



INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 25, 26 e 27/2018
(17/06/2018 a 07/07/2018)

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



EVENTOS ESTADUAIS

Semana Epidemiológica 25, 26 e 27/2018
(17/06/2018 a 07/07/2018)

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

PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 03/07/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

A partir deste mês, as ligações para o 188, telefone do Centro de Valorização da Vida (CVV), passaram a ser gratuitas em todos os estados do país e no Distrito Federal. Pelo número, os cidadãos recebem apoio em momentos de crise e ajuda para prevenção ao suicídio. A gratuidade das ligações foi garantida por convênio com o Ministério da Saúde.

A expansão da chamada sem cobrança no país vem acontecendo desde o ano passado. Os últimos estados que passaram a ter acesso ao CVV pelo número gratuito 188 foram Bahia, Maranhão, Pará e Paraná. Em 2017, o Centro de Valorização da Vida recebeu dois milhões de ligações de cidadãos em busca de ajuda, o dobro do registrado em 2016. Os atendimentos do CVV podem ser feitos também por e-mail, chat e voip 24 horas todos os dias e nos 87 postos de atendimento.

O CVV é uma associação civil sem fins lucrativos que trabalha com prevenção ao suicídio, por meio de 2.400 voluntários. Os voluntários não são necessariamente formados em psicologia, mas recebem uma capacitação de 40h. As chamadas acontecem em total sigilo, em um espaço de escuta acolhedor e seguro e que alivia a ansiedade e o desespero. A parceria com o Centro é uma das ações do Ministério da Saúde para prevenção do suicídio. "Geralmente procuram o centro pessoas em sofrimento, seja por solidão, ou porque estão em desespero, ou porque não se identificam com o meio em que vivem", explica o coordenador de Saúde Mental do Ministério, Quirino Cordeiro.

Além do CVV, as pessoas que precisam de ajuda podem recorrer aos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tais como os 2.555 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, que atendem questões como transtornos psíquicos, dependência de álcool e outras drogas, e se necessário, os pacientes são encaminhados para leitos de Saúde Mental em hospitais gerais.

Atualmente a média nacional de suicídio no Brasil, em todas as idades é de 5,5 por 100 mil habitantes. São, em média, 11 mil pessoas que tiram a vida por ano no Brasil. Quando verificado por faixa etária, os idosos são os que mais preocupam, pois as taxas sobem para 8,9 mortes por 100 mil, nos últimos seis anos. Envenenamento e intoxicação são os meios mais utilizados e os homens são os que mais morrem por suicídio e 60% são solteiros. A região Sul concentra 23% dos suicídios e o Sudeste 38%.

Para atingir meta da Organização Mundial da Saúde (OMS), de reduzir em 10% os óbitos por suicídio até 2020, o Ministério da Saúde lançou no ano passado uma agenda estratégica que inclui ampliação da assistência e ferramentas de comunicação.

Os seis estados com maiores taxas de suicídio no país: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Roraima, Piauí e Amazonas, receberam um incremento de R\$ 2 milhões. Também será construído, em parceria com as secretarias de saúde estaduais dessas localidades, planos locais de prevenção ao suicídio.

O Ministério da Saúde também lançou uma série de folhetos informativos sobre o suicídio. Para os jornalistas, o foco foram sugestões sobre como abordar o tema na imprensa. Isso porque, suicídio vem sendo divulgado amplamente em diversos veículos e dependendo da forma, pode ampliar até contribuir para aumentar os casos.

Direcionado à população, a Pasta compôs um folder informativo com foco na identificação de sinais de alerta, como o que fazer e o que não fazer diante de uma pessoa em risco de suicídio. Os profissionais de saúde, contam com um documento que alerta a importância da notificação compulsória da tentativa de suicídio em até 24h e que traz informações técnicas sobre acolhimento na rede do SUS. Todos os documentos estão disponíveis para download no Portal da Saúde (www.saude.gov.br).

Para a população indígena, haverá a implantação das linhas de cuidados de prevenção do suicídio com capacitações em 16 DSEI prioritários e formação de jovens indígenas multiplicadores em estratégias de valorização da vida nas regiões com maior incidência de suicídio.

Agora em todas as regiões do Brasil
o número de atendimento telefônico do CVV é

188



www.cvv.org.br

CVV
COMO VAMOS?

A ligação é gratuita
de telefone fixo, celular
e orelhão 24 horas, todos
os dias da semana.

RAIVA HUMANA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 20/06/2018

Fonte da informação: aen.pr.gov.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Estado da Saúde confirmou no mês passado que um paranaense morreu em decorrência de Raiva Humana contraída por mordedura de morcego. O acidente aconteceu no início de janeiro deste ano em área rural de Ubatuba, no Estado de São Paulo, e o paciente demorou a procurar atendimento de saúde.

O jovem de 24 anos foi mordido por morcego enquanto dormia em Ubatuba, São Paulo, no dia 3 de janeiro, e não procurou atendimento imediato na cidade do interior paulista. Na volta ao Paraná, o morador de Colombo buscou a unidade de saúde no dia 15 de janeiro, quando foi prescrita a aplicação de quatro doses da vacina antirrábica. No entanto, o jovem só tomou duas doses.

No dia 19 de fevereiro, o rapaz procurou o pronto-atendimento do Hospital Angelina Caron, em Campina Grande do Sul, na Região Metropolitana de Curitiba, quando foi internado já com sintomas de agravamento, como febre alta, dor torácica, formigamento pelo corpo, dor nos nervos, entre outros. O paciente permaneceu internado, sendo transferido posteriormente para UTI e, apesar do tratamento, morreu no dia 9 de março.

No momento do internamento, as equipes de vigilância epidemiológica das secretarias estadual e municipal da Saúde foram alertadas, tendo acompanhado toda investigação do caso em sintonia com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e Instituto Pasteur. Foram feitos todos os exames definidos no protocolo do Ministério da Saúde para a doença, no entanto sem a confirmação laboratorial de raiva humana.

Sem o diagnóstico laboratorial e depois de descartar outras doenças, foi confirmada a morte por raiva humana por critério clínico-epidemiológico. A decisão foi compartilhada pelas duas secretarias estaduais envolvidas e pelo Instituto Pasteur depois da confirmação de presença de anticorpo da doença no líquido (líquido que banha o cérebro e a medula).

A partir da confirmação, foi enviado ofício ao Ministério da Saúde notificando todo o processo de vigilância epidemiológica desenvolvido no Paraná quanto ao caso e a confirmação do diagnóstico de raiva humana. O documento também foi dirigido à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério, Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo e Instituto Pasteur.

A raiva humana é uma doença infecciosa causada por um vírus que afeta o sistema nervoso. Estima-se que sejam registrados no mundo mais de 50 mil casos por ano, sobretudo em países da África e da Ásia. Atualmente, o estado do Pará registra casos da doença transmitida por morcegos.

A transmissão da raiva humana ocorre através do contato de um mamífero infectado com o homem. A maioria dos acidentes acontece pela mordedura de cães, gatos ou contato com morcegos. Nesses casos, a pessoa deve ser encaminhada imediatamente a uma unidade de saúde para iniciar o tratamento profilático.

“Se o tratamento for realizado em tempo hábil, a possibilidade de a pessoa desenvolver a doença é mínima”, diz a superintendente de Vigilância em Saúde, Júlia Cordellini. Segundo ela, o Paraná tem estoques suficientes de soros e vacinas para o tratamento quando necessário.

Orientações à população ao encontrar morcegos:

Evite tocar em qualquer morcego, vivo ou morto.

Os morcegos são animais de hábitos noturnos. Quando encontrados caídos ou voando de dia, podem estar doentes, com o vírus da raiva.

Ao encontrar um morcego nessas condições, ou mesmo morto, avise o serviço de saúde do seu município

O contato direto com morcegos por toque, arranhões ou mordidas é grave. Caso isso aconteça, procure a unidade de saúde mais próxima.

Mantenha seus animais de estimação, cães e gatos, com a vacina da raiva em dia.

No caso de sofrer agressão (mordedura, lambedura ou arranhões) de morcego:

Lave o ferimento imediatamente com água corrente e sabão. Procure rapidamente uma unidade de saúde. Faça o tratamento indicado sem faltar às vacinações.

No contato com morcego (lambedura, mordedura ou arranhão), ou no caso de acordar com o animal caído dentro do quarto de dormir, deve-se fazer a profilaxia pós-exposição com sorovacinação. Procure o serviço de Saúde para orientações.

RAIVA ANIMAL

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 09/07/2018

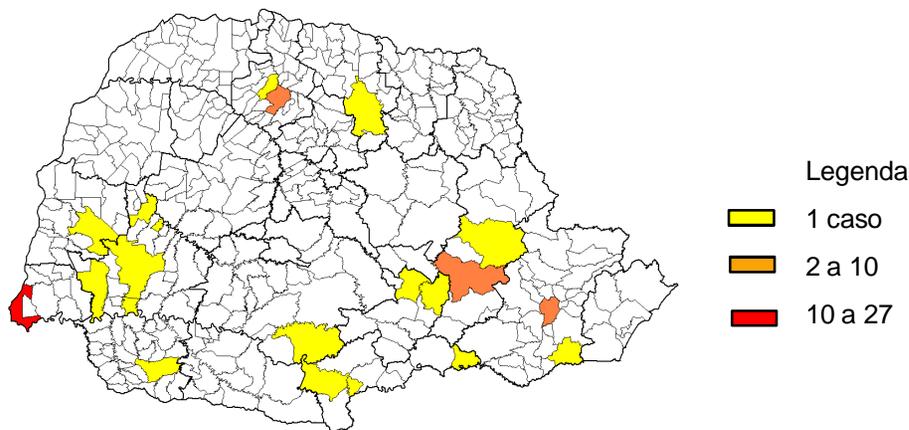
Fonte da informação: Programa Estadual de Controle da Raiva /DVVZI/CEVA/ SVS/SESA

COMENTÁRIOS:

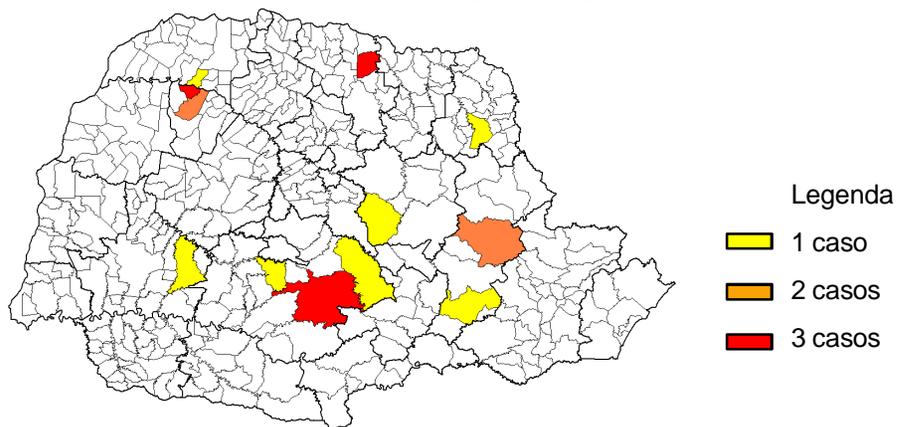
Os diagnósticos dos animais de interesse econômico ou de produção, são feitos pelo CDME/ADAPAR.

Os diagnósticos de morcegos, animais silvestres e animais domésticos, são feitos pelo LACEN/PR.

Morcegos não hematófagos, positivos para Raiva - 2018.



Herbívoros positivos para Raiva - 2018.



A raiva é uma zoonose viral, que se caracteriza como uma encefalite progressiva aguda e letal.

Raiva em morcego - a patogenia da doença é pouco conhecida. O relevante é o fato de que o morcego pode albergar o vírus rábico em sua saliva e ser infectante antes de adoecer por períodos maiores que os de outras espécies. Algumas apresentações da doença em morcegos foram assim registradas:

- raiva furiosa típica, com paralisia e morte;
- raiva furiosa e morte sem paralisia;
- raiva paralítica típica e morte.

Relatos na literatura mostram que o risco de transmissão do vírus pelo morcego é sempre elevado, independentemente da espécie e gravidade do ferimento. Por isso, toda agressão/contato por morcego deve ser classificada como grave.

Deve-se ressaltar que um morcego é considerado suspeito de estar infectado com o vírus da raiva quando for encontrado em horário e local não habitual.

A profilaxia da raiva em pessoas agredidas previne a ocorrência de novos casos de Raiva Humana. Assim, o esquema profilático adequado em tempo oportuno é de suma importância para evitar a ocorrência de casos. **Toda pessoa com histórico de exposição deve procurar assistência médica e, conforme avaliação, receber vacinação ou sorovacinação.** O atendimento antirrábico humano deve ser garantido todos os dias, inclusive nos finais de semana e feriados, até a última dose prescrita (esquema completo).

O **período de transmissibilidade** nos cães e gatos, quando há eliminação de vírus pela saliva, ocorre de 2 a 5 dias antes do aparecimento dos sinais clínicos, persistindo durante toda a evolução da doença. A morte do animal acontece, em média, entre 5 a 7 dias após a apresentação dos sintomas. Em relação aos animais silvestres, existem poucos estudos sobre o período de transmissibilidade, e este pode variar de acordo com a espécie.

Animais domésticos de interesse econômico ou de produção – bovinos, bubalinos, equídeos, caprinos, ovinos, suínos e outros também são animais de risco. Para avaliar a indicação de profilaxia de pré ou pós-exposição é importante conhecer o tipo, frequência e grau do contato ou exposição que os tratadores e outros profissionais têm com esses animais e a incidência de raiva nessas espécies, na região.

(Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, volume 3, capítulo 10 - 1ª edição atualizada. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, 2017).

GRIFE AVIÁRIA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 04/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

O Paraná está pronto para diagnosticar casos de gripe aviária. O Sindicato das Indústrias de Produtos Avícolas do Estado do Paraná (Sindiavipar) entregou ao estado na terça (3/07) um equipamento capaz de identificar reagentes para a doença em pouco mais de uma hora.

Para ser um dos primeiros laboratórios do Brasil a obter essa certificação do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa) faltam apenas alguns testes biológicos finais.

O aparelho já está no Centro de Diagnóstico Marcos Enrietti (CDME), que pertence à Agência de Defesa Agropecuária do Paraná (Adapar). “Nosso pessoal já fez treinamentos e estamos aptos a fazer o controle”, afirma Inácio Afonso Kroetz, diretor presidente do órgão estadual.

O investimento total do Sindiavipar no laboratório foi de aproximadamente R\$ 350 mil. “Não temos a presença da influenza no Brasil, mas nos sentimos na obrigação de realizar essa aquisição para termos como detectar”, afirma o presidente da entidade, Domingos Martins.

Além da gripe aviária - uma das maiores ameaças à avicultura brasileira - o objetivo é que a novidade também seja capaz de identificar suspeitas de newcastle, outra patologia causada por vírus e que afeta aves silvestres e comerciais.

Vigilância ativa e passiva para influenza

Como principal estado produtor e exportador de carne de frango, a instalação de um aparelho deste porte no Paraná se tornou uma necessidade. “Antes a análise de todo o Brasil era feita apenas no Lanagro, laboratório de Campinas, e depois no Rio Grande do Sul. É uma demanda que poderia sobrecarregar outros laboratórios”, comenta Maria Constanza Rodrigues, médica veterinária e fiscal de defesa agropecuária do Adapar.

A especialista foi uma das funcionárias treinadas para utilizar a ferramenta e explica que o estado será capaz, em poucos meses, de aprimorar a chamada vigilância ativa. “É um controle para manter a certificação em uma granja”, afirma. As amostras são de traqueia, cloaca e soro. O equipamento do Adapar fará análises desses dois primeiros tipos de amostra.

Caso os reagentes de amostras apontem para uma possibilidade de gripe aviária, é indicado confirmar o caso com a análise de órgãos, a partir da chamada vigilância passiva, o que envolve o sacrifício de alguns animais para obter análise aprofundada. Essa modalidade é feita no Lanagro de Campinas.

Além do laboratório paranaense, outros laboratórios foram treinados para fazer o mesmo trabalho diagnóstico: dois em São Paulo, controlados pelo Instituto Biológico, e outro no Centro de Diagnósticos de Sanidade Animal (Cedisa) de Santa Catarina, que recentemente iniciou as atividades.

Contaminação por gripe aviária

Apesar de mais de 30 países já terem registrado casos, para o presidente do Sindiavipar, Domingos Martins, o Brasil está blindado contra a gripe aviária: “Não acho possível a contaminação [por influenza] no Brasil, a não ser por sabotagem. Os controles são muito rígidos, tanto da porteira para dentro quanto da porteira para fora”.

O país realiza controle preventivo fazendo coletas em locais de aves migratórias. “A vigilância é feita com animais que vivem no entorno, como aves de subsistência”, explica Constanza Rodrigues.

Além disso, dentro das granjas o acesso de pessoas é fortemente restrito. “Muitas vezes não são permitidas visitas estrangeiras não por orgulho, mas sim por proteção de que alguém tenha passado por uma granja que possa ter sido contaminada”, completa Domingos.



Fonte: google.com.br

CARTEIRA DE VACINAÇÃO

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 04/07/2018

Fonte da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

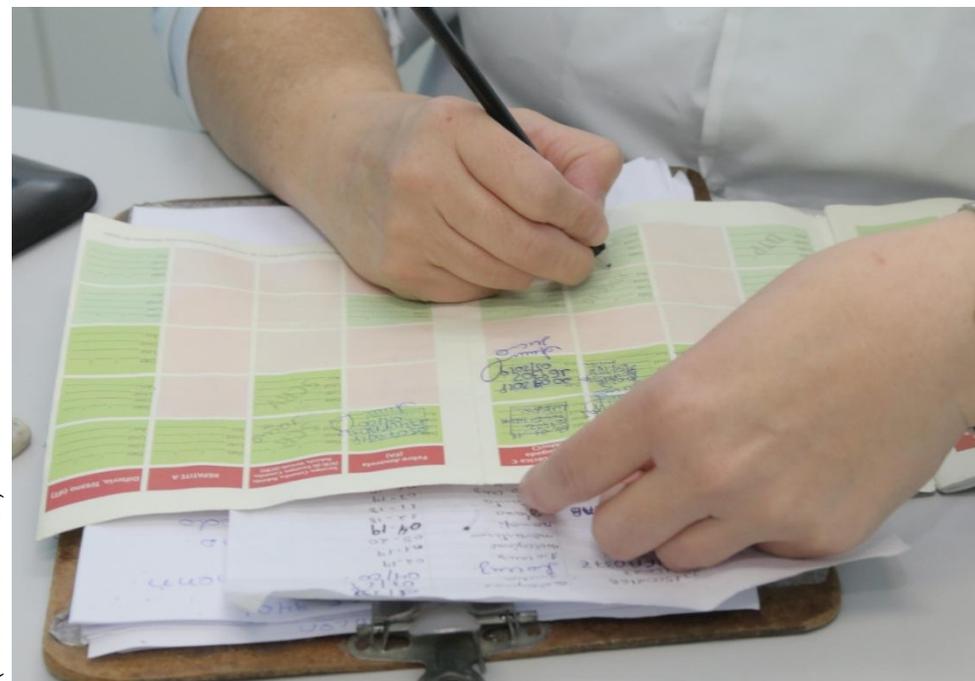
No Paraná, a apresentação da Carteira de Vacinação passou a ser obrigatória no ato da matrícula escolar, conforme determina a Lei Estadual nº 19.534, de 4 de junho de 2018. Os alunos dos 399 municípios paranaenses, com idade até dezoito anos, agora devem apresentar o documento atualizado de acordo com o Calendário de Vacinação da Criança e o Calendário de Vacinação do Adolescente, disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde e Ministério da Saúde.

Segundo o secretário de Estado da Saúde, Antônio Carlos Nardi, a lei garante a imunização, principalmente das crianças que necessitam ser levadas pelos pais ou responsáveis para serem vacinadas. "A vacinação é fundamental no combate às doenças. Ao longo da história, as vacinas já ajudaram a reduzir a incidência da poliomielite, sarampo e tétano. Não podemos esperar a população adoecer para agirmos", afirma Nardi.

