.3.1 Síndromes Gripais

Durante o primeiro semestre de 2026, compreendendo as semanas epidemiológicas 1 a 26, a vigilância epidemiológica do município de Imperatriz consolidou um total de 3284 casos notificados de Síndrome Gripal (SG). O cenário observado ao longo dos primeiros seis meses do ano reflete o comportamento sazonal das infecções respiratórias na região, impulsionado pelas variações climáticas locais e pela circulação viral típica do período.

Este relatório apresenta a distribuição temporal, o perfil demográfico e os principais indicadores operacionais relativos a esses atendimentos na rede municipal de saúde.

O gráfico a seguir evidencia a distribuição de frequências por faixa etária, destacando uma concentração expressiva no grupo de 1 a 4 anos, que ultrapassa 1300 registros. Observa-se um segundo grupo relevante de casos entre 5 e 9 anos e na população jovem-adulta de 20 a 29 anos (ambos próximos a 400 casos), além de um volume moderado em idosos com 60 anos ou mais.

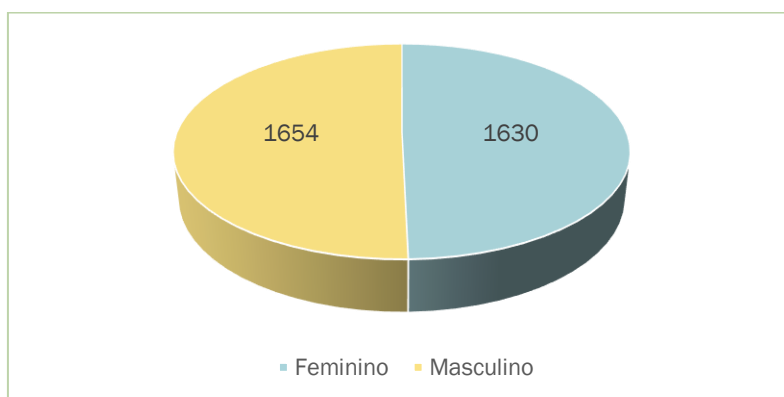
Gráfico 4: Distribuição dos casos por faixa etária.



Fonte: eSUS-VE, 2026.

Quanto à distribuição dos casos por sexo, observa-se um equilíbrio expressivo entre as populações analisadas. Essa paridade demonstra que o evento analisado afeta homens e mulheres de forma praticamente homogênea, sem disparidade epidemiológica significativa em relação ao gênero.

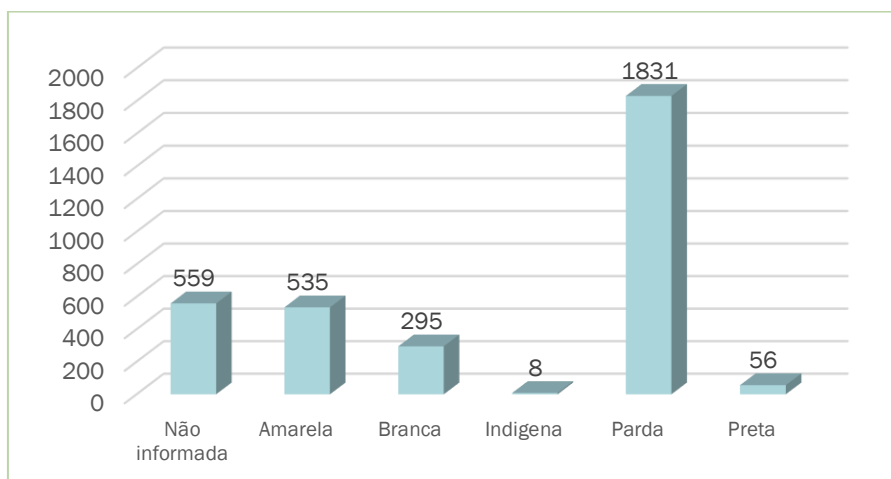
Gráfico 5: Distribuição dos casos por sexo.



Fonte: eSUS-VE, 2026.

No que tange à distribuição dos casos segundo raça/cor, a maioria expressiva das notificações concentra-se na população parda, com 1.831 casos (~55,8% do total). Contudo, é fundamental ponderar que essa elevada proporção não indica uma predisposição genética ou uma relação causal direta da doença com a população parda. Essa concentração reflete, predominantemente, o perfil demográfico e sociocultural da população local

Gráfico 6: Distribuição dos casos por raça/cor.

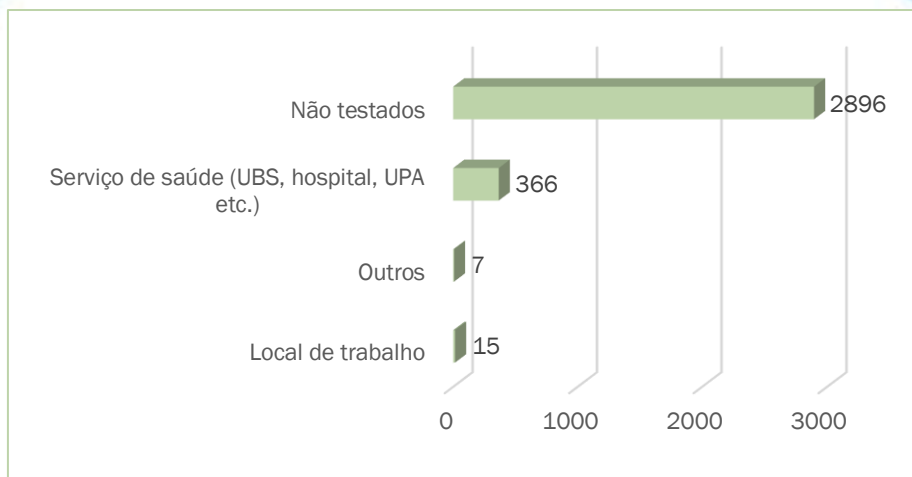


Fonte: eSUS-VE, 2026.

Vale destacar também o registro atípico de 535 casos sob a categoria de raça/cor amarela, o que aponta para um provável viés no preenchimento das fichas de notificação epidemiológica. Tendo em vista que a região não possui um contingente populacional de descendência asiática numericamente expressivo que justifique essa proporção, esse volume expressivo sugere um equívoco operacional no momento da triagem ou digitação dos dados — como a interpretação inadequada do termo por parte dos notificadores ou o não cumprimento do critério de autodeclaração.

Ao local dados de realização de testagem, observa-se uma expressiva predominância de indivíduos não testados, totalizando 2.896 casos (aproximadamente 88,2% do total de registros). Entre os casos em que houve a realização do teste, a expressiva maioria ocorreu em serviços de saúde (UBS, hospitais, UPAs, entre outros), somando 366 ocorrências, somando aproximadamente 11,1% dos casos.

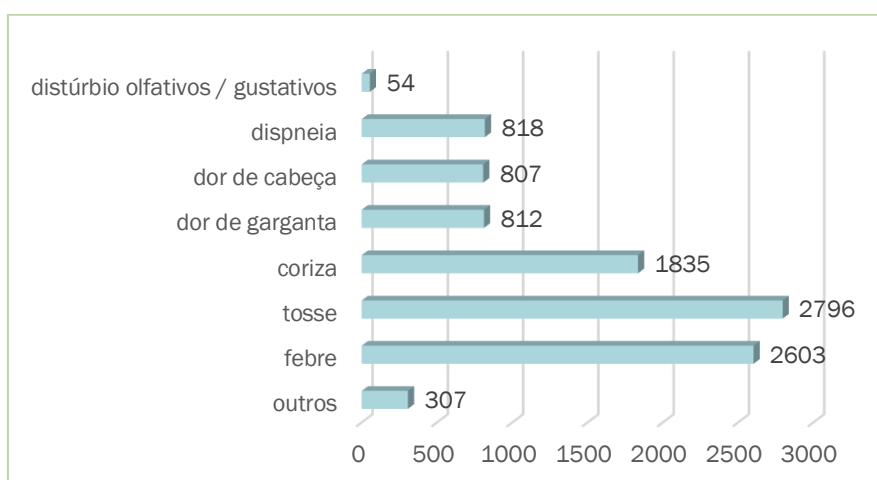
Gráfico 7: Distribuição dos casos por local de testagem.



Fonte: eSUS-VE, 2026.

Quanto aos sintomas apresentados nos dados analisados, a tosse (2.796) e a febre (2.603) configuram-se como os sintomas mais prevalentes, seguidos pela coriza (1.835). Em patamares intermediários e com frequências bastante próximas, destacam-se a dispneia (818), a dor de garganta (812) e a dor de cabeça (807).

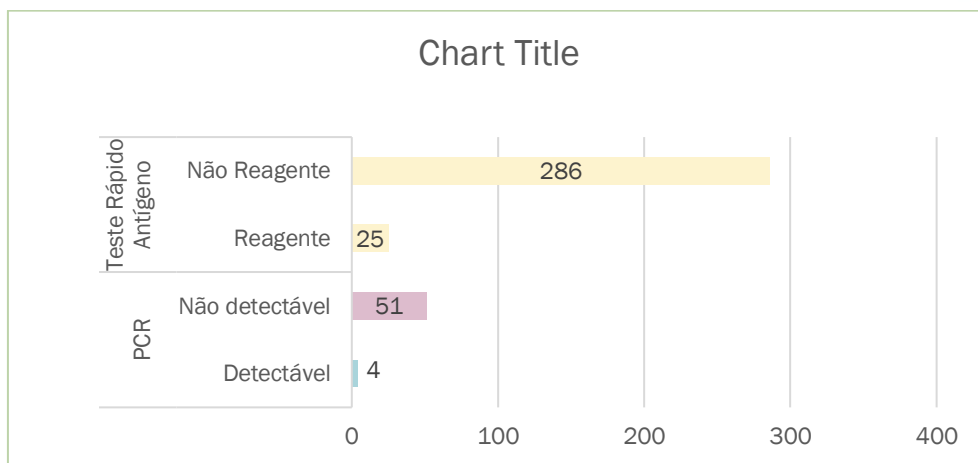
Gráfico 8: sintomas



Fonte: eSUS-VE, 2026.

Dos exames diagnósticos realizados no grupo testado, observa-se uma maior utilização do Teste Rápido de Antígeno em comparação ao PCR. Em ambos os métodos, prevalecem os resultados negativos/não detectáveis, indicando uma baixa taxa de positividade no conjunto de exames efetuados.

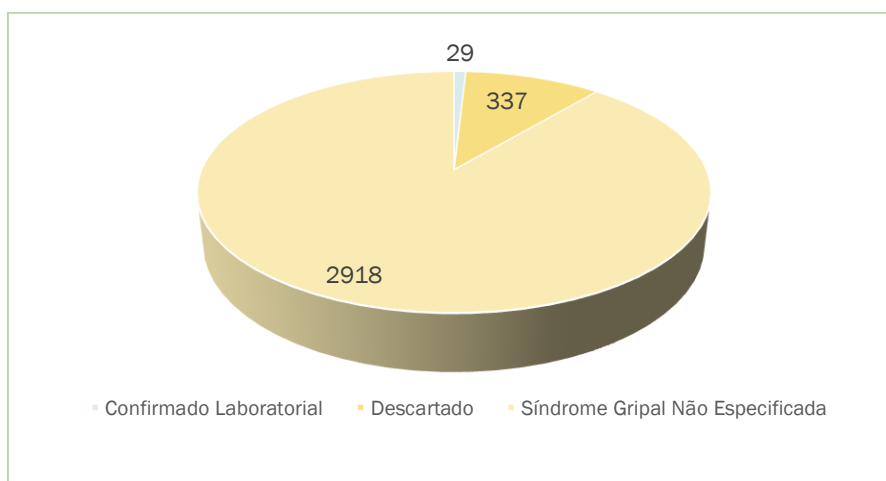
Gráfico 10: Distribuição dos casos notificados de Síndrome Gripal segundo o tipo de teste diagnóstico e resultado.



Fonte: eSUS-VE, 2026.

Em relação à classificação final (gráfico 11) dos casos notificados, observa-se uma predominância absoluta da categoria Síndrome Gripal Não Especificada, que soma 2.918 registros (cerca de 88,9% do total), evidenciando o encerramento dos casos fundamentado no critério clínico epidemiológico diante do elevado volume de indivíduos não testados. Isso denota uma necessidade contínua de ampliar o uso de testes diagnósticos.

Gráfico 11: classificação final

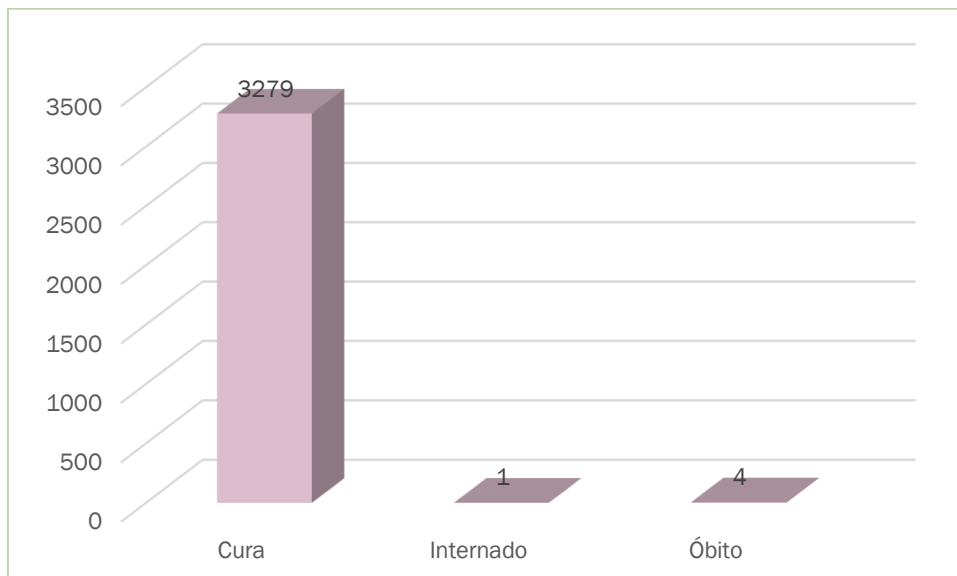


Fonte: eSUS-VE, 2026.

Quanto à evolução dos casos notificados de síndrome gripal, observa-se um desfecho favorável para a quase totalidade dos pacientes: a categoria cura soma 3.279 registros, correspondendo a mais de 99,8% do total analisado. As demais evoluções

registraram números mínimos, sendo 1 paciente internado e 4 óbitos ao longo do período.

Gráfico 12: Evolução dos casos notificados.



Fonte: eSUS-VE, 2026.

Esses dados indicam que, apesar da alta frequência de notificações de síndromes gripais, a grande maioria dos casos apresentou perfil leve e de boa resolução clínica, resultando em uma taxa de letalidade extremamente baixa na população assistida.

3.3.2 Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG

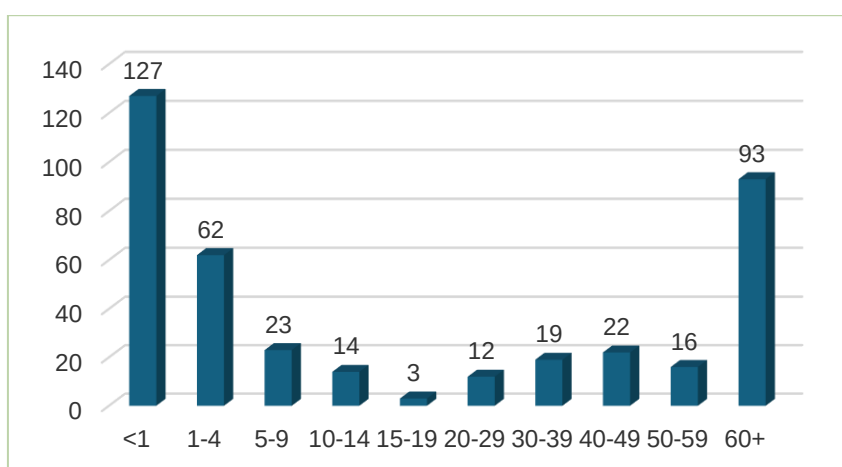
A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) constitui um dos principais focos do monitoramento epidemiológico durante os seis primeiros meses do ano, período frequentemente marcado por maior número de casos, o que aumenta a demanda por atendimento na rede hospitalar de Imperatriz.

No primeiro semestre de 2026, a vigilância epidemiológica registrou um total de 391 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Por se tratar de uma doença de notificação compulsória que demanda atenção hospitalar e suporte intensivo, o acompanhamento rigoroso desse indicador no período é essencial para mapear a circulação dos principais vírus respiratórios no município, avaliar o perfil

epidemiológico dos pacientes acometidos e orientar a gestão de leitos e insumos na rede municipal.

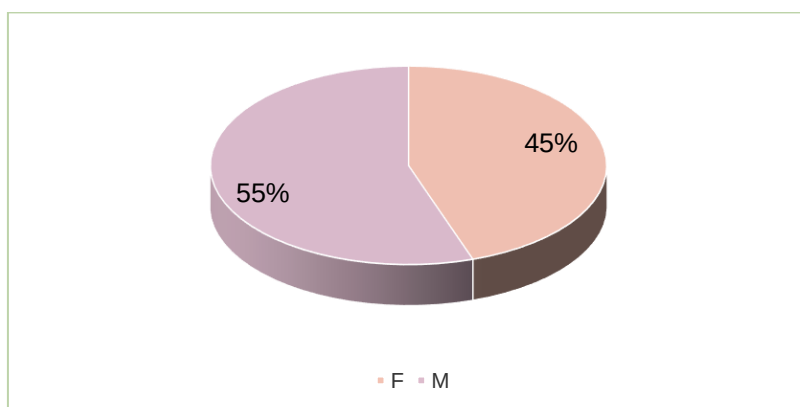
Nos dados analisados, os casos em crianças menores de 4 anos representam 48% dos casos registrados. Só as crianças menores de 1 ano representam 32% dos casos. Os idosos representaram 24%. Esses grupos são os que apresentam maior propensão a agravamento e, somados, crianças menores de 4 anos e idosos, totalizam 72% dos registros. Temos o detalhamento por faixa etária e sexo nos gráficos a seguir:

Gráfico 14: Número de casos por faixa etária.



Fonte: Sivep-Gripe, 2026.

Gráfico 15: Percentual dos casos por sexo.

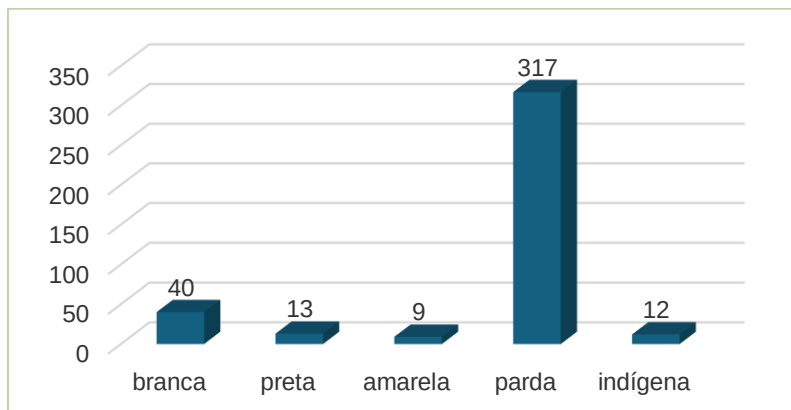


Fonte: Sivep-Gripe, 2026.