Durante a campanha de vacinação contra a gripe, finalizada no dia 22 de junho, foram aplicadas 2,7 milhões de doses entre as populações-alvo determinadas pelo Ministério da Saúde. O Paraná garantiu um índice de cobertura vacinal de 90%, acima da média nacional, de 83%. Apesar do bom resultado o grupo de crianças de 6 meses a 4 anos de idade foi um dos que tiveram menor cobertura.

A falta de apresentação da Carteira de Vacinação ou a constatação da falta de alguma das vacinas consideradas obrigatórias não impossibilitará a matrícula. No entanto, a situação deverá ser regularizada em um prazo máximo de trinta dias, pelo responsável, sob pena de comunicação imediata ao Conselho Tutelar para providências.

Tanto instituições de ensino da rede pública quanto particular, que ofereçam educação infantil, ensino fundamental e ensino médio, devem solicitar o documento. Somente será dispensado da vacinação obrigatória o matriculando que apresentar atestado médico de contraindicação explícita da aplicação da vacina.



(Foto: José Aldinan)

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/07/2018

Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

A vigilância da Influenza e dos outros vírus respiratórios no Brasil é realizada pela Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI (SRAG), bem como pela vigilância universal dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) de pacientes internados e óbitos, com o objetivo de identificar o comportamento do vírus Influenza para apoiar a tomada de decisão.

A Vigilância conta com uma rede de 47 unidades sentinelas (US), 23 US de Síndrome Gripal (SG) e 24 US de Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI, distribuídas em 14 Regionais de Saúde (RS) e 17 municípios do Paraná. A Vigilância Sentinela de SG monitora a doença por meio de amostragem (5 casos por semana em cada US), de casos com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse. As US de SRAG atendem todos os casos hospitalizados em UTI com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia. Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas online SIVEP-Gripe (Sistema das Unidades Sentinelas) e SINAN Influenza Web (Sistema dos casos internados ou óbitos por SRAG). As amostras são coletadas e encaminhadas para análise no Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR).

As informações apresentadas neste informe referem-se ao período entre as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 26 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 até 30/06/2018. A partir de 2018, o número de casos contabilizados no SRAG universal será apenas para os que obedecerem a definição de caso, conforme solicitação do Ministério da Saúde, com exceção do Gráfico 6 que foi mantido os mesmos critérios dos anos anteriores a fim de comparação. Nos anos anteriores, todos os casos hospitalizados e óbitos, entraram na contagem de SRAG.

Foram confirmados para Influenza 16,1% (314/1.950) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H3) Sazonal. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 15,3%(39/255) foram confirmados para influenza, com predomínio de Influenza A(H1N1)pdm09. A positividade para Influenza, outros vírus e outros agentes etiológicos entre as amostras processadas em unidades sentinelas foi de 46,5% (1.171/2.516) para SG e de 48,9% (137/280) para SRAG em UTI.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 26 foram notificados 2.243 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 14,0% (314) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 260 óbitos notificados por SRAG, 15,0% (39) foram confirmados para o vírus Influenza (Tabela 1).

Tabela 1 – Casos e óbitos de SRAG segundo classificação final, residentes no Paraná.

Classificação Final	Casos		Óbitos	
	n	%	n	%
SRAG por Influenza	314	14,0	39	15,0
Influenza A(H1N1)pdm09	115	36,6	20	51,3
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	164	52,2	17	43,6
Influenza A não subtípado	22	7,0	2	5,1
Influenza B	13	4,1	0	0,0
SRAG não especificada	860	38,3	172	66,2
SRAG por outros vírus respiratórios	768	34,2	43	16,5
SRAG por outros agentes etiológicos	8	0,4	1	0,4
Em investigação	293	13,1	5	1,9
TOTAL	2.243	100	260	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/07/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

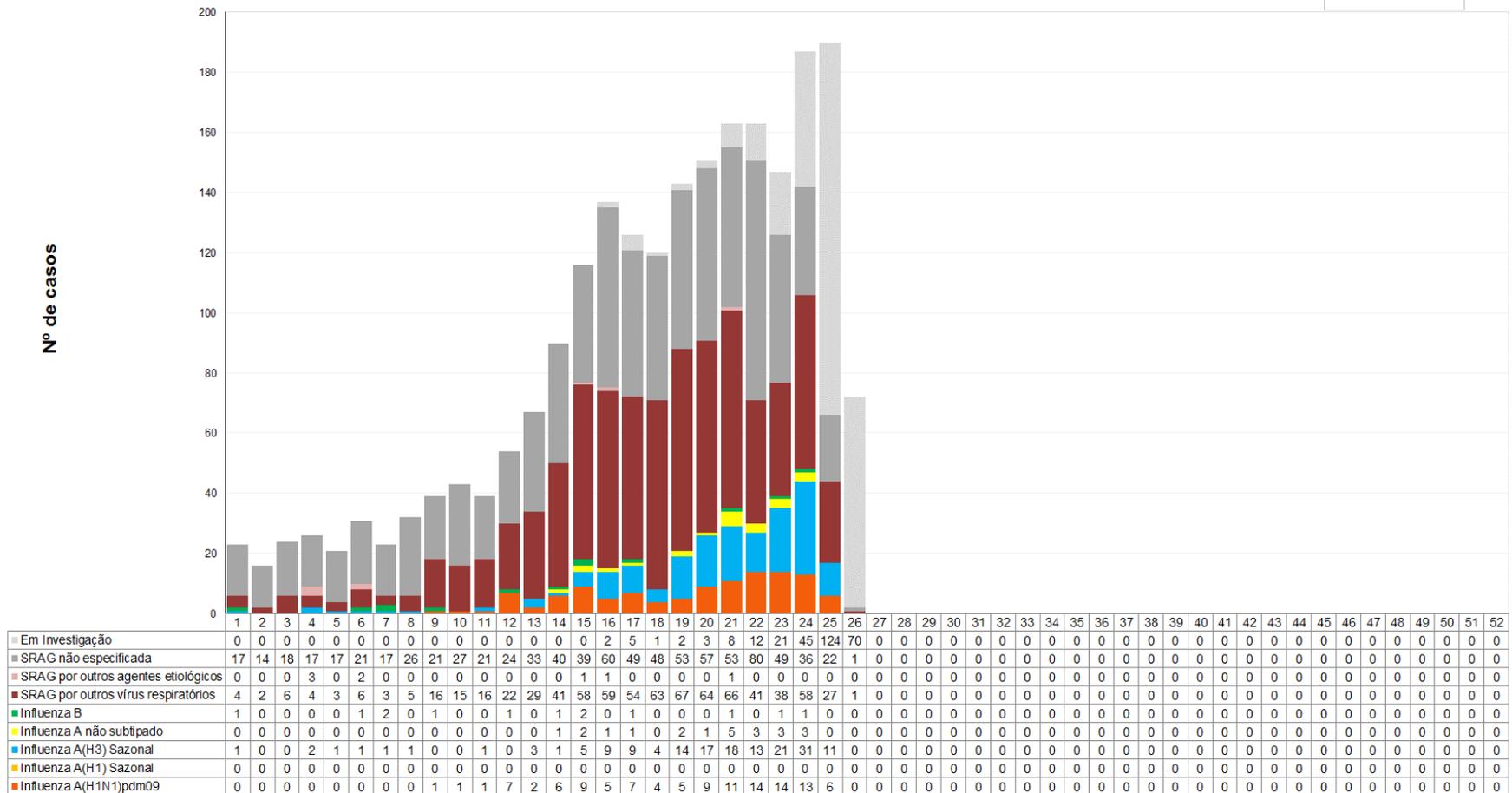
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/07/2018

Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Gráfico 1 - Distribuição dos casos de SRAG, segundo agente etiológico e SE do início dos sintomas, residentes no Paraná, 2018.

N= 2.243



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/07/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/07/2018

Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Tabela 2 – Casos e óbitos de SRAG por Influenza segundo subtipo viral por município e Regional de Saúde de residência, Paraná, 2018.

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
2. Reg. Saúde Metropolitana	37	5	99	3	14	1	1	0	151	9
Almirante Tamandaré	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1
Araucária	1	0	6	0	0	0	0	0	7	0
Campina Grande do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Largo	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Colombo	2	0	6	0	1	0	0	0	9	0
Curitiba	26	3	65	3	12	1	1	0	104	7
Fazenda Rio Grande	0	0	4	0	0	0	0	0	4	0
Itaperuçu	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0
Lapa	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Mandirituba	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pinhais	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1
Piraquara	0	0	4	0	0	0	0	0	4	0
Rio Branco do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
São José dos Pinhais	4	0	8	0	0	0	0	0	12	0
3. Reg. Saúde Ponta Grossa	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0
Castro	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Jaguariaíva	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
4. Reg. Saúde Irati	2	1	1	0	0	0	1	0	4	1
Irati	2	1	1	0	0	0	0	0	3	1
Rio Azul	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
5. Reg. Saúde Guarapuava	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Guarapuava	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1
Pitanga	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
6. Reg. Saúde União da Vitória	1	0	3	1	0	0	3	0	7	1
São Mateus do Sul	1	0	3	1	0	0	2	0	6	1
União da Vitória	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
7. Reg. Saúde Pato Branco	0	0	9	1	0	0	0	0	9	1
Coronel Vivida	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Pato Branco	0	0	6	0	0	0	0	0	6	0
8. Reg. Saúde Francisco Beltrão	22	3	3	0	0	0	1	0	26	3
Ampere	3	1	0	0	0	0	0	0	3	1
Bela Vista da Caroba	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Capanema	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Francisco Beltrão	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Marmeleiro	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pérola d'Oeste	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Planalto	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1
Santa Izabel d'Oeste	12	1	0	0	0	0	1	0	13	1

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	11	2	11	5	0	0	3	0	25	7
Foz do Iguaçu	11	2	8	3	0	0	3	0	22	5
Matelândia	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Santa Terezinha de Itaipu	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1
10. Reg. Saúde Cascavel	6	1	1	0	0	0	1	0	8	1
Cascavel	6	1	1	0	0	0	1	0	8	1
11. Reg. Saúde Campo Mourão	3	1	4	0	0	0	0	0	7	1
Araruna	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Mourão	1	0	3	0	0	0	0	0	4	0
Goioerê	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Juranda	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12. Reg. Saúde Umuarama	2	0	3	1	0	0	0	0	5	1
Cafezal do Sul	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Douradina	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Umuarama	1	0	2	0	0	0	0	0	3	0
13. Reg. Saúde Cianorte	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Cidade Gaúcha	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Rondon	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
15. Reg. Saúde Maringá	10	3	7	2	3	0	0	0	20	5
Astorga	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Colorado	1	1	2	1	0	0	0	0	3	2
Marialva	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Maringá	6	1	4	0	2	0	0	0	12	1
Sarandi	2	1	0	0	1	0	0	0	3	1
16. Reg. Saúde Apucarana	0	0	2	0	1	0	0	0	3	0
Apucarana	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Jandaia do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Marilândia do Sul	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
17. Reg. Saúde Londrina	14	3	3	1	4	1	1	0	22	5
Bela Vista do Paraíso	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cambé	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Florestópolis	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Ibiporã	0	0	1	1	0	0	1	0	2	1
Jaguapitã	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Londrina	7	2	1	0	2	1	0	0	10	3
Rolândia	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Sertãozinho	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tamarana	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
18. Reg. Saúde Cornélio Procopio	3	0	2	0	0	0	0	0	5	0
Abatiá	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Bandeirantes	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Cornélio Procopio	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0
19. Reg. Saúde Jacarezinho	2	0	5	0	0	0	1	0	8	0
Jacarezinho	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0
Santo Antônio da Platina	2	0	3	0	0	0	0	0	5	0
Siqueira Campos	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
20. Reg. Saúde Toledo	1	0	1	1	0	0	0	0	2	1
Assis Chateaubriand	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Toledo	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
21. Reg. Saúde Telêmaco Borba	1	1	3	1	0	0	0	0	4	2
Ortigueira	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Telêmaco Borba	1	1	2	0	0	0	0	0	3	1
22. Reg. Saúde Ivaiporã	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
São João do Ivaí	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Total	115	20	164	17	22	2	13	0	314	39

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/07/2018, dados sujeitos a alterações.

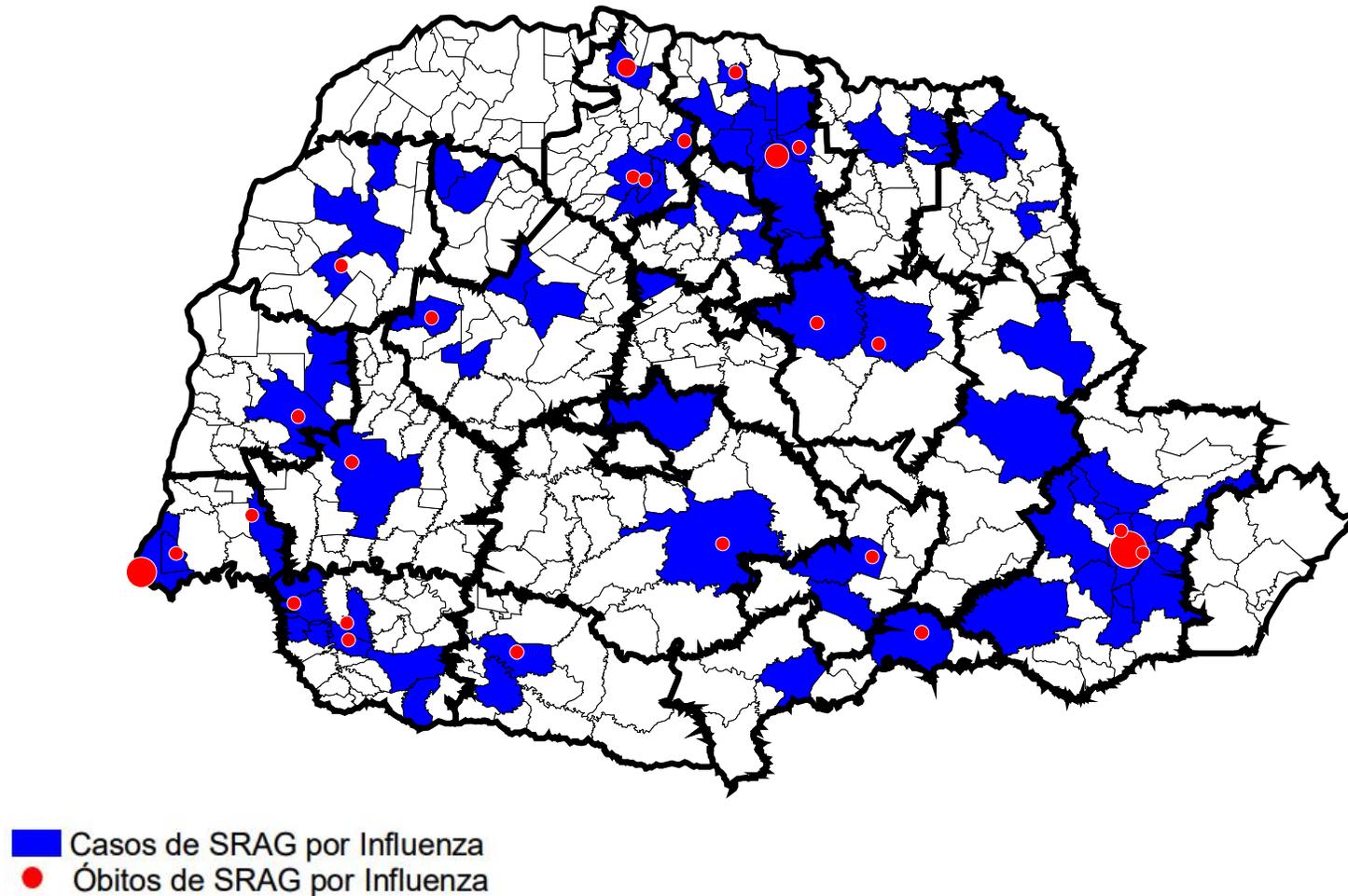
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/07/2018

Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Mapa 1 - Casos e óbitos de SRAG por Influenza segundo municípios e Regionais de Saúde, Paraná, 2018.



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/07/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/07/2018

Fonte da informação: Centro de epidemiologia/ Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, foi observada diferença entre eles. Nos casos: o gênero feminino apresentou 52,2% (164/314) dos casos e o gênero masculino 47,8% (150/314) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 20,5% (8/39) dos casos e o gênero masculino 79,5% (31/39) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi dos ≥ 60 anos, com 29,0% (91/314) e 56,4% (22/39) respectivamente (Tabelas 3 e 4).

Os casos de SRAG por Influenza apresentaram no Paraná uma mediana de idade de 35 anos, variando de 0 a 97 anos e, no Brasil, mediana de idade de 35 anos, variando 0 a 107 anos.

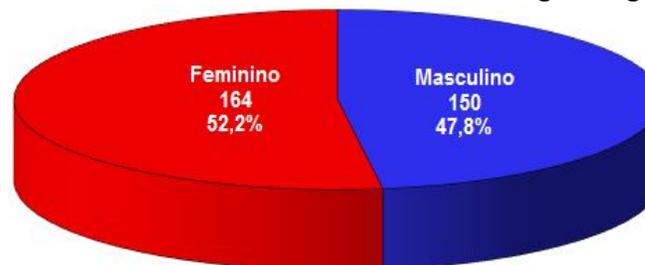
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 67 anos, variando de 0 a 97 anos e no Brasil a mediana foi de 55 anos, variando de 0 a 107 anos.

Tabela 3 – Casos de SRAG por Influenza segundo faixa etária e subtipo viral, residentes no Paraná, 2018

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 5 anos	16	13,9	0	0,0	42	25,6	4	18,2	5	38,5	67	21,3
5 a 9 anos	3	2,6	0	0,0	20	12,2	1	4,5	0	0,0	24	7,6
10 a 19 anos	8	7,0	0	0,0	10	6,1	0	0,0	1	7,7	19	6,1
20 a 29 anos	11	9,6	0	0,0	18	11,0	4	18,2	1	7,7	34	11
30 a 39 anos	9	7,8	0	0,0	10	6,1	3	13,6	2	15,4	24	7,6
40 a 49 anos	11	9,6	0	0,0	7	4,3	0	0,0	2	15,4	20	6,4
50 a 59 anos	25	21,7	0	0,0	7	4,3	2	9,1	1	7,7	35	11,1
≥ 60 anos	32	27,8	0	0,0	50	30,5	8	36,4	1	7,7	91	29,0
TOTAL	115	100	0	0	164	100	22	100	13	100	314	100

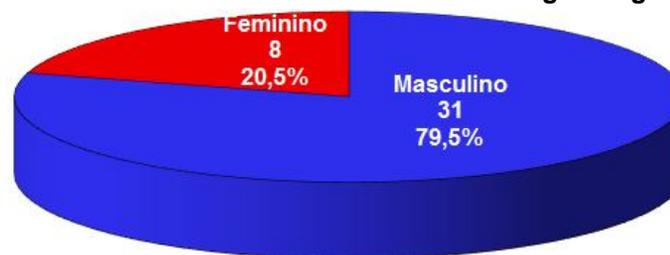
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/07/2018, dados sujeitos a alterações.

Gráfico 2 – Casos de SRAG de Influenza segundo gênero, PR, 2018.



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/07/2018, dados sujeitos a alterações.

Gráfico 3 – Óbitos de SRAG de Influenza segundo gênero, PR, 2018.



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/07/2018, dados sujeitos a alterações.

Tabela 4 – Óbitos de SRAG por Influenza segundo faixa etária e subtipo viral, residentes no Paraná, 2018

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
< 5 anos	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	1	2,6
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 19 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 29 anos	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6
30 a 39 anos	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	1	2,6
40 a 49 anos	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,1
50 a 59 anos	11	55,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	12	30,8
≥ 60 anos	6	30,0	0	0,0	15	88,2	1	50,0	0	0,0	22	56,4
TOTAL	20	100,0	0	0,0	17	100,0	2	100,0	0	0	39	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/07/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/07/2018

Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 72,6% (228/314) tinham pelo menos um fator de risco para complicação, predominando os Adultos \geq 60 anos, crianças < 5 anos, Pneumopatias crônicas e Doença cardiovascular crônica (tabela 5).

Entre os óbitos por Influenza, no Paraná 79,5% (31/39) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 17,9% (7/39) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 73,2% (502/686) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos \geq 60 anos, Cardiopatias, Diabetes Mellitus e Pneumopatias.

Tabela 5 – Casos de SRAG por Influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral, residentes no Paraná, 2018.

Casos por Influenza (N=314)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	228	72,6	75	32,9
Adultos \geq 60 anos	91	29,0	37	40,7
Crianças < 5 anos	67	21,3	14	20,9
Pneumopatias crônicas	61	19,4	28	45,9
Doença cardiovascular crônica	51	16,2	21	41,2
Gestantes	31	9,9	11	35,5
Diabetes mellitus	23	7,3	13	56,5
Doença neurológica crônica	19	6,1	8	42,1
Doença renal crônica	11	3,5	6	54,5
Imunodeficiência/Imunodepressão	11	3,5	4	36,4
Obesidade	10	3,2	4	40,0
Doença hepática crônica	3	1,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	2	0,6	0	0,0
Síndrome de Down	1	0,3	1	100,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	217	69,1		
Vacinados	86	27,4		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/07/2018, dados sujeitos a alterações.

Obs: Um mesmo caso pode ter mais de um fator de risco.

No Paraná dos 71,8% (28/39) indivíduos que foram a óbito por Influenza que fizeram uso do antiviral, a mediana foi de 3 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 54 dias e no Brasil, dos 686 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 513 (74,8%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 54 dias.

Tabela 6 – Óbitos de SRAG por Influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral, residentes no Paraná, 2018.

Óbitos por Influenza (N=39)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	31	79,5	7	22,6
Adultos \geq 60 anos	22	56,4	6	27,3
Doença cardiovascular crônica	17	43,6	4	23,5
Pneumopatias crônicas	13	33,3	3	23,1
Diabetes mellitus	8	20,5	3	37,5
Doença neurológica crônica	6	15,4	4	66,7
Doença renal crônica	6	15,4	4	66,7
Obesidade	4	10,3	0	0,0
Doença hepática crônica	3	7,7	0	0,0
Crianças < 5 anos	1	2,6	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	1	2,6	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	28	71,8		
Vacinados	7	17,9		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/07/2018, dados sujeitos a alterações.

Obs: Um mesmo óbito pode ter mais de um fator de risco.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

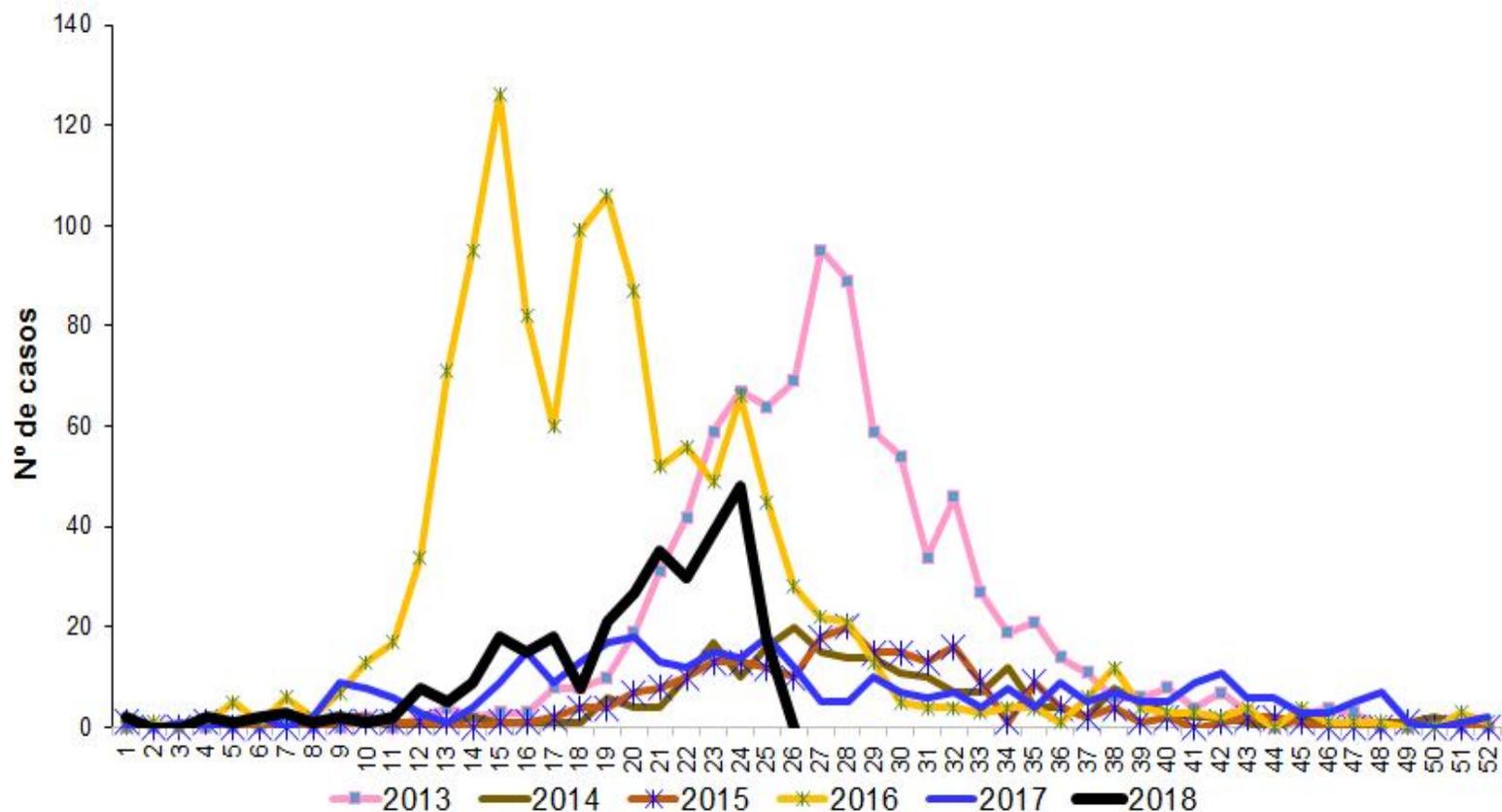
Data da informação: 02/07/2018

Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Comparando os anos de 2013 a 2018 dos casos de SRAG por Influenza, fica evidente uma mudança da sazonalidade a partir do ano de 2016, configurando uma antecipação da sazonalidade no Estado em relação aos anos anteriores (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Casos de SRAG por Influenza segundo a semana de início dos sintomas, residentes no Paraná, 2013 a 2018.



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/07/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/07/2018

Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Em relação aos tipos de vírus Influenza no Paraná, em 2013 houve um predomínio dos casos de SRAG por Influenza B, com 44,2% (401/908) e Influenza A(H1N1)pdm09 com 42,3% (384/908) e 71,2% (47/66) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2014 houve um predomínio da Influenza A(H3N2) com 72,4% (165/228) dos casos e 50,0% (8/16) dos óbitos entre os vírus: Influenza A(H3) Sazonal e o Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2015 também predominou a Influenza A(H3) Sazonal com 54,4% (124/228) dos casos e 44,0% (11/25) dos óbitos por este vírus. Em 2016, predominou a Influenza A(H1N1)pdm09, com 88,9% (1087/1223) dos casos e 90,8% (218/240) dos óbitos. Em 2017, houve predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 61,2% (210/343) dos casos e, ocorrência de 66,0% (35/53) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal. Já em 2018, continua a predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 52,2% (164/314) dos casos e, ocorrência de 51,3% (20/39) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09 (Tabela 7).

Perfil Epidemiológico de casos de Síndrome Gripal (SG) no Paraná

As informações sobre a vigilância sentinela de influenza apresentadas neste informe baseiam-se nos dados inseridos no SIVEP-Gripe pelas unidades sentinelas do Paraná. A vigilância sentinela continua em fase de ampliação e nos próximos boletins serão incorporados, de forma gradativa, os dados das novas unidades sentinelas.

Até a SE 26 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 2.750 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 2.516 amostras.

Das amostras processadas, 46,5% (1171/2516) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 383 (15,2%) foram positivas para Influenza e 787 (31,3%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para Influenza, 100 (26,1%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 200 (52,2%) de Influenza A(H3) Sazonal, 18 (4,7%) de Influenza A (não subtipado) e 65 (17,0%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de 412 (52,4%) amostras de Rinovírus (Gráfico 5).

Tabela 7 - Casos e óbitos de SRAG segundo subtipo viral, residentes no Paraná, 2013 a 2018.

Classificação Final	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Influenza A(H1N1)pdm09	384	47	48	8	37	4	1.087	218	1	0	115	20
Influenza A(H1) Sazonal*	6*	0	0	0	4*	1*	1*	1*	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	114	6	165	8	124	11	4	1	210	35	164	17
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	22	2
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	132	18	13	0
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1.223	240	343	53	314	39

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/07/2018, dados sujeitos a alterações.

*Obs: Resultados provenientes de laboratórios particulares, prováveis Influenza A(H1N1)pdm09.

Tabela 8 - Casos de SG de Influenza segundo faixa etária e subtipo viral, Paraná, 2018.

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza		Total Coletas	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Num	%
0 a 4 anos	7	7,0	14	7,0	4	25,0	1	1,5	26	6,8	391	14,2
5 a 9 anos	12	12,0	13	6,5	1	6,3	3	4,6	29	7,6	136	4,9
10 a 19 anos	14	14,0	39	19,5	0	0,0	16	24,6	69	18,1	396	14,4
20 a 29 anos	18	18,0	46	23,0	4	25,0	16	24,6	84	22,0	586	21,3
30 a 39 anos	16	16,0	37	18,5	0	0,0	12	18,5	65	17,1	412	15,0
40 a 49 anos	11	11,0	19	9,5	2	12,5	8	12,3	40	10,5	272	9,9
50 a 59 anos	12	12,0	13	6,5	3	18,8	5	7,7	33	8,7	237	8,6
≥ 60 anos	10	10,0	19	9,5	2	12,5	4	6,2	35	9,2	320	11,6
TOTAL	100	100,0	200	100	16	100,0	65	100	381	100	2.750	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/07/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/07/2018

Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Medidas Preventivas para Influenza

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

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

Outras medidas são:

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

Utilizar lenço descartável para higiene nasal.

Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.

Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.

Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.

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

Manter os ambientes bem ventilados.

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

Evitar sair de casa em período de transmissão da doença.

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

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

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

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

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 03/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

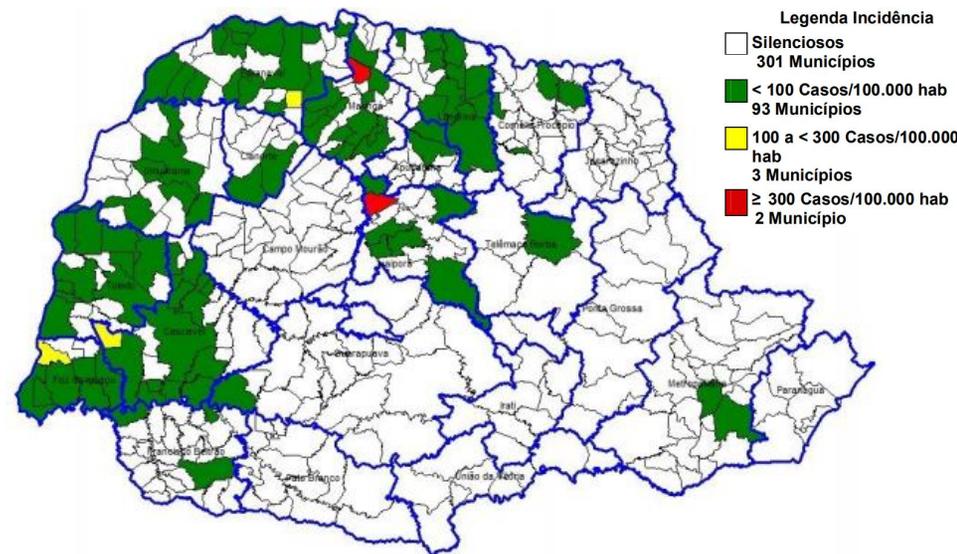
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2017 (primeira semana de agosto) a 26/2018.

Foram notificados no referido período 20.979 casos suspeitos de dengue, dos quais 16.583 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 7,95 casos por 100.000 hab. (888/11.163.018 hab.). O Ministério da Saúde classifica como baixa incidência quando o número de casos autóctones for menor do que 100 casos por 100.000 habitantes.

Os municípios com maior número de casos suspeitos notificados são Londrina (3.549), Maringá (2.260) e Foz do Iguaçu (2.023). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Maringá(154), Foz do Iguaçu (134) e São João do Ivaí (133).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2017 a 26/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2017 A 26/2018*	PERÍODO 2017/2018
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	320
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	102
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	14
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	98
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (02 ^a , 08 ^a , 09 ^a , 10 ^a , 12 ^a , 13 ^a , 14 ^a , 15 ^a , 16 ^a , 17 ^a , 18 ^a , 20 ^a , 21 ^a e 22 ^a)	14
TOTAL DE CASOS	957
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	888
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	69
TOTAL DE NOTIFICADOS	20.979

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2017 a 26/2018.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	819 (85,6%)	138 (14,4%)	957
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	21	-	21
Dengue Grave (D G)	05	-	05
Descartados	-	-	16.583
Em andamento/investigação	-	-	3.413
Total	845 (4,0%)	138 (0,7%)	20.979

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

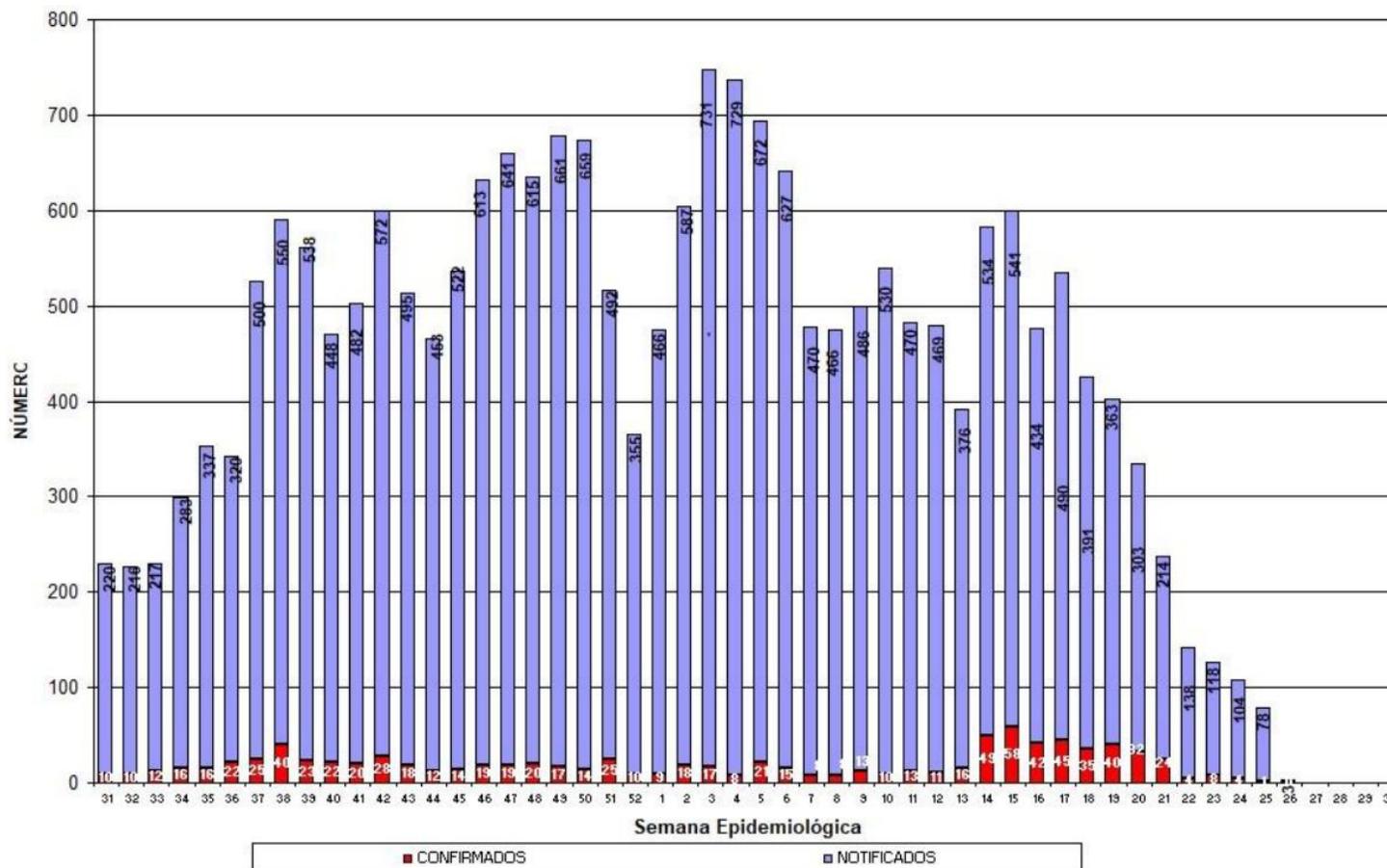
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 03/07/2018

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

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

Figura 1. Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2017 a 26/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 03/07/2018

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

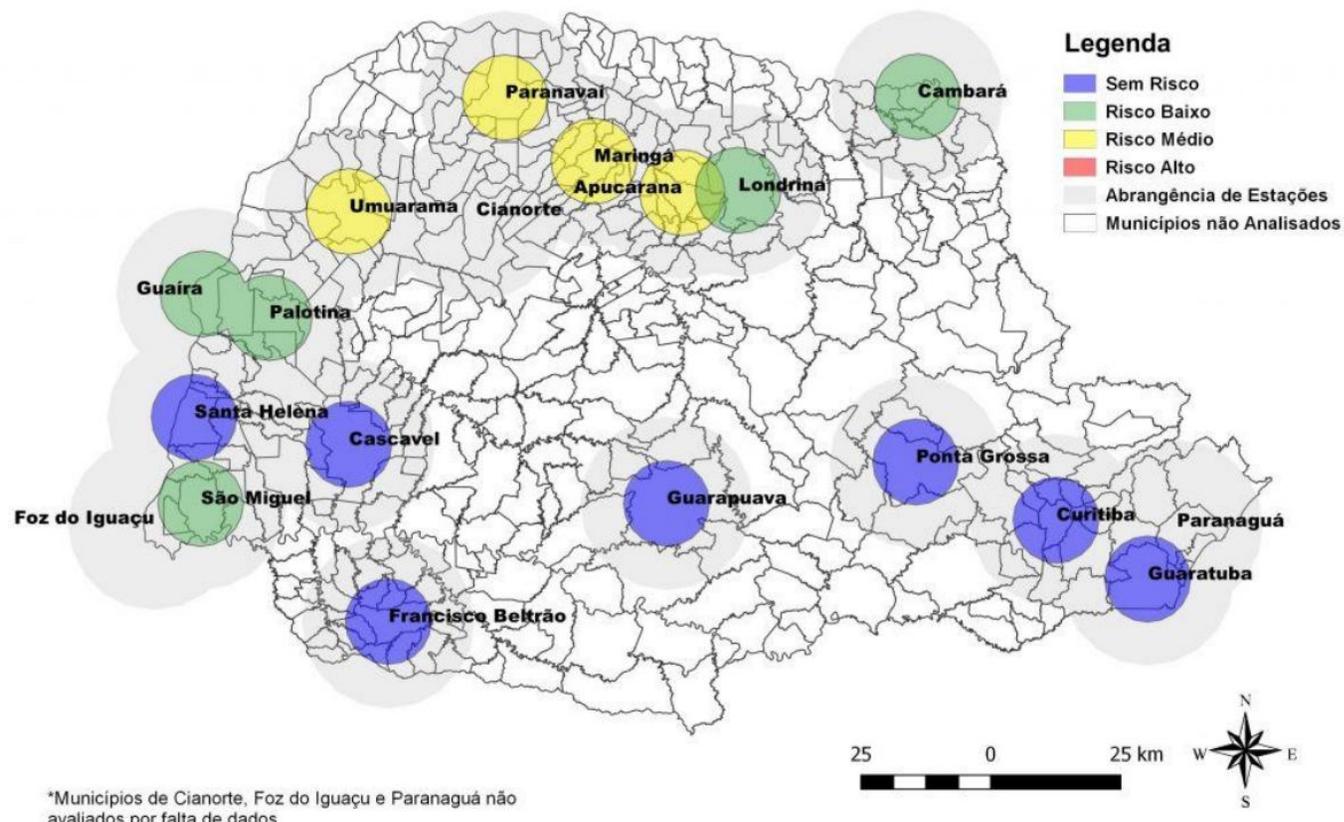
Risco climático para desenvolvimento de criadouros por Estações Meteorológicas. Paraná, 2018.