Analisando os dados por raça/cor (gráfico 16), a maioria dos casos registrados foi em pessoas pardas (81%), no entanto, ressalta-se que essa prevalência do número de

casos em pessoas pardas é um reflexo do perfil demográfico municipal, e não representa possibilidade de maior risco relativo a essa população específica.

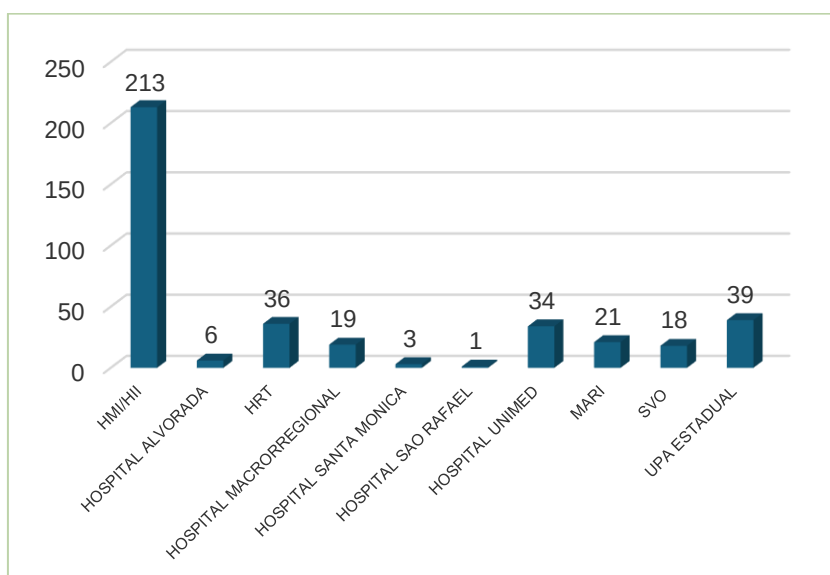
Gráfico 16: raça/cor



Fonte: Sivep-Gripe, 2026.

Na análise institucional das unidades notificadoras, observa-se expressiva concentração dos registros no Hospital Municipal de Imperatriz (compreendendo institucionalmente o Hospital Municipal Infantil de Imperatriz), figurando como a principal unidade notificadora do período (Gráfico 17). Tal achado é compatível com o perfil assistencial da instituição, que atua como porta de entrada e centro de referência para o manejo de quadros respiratórios de maior complexidade e internações no município, centralizando a captação dos casos que preenchem os critérios de definição para SRAG.

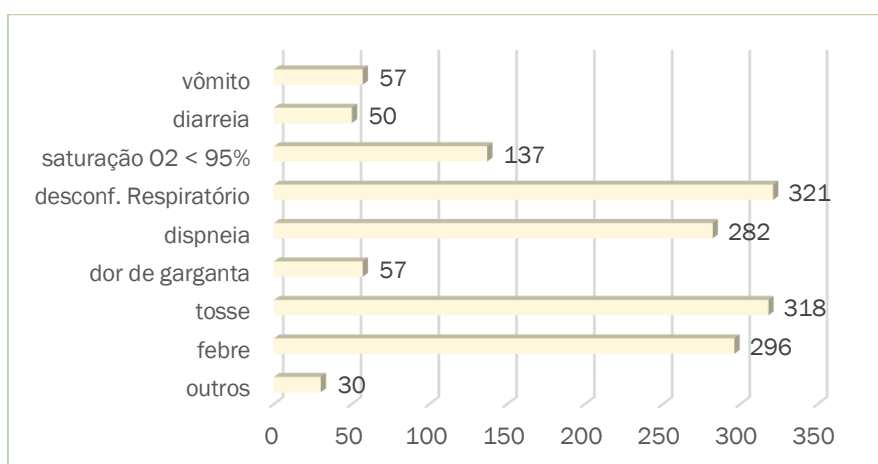
Gráfico 17: Número de notificações por unidade notificadora.



Fonte: Sivep-Gripe, 2026.

Dentre os quadros de SRAG notificados no período, a distribuição dos sinais e sintomas refletiu a definição clínica oficial de caso. A febre (75,70%) e a tosse (81,33%) figuraram como as manifestações iniciais mais frequentes, enquanto a dispneia (72,12%), desconforto respiratório (82,10%) e a saturação de $O_2 < 95\%$ (35,04%) responderam como os principais critérios de gravidade que motivaram o encaminhamento e a internação na rede hospitalar.

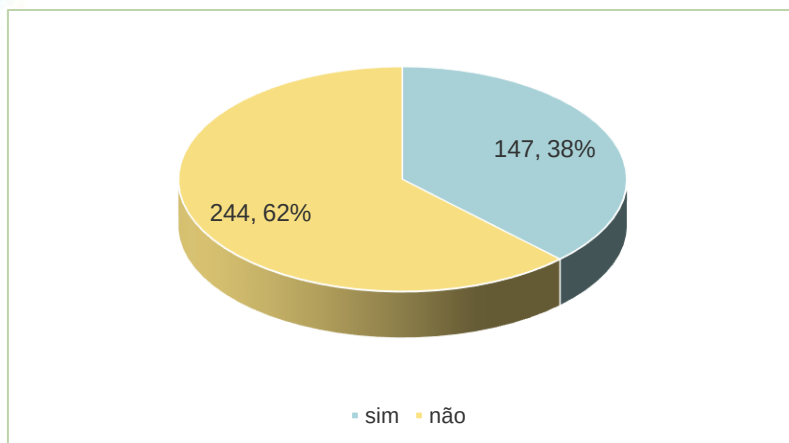
Gráfico 18: Distribuição da Frequência de Sinais e Sintomas entre os Casos Notificados de SRAG.



Fonte: Sivep-Gripe, 2026.

Em relação à gravidade dos casos no primeiro semestre de 2026, o volume de pacientes que demandaram cuidados intensivos é expressivo (mais de 1/3 do total de notificados). 37,6% das notificações de SRAG demandaram admissão em leitos de UTI, enquanto 62,4% ($n = 244$) foram manejados em leitos de internação convencional. A elevada proporção de internações intensivas reforça o perfil crítico das síndromes respiratórias captadas pelo sistema de vigilância local.

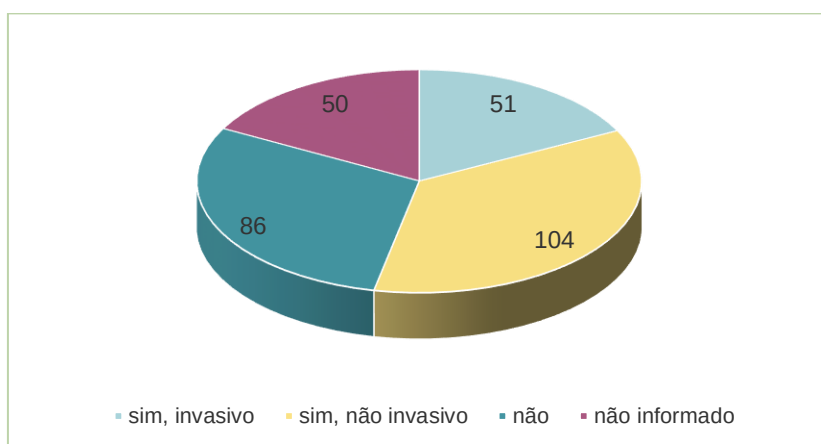
Gráfico 19: Distribuição dos casos notificados de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo a necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).



Fonte: Sivep-Gripe, 2026.

A maioria dos pacientes notificados por SRAG não necessitou de assistência ventilatória, representando 60,4% do total de casos. Entre os pacientes que demandaram suporte de oxigenação (39,6%), predominou a utilização de suporte ventilatório não invasivo, registrado em 26,6% das ocorrências. O suporte ventilatório invasivo (intubação orotraqueal) foi requerido por 13,0% dos pacientes, grupo que reflete os quadros de maior gravidade e insuficiência respiratória grave assistidos na rede hospitalar do município.

Gráfico 20: Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo o tipo de suporte ventilatório utilizado.

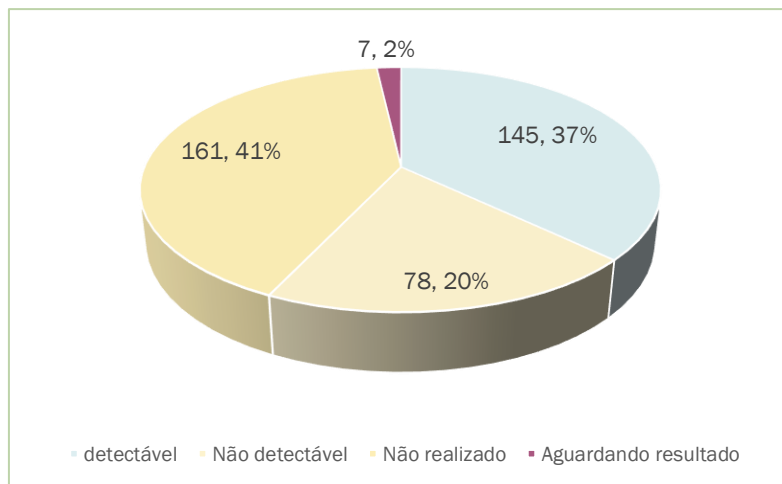


Fonte: Sivep-Gripe, 2026.