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (24/06/2018 - 30/06/2018)

Das 19 estações meteorológicas analisadas na **Semana Epidemiológica 26/2018** com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti* :

- 07 (sete) sem risco;
- 05 (cinco) com risco baixo
- 04 (quatro) com risco médio;
- 00 (zero) com risco Alto e;
- 03 (três) não foram avaliadas.

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



*Municípios de Cianorte, Foz do Iguaçu e Paranaguá não avaliados por falta de dados

Fonte: Laboclima/UFPR

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 03/07/2018

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

Tabela 2 – Número de casos de dengue, notificados, dengue grave (DG), dengue com sinais de alarme (DSA), óbitos e incidência por 100.000 habitantes por Regional de Saúde, Paraná – Semana Epidemiológica 31/2017 a 26/2018*

REGIONAL DE SAÚDE	POPU- LAÇÃO	CASOS			NOTIFI- CADOS	DSA	DG	ÓBI- TOS	INCI- DÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	1.453	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	5	19	24	1.328	0	0	0	0,14
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	44	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	23	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	54	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	21	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	107	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	3	0	3	465	0	0	0	0,84
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	168	18	186	2.578	19	4	2	41,39
10ª RS - Cascavel	540.131	86	6	92	993	0	0	0	15,92
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	686	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	7	0	7	488	0	0	0	2,53
13ª RS - Cianorte	154.374	5	0	5	272	0	0	0	3,24
14ª RS - Paranavaí	274.257	64	1	65	1.235	0	0	0	23,34
15ª RS - Maringá	799.890	242	1	243	3.090	0	0	0	30,25
16ª RS - Apucarana	372.823	14	2	16	498	0	0	0	3,76
17ª RS - Londrina	935.904	114	0	114	5.960	2	1	0	12,18
18ª RS - Cornélio Procópio	230.231	3	0	3	353	0	0	0	1,30
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	271	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	55	2	57	743	0	0	0	14,25
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	1	0	1	63	0	0	0	0,54
22ª RS - Ivaiporã	138.130	121	20	141	254	0	0	0	87,60
TOTAL PARANÁ	11.163.018	888	69	957	20.979	21	5	2	7,95

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

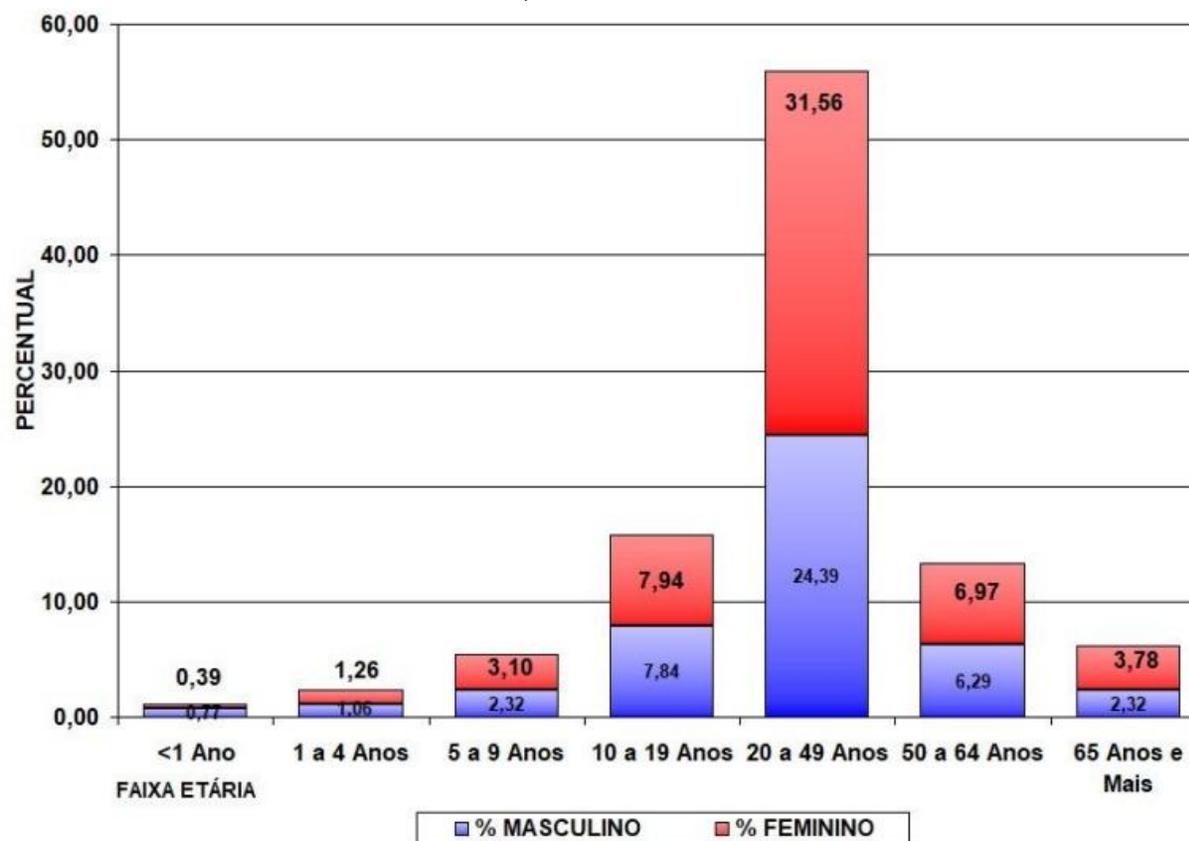
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 03/07/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 55,95% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pelas faixas etárias de 10 a 19 anos com 15,78% dos casos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2017 a 26/2018, Paraná – 2017/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação



EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 25, 26 e 27/2018
(17/06/2018 a 07/07/2018)

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

ANVISA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 02/07/2018

Fonte da informação: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COMENTÁRIOS:

* A Anvisa determinou a suspensão da distribuição, dispensação, comercialização e uso, domiciliar ou hospitalar, do lote YG7517024A do medicamento **bissulfato de clopidogrel 75mg**. O produto, que é fabricado pela empresa Aurobindo Pharma Indústria Farmacêutica Limitada, age na coagulação sanguínea, sendo indicado para prevenir acidente vascular cerebral isquêmico e outras doenças decorrentes da obstrução dos vasos sanguíneos.

A decisão, descrita na Resolução 1716/2018, foi tomada após relato de evento adverso grave associado ao uso do lote. A suspensão permanece válida até que seja concluída a investigação sobre o caso.

* A Anvisa suspendeu na sexta-feira (6/7) três medicamentos por desvios de qualidade. Em dois casos a ação se refere a lotes específicos, no outro atinge todos os produtos da empresa.

Conheça os detalhes de cada proibição:

Lafepe Zidovudina

Foi proibido um lote do Lafepe Zidovudina do xarope 10mg/ml, frascos de vidro âmbar 200ml. O lote proibido é o **17080002**, com data de fabricação 08/2017 e validade 08/2019.

A empresa que produz o medicamento, o laboratório Lafepe, identificou a presença de partículas estranhas no medicamento e comunicou à Anvisa que está fazendo o recolhimento do lote. As demais unidades do produto estão liberadas.

Heclivir (aciclovir)

Também está suspenso o lote **B16L1470 (val 11/2018)** do medicamento Heclivir (aciclovir), 200mg, comprimido. O produto é fabricado pela Brainfarma Indústria Química e Farmacêutica.

O lote do medicamento foi analisado pelo Laboratório Central de Saúde Pública do DF, que identificou problemas nos ensaios e nos rótulos.

A empresa deverá fazer o recolhimento do produto.

Medicamentos Theodoro F Sobral

A Anvisa também suspendeu **todos os medicamentos da Theodoro F Sobral & Cia**. A empresa perdeu o Certificado de Boas Práticas de Fabricação e foi classificada como insatisfatória.

Com isso, os medicamentos da Theodoro F Sobral não podem ser comercializados.

* A Anvisa proibiu um produto de limpeza e interditou um produto de higiene e dois de limpeza no dia 25 de junho. Confira:

Proibido

O saneante **Quallyclor**, fabricado pela empresa Edinei Manoel Da Silva, foi proibido por não ter registro ou notificação na Anvisa. Com isso, a empresa deve recolher todo o estoque do produto existente no mercado.

Interditados

O lote 585847 do **Condicionador Evass – Provanza**, fabricado pela empresa Lima & Pergher Indústria, Comércio e Representações Ltda, apresentou resultado insatisfatório em análise de rotulagem do produto emitido pela Fundação Ezequiel Dias (Funed).

Condicionador Evass – Provanza lote 585847

Já os lotes dos saneantes Água Sanitária Neuza, fabricado por Neuza Produtos De Limpeza Ltda. – ME, e Água Sanitária Da Casa, fabricado pela empresa RP Embalagens Ltda. – ME, foram interditados por apresentarem resultado insatisfatório no ensaio de teor de cloro dos produtos. Os laudos foram emitidos pelo Laboratório Central de Saúde Pública do estado de Santa Catarina.

Água Sanitária Da Casa lote 0218

Água Sanitária Neuza lote 01/18

ANVISA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 09/07/2018

Fonte da informação: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COMENTÁRIOS:

A Anvisa proibiu sete produtos por falta de regularização pela Agência e descumprimento de Boas Práticas de Fabricação. Os itens afetados incluem produtos para saúde, medicamentos controlados, produtos de limpeza e medicamentos irregulares, além de produtos com promessas milagrosas.

Conheça os produtos proibidos por irregularidade:

Dental Kit Estudante de Odontologia NKS Completo

Não possui cadastro na Anvisa e era comercializado pela internet por meio da empresa Rhino Informática Eireli ME, localizada em Constante Sodré (ES). Por ser um produto para uso em saúde, é necessário que o kit esteja regularizado na Anvisa.

Com isso o Dental Kit Estudante de Odontologia NKS Completo está proibido.

Oxandrolona e Prasterona

A Agência identificou que o site suplementosmaisbaratos.com.br estava comercializando medicamentos controlados, que só podem ser vendidos em farmácias e drogarias. Entre as substâncias anunciadas no site estão anabolizantes, como a oxandrolona e a prasterona (deidroepiandrosterona – DHEA).

A comercialização de medicamento controlado sem autorização pode caracterizar crime de tráfico de drogas. O site está registrado em nome de Liedja Calina Bernardo Oliveira da Silva.

Maca Peruana

O produto estava sendo anunciado com propriedades terapêuticas pelo site naturalbio.com.br. O problema é que para prometer cura e tratamento um produto precisa comprovar suas propriedades e ser registrado na Anvisa como medicamento.

Entre as promessas da Maca Peruana estão combate à ejaculação precoce, aumento peniano e fim da disfunção erétil, porém nenhuma dessas propriedades estão comprovadas. O produto não possui nem mesmo comprovação de origem e não é possível para o consumidor saber quais são os reais componentes da Maca Peruana.

O site está registrado em nome de Daniel Rodrigues Teixeira Pereira.

Quimi Pedras Premium Concentrado

O produto de limpeza estava sendo comercializado sem registro ou notificação na Agência. A empresa fabricante é a Qumiart Indústria, Comércio, Importação e Exportação de Produtos Químicos Ltda-ME, de Ibiúna (SP).

O Quimi Pedras Premium Concentrado está proibido e só pode voltar a ser comercializado quando a empresa regularizar o produto.

Cloro 6%, marca Marina

O produto não está regularizado na Anvisa e por isso o Cloro 6%, marca Marina está proibido.

A empresa fabricante é a Itaúna Química Ltda, de Itauna (MG), que precisa regularizar o produto para colocá-lo no mercado novamente.

Kit 10kg Cloreto de Cálcio (Original) + 05 Embalagens para Antimfo

O produto também vinha sendo comercializado sem registro ou notificação na Anvisa. Além disso, a empresa Benzol Comércio de Materiais Especiais para Limpeza Ltda, de São Paulo (SP) não possui autorização de funcionamento.

O produto da empresa Bezol não pode ser comercializado até que a empresa tenha sua autorização de funcionamento e faça a regularização do produto.

Industria de Produtos Farmacêuticos Santa Rita de Cassia

Uma inspeção realizada na empresa reprovou os procedimentos de fabricação de medicamento. Anteriormente, a empresa havia tido o seu Certificado de Boas Práticas de Fabricação indeferido.

Com isso foram proibidos 18 medicamentos da Industria de Produtos Farmacêuticos Santa Rita de Cassia, localizada em Campo Mourão (PR). Veja a lista abaixo.

Água Boricada 3%, Água Oxigenada 10V, Água Purificada, Álcool 70%, Álcool Gel 70%, Álcool Iodado 0,1%, Alúmen de Potássio Pedra, Azul de Metileno 1%, Bicarbonato de Sódio, Digluconato de Clorexidina 1% (Prododói), Óleo de Rícino, PVP-I 1% Iodo Ativo, Sal Amargo, Glicerina, Solução Fisiológica 0,9%, Tintura de Iodo 2%, Vaselina Líquida, Vaselina Sólida e Violeta de Genciana 1%.

VIOLÊNCIA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 29/06/2018

Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Entre 2011 e 2017, o Brasil teve um aumento de 83% nas notificações gerais de violências sexuais contra crianças e adolescentes, segundo boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde no dia 25 de junho deste ano. No período foram notificados 184.524 casos de violência sexual, sendo 58.037 (31,5%) contra crianças e 83.068 (45,0%) contra adolescentes.

A maioria das ocorrências, tanto com crianças quanto com adolescentes, ocorreu dentro de casa e os agressores são pessoas do convívio das vítimas, geralmente familiares. O estudo também mostra que a maioria das violências é praticada mais de uma vez.

Para Itamar Gonçalves da ONG Childhood Brasil, que trabalha para promover o empenho de governos e sociedade civil em combater a violência sexual contra crianças e adolescentes, faltam no Brasil ações de prevenção que trabalhem com temas como o conhecimento do corpo, questões culturais de gênero e em especial as que dizem respeito aos padrões adotados de feminilidade e masculinidade.

O Ministério da Saúde considera violência sexual os casos de assédio, estupro, pornografia infantil e exploração sexual. Dentre as violências sofridas por crianças e adolescentes, o tipo mais notificado foi o estupro (62,0% em crianças e 70,4% em adolescentes).

Pela lei brasileira o estupro é classificado como o ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Segundo o boletim do Ministério da Saúde, a ocorrência do estupro provoca diversas repercussões na saúde física, mental e sexual de crianças e adolescentes, além de aumentar a vulnerabilidade às violências na vida adulta.

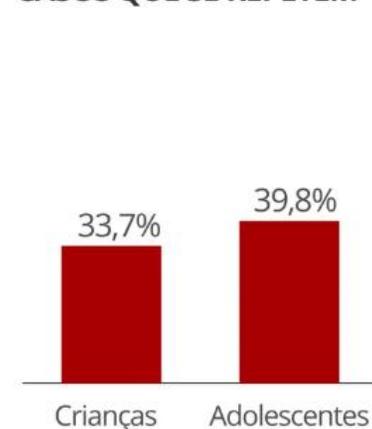
Dentre os números, chama atenção a vulnerabilidade dos mais jovens. Entre as crianças, o maior número de casos de violência sexual acontece com crianças entre 1 e 5 anos (51,2%). Já entre os adolescentes, com os jovens entre 10 e 14 anos (67,8%). Negros e mulheres são maioria entre as vítimas. Tanto entre adolescentes quanto crianças, as vítimas negras tiveram a maior parte das notificações (55,5% e 45,5%, respectivamente). Segundo o Ministério, o resultado pode apontar para vulnerabilidades destes grupos.

(Continua na próxima página)

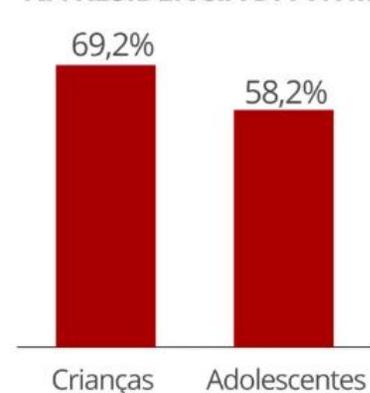
Raio-x da violência sexual

Dados são de 2011 a 2017 envolvendo crianças e adolescentes

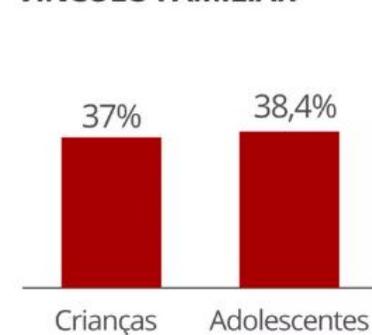
CASOS QUE SE REPETEM



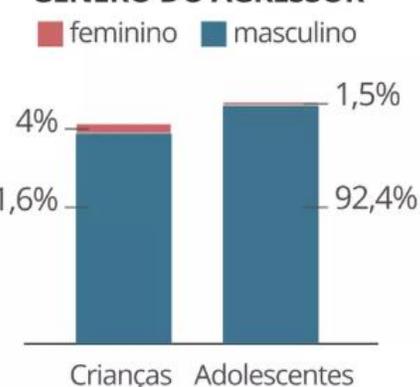
CASOS QUE ACONTECEM NA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA



AGRESSOR TEM VÍNCULO FAMILIAR



GÊNERO DO AGRESSOR



Fonte: Ministério da Saúde

Infográfico elaborado em: 26/06/2018



VIOLÊNCIA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 29/06/2018

Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Crianças e adolescentes do sexo feminino também são maioria entre as vítimas de violência sexual. Representam 74,2% dentre as crianças e um número ainda maior dentre as adolescentes: 92,4%.

Apesar disso, os meninos também sofrem com a violência sexual. Entre as crianças, são eles quem mais sofrem abusos na escola (7,1%). Já entre os adolescentes, os meninos são mais explorados sexualmente e são a maioria das vítimas de pornografia infantil.

O agressor

O estudo mostra que os homens são os principais autores de violência sexual tanto contra crianças quanto com adolescentes. Nos casos envolvendo adolescentes, em 92,4% das notificações o agressor era do sexo masculino. Nos casos envolvendo crianças, em 81,6%.

Segundo o boletim do Ministério da Saúde, é necessário problematizar a situação, já que a violência pode ser reflexo de uma cultura do machismo.

"Considerando que esse maior envolvimento como perpetradores das violências sexuais contra estes grupos pode ser reflexo da afirmação de uma identidade masculina hegemônica, marcada pelo uso da força, provas de virilidade e exercício de poder sobre outros corpos. Dessa forma, é relevante a promoção de novas formas de masculinidades que superem esse padrão e permitam a manifestação de diversas identidades possíveis", diz a análise.

Gonçalves também lembra que no Brasil o padrão de socialização dos meninos ainda se dá pela violência, onde é reforçado o uso da força. Apesar do aumento de 83% das notificações de casos entre 2011 e 2017, o Ministério da Saúde ainda acredita que muitos casos não são notificados.

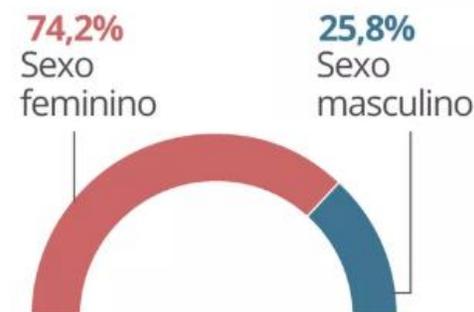
Isso acontece porque o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), desenvolvido pelo próprio ministério, ainda não foi implementado em todo o país. Desde 2011, a notificação de violências passou a ser compulsória para todos os serviços de saúde públicos e privados.

Em 2014, os casos de violência sexual passaram a ter que ser imediatamente notificados, devendo ser comunicados à Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas após o atendimento da vítima.

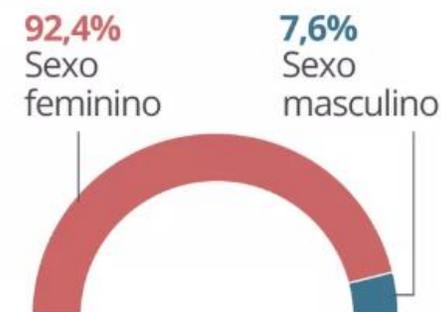
(Continua na próxima página)

GÊNERO DAS VÍTIMAS

Crianças



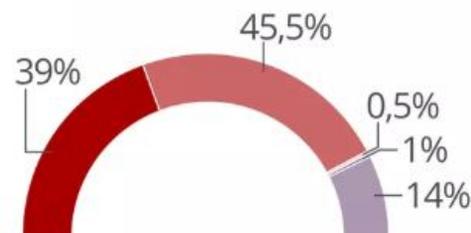
Adolescentes



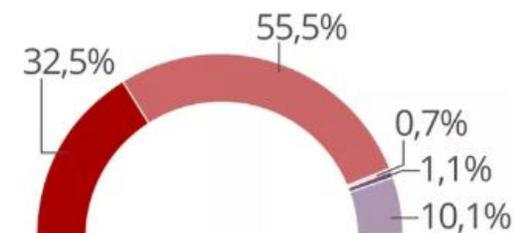
RAÇA DAS VÍTIMAS

■ branca ■ negra ■ amarela ■ indígena ■ ignorada

Crianças



Adolescentes



Fonte: Ministério da Saúde



Infográfico elaborado em: 26/06/2018

Ⓜ Raio-X da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil (Foto: Cláudia Peixoto/Arte G1)

VIOLÊNCIA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 29/06/2018

Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Outra ação obrigatória é a comunicação de qualquer tipo de violência contra crianças e adolescentes ao Conselho Tutelar, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

As regiões do Brasil que registraram o maior volume de notificações no período foram as regiões Sudeste (40,4%) e Sul (21,7%), para as crianças, e Sudeste (32,1%) e Norte (21,9%) para os adolescentes.

Mudar este cenário exige esforço de governos e sociedade civil. Gonçalves lembra ainda do papel da educação sexual nas escolas, que poderiam ensinar a diferença de toques, que os corpos das crianças e adolescentes pertencem a eles e ninguém tem o direito de tocar suas partes privadas e explicar o que é abuso sexual. Pais também podem ficar atentos a alguns sinais, já que crianças e adolescentes avisam de diversas maneiras e, segundo Gonçalves, na maioria das vezes não falam das situações de violência sexual que vem passando.

"Em geral, o abusador convence a criança de que ela será desacreditada se revelar algo; que ela gosta daquilo e quer que aconteça; ou que é igualmente responsável pelo abuso e será punida por isso."

Como identificar uma vítima

Childhood Brasil listou 10 sinais que ajudam a identificar possíveis casos de abuso sexual infanto-juvenil.

Mudanças de comportamento: O primeiro sinal é uma possível mudança no padrão de comportamento da criança. Essa alteração costuma ocorrer de maneira imediata e inesperada. Em algumas situações a mudança de comportamento é em relação a uma pessoa ou a uma atividade em específico.

Proximidades excessivas: A violência costuma ser praticada por pessoas da família ou próximas da família na maioria dos casos. O abusador muitas vezes manipula emocionalmente a criança, que não percebe estar sendo vítima e, com isso, costuma ganhar a confiança fazendo com que ela se cale.

Comportamentos infantis repentinos: Se o jovem voltar a ter comportamentos infantis, os quais já abandonou anteriormente, é um indicativo de que algo esteja errado.



Fonte: google.com.br

Silêncio predominante: Para manter a vítima em silêncio, o abusador costuma fazer ameaças de violência física e mental, além de chantagens. É normal também que usem presentes, dinheiro ou outro tipo de material para construir uma boa relação com a vítima. É essencial explicar à criança que nenhum adulto ou criança mais velha deve manter segredos com ela que não possam ser compartilhados com pessoas de confiança, como o pai e a mãe, por exemplo.

Mudanças de hábito súbitas: Uma criança vítima de violência, abuso ou exploração também apresenta alterações de hábito repentinas. O sono, falta de concentração, aparência descuidada, entre outros, são indicativos de que algo está errado.

Comportamentos sexuais: Crianças que apresentam um interesse por questões sexuais ou que façam brincadeiras de cunho sexual e usam palavras ou desenhos que se referem às partes íntimas podem estar indicando uma situação de abuso.

Traumatismos físicos: Os vestígios mais óbvios de violência sexual em menores de idade são questões físicas como marcas de agressão, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. Essas são as principais manifestações que podem ser usadas como provas à Justiça.

Enfermidades psicossomáticas: São problemas de saúde, sem aparente causa clínica, como dor de cabeça, erupções na pele, vômitos e dificuldades digestivas, que na realidade têm fundo psicológico e emocional.

Negligência: Muitas vezes, o abuso sexual vem acompanhado de outros tipos de maus tratos que a vítima sofre em casa, como a negligência. Uma criança que passa horas sem supervisão ou que não tem o apoio emocional da família estará em situação de maior vulnerabilidade.

Frequência escolar: Observar queda injustificada na frequência escolar ou baixo rendimento causado por dificuldade de concentração e aprendizagem. Outro ponto a estar atento é a pouca participação em atividades escolares e a tendência de isolamento social.

FEBRE DO NILO OCIDENTAL

Local de ocorrência: Espírito Santo

Data da informação: 06/06/2018

Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

Comentários:

O Espírito Santo registrou o primeiro caso de Febre do Nilo Ocidental em cavalos e, agora, está em estado de atenção para a possível contaminação de humanos, de acordo com o Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica, que é vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (Sesa).

O Núcleo informou que os cavalos foram contaminados em abril de 2018, no Norte do estado, e depois morreram vítimas da doença. Amostras coletadas dos animais foram analisadas pelo Instituto Evandro Chagas e pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O resultado foi positivo para Febre do Nilo Ocidental.

Doença

A Febre do Nilo Ocidental é uma doença causada por um vírus do gênero 'Flavivírus' e transmitida principalmente pela picada de mosquitos Culex, popularmente conhecido como pernilongo. É uma infecção viral que pode surgir sem sintomas ou com diferentes sintomas e graus de gravidade, que variam desde febre e dor muscular até encefalite grave.

As formas graves ocorrem com maior frequência em idosos. Assim como dengue, zika e chikungunya, o vírus da Febre do Nilo Ocidental pode causar manifestações neurológicas como encefalite, meningite, síndrome de Guillan-Barré, entre outras.

Nota técnica

A descoberta de que cavalos morreram contaminados no Espírito Santo motivou a Secretaria Estadual de Saúde (Sesa) a enviar uma 'nota técnica' aos profissionais de saúde de todo o estado com informações e procedimentos de vigilâncias em relação a doença.

"Mediante situação epidemiológica da doença, principalmente em locais em que há um aumento nos números de notificações sugestivos de arboviroses, solicitamos atenção aos profissionais de saúde especialmente entre pacientes que desenvolvam quadros neurológicos virais ou bacterianos, tais como: encefalite, meningoencefalite, síndrome de Guillan-Barré, entre outros, que seja observado o diagnóstico diferencial com a infecção pelo VNO (Vírus do Nilo Ocidental)", diz um trecho da nota técnica da Sesa.

A nota técnica da Sesa informa que nos anos 1990 pequenos surtos de Febre do Nilo Ocidental foram registrados nas Américas e epidemias maiores foram registradas em países da África, Europa e em Israel.

Entretanto, a partir de 1999, os Estados Unidos registraram milhares de casos. Depois, a doença foi detectada no Canadá e em países da América Central. Nos últimos 15 anos foram divulgadas evidências de circulação do vírus em alguns países da América do Sul.

No Brasil, a partir de 2003, o Ministério da Saúde incluiu a Febre do Nilo Ocidental na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória. Em 2011, o vírus foi encontrado nas regiões amazônica e do Pantanal.

De acordo com a nota técnica da Sesa, é possível que o vírus tenha sido introduzido no Brasil por aves silvestres migratórias provenientes do hemisfério norte ou de outros países da América do Sul.

Em 2014, foi confirmada a presença do vírus em mosquitos do gênero Culex, em aves domésticas, e no líquido humano no interior do Piauí.

De acordo com o Ministério da Saúde, o vírus do Nilo Ocidental é transmitido por meio da picada de mosquitos infectados.

Os hospedeiros naturais são algumas espécies de aves silvestres, que atuam como amplificadoras do vírus (viremia alta e prolongada) e como fonte de infecção para os mosquitos. Também pode infectar humanos, equinos, primatas e outros mamíferos.

O homem e os equídeos são considerados hospedeiros acidentais e terminais, uma vez que a viremia se dá por curto período de tempo e em níveis insuficientes para infectar mosquitos, encerrando o ciclo de transmissão.

Outras formas mais raras de transmissão já foram relatadas e incluem transfusão sanguínea, transplante de órgãos, aleitamento materno e transmissão transplacentária.

A transmissão por contato direto já foi demonstrada em laboratório para algumas espécies de aves. Não há transmissão de pessoa para pessoa.

FEBRE DO NILO OCIDENTAL

Local de ocorrência: Espírito Santo

Data da informação: 06/06/2018

Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

Comentários:

Sintomas

Estima-se que 20% dos indivíduos infectados desenvolvam sintomas, na maioria das vezes leves. A forma leve da doença caracteriza-se por febre aguda de início abrupto, frequentemente acompanhada de mal-estar, anorexia, náusea, vômito, dor nos olhos, dor de cabeça, mialgia, exantema máculo-papular e linfadenopatia.

O período de incubação intrínseca - tempo entre a infecção do hospedeiro e a manifestação de sinais e sintomas - nos humanos varia de 3 a 14 dias após a picada do mosquito e pode apresentar manifestação subclínica ou com sintomatologia de distintos graus de gravidade, variando desde febre passageira - acompanhada ou não de mialgia (dor muscular) - até sinais e sintomas de acometimento do sistema nervoso central com encefalite ou meningoencefalite grave.

As formas mais graves ocorrem com maior frequência em indivíduos com idade superior a 50.

Tratamento

Não existe vacina ou tratamento antiviral específico para a Febre do Nilo Ocidental. O tratamento é sintomático para redução da febre e outros sintomas.

Os casos mais graves, frequentemente, necessitam de hospitalização para tratamento de suporte, com reposição intravenosa de fluidos, suporte respiratório e prevenção de infecções secundárias, além de tratamento específicos para pacientes com quadros de encefalites ou meningoencefalite em sua forma severa.



POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 05/07/2018

Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

Comentários:

O Ministério da Saúde emitiu alerta na terça (3/07) para a baixa vacinação contra a paralisia infantil: 312 cidades não vacinaram nem metade das crianças menores de 1 ano em 2017. Embora não haja casos atuais de poliomielite, a preocupação do ministério se justifica por ao menos três motivos:

- a circulação do vírus em 23 países nos últimos 3 anos;
- o surgimento de um caso da doença na Venezuela em junho;
- o efeito devastador da doença no país antes de sua eliminação, graças à vacina.

Foram 26.827 casos de paralisia infantil entre 1968 e 1989 -- nesse último ano de 89, o último caso foi registrado em Souza, na Paraíba. Os anos 70 registraram a maior parte dos casos. Há um pico em 1975, com 3.596 casos. Outro ano com muitos registros foi 1979, com 2.564 infecções.

O Ministério da Saúde registra os números como casos - mas, para a historiadora Dilene Nascimento, da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), o dado provavelmente indica as sequelas deixadas pela doença.

O maior número de casos era registrado no Nordeste e no Sudeste. Desde 1989, quando foi registrado o último caso, o Brasil levou mais 5 anos para estabilizar a circulação do vírus: finalmente, o certificado de eliminação ocorreu em 1994. Ele foi emitido para toda a região das Américas pela Organização Mundial da Saúde.

Como é oferecida a vacina contra a poliomielite no Brasil

Hoje, a vacina é oferecida o ano inteiro, em todos os postos de saúde. Trata-se de uma conquista histórica, diz historiadora.

Uma criança deve tomar ao menos três doses da vacina para estar imunizada: 1ª dose, aos 2 meses; 2ª dose, aos 4 meses; 3ª dose, aos 6 meses

Ainda, um reforço da vacina é administrado aos 15 meses. Nesse reforço, são dadas duas gotinhas. O Ministério da Saúde realiza campanhas nacionais todos os anos, geralmente em agosto, para mobilização. No entanto, a vacina pode ser aplicada a qualquer momento.

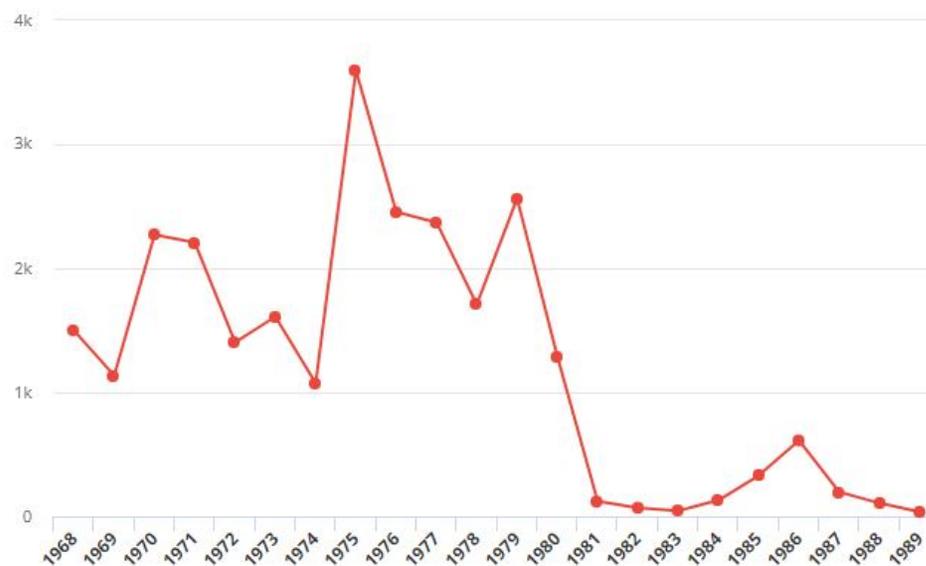
Fonte: Ministério da Saúde/Programa Nacional de Imunizações

O governo está tentando aumentar as taxas de cobertura vacinais para que a poliomielite não tenha o mesmo destino do sarampo, que voltou a circular após a eliminação. Uma combinação de casos importados da Venezuela e de brasileiros não-imunizados está contribuindo para um surto no Norte do Brasil.

Na esteira da circulação de vírus já eliminados em outros países, o Brasil tem registrado baixa cobertura vacinal em todas as crianças menores de um ano. Em 2016, seis vacinas do calendário infantil ficaram abaixo da meta. Em 2017, todas as vacinas do calendário infantil estão abaixo da meta de 95% (taxa preconizada para o controle de doenças infecciosas).

Casos da poliomielite no Brasil (1968-1989)

Último registro aconteceu em 1989, na Paraíba. Nesse ano, o Brasil registrou 35 casos



Fonte: Ministério da Saúde/GT_PFA/Pólio/COVER/SVS/MS

(Continua na próxima página)

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 05/07/2018

Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

Comentários:

Para a historiadora da Fiocruz, a poliomielite está atrelada fortemente à cultura de vacinação no Brasil e ao seu desenvolvimento. A erradicação da doença - e suas temidas sequelas - podem ter abalado a organização da vacinação por aqui.

Outro ponto é a maior disseminação de medos e mitos sobre as vacinas. "Embora isso não seja um fato novo na história da Brasil, a disseminação dessas informações hoje é muito mais intensa, juntamente com menos divulgação e campanhas", afirma Dilene.

Primeiros registros são do Egito antigo; primeiros sintomas parecem com gripe

A poliomielite é causada por um vírus e historiadores estimam que os primeiros registros tenham surgido no Antigo Egito, durante a 18ª dinastia (1580-1350 AC). A principal via de transmissão é oral-fecal e, por isso, más condições sanitárias também estão associadas a um maior número de infectados.

O vírus da pólio vive no intestino. A maior parte das infecções são subclínicas e não apresentam sintomas. O quadro básico de primeiros sintomas é similar ao da gripe com febre e dor de garganta, mas há náuseas, vômitos, constipação e dores abdominais.

Só 1% dos infectados vão desenvolver a forma paralítica da doença, que pode causar sequelas permanentes e insuficiência respiratórias.

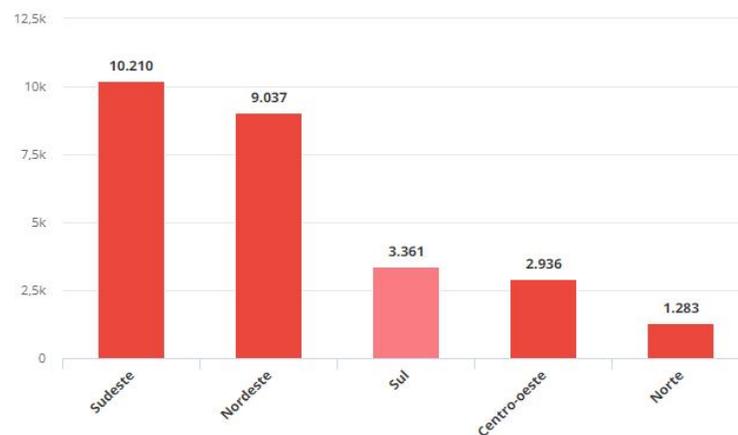
Segundo a Fiocruz, a paralisia ataca os membros inferiores muitas vezes de forma assimétrica, com apenas um dos membros sendo afetado. Ela começa a ser percebida com perda de força nos membros atingidos e dos reflexos.

A pólio no Brasil e a superação da doença

No Brasil, os primeiros casos foram identificados em artigo publicado por Fernandes Figueira em 1911, informa Dilene Nascimento, historiadora da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz). "A partir da década de 1930, começaram a surgir epidemias importantes em vários estados do Brasil".

A vacina chegou na década de 1950 - e a ideia de uma campanha nacional só surgiu em 1971, com os dias nacionais de vacinação, explica Dilene. "As campanhas de vacinação antes disso eram esparsas, com cada estado com sua experiência".

Casos de poliomielite no Brasil por região (1968-1989)



Fonte: Ministério da Saúde/GT_PFA/Pólio/COVER/SVS

A historiadora cita que, na época, a assistência às crianças era precária e não havia a ideia de vacinação disponível em postos de saúde. O Brasil, no entanto, desenvolveu alguns centros de referência.

Na época, mais de um tipo de vacina era aplicado no mundo. O Brasil chegou a ter dois tipos de vacina até que optou pela vacina oral, desenvolvida pelo pesquisador Albert Sabin, e que tinha a recomendação da Organização Mundial de Saúde e da Associação Médica Americana.

Foi apenas a partir de 1971 que uma campanha nacional foi colocada em ação. Até este ano, as campanhas de vacinação contra a pólio sofriam com problemas de distribuição e eram com frequência descontinuadas.

A historiadora explica que foram realizados dias nacionais de vacinação, com a indicação de vacinar todas as crianças menores de 5 anos de idade, a partir dos anos 1980.

O controle da poliomielite, indica a historiadora, ajudou a estruturar todo o plano de imunizações do país. "A gente tinha a experiência da varíola, mas a pólio trouxe vacinas em postos de saúde e campanhas nacionais", explica Dilene.