A SRAG não é uma doença específica, mas sim uma complicação respiratória decorrente de uma infecção respiratória. O teste PCR é a ferramenta mais precisa para diagnosticar a causa do problema. Ele é um teste de biologia molecular que identifica qual vírus ou bactéria está causando a infecção respiratória grave.

Foram realizados 230 exames de PCR no primeiro semestre em Imperatriz, compreendendo 58,82% dos registros para SRAG.

Gráfico 21: Status dos testes moleculares (PCR) no primeiro semestre de 2026.

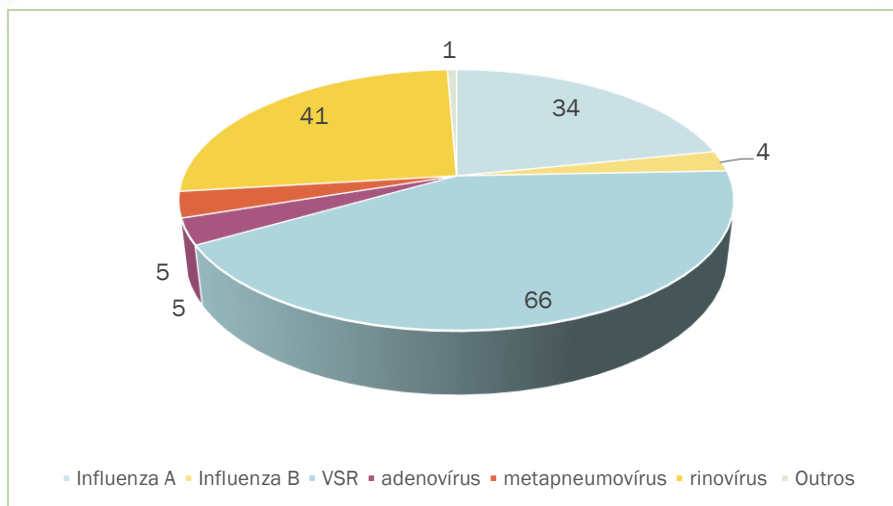


Fonte: Sivep-Gripe, 2026.

Em um universo de 391 pacientes, o exame de PCR apresentou resultado detectável em 37% dos casos e não detectável em 20%, enquanto apenas 2% ainda aguardavam laudo. Um ponto de atenção é o fato de que em 41% das notificações não foram realizados exames de PCR, refletindo uma lacuna relevante na testagem que pode impactar a subnotificação dos casos e o direcionamento terapêutico imediato.

A análise da etiologia viral entre as amostras detectáveis demonstra uma expressiva predominância do Vírus Sincicial Respiratório (VSR), responsável por 42% das infecções confirmadas. Em segundo lugar, destaca-se o Rinovírus, presente em 26% dos casos, seguido pela Influenza A, com 22%. Somados, esses três agentes concentram 90% de todas as infecções identificadas. Os demais vírus apresentaram frequências significativamente menores: Influenza B, Adenovírus e Metapneumovírus registraram, cada um, 3% dos casos, respectivamente, enquanto outros patógenos representaram apenas 1%. Esses achados reforçam a elevada circulação do VSR e do Rinovírus no perfil epidemiológico estudado.

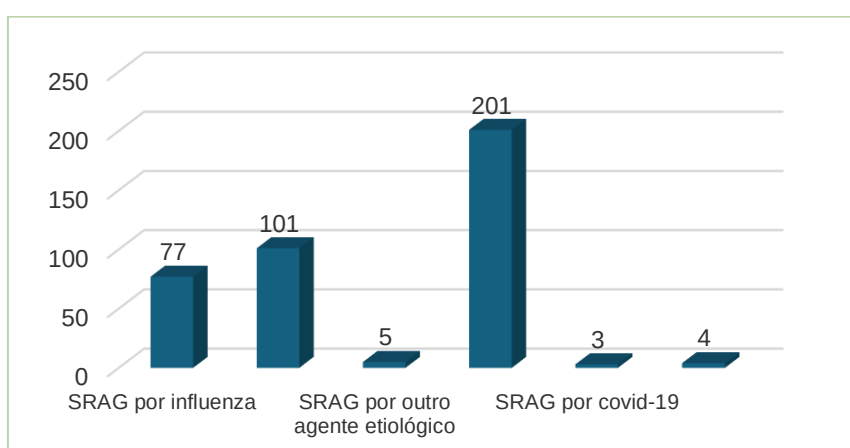
Gráfico 22: Distribuição etiológica dos agentes virais identificados por PCR em amostras detectáveis.



Fonte: Sivep-Gripe, 2026.

Em relação à classificação final casos analisados, observa-se a predominância da SRAG não especificada, responsável por 51,4% do total de notificações, indicando que em mais da metade dos casos não foi possível identificar laboratorialmente o agente causal. Dentre os casos com etiologia definida, a categoria de SRAG por outro vírus respiratório representou a maior parcela, com 25,8%, seguida pela SRAG por influenza, correspondendo a 19,7%. Casos de SRAG por outro agente etiológico representaram 1,3%, enquanto a SRAG por COVID-19 registrou apenas 0,8%. Por fim, 1% dos casos ainda estão aguardando resultado.

Gráfico 23: Distribuição absoluta dos casos de SRAG segundo a etiologia e classificação final do diagnóstico.

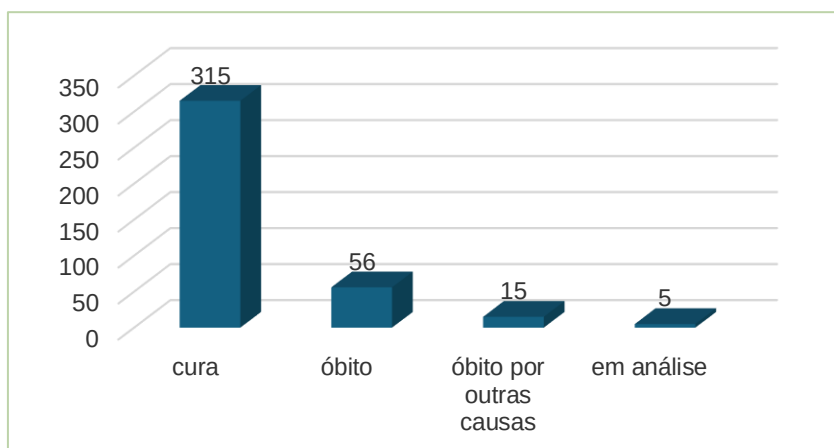


Fonte: Sivep-Gripe, 2026.

Em relação à evolução clínica dos 391 casos analisados, observa-se que a grande maioria dos pacientes evoluiu com cura (80,6%). Os óbitos confirmados por

SRAG corresponderam a 14,3% do total, configurando uma taxa de letalidade relevante no grupo estudado. Adicionalmente, 3,8% dos pacientes evoluíram à óbito por outras causas, sem relação direta com o quadro respiratório agudo, e apenas 1,3% dos casos mantiveram-se em análise até o encerramento do levantamento.

Gráfico 24: Evolução clínica dos casos notificados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).



Fonte: Sivep-Gripe, 2026.

A alta proporção de curas evidencia uma resposta assistencial predominantemente favorável, embora o percentual de letalidade direta reflita a gravidade intrínseca da Síndrome Respiratória Aguda Grave.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de Vigilância em Saúde. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Guia de Vigilância Epidemiológica da Influenza. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. (Capítulo 2: *Vigilância Epidemiológica da Influenza — Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal*).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Guia de Vigilância Epidemiológica da Influenza. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

Fiocruz. Resumo do Boletim InfoGripe – Semana Epidemiológica 21, 2026. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2026. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/Resumo_InfoGripe_2026_21_0.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2026.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Boletim InfoGripe: Semana Epidemiológica 26/2026. Rio de Janeiro: Fiocruz/PROCC; FGV/EMAp, 2026. Disponível em: <https://info.gripe.fiocruz.br>. Acesso em: 5 ago. 2026.

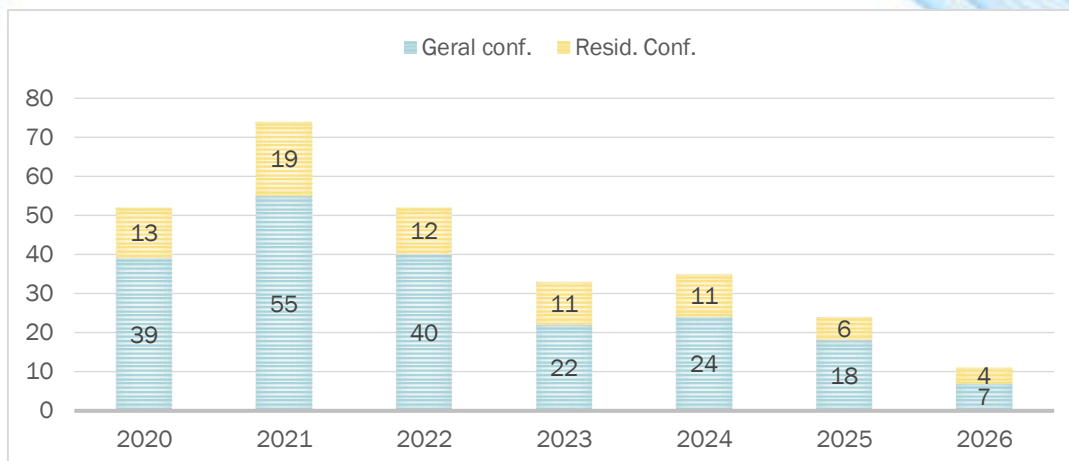
3. LEISHMANIOSE VISCERAL E LEISHMANIOSE TEGUMENTAR

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença causada pelo protozoário da família *Trypanosomatidae*, gênero *Leishmania*. Nas Américas e no Brasil, a *Leishmania (L.) chagasi* é a incriminada pela ocorrência do calazar, sendo de evolução grave a fatal quando não tratada, e a *Leishmania brasiliensis*, *L. guyanensis*, *L. amazonensis* como causadoras da ferida brava ou leishmaniose tegumentar americana. A disseminação da doença se dá por meio da picada do vetor tanto entre animais como humanos, a disseminação foi facilitada por acometer cães domésticos e errantes e esses funcionarem como reservatório natural. A urbanização da doença se deve a variados fatores, tais como secas prolongadas e periódicas, seguidas por migração, urbanização crescente, principalmente nas capitais e o êxodo rural. As altas incidências estão associadas a dificuldades nutricionais e precárias condições de vida (BRASIL, 2024).