Em 1973, na esteira da campanha contra a poliomielite, foi lançado o Programa Nacional de Imunização (PNI), que incorporou o controle da poliomielite e introduziu a multivacinação, incluindo principalmente a vacina do sarampo como estratégia de campanhas.

A especialista espera agora que o mesmo plano de imunização que a pólio ajudou a estruturar impeça o seu retorno.

LEISHMANIOSE

Local de ocorrência: Mato Grosso do Sul

Data da informação: 04/07/2018

Fonte da informação: www.correiadoestado.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Após três internações e pelo menos 15 dias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital El Kadri, onde recebia tratamento contra leishmaniose, o maquiador Josimar Pereira, morreu em Campo Grande. A Secretaria Municipal de Saúde (Sesau) ainda trata o caso como morte suspeita pela doença, mas só este ano já foram registradas outras três mortes por leishmaniose visceral - todos indicados com dados preliminares.

O caso de Josimar chama atenção porque o rapaz procurou serviços privados de saúde e, de acordo com familiares e também em relatos dele nas redes sociais, o diagnóstico só foi concluído após a terceira internação, no dia 4 de junho. Dias depois ele foi novamente nas redes sociais e disse que completava uma semana internado com leishmaniose.

A primeira internação ocorreu no dia 25 de maio, também em um hospital particular. Na ocasião Josimar disse que estava com tosse há duas semanas. A segunda ocorreu no dia 31 de maio, no mesmo hospital que ele morreu.

Na época ele relatou ainda não ter melhorado. “Aquele dia fui no hospital e (o médico) me passou um monte de remédio e nada. Agora tomei na veia e fiz raio-x pra ver se tinha algo. Mais de 3 semanas já”. O retorno para a mesma unidade dias depois, em 4 de junho, foi a última entrada hospitalar registrada por ele.

Três dias depois ainda sem o diagnóstico da doença ele disse que estava internado “com pneumonia e anemia”. Mas o quadro se agravou, provavelmente por conta da demora no diagnóstico, e Josimar acabou indo para a UTI, de onde também postou no dia 10 de junho.

O último relato dele foi no dia 25 de junho, quando avisou que tinha recebido alta da unidade. “Voltei para o quarto. Se Deus quiser, já já estou em casa”. A família aguardava que o jovem recebesse alta na sexta-feira (29/06), o que não ocorreu.

Além dos três óbitos a Sesau confirmou 69 notificações da doença este ano na Capital. Foram 21 em janeiro, sete em fevereiro, nove em março, 19 em abril, onze em maio e duas em junho.

A leishmaniose visceral é uma doença infecciosa sistêmica, caracterizada por febre de longa duração, aumento do fígado e baço, perda de peso, fraqueza, redução da força muscular, anemia e outras manifestações.

Os transmissores são insetos conhecidos popularmente como mosquito palha, asa-dura, tatuquiras, birigui, dentre outros. A transmissão acontece quando fêmeas infectadas picam cães ou outros animais infectados, e depois picam o homem, transmitindo o protozoário *Leishmania chagasi*. Apesar de grave, a leishmaniose tem tratamento para os humanos, que é gratuito e está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). Em Campo Grande o tratamento é realizado no Centro de Doenças Infecto Parasitárias (Cedip).

A DOENÇA Saiba mais sobre a leishmaniose

O QUE É?
Doença infecciosa, não contagiosa, causada por parasitas do gênero leishmânia, que vivem e se multiplicam no interior das células do sistema de defesa do homem

TIPOS

- TEGUMENTAR OU CUTÂNEA**
Caracteriza-se por feridas na pele e lesões inflamatórias nas mucosas do nariz e da boca
- VISCERAL OU CALAZAR**
Ataca, principalmente, crianças de até 10 anos. Acomete órgãos internos como fígado, baço e medula óssea. Os sintomas são febre, anemia, palidez, falta de apetite, perda de peso e inchaço do abdômen

TRANSMISSÃO
Por insetos que se alimentam de sangue, como o mosquito-palha, encontrado em locais úmidos e escuros – onde há muitas plantas, por exemplo

FONTES DE INFECÇÃO
ANIMAIS SILVESTRES E DOMÉSTICOS COMO CÃES E GATOS

Fonte: google.com.br
FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

HEPATITE A

Local de ocorrência: Brasil

Data da informação: 05/07/2018

Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O Brasil apresentou uma alta de 73% nos casos de hepatite A em 2017 em comparação ao ano anterior. Foram 2.086 casos confirmados da doença, contra 1.206 em 2016. O estado de São Paulo puxou esse crescimento nos números, segundo o boletim divulgado pelo Ministério da Saúde na quinta-feira (5/07), e representou 53% das infecções – foram 1.108, sendo que 701 ocorreram na capital paulista.

Os dados são referentes a 2017, mas a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo começou em maio neste ano uma campanha para combater a hepatite A. O G1 mostrou em reportagem que 80% dos pacientes da doença são homens. Entre os casos de 2018, 36% foram adquiridos por contato íntimo.

Entre janeiro de 2016 e abril de 2017, a capital paulista registrava uma média de cinco novos casos de hepatite A por mês. Em maio do ano passado, o número triplicou e atingiu o pico de 156 notificações em julho de 2017.

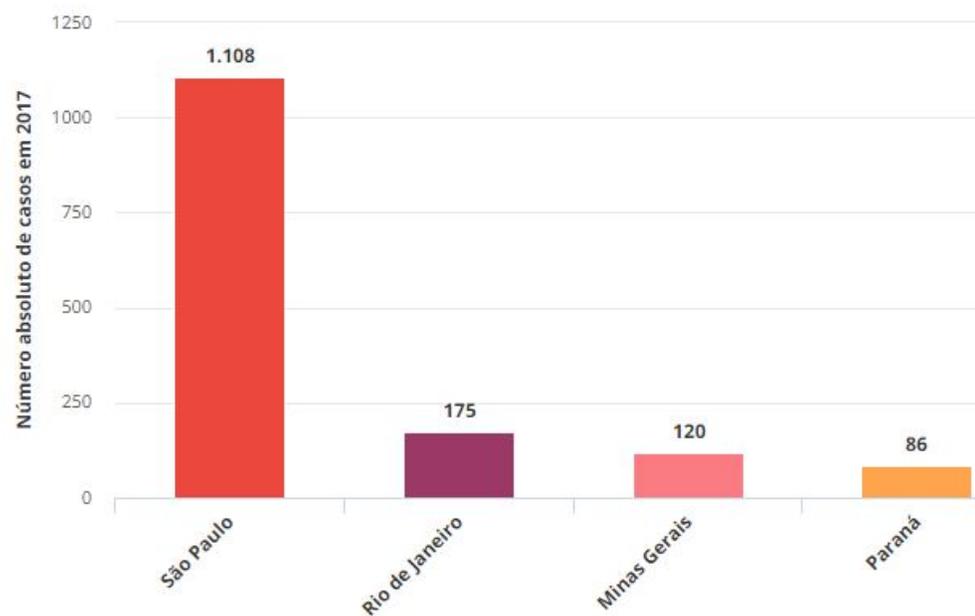
A vacina de hepatite A está disponível pelo Sistema Único de Saúde e a recomendação de aplicação é para crianças de um a quatro anos de idade, além de pessoas vivendo com hepatites B, C ou HIV. A novidade, para a capital paulista neste ano, foi a inclusão de gays, trans, travestis e homens que fazem sexo com outros homens.

O tipo A da doença, no entanto, sempre concentrou mais casos nas regiões Norte e Nordeste do país. Juntas, elas representam 56,2% das infecções confirmadas entre 1999 a 2017. O Sudeste, neste apanhado de mais de 15 anos, tem 17,1% dos registros.

Apesar do crescimento dos casos do tipo A, o maior número de notificações ainda é de hepatite C, que apresentou 11,9 casos para cada 100 mil habitantes, com 24.460 pessoas infectadas. No total, foram 40.198 registros de hepatites virais (A, B, C e D) em 2017.

Estados com maior número de casos de hepatite A

São Paulo representa mais da metade dos casos do país



Fonte: Ministério da Saúde

Ao longo da história, a hepatite B foi o tipo com maior número de registros no país, com 37,1% das infecções, seguida pela hepatite C, com 34,2%, e da A, com 28%. A hepatite D apresentou poucos casos no Brasil, apenas 0,7% do total.

A distribuição dos casos varia entre as regiões. O Nordeste apresenta a maior proporção das infecções pelo vírus A (30,6%). No Sudeste está maior concentração do tipo B e C, com 35,2% e 60,9% dos casos registrados.

TOXOPLASMOSE

Local de ocorrência: Rio Grande do Sul

Data da informação: 06/07/2018

Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O resultado de um exame realizado pela Universidade Estadual de Londrina, no Paraná, confirma que o protozoário que causa toxoplasmose (*Toxoplasma gondii*) foi encontrado na água de uma casa em Santa Maria, cidade da Região Central do Rio Grande do Sul que enfrenta um surto da doença. O pico de casos ocorreu entre março e abril. O último boletim aponta para um total de 594 casos.

O laudo foi divulgado na sexta-feira (6/07) pelo Ministério Público Federal, em coletiva na cidade, que reuniu outras autoridades. O MPF tem fiscalizado o trabalho dos órgãos públicos na investigação da causa do surto.

Conforme a procuradora Tatiana Dornelles, o protozoário estava no lodo decantado de uma casa no Centro da cidade, que era abastecida somente pela Corsan. O **G1** fez contato com a companhia de abastecimento, e aguarda posicionamento.

Na residência moram duas pessoas que foram contaminadas, e outras duas que não estão com a doença. De acordo com as autoridades, a caixa d'água da casa, de classe média alta, é bem higienizada. A hipótese, então, é de que a contaminação se deu pela tubulação.

Conforme o MPF, não se pode afirmar que a amostra com resultado positivo para toxoplasmose tenha relação com o surto, já que ainda não foi comprovada a relação genética da amostra e de pacientes diagnosticados. O DNA do protozoário também foi comparado com o material biológico de quatro gestantes infectadas, e não deu positivo.

"Na prática, a população precisa saber, independentemente de ser o mesmo protozoário, é muito importante na investigação do surto", destaca a procuradora.

Foram realizadas, pelo menos, 28 análises de amostras de água ou lodo no laboratório da universidade em Londrina.

A Prefeitura de Santa Maria diz que continuará investigando a causa do surto, e recomenda que todas as pessoas que moram em Santa Maria façam uma limpeza nas caixa d'água e sigam com os cuidados de prevenção.

A secretária municipal de Saúde, Liliane Duarte, reforçou que a prefeitura pediu a limpeza dos 29 reservatórios de água da cidade, e a Corsan deve concluir esse trabalho até a próxima semana.

O último boletim aponta para 594 casos confirmados de toxoplasmose em Santa Maria. Outros 435 são suspeitos e estão em investigação. O número de gestantes contaminadas chega a 44, e cinco mulheres já perderam bebê por causa da doença.

A toxoplasmose, cujo nome popular é doença do gato, é uma doença infecciosa causada por um protozoário chamado *Toxoplasma gondii*. Este protozoário é facilmente encontrado na natureza e pode causar infecção em grande número de mamíferos e pássaros no mundo todo.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Infectologia, a doença pode ocorrer pela ingestão de oocistos (onde o parasita se desenvolve) provenientes do solo, areia, latas de lixo contaminadas com fezes de gatos infectados; ingestão de carne crua e mal cozida infectada com cistos, especialmente carne de porco e carneiro; ou por intermédio de infecção transplacentária, ocorrendo em 40% dos fetos de mães que adquiriam a infecção durante a gravidez.

Em alguns casos os sintomas não se manifestam, mas podem ser: febre, cansaço, mal-estar, gânglios inflamados. O período de incubação da toxoplasmose vai de 10 a 23 dias quando a causa é a ingestão de carne, e de 5 a 20 dias quando o motivo é o contato com cistos de fezes de gatos.

A Sociedade Brasileira de Infectologia lista algumas medidas de prevenção: não ingerir carnes cruas ou malcozidas; comer apenas vegetais e frutas bem lavados em água corrente; evitar contato com fezes de gato. As gestantes, além de evitar o contato com gatos, devem submeter-se a adequado acompanhamento médico (pré-natal). Alguns países obtiveram sucesso na prevenção da contaminação intrauterina fazendo testes laboratoriais em todas as gestantes; em pessoas com deficiência imunológica a prevenção pode ser necessária com o uso de medicação dependendo de uma análise individual de cada caso.

SARAMPO

Local de ocorrência: Rio Grande do Sul

Data da informação: 04/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul confirmou mais um caso de sarampo – o sétimo no estado. Uma mulher, de 29 anos, moradora do município de Vacaria, teve contanto com um dos casos anteriormente confirmados em Porto Alegre e foi infectada. Um outro caso suspeito da doença, identificado na capital gaúcha, segue em investigação.

A primeira notificação de sarampo no Rio Grande do Sul, em março, foi em uma criança de 1 ano, não vacinada, que vive em São Luiz Gonzaga e que se contaminou em viagem à Europa, onde há um surto da doença. A segunda confirmação foi uma estudante de 25 anos, de Porto Alegre, que esteve em Manaus, onde também há surto de sarampo. Em seguida, quatro moradores de Porto Alegre vinculados à estudante testaram positivo para sarampo.

De acordo com a Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, qualquer indivíduo que apresentar febre e manchas no corpo acompanhadas de tosse, coriza ou conjuntivite deve procurar os serviços de saúde para investigação – principalmente aqueles que estiveram recentemente em locais com circulação do vírus.

Casos suspeitos devem ser informados imediatamente às secretarias municipais ou por meio do Disque Vigilância 150.

“A mais efetiva forma de prevenção é a vacinação. Para ser considerada vacinada, a pessoa precisa ter o registro em caderneta de vacinação conforme esquema vacinal. A rede pública de saúde disponibiliza gratuitamente a vacina tríplice viral para a população de 12 meses a 49 anos de idade e para profissionais de saúde e demais pessoas envolvidas na assistência à saúde hospitalar”, informou a pasta.

São considerados vacinados:

- pessoas de 12 meses a 29 anos que comprovem duas doses de vacina com componente sarampo/caxumba/rubéola;
- pessoas de 30 a 49 anos que comprovem uma dose de tríplice viral;
- profissionais de saúde, independentemente da idade que, comprovem duas doses de tríplice viral.

SARAMPO

É uma doença viral, transmitida de pessoa a pessoa através de secreções do nariz e da boca, expelidas pelo doente ao tossir, respirar ou falar. Pode atingir pessoas de qualquer idade, principalmente crianças com menos de 5 anos.

Sintomas e sinais

Febre e exantema (manchas vermelhas por todo o corpo), acompanhados de **tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite** e pequenas **manchas brancas na parte interna da boca**.

Ao perceber os sintomas e sinais, procure imediatamente atendimento na Unidade de Saúde mais próxima da residência.

Vacinação

A vacina é a melhor prevenção. Vacine o seu filho de 6 meses a 5 anos contra o sarampo, no posto de saúde mais próximo da sua casa.



Foto: Ministério da Saúde

MENINGITE

Local de ocorrência: Pernambuco

Data da informação: 04/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) registrou um aumento de 40% no número de casos notificados de doença meningocócica, uma infecção que pode afetar as membranas que revestem o cérebro e a medula espinhal. Ao todo, entre janeiro e o dia 23 de junho, foram registrados 21 notificações da doença, sendo que 14 foram confirmados. No mesmo período de 2017, foram notificados 15 casos, com nove confirmações.

Durante o período, o número de mortos por causa da doença triplicou: de uma para três mortes. Em todo o ano de 2017, duas pessoas morreram por causa da doença. Ainda segundo a SES, durante todo o ano passado, o número geral de casos notificados da doença chegou a 29, com 17 confirmações.

De acordo com a gerente de Prevenção de Doenças Imunopreveníveis da SES, Ana Antunes, foi registrada uma queda nos números da doença, desde 2014, ano em que houve 44 confirmações. 2015 teve 24 casos confirmados e 2016, 32.

Segundo Ana, o comportamento da doença meningocócica é difícil de ser previsto, em Pernambuco, por causa do clima.

“Essa doença tem um comportamento bastante atípico, porque nos lugares frios se tem uma sazonalidade marcada, mas aqui não temos essa diferenciação tão clara, então, ela não tem um comportamento semelhante todo ano. Apesar do aumento no primeiro semestre, a gente pode ser surpreendido por um decréscimo no restante do ano, por exemplo”, explicou Ana.

Ainda segundo Ana, a situação no primeiro semestre de 2018 não demanda cuidados maiores que os rotineiros de prevenção, já que os casos estão espalhados pelo estado. Com relação às mortes, um dos óbitos ocorreu em Serra Talhada, no Sertão, em fevereiro; o segundo ocorreu em Jaboatão dos Guararapes, no Grande Recife, e o terceiro, no Recife, em junho.



“A doença vinha em ascensão e houve uma queda desde a inserção da vacina, que é disponibilizada gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde. Ficamos tranquilos porque não há uma concentração grande de casos numa mesma cidade. Eles estão espalhados pelo estado e ao longo do tempo. É uma doença tratada como importante e toda a investigação é feita com cuidado, já que há um alta taxa de letalidade”, disse Ana.

A vacina contra a meningite tipo C é disponibilizada para adolescentes entre 11 e 14 anos de idade. A imunização é feita em três doses.

“Desde que a vacinação foi iniciada houve um impacto grande. É um direito de todo cidadão vacinar seus filhos, não só para a meningite. Tivemos um predomínio da meningite tipo C aqui em Pernambuco e, por isso, é de extrema importância a imunização, que protege justamente contra esse tipo da doença”, completou Ana.

DENGUE / CHIKUNGUNYA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 06/07/2018

Fonte da informação: noticias.r7.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde divulgou na sexta-feira (6/07) que o país tem 62 mortes por dengue. São 1.659 casos confirmados, sendo 136 considerados graves e 1.523 com sinais de alarme.

O boletim epidemiológico ainda informa que foram registradas oito mortes por chikungunya e 30.251 casos confirmados.

Em relação à zika, não houve registro de morte, mas há 1.674 casos confirmados. Dengue, zika e chikungunya são transmitidas pelo mesmo vetor, o mosquito *Aedes Aegypti*. Os dados se referem ao período de 31 de dezembro de 2017 e 9 de junho de 2018.

O Centro-Oeste é a região de maior incidência de dengue, com 37,5% dos casos prováveis. Em seguida estão as regiões Sudeste, com 30,6%, e Nordeste, com 23,7%. A região Norte tem 6,7% e a Sul, 1,4%.

Todas as cidades com o maior número de casos de dengue são de Goiás: São Simão (GO), com 7.067,1 casos por 100 mil habitantes, Senador Canedo (GO), com 3.348,2 casos por 100 mil habitantes, Aparecida de Goiânia (GO), com 1.362,1 casos por 100 mil habitantes e Goiânia (GO), com 725,1 casos por 100 mil habitantes.

Já em relação à chikungunya, a região mais afetada é a Sudeste, com 50,9% dos casos. Em segundo lugar está o Centro-Oeste com 26,8%, seguido do Nordeste, com 13,6%, Norte, 8,3%, e Sul, com 0,5%.

As cidades com maior incidência da doença são Itaocara (RJ), com 2.736,4 casos por 100 mil habitantes, Coronel Fabriciano (MG), com 5.781,0 casos por 100 mil habitantes, Cuiabá (MT), com 538,7 casos por 100 mil habitantes, e São Gonçalo (RJ), com 499,1 casos por 100 mil habitantes.

A região Sudeste também apresenta o maior número de casos de zika, com 32,6%. As regiões Norte e Centro-Oeste são equivalentes, com 26% e 25,2%, respectivamente, seguidas da Norte, com 15,5%, e da Sul, com 0,7%.

A zika é mais incidente nas cidades de Pé de Serra (BA), com 1.553,5 casos por 100 mil habitantes, Trindade (GO), com 111,3 casos por 100 mil habitantes, Cuiabá (MT), com 30,3 casos por 100 mil habitantes, e São Gonçalo (RJ), com 24 casos por 100 mil habitantes.

TABELA DE SINTOMAS 			
SINTOMAS	ZIKA	CHIKUNGUNYA	DENGUE
FEBRE	É baixa e pode estar presente	Alta e de início imediato. Quase sempre presente	Alta e de início imediato. Sempre presente
DORES NAS ARTICULAÇÕES	Dores leves que podem estar presentes	Dores intensas e presentes em quase 90% dos casos	Dores moderadas e quase sempre presentes
MANCHAS VERMELHAS NA PELE	Quase sempre presente e com manifestação nas primeiras 24h	Se manifesta nas primeiras 48h. Pode estar presente	Pode estar presente
COCEIRA	Pode ser de leve a intensa e pode estar presente	Presente em 50 a 80% dos casos. Intensidade leve	É leve e pode estar presente
VERMELHIDÃO NOS OLHOS	Pode estar presente	Pode estar presente	Não está presente

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 02/07/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

A vigilância sentinela conta com uma rede de unidades distribuídas em todas as regiões geográficas do país e tem como objetivo principal identificar os vírus respiratórios circulantes, além de permitir o monitoramento da demanda de atendimento pela doença. Atualmente estão ativas 247 Unidades Sentinelas, 137 de SG; 110 de SRAG em UTI; e 17 sentinelas mistas de ambos os tipos.

A vigilância universal de SRAG monitora os casos hospitalizados e óbitos com o objetivo de identificar o comportamento da influenza no país para orientar na tomada de decisão em situações que requeiram novos posicionamentos do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais.

Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas de informação online: SIVEP-Gripe e SINAN Influenza Web.

As informações apresentadas neste informe referem-se ao período entre as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 26 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 30/06/2018.

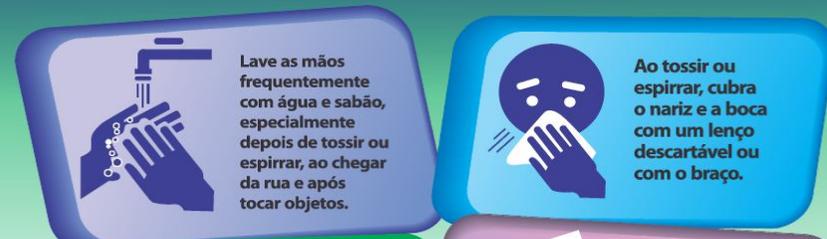
A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 29,2% (2.527/8.657) para SG e de 41,0% (541/1.320) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 26,6% (3.921/14.746) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 28,3% (686/2.420) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09.

Saiba como se prevenir da Gripe

A Gripe é uma doença respiratória aguda e a transmissão ocorre de pessoa a pessoa, principalmente por meio da tosse, espirro ou contato com secreções respiratórias de pessoas infectadas ou com objetos contaminados.

Saiba como se prevenir da gripe adotando medidas simples:



ATENÇÃO

Se você estiver com febre acima de 38°C, tosse, acompanhada ou não de dor de garganta, procure o seu médico ou a Unidade de Saúde mais próxima.

ALERTA

A gripe pode estar piorando se você tiver dificuldade de respirar ou respiração rápida, dor forte no abdome, convulsões, desidratação, alteração do estado de consciência. Nesses casos, retorne com urgência à Unidade de Saúde mais próxima.

O governo do Paraná disponibiliza o antiviral Oseltamivir, indicado para o tratamento da Gripe, para as Unidades de Saúde e os hospitais de todo Estado. O medicamento será liberado ao paciente mediante receita médica.

Mais informações:
www.saude.pr.gov.br 0800 643 8484



INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 02/07/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

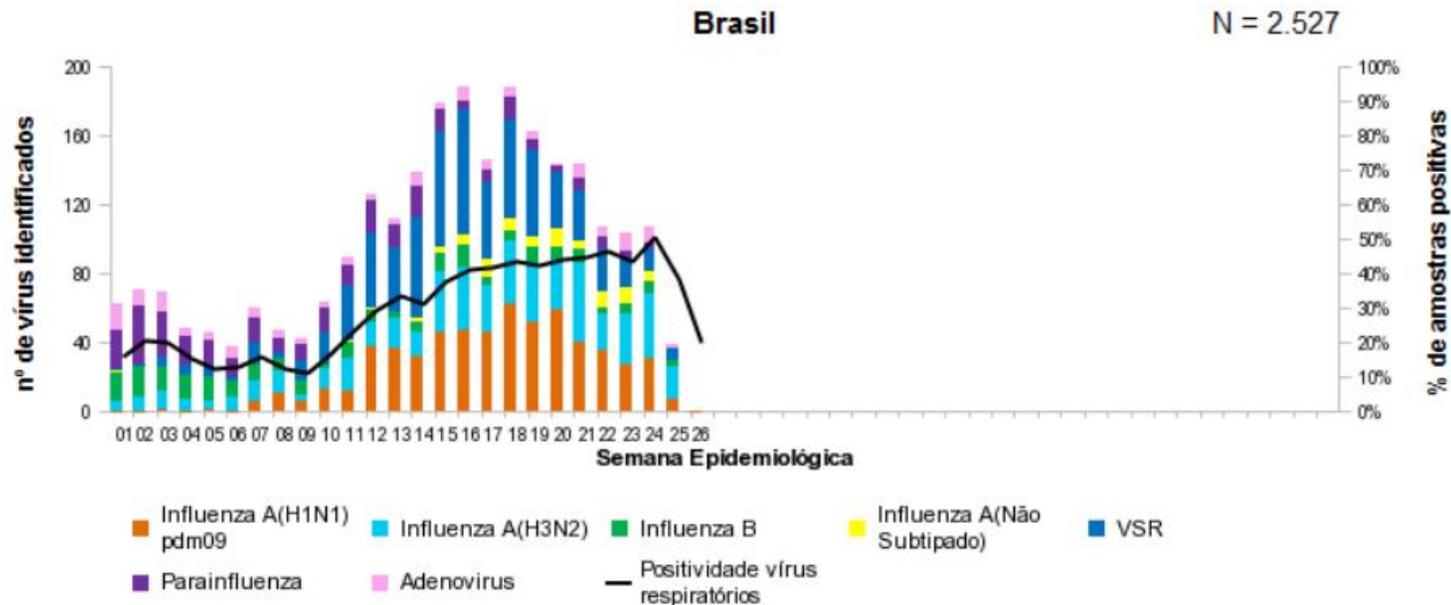
SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 26 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 10.991 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 8.657 (78,8%) possuem resultados inseridos no sistema e 29,2% (2.527/8.657) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 1.417 (56,1%) foram positivos para influenza e 1.110 (43,9%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 622 (43,9%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 217 (15,3%) de influenza B, 79 (5,6%) de influenza A não subtipado e 499 (35,2%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 655 (59,0%) de VSR (Figura1).

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

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

Figura 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 26.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 2/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 02/07/2018

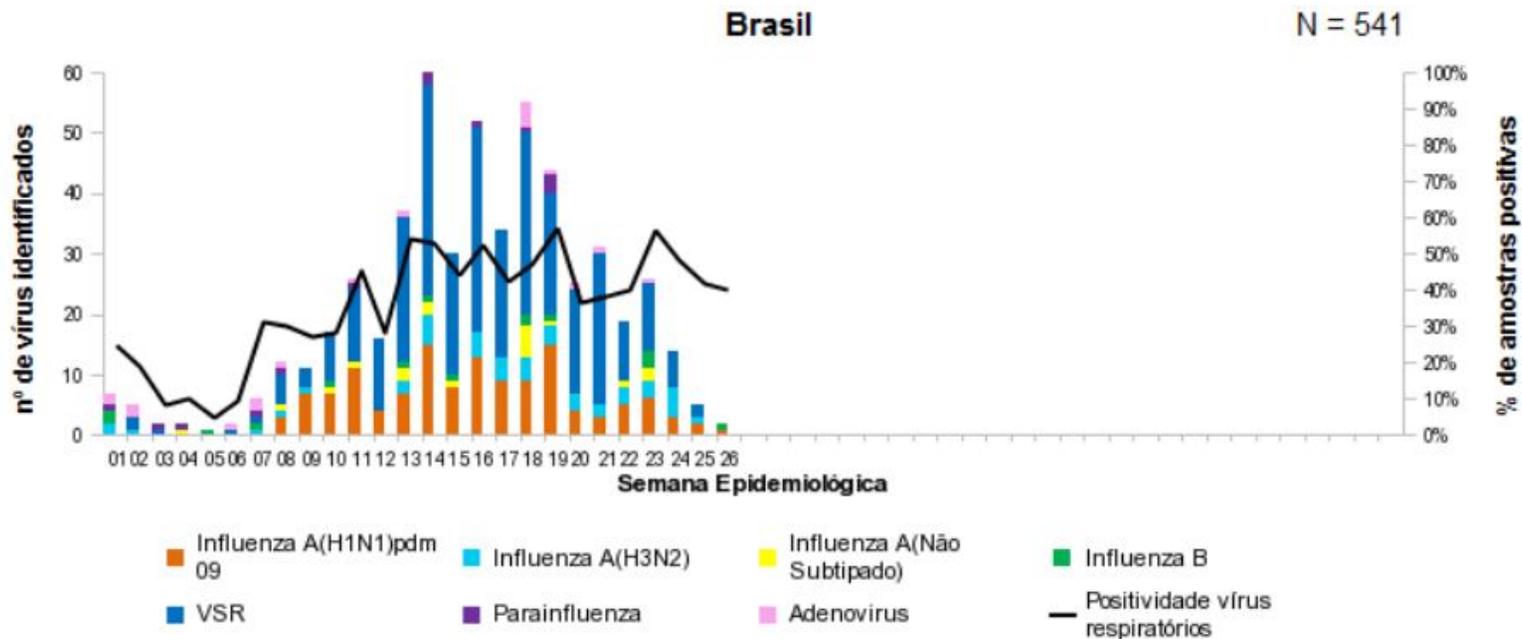
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 1.707 coletas, sendo 1.320 (77,3%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 541 (41,0%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 210 (38,8%) para influenza e 331 (61,2%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 132 (62,9%) para influenza A(H1N1)pdm09, 18 (8,6%) para influenza A não subtípado, 15 (7,1%) para influenza B e 45 (21,4%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 300 (90,6%) VSR (Figura 2).

Figura 2. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Respiratória Aguda Grave em Unidade de Terapia Intensiva, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 26.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 2/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

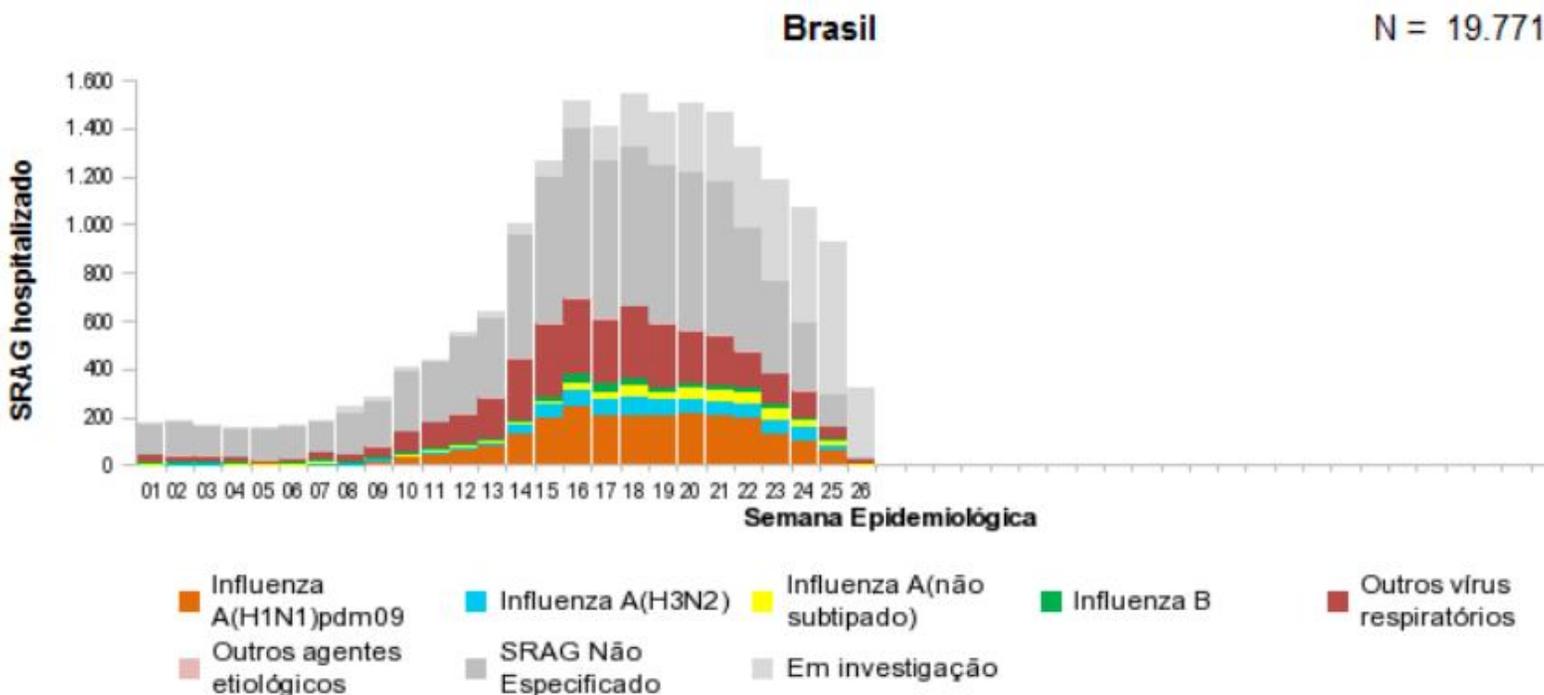
Data da informação: 02/07/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 26 de 2018 foram notificados 19.771 casos de SRAG, sendo 14.746 (74,6%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 26,6% (3.921/14.746) foram classificadas como SRAG por influenza e 22,5% (3.306/14.746) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 2.345 (59,8%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 454 (11,6%) influenza A não subtipado, 308 (7,9%) influenza B e 814 (20,8%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 35 anos, variando de 0 a 107 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região Sudeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 42,8% (1.679/3.921).

Figura 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 26.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

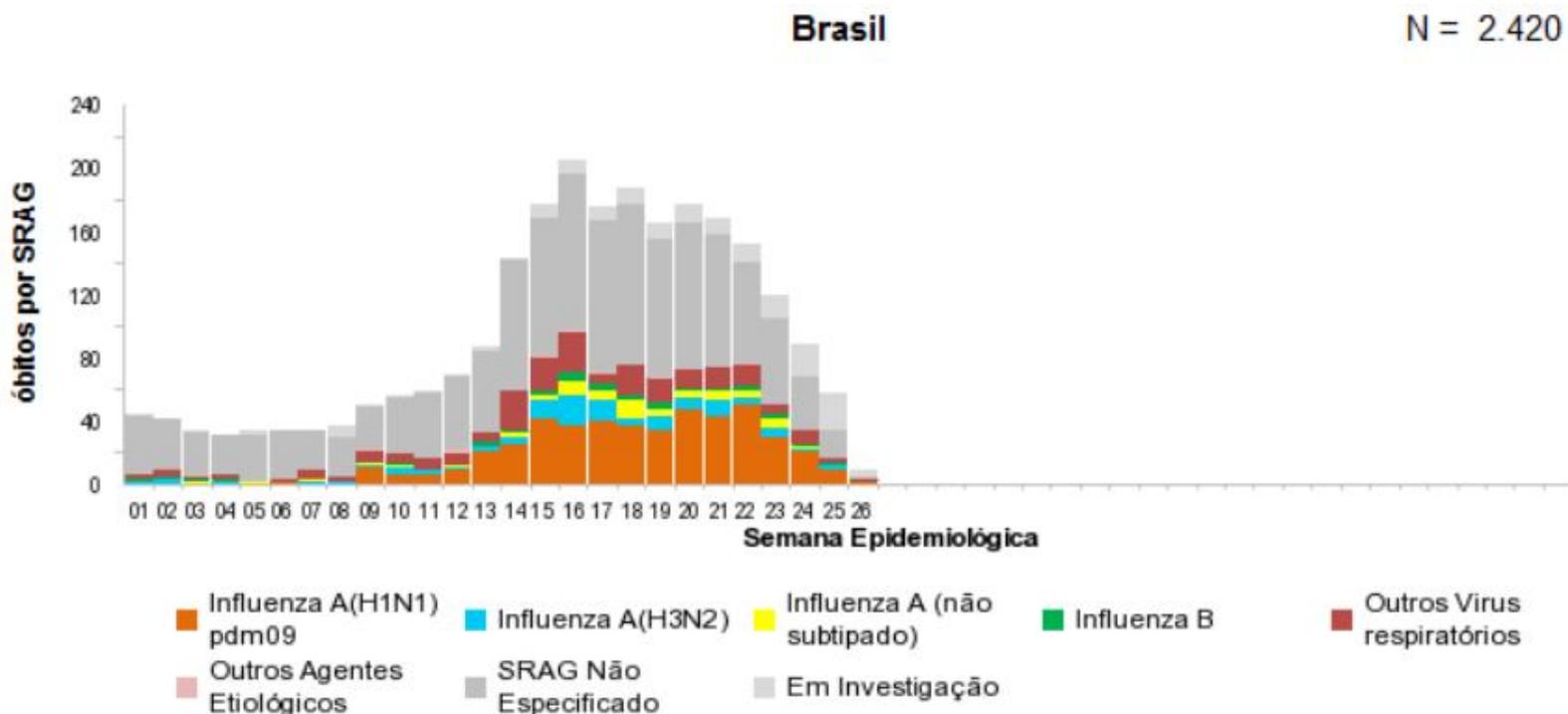
Data da informação: 02/07/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 26 de 2018 foram notificados 2.420 óbitos por SRAG, o que corresponde a 12,2% (2.420/19.771) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 688 (28,3%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 459 (66,9%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 72 (10,5%) influenza A não subtipado, 42 (6,1%) por influenza B e 113 (16,5%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 35,1% (241/688), em relação ao país (Anexo 4).

Figura 4. Distribuição dos óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 26.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 02/07/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 55 anos, variando de 0 a 107 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,33/100.000 habitantes. Dos 668 indivíduos que foram a óbito por influenza, 502 (73,2%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos \geq 60 anos, Cardiopatas, Diabetes mellitus e Pneumopatas. Além disso, 513 (74,8%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 54 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas.