No Brasil, de 2014 a 2024, houve redução na taxa de incidência de leishmaniose visceral, de 1,67, para 0,77 caso por 100 mil habitantes, respectivamente. Discreto pico de incidência foi observado no ano de 2017 (2,00 casos por 100 mil habitantes), seguido por um declínio progressivo do indicador ao longo dos anos subsequentes. Existem diferenças marcantes na distribuição da doença, com concentração nas regiões Norte e Nordeste, especialmente em alguns estados, como Tocantins, Maranhão e Piauí. A persistência de taxas de incidência elevadas em alguns locais reforça a necessidade de ações regionalizadas e integradas de controle da doença, especialmente naqueles com maior vulnerabilidade e transmissão ativa (RIPSA, 2026).

Em Imperatriz há um longo histórico de ocorrência de casos tanto de LV quanto de LTA, com destaque para a queda de casos após o início das ações de controle da transmissão da doença em reservatórios animais urbanos, os cães, via implantação do plano de encoleiramento canino, que utiliza coleiras repelentes a fim de evitar que o vetor transmissor faça o repasto sanguíneo no animal, direcionado aos bairros estratificados de maior ocorrência de casos humanos no município. Abaixo breve série histórica de dados.

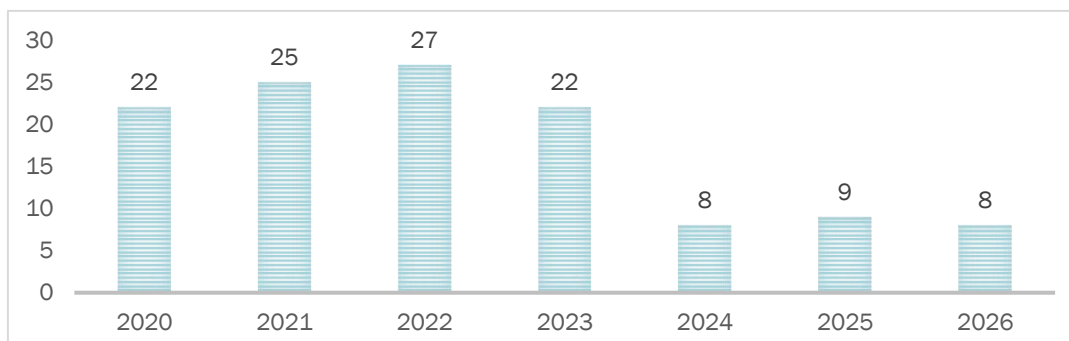
Tabela 1. Número de casos notificados e confirmados de LV, geral e residentes em Imperatriz, 2020 a 2026 (parcial).



Fonte: SINAN/V. E., 2026.\

O registro de casos suspeitos de calazar em Imperatriz no ano 2026 (parcial) é de quarenta e oito e sete casos diagnosticados e confirmados, sendo três pacientes residentes no município e quatro de outras localidades, como Amarante, Campestre, Davinópolis (2). Do total de casos, três são do sexo feminino e quatro do sexo masculino, dos sete casos, seis foram confirmados laboratorialmente e apenas um fez diagnóstico clínico-epidemiológico, com um óbito registrado.

Tabela 2. Número de casos de LTA notificados em Imperatriz, 2020 a 2026 (parcial).



Fonte: SINAN, 2026.

Em relação a leishmaniose tegumentar americana (LTA), foram oito o número total de casos notificados em Imperatriz em 2026 (parcial), sendo seis residentes no município e dois outros são de localidades vizinhas, nomeadamente Amarante e Montes Altos. Destes, cinco eram do sexo masculino e três do sexo feminino. Todos foram diagnosticados laboratorialmente (exame parasitológico positivo e/ou biopsia compatível). Quanto a manifestação clínica da doença, três pacientes apresentaram lesões com comprometimento de mucosas e os demais do tegumento cutâneo.

Bibliografia:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde**. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. v. 3.

MRB.2.09 - Taxa de incidência de leishmaniose visceral. https://www.ripsa.org.br/fichasidb/a-demografico/ficha?code=MGDI_MS_V6R, acesso em 14/08/2026 às 8:37h.

MUNICIPIO DE IMPERATRIZ. Secretaria Municipal de Saúde. Banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): casos de leishmaniose visceral e tegumentar americana no município de Imperatriz (MA) no período de 2020 a 2026 – parcial. Imperatriz: SEMUS, 2026.

4. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs) - IST/AIDS, HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constituem um importante desafio de saúde pública, em razão de seu elevado potencial de disseminação, do impacto negativo sobre a saúde sexual e reprodutiva e da associação com desfechos clínicos graves, especialmente quando não diagnosticadas e tratadas oportunamente. As IST são transmitidas, principalmente, por meio do contato sexual desprotegido — vaginal, anal ou oral — com pessoas infectadas, podendo também ocorrer a transmissão vertical, da mãe para o bebê, durante a gestação, o parto ou a amamentação. Em situações específicas, a transmissão pode ocorrer ainda pelo contato com sangue contaminado.

Entre as IST de maior relevância epidemiológica destacam-se a sífilis, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV/aids), as hepatites virais B e C, a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), a gonorreia, a clamídia e o herpes genital. Muitas dessas infecções podem apresentar curso assintomático, dificultando o diagnóstico precoce e favorecendo a manutenção da cadeia de transmissão.

4.1 HIV/AIDS

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um retrovírus que compromete o sistema imunológico, especialmente os linfócitos T CD4+, responsáveis pela defesa do organismo contra infecções. A infecção pelo HIV, quando não tratada adequadamente, pode evoluir para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), caracterizada por grave imunossupressão e ocorrência de infecções oportunistas e neoplasias. As principais formas de transmissão incluem relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas e a transmissão vertical, da gestante para o filho, durante a gestação, parto ou amamentação.

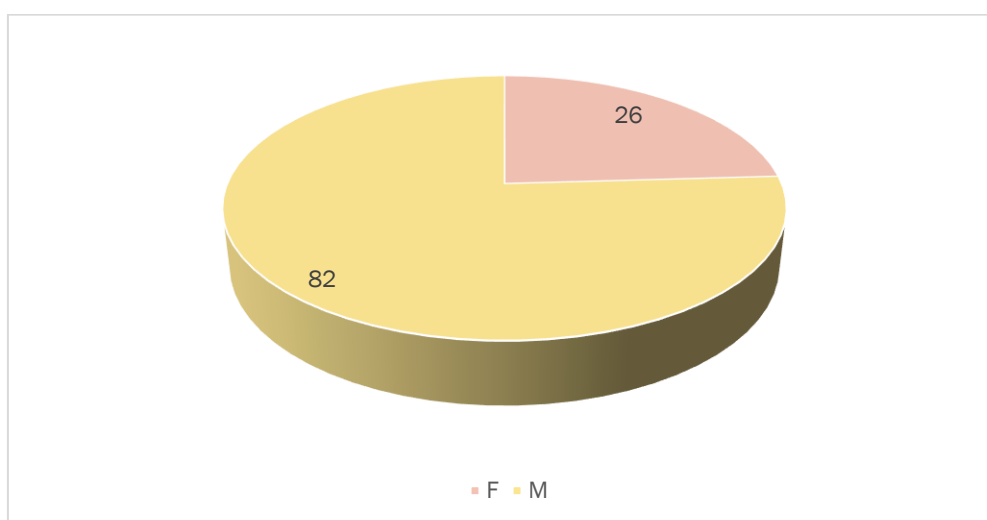
Desde sua identificação, na década de 1980, o HIV/aids representa um relevante problema de saúde pública em âmbito mundial. Embora ainda não exista cura, os avanços no tratamento antirretroviral (TARV) possibilitam que as pessoas vivendo com HIV tenham qualidade de vida e expectativa de vida próxima à da população geral. A testagem precoce é fundamental para o diagnóstico oportuno e início imediato do tratamento, sendo a prevenção, com uso de preservativos e estratégias combinadas,

essencial para o controle da epidemia. O enfrentamento do estigma e da desinformação permanece como eixo central das políticas públicas de saúde.

4.1.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HIV

No primeiro semestre de 2026, foram notificados 108 novos casos de HIV no município de Imperatriz. Observa-se predominância do sexo masculino, com 82 casos (76%), enquanto o sexo feminino correspondeu a 26 casos (24%), padrão semelhante ao observado em nível nacional. No mesmo período, foram notificadas 06 gestantes com HIV no município.

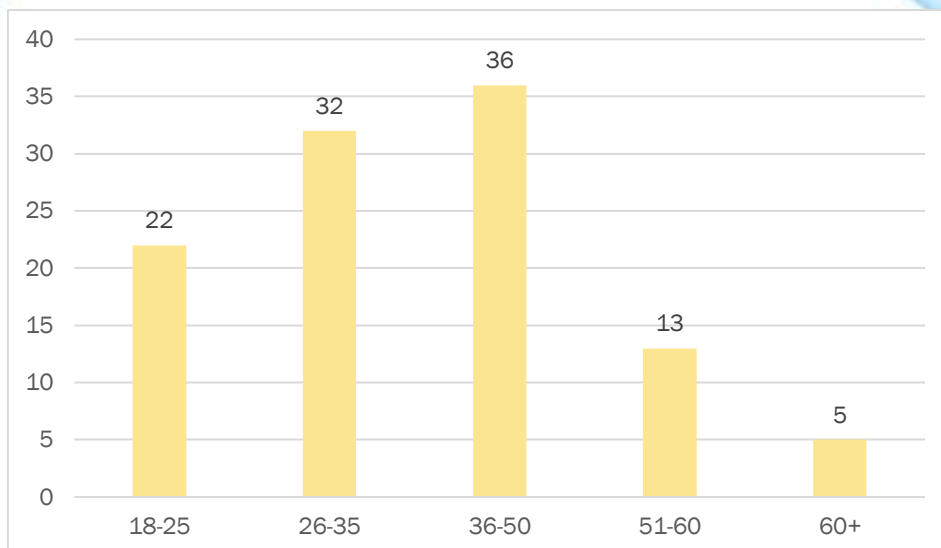
Gráfico 1: Distribuição de casos de HIV por sexo no município de Imperatriz



Fonte: SINAN, 2026

Em relação à faixa etária, 54 casos (50%) concentram-se entre pessoas de 18 a 35 anos, evidenciando a vulnerabilidade de jovens adultos. Mantém-se a predominância em faixas etárias economicamente ativas, reforçando a importância de ações contínuas de prevenção combinada, incluindo o uso de preservativos, PrEP, PEP e testagem regular. Também se destaca a persistência da transmissão sexual como principal via de infecção, evidenciando a necessidade de intensificar estratégias educativas e de enfrentamento ao estigma e à discriminação.

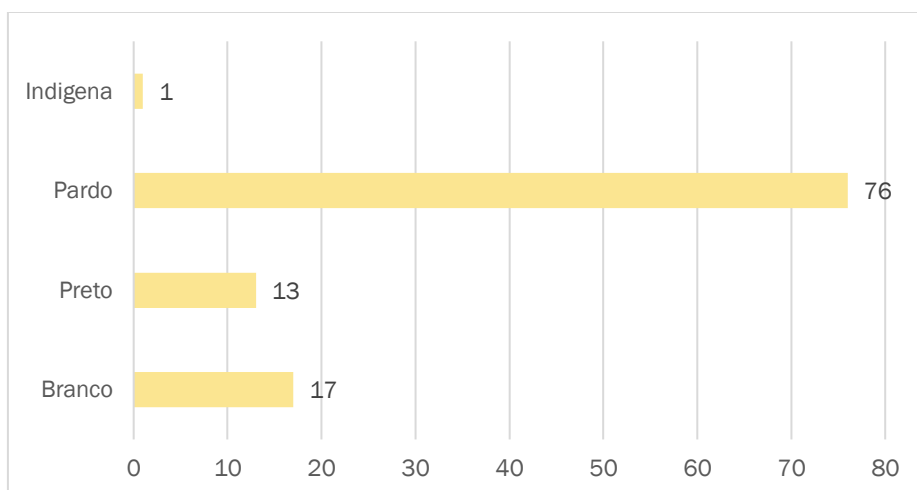
Gráfico 2: Distribuição dos casos de HIV por faixa etária no município de Imperatriz – MA



Fonte: SINAN, 2026

Quanto à raça/cor/etnia, observa-se que pessoas autodeclaradas pardas representam 70% dos casos notificados, refletindo desigualdades sociais e raciais que impactam diretamente o perfil epidemiológico da infecção.

Gráfico 3: Distribuição de casos de HIV por raça/cor/etnia no município de Imperatriz – MA

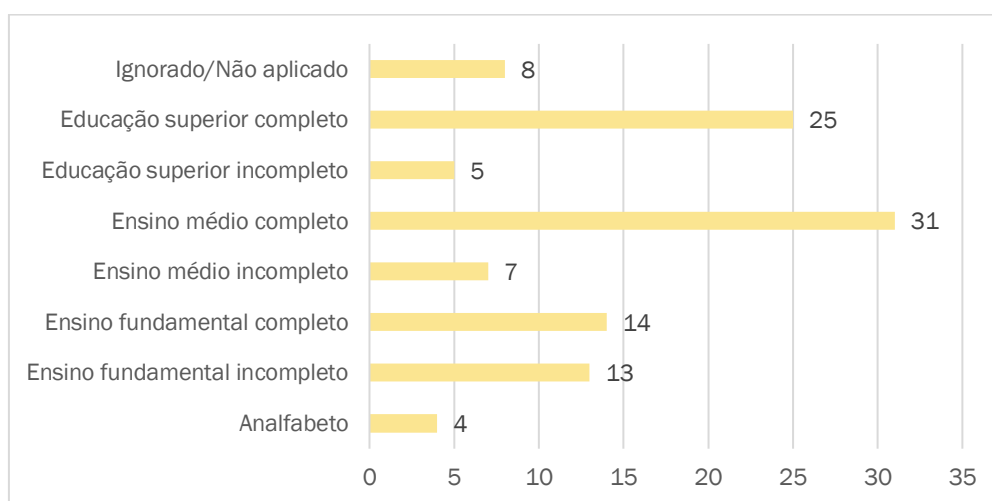


Fonte: SINAN, 2026

Em relação ao nível de escolaridade, observa-se que os casos de infecção pelo HIV notificados no município de Imperatriz concentram-se predominantemente entre indivíduos com ensino médio completo, seguidos por aqueles com ensino fundamental incompleto. Verifica-se menor proporção de casos entre pessoas com ensino superior.

Esse perfil evidencia a associação da infecção pelo HIV com contextos de maior vulnerabilidade social, reforçando a necessidade de fortalecimento das ações de prevenção combinada, ampliação do acesso ao diagnóstico precoce e vinculação oportuna ao tratamento, bem como estratégias de educação em saúde adequadas ao perfil sociodemográfico da população acometida.

Gráfico 4: Distribuição de casos de HIV por nível educacional no município de Imperatriz – MA



Fonte: SINAN, 2026

4.1.2 CIRCUITO RÁPIDO DE AIDS AVANÇADA

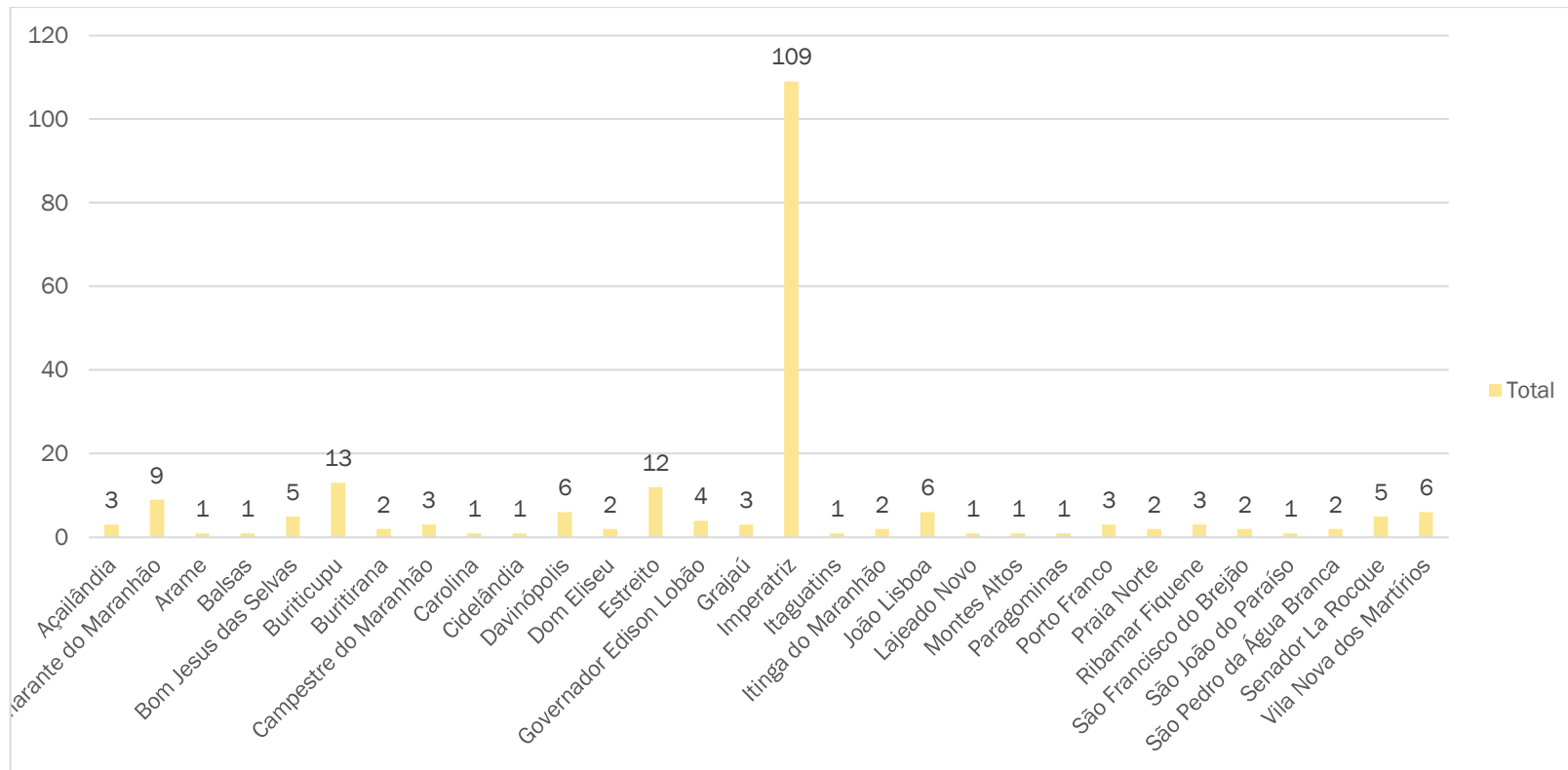
A aids avançada é caracterizada por um sistema imunológico severamente comprometido (contagem de células CD4 abaixo de $200/\text{mm}^3$) com presença de infecções oportunistas, neoplasias ou outros agravos indicativos de imunodeficiência grave, geralmente associada ao diagnóstico tardio, interrupção do tratamento ou baixa adesão à TARV. Trata-se de uma condição de elevada gravidade clínica, associada a maior risco de hospitalizações, complicações e mortalidade, além de elevado custo para os serviços de saúde.

Foram registrados 14 óbitos por AIDS, em residentes de Imperatriz, no primeiro semestre de 2026 (Fonte: SIM, 2026). Apesar dos avanços na ampliação da testagem e no acesso ao tratamento, ainda se observa um número significativo de pessoas diagnosticadas em estágio avançado da infecção. Esse cenário evidencia fragilidades no percurso assistencial e reforça a importância do chamado Circuito Rápido de Aids

Avançada, que envolve a identificação precoce, acolhimento em serviços especializados, investigação de infecções oportunistas, início imediato da TARV e monitoramento intensivo.

O município de Imperatriz integra o Circuito Rápido de Aids Avançada desde março de 2025. No momento, há registrados 211 casos no Sistema de Monitoramento Clínico de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (SIMC), sendo 109 casos de residentes em Imperatriz, correspondendo a % do total.

Gráfico 5: Distribuição dos casos de AIDS avançada por município de residência que fazem tratamento no SAE Imperatriz-MA



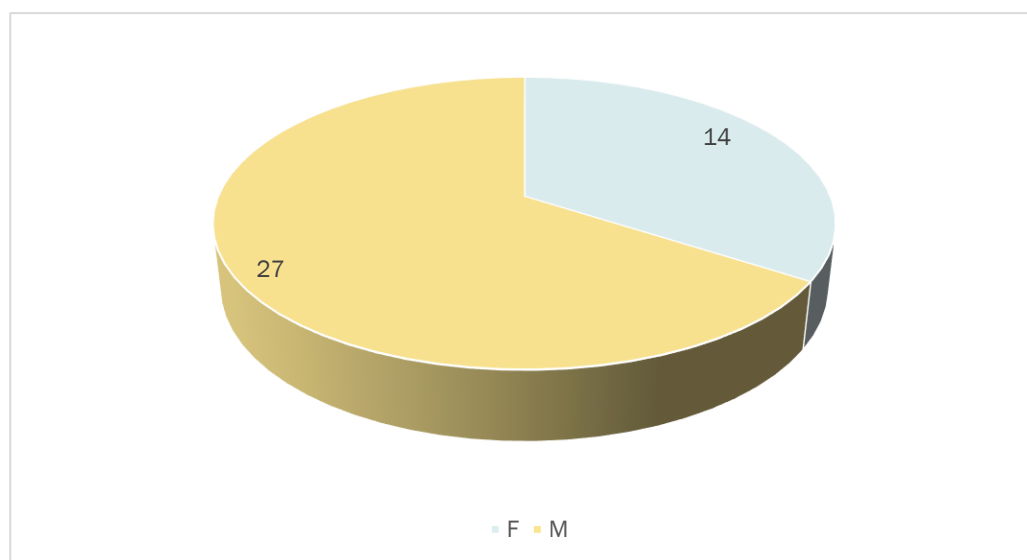
Fonte: SIMC,2026

4.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum* e representa um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A transmissão ocorre predominantemente por via sexual desprotegida, por contato direto com lesões infectantes, e de forma vertical, da gestante para o feto, podendo resultar em aborto, parto prematuro, malformações congênitas e óbito fetal ou neonatal.

No primeiro semestre de 2026, foram notificados 41 novos casos de sífilis adquirida em Imperatriz, com predominância do sexo masculino, que correspondeu a 27 casos (66%), enquanto o sexo feminino representou 14 casos (34%).

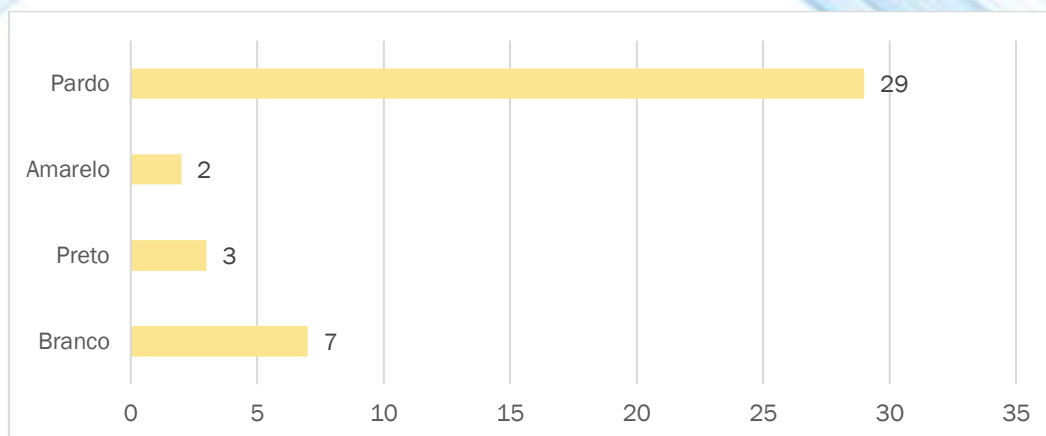
Gráfico 6: Distribuição dos casos de sífilis adquirida por sexo no município de Imperatriz - MA



Fonte: SINAN, 2026

Quanto à raça/cor/etnia, observa-se que pessoas autodeclaradas pardas representam 71% dos casos notificados, refletindo desigualdades sociais e raciais que impactam diretamente o perfil epidemiológico da infecção.

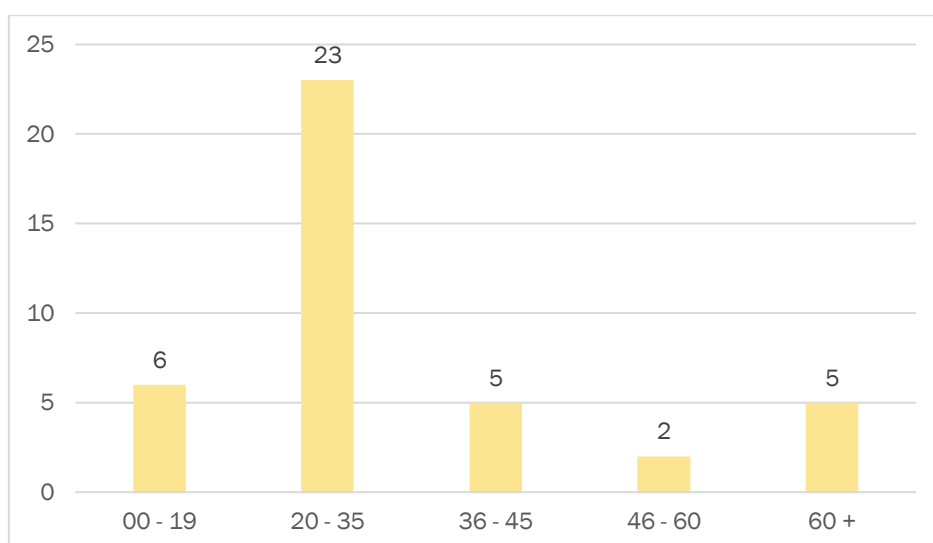
Gráfico 7: Distribuição de casos de sífilis por raça/cor/etnia no município de Imperatriz - MA



Fonte: SINAN,2026

Em relação à faixa etária, 56 % dos casos concentram-se entre pessoas de 20 a 35 anos, reforçando a necessidade de intensificação das ações de prevenção, testagem e educação em saúde voltadas para adolescentes e jovens adultos.

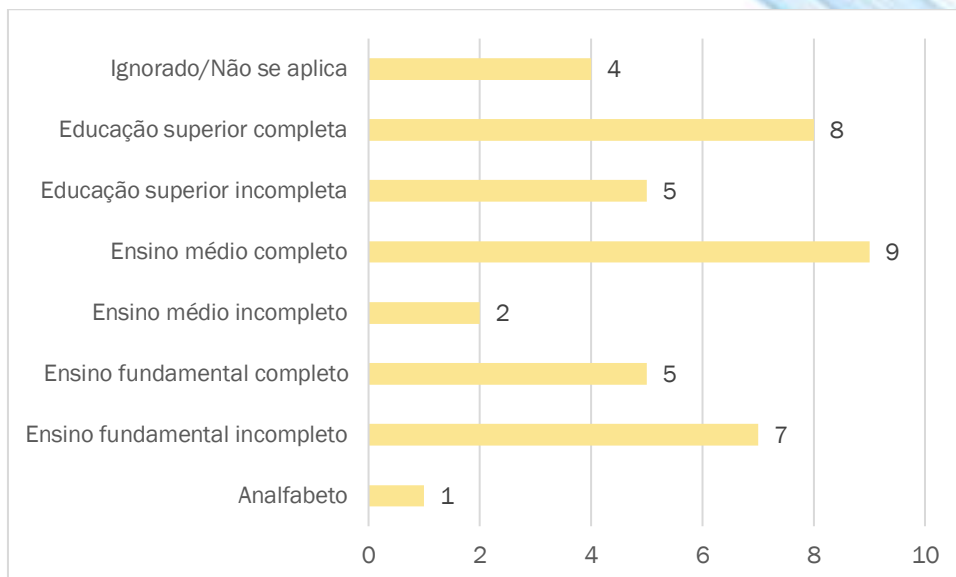
Gráfico 8: Distribuição dos casos de sífilis adquirida por faixa etária no município de Imperatriz - MA



Fonte: SINAN,2026

Em relação à escolaridade, os casos de sífilis adquirida notificados no município de Imperatriz concentram-se entre indivíduos com ensino médio completo, seguidos daqueles com educação superior completo. Nos mostrando que mesmo entre pessoas mais esclarecidas, há pouca adesão ao uso de preservativos.

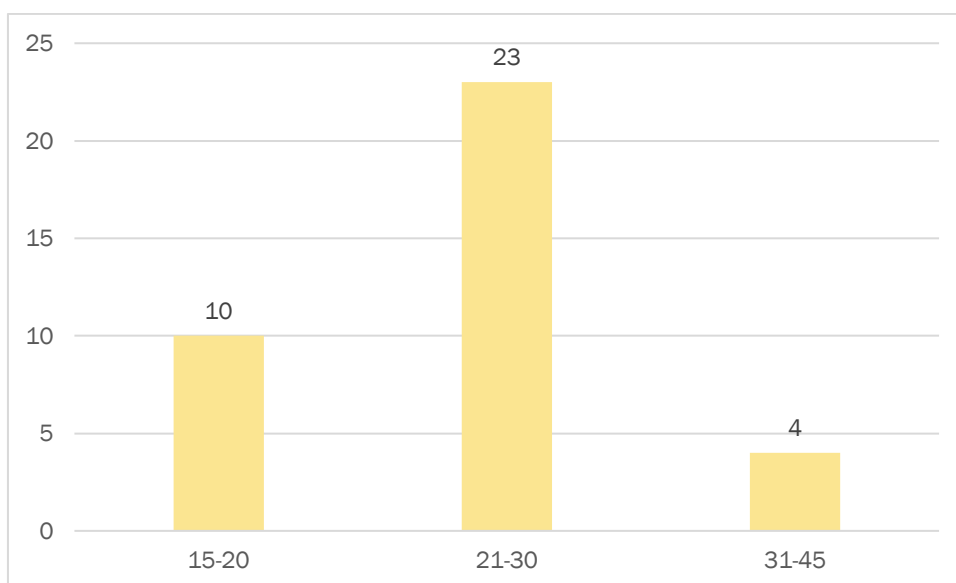
Gráfico 9: Distribuição dos casos de sífilis adquirida por nível educacional no município de Imperatriz - MA



Fonte: SINAN,2026

Nas últimas décadas, o Brasil tem registrado crescimento progressivo dos casos de sífilis adquirida, em gestantes e congênita, o que exige o fortalecimento das ações de vigilância, diagnóstico precoce e tratamento oportuno, especialmente no âmbito da atenção básica e do pré-natal. No município de Imperatriz, foram registrados 18 casos de sífilis congênita no primeiro semestre de 2026. No mesmo período foram registrados 37 casos em gestantes, evidenciando a necessidade de intensificação e qualificação das ações epidemiológicas e assistenciais.

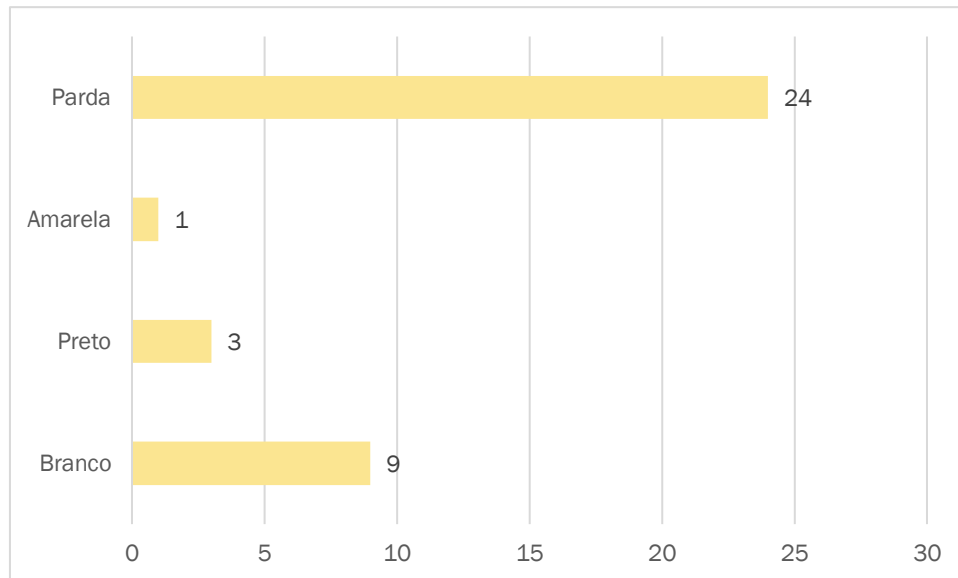
Gráfico 10: Distribuição dos casos de sífilis em gestante por faixa etária no município de Imperatriz – MA



Fonte: SINAN,2026

Quanto à raça/cor/etnia, observa-se que pessoas autodeclaradas pardas representam 65% dos casos notificados de sífilis em gestantes no município.

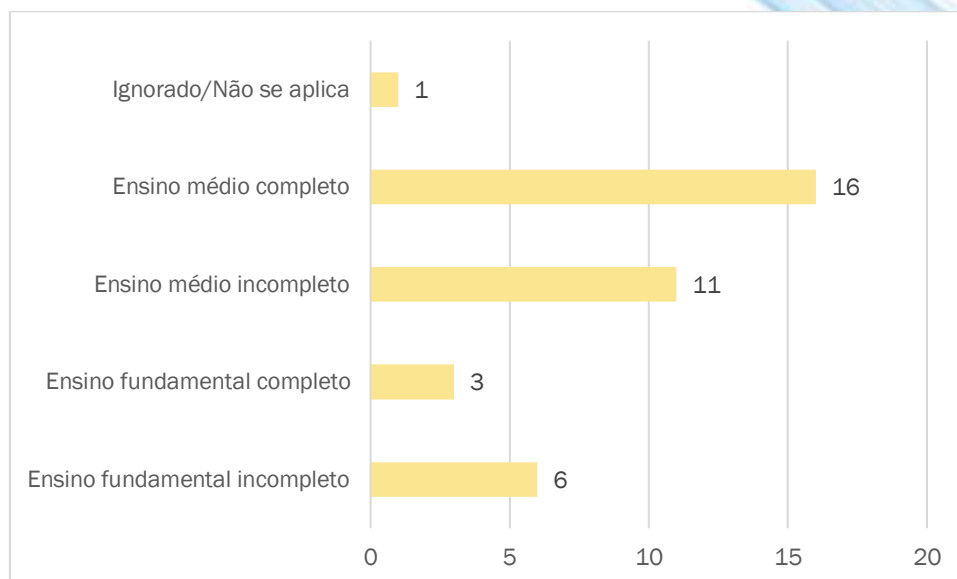
Gráfico 11: Distribuição dos casos de sífilis em gestante por faixa raça/cor/etnia no município de Imperatriz – MA



Fonte: SINAN, 2026

Em relação ao nível de escolaridade, observa-se que os casos de infecção pela sífilis em gestante notificados no município de Imperatriz, concentram-se predominantemente entre indivíduos com ensino médio completo, seguidos por aqueles com ensino médio incompleto. Não houve registros de casos entre pessoas com ensino superior.

Gráfico 12: Distribuição dos casos de sífilis em gestante por nível educacional no município de Imperatriz – MA



Fonte: SINAN, 2026

A sífilis em gestantes permanece como um importante desafio para a saúde pública no município de Imperatriz, refletindo a necessidade de fortalecer as ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno durante o pré-natal. A ampliação da testagem, o tratamento adequado da gestante e de suas parcerias sexuais, bem como o acompanhamento contínuo pela Atenção Primária à Saúde, são medidas essenciais para interromper a transmissão vertical e reduzir a ocorrência de sífilis congênita, contribuindo para melhores desfechos maternos e infantis.

O tratamento da sífilis em Imperatriz é ofertado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com uso de penicilinas, associado ao acompanhamento clínico e laboratorial para avaliação da evolução da infecção. O tratamento imediato da sífilis congênita em recém-nascidos ocorre na Maternidade de Alto Risco de Imperatriz (MARI).

EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO

Sérgio da Silva Almeida	Coordenador da Vigilância Epidemiológica
Cássia Jane Parente Kanashiki	Equipe técnica da Vigilância Epidemiológica
Giovana Nogueira de Castro	Equipe técnica da Vigilância Epidemiológica
Kelma dos Santos Costa	Coordenação IST/AIDS
Menildes Paixão	Coordenação da Tuberculose
Lusimar Conceição dos Santos	Técnica Responsável pelo SINAN
Lidiane Gomes de Araújo Brito	Técnica Responsável pelo eSUS-VE
Mirian Sena de Sousa	Técnica Responsável pelo SIVEP-Gripe