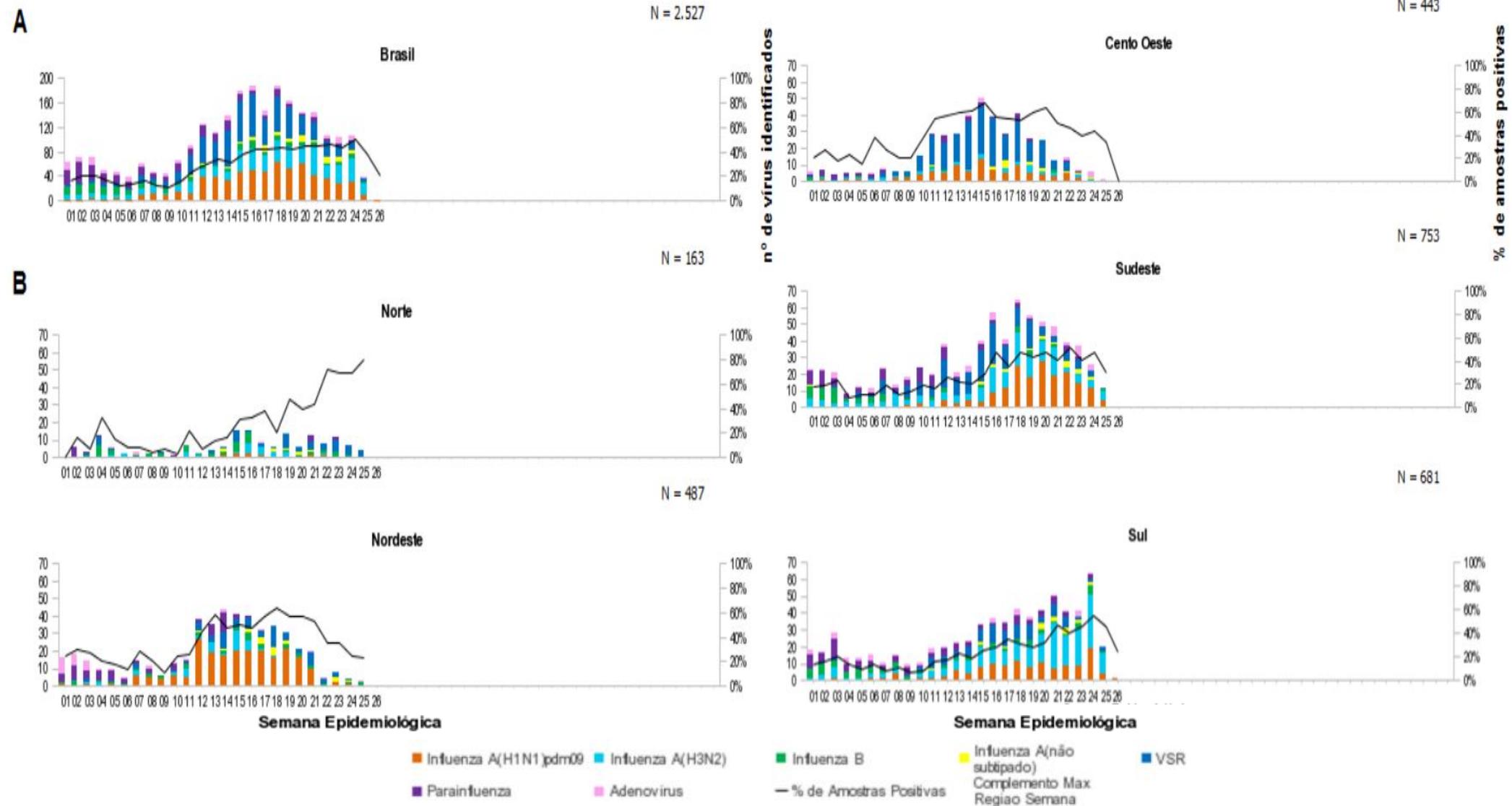
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 26.

Óbitos por Influenza (N = 686)	n	%
Com Fatores de Risco	502	73,2%
Adultos \geq 60 anos	268	53,4%
Doença cardiovascular crônica	161	32,1%
Pneumopatas crônicas	107	21,3%
Diabete mellitus	116	23,1%
Obesidade	70	13,9%
Doença Neurológica crônica	45	9,0%
Doença Renal Crônica	40	8,0%
Imunodeficiência/Imunodepressão	35	7,0%
Gestante	13	2,6%
Doença Hepática crônica	13	2,6%
Criança < 5 anos	49	9,8%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	0,6%
Indígenas	2	0,4%
Síndrome de Down	3	0,6%
Que utilizaram antiviral	513	74,8%

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal por semana epidemiológica do início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 26.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 2/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

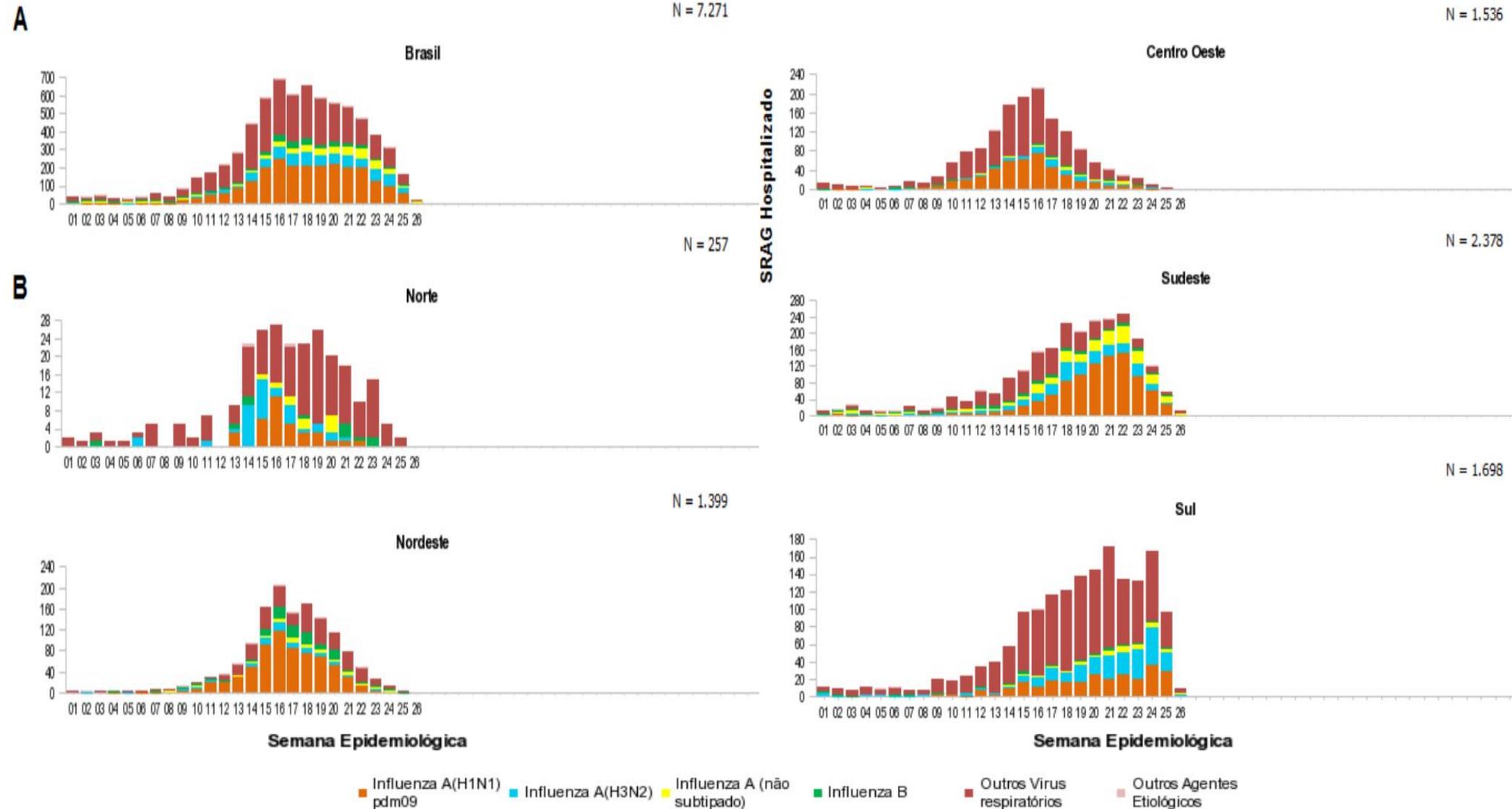
Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 26.

REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza										SRAG por outro vírus respiratório		SRAG por outro agente Etiológico		SRAG não Especificado		Em Investigação	
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtípado)		Influenza B		Total Influenza		Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos										
NORTE	943	95	34	9	34	7	10	1	11	2	89	19	166	12	2	0	480	62	206	2
RONDÔNIA	47	5	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	1	0	0	29	4	13	0
ACRE	131	18	4	1	0	0	0	0	1	1	5	2	6	0	0	0	45	16	75	0
AMAZONAS	110	3	0	0	4	0	2	0	4	0	10	0	45	2	0	0	46	1	9	0
RORAIMA	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0
PARÁ	561	49	15	3	27	6	6	1	4	0	52	10	102	7	1	0	311	32	95	0
AMAPÁ	12	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	1	6	0
TOCANTINS	80	18	11	5	2	1	2	0	2	1	17	7	12	2	1	0	42	7	8	2
NORDESTE	4.282	483	677	135	89	11	60	12	133	16	959	174	424	36	16	3	1.566	219	1.317	51
MARANHÃO	152	22	16	3	0	0	8	3	2	0	26	6	6	1	3	0	39	14	78	1
PIAUÍ	327	44	126	18	1	0	2	1	2	0	131	19	39	3	1	1	120	19	36	2
CEARÁ	1.102	138	252	57	20	4	12	2	85	10	369	73	7	0	2	1	539	55	185	9
RIO GRANDE DO NORTE	223	50	39	11	15	0	6	2	12	1	72	14	22	1	0	0	89	31	40	4
PARÁIBA	142	34	7	5	4	1	0	0	2	0	13	6	3	1	1	0	61	20	64	7
PERNAMBUCO	995	55	43	8	20	2	0	0	0	0	63	10	3	0	0	0	257	22	672	23
ALAGOAS	105	20	16	2	3	0	8	3	3	0	30	5	1	0	5	1	65	13	4	1
SERGIPE	189	11	17	3	2	0	15	1	1	0	35	4	56	3	0	0	83	4	15	0
BAHIA	1.047	109	161	28	24	4	9	0	26	5	220	37	287	27	4	0	313	41	223	4
SUDESTE	7.737	1.039	933	204	329	53	306	46	112	17	1.680	320	680	56	18	5	3.883	578	1.476	80
MINAS GERAIS	1.148	179	35	17	54	12	52	17	5	2	146	48	95	10	3	0	747	110	157	11
ESPIRITO SANTO	329	49	44	10	30	3	1	0	2	2	77	15	0	0	0	0	195	26	57	8
RIO DE JANEIRO	746	90	34	10	14	4	20	0	38	2	106	16	151	23	1	1	267	44	221	6
SÃO PAULO	5.514	721	820	167	231	34	233	29	67	11	1.351	241	434	23	14	4	2.674	398	1.041	55
SUL	3.924	429	262	35	262	25	38	4	32	2	594	66	1.101	61	3	0	1.785	295	441	7
PARANÁ	2.251	262	115	20	164	17	23	2	14	0	316	39	776	44	2	0	865	173	292	6
SANTA CATARINA	728	92	81	10	69	7	8	1	5	1	163	19	212	15	0	0	309	57	44	1
RIO GRANDE DO SUL	945	75	66	5	29	1	7	1	13	1	115	8	113	2	1	0	611	65	105	0
CENTRO OESTE	2.871	371	438	75	100	17	40	9	19	5	597	106	934	58	5	2	1.077	183	258	22
MATO GROSSO DO SUL	614	73	35	7	47	9	19	5	6	2	107	23	217	8	1	0	264	42	25	0
MATO GROSSO	240	50	21	4	7	1	4	2	6	2	38	9	3	2	0	0	104	33	95	6
GOIÁS	1.315	218	329	60	32	5	7	1	4	1	372	67	367	42	4	2	491	91	81	16
DISTRITO FEDERAL	702	30	53	4	14	2	10	1	3	0	80	7	347	6	0	0	218	17	57	0
BRASIL	19.757	2.417	2.344	458	814	113	454	72	307	42	3.919	685	3.305	223	44	10	8.791	1.337	3.698	162
Outro País	14	3	1	1	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	7	2	4	0
TOTAL	19.771	2.420	2.345	459	814	113	454	72	308	42	3.921	686	3.306	223	44	10	8.798	1.339	3.702	162

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

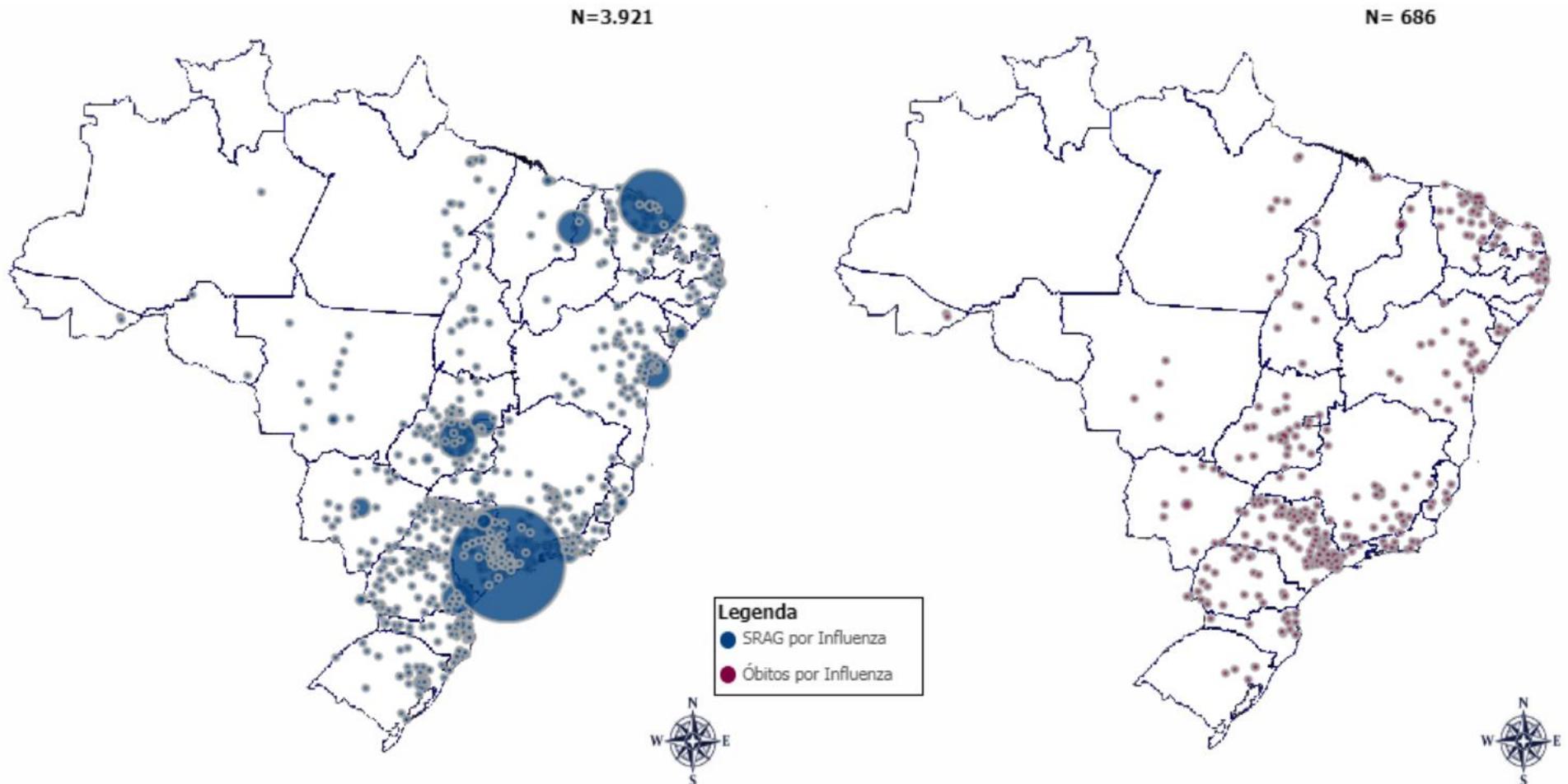
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 26.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 4. Distribuição espacial dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave confirmados para influenza por município de residência. Brasil, 2018 até a SE 26.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/7/2018, sujeitos a alteração.

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



EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 25, 26 e 27/2018

(17/06/2018 a 07/07/2018)

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

LISTERIOSE

Local de ocorrência: Europa

Data da informação: 06/07/2018

Fonte da informação: visao.sapo.pt (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Um recente surto de listeriose – infeção bacteriana causada pela listeria – na Europa tem alarmado algumas pessoas porque há quem aponte o dedo aos vegetais congelados que não foram suficientemente cozidos como causa, mas várias organizações de saúde afirmaram que é seguro comer vegetais desde que sejam tomadas algumas precauções.

No site da Direção Geral de Saúde está explicado que a “listeriose é uma infeção causada pela bactéria *Listeria monocytogenes* (*L. monocytogenes*), habitualmente associada ao consumo de alimentos contaminados”.

A Autoridade Europeia para a Segurança Alimentar (EFSA, na sigla em inglês) refere, no seu site, que, desde 2015, foram reportados alguns casos de listeriose relacionados com milho congelado proveniente de uma empresa na Hungria que afetaram consumidores na Áustria, Dinamarca, Finlândia Suécia e Reino Unido.

Desde então e até ao passado dia 8 de junho, foram reportados 47 casos, 9 dos quais acabaram na morte dos pacientes.

Os investigadores dizem que a mesma *Listeria monocytogenes* foi detectada em outros vegetais congelados da mesma firma húngara em 2016, 2017 e 2018. O que quer dizer que, apesar da desinfeção do local, a bactéria permaneceu no processo industrial.

Em 29 de junho de 2018, as autoridades de saúde alimentar mandaram retirar do mercado todos os vegetais congelados produzidos pela empresa, embora seja possível que apareçam mais alguns casos dado o longo período de incubação que pode chegar aos 70 dias.

ALGUNS DADOS A TER EM CONTA SOBRE A LISTERIOSE

Como se transmite a bactéria?

- Contacto direto com animais (reservatórios);
- Consumo de alimentos e produtos alimentares contaminados, de origem animal e vegetal, processados ou não;



Fonte: Google

- De mãe para feto (vertical) ou durante a passagem pelo canal de parto infectado.

Os alimentos e produtos alimentares contaminados mais frequentemente associados à infeção incluem:

- Carne crua de vaca, porco ou aves;
- Crustáceos, mariscos ou moluscos;
- Leite e derivados não pasteurizados;
- Frutas e vegetais crus ou mal lavados.

Pode ainda ocorrer contaminação cruzada em alimentos processados, nomeadamente charcutaria e congelados

Quais os sintomas?

- A maioria dos adultos saudáveis não desenvolve doença após infeção;
- A listeriose, à semelhança de outras doenças transmitidas por alimentos, habitualmente manifesta-se por uma gastroenterite com febre, náuseas e diarreia;
- A doença tem um período de incubação médio de 3 semanas, podendo variar entre 3 e 70 dias;
- Na grávida, a maioria das infeções é assintomática ou mimetiza uma síndrome gripal. No entanto, pode ocorrer aborto, parto pré-termo, nado-morto ou doença grave no recém-nascido.

HIV

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 07/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

Uma nova candidata a vacina preventiva contra o HIV teve resposta imunológica – foi tolerada e causou reação no organismo – em humanos e em macacos. No caso dos animais, o potencial imunizante também garantiu o bloqueio do vírus. Esses resultados são de uma pesquisa, feita por um grupo de diversas instituições americanas, publicada na revista científica The Lancet.

Mais de 30 anos após a identificação do vírus HIV, os cientistas ainda trabalham no desenvolvimento de uma vacina preventiva que possa acabar de vez com a epidemia que infecta cerca de 2 milhões de pessoas a cada ano. Nesse estudo, um grupo de cientistas avaliou a ação de uma série de regimes vacinais para a prevenção do HIV em voluntários humanos de cinco países. Paralelamente, outra equipe testou a mesma vacina em macacos Rhesus para descobrir se ela seria capaz de proteger os animais da infecção pelo vírus.

Os resultados mostraram que a vacina induziu resposta imunológica robusta tanto nos humanos como nos macacos. Além disso, os macacos ficaram parcialmente imunes à infecção pelo HIV. "Nos animais, a vacina deu cerca de 67% de proteção contra o vírus", disse o coordenador do estudo, Dan Barouch, do Centro Médico Beth Israel Deaconess (EUA).

Segundo ele, candidatas a vacinas contra o HIV propostas anteriormente eram limitadas a regiões específicas do mundo. O novo imunizante é de um tipo conhecido como vacina mosaico, que contém diferentes sequências genéticas de diversas linhagens diferentes do HIV. Esse tipo de imunizante, segundo o pesquisador, tem o objetivo de fornecer ampla proteção contra as diferentes cepas do HIV, que são prevalentes em todo o planeta.

Os ensaios incluíram testes de cinco diferentes regimes de aplicação da vacina Ad26/Env para avaliar sua segurança e tolerância, além da capacidade de disparar respostas imunológicas em 393 voluntários adultos e saudáveis. Essas pessoas eram de Ruanda, África do Sul, Tailândia, Uganda e Estados Unidos.

Próximos passos

Com base nesses dados, a vacina avançou para a fase seguinte de testes clínicos, com o objeto de determinar se seria possível determinar se a vacina é capaz de evitar a infecção por HIV em humanos na África do Sul, segundo Barouch.



Fonte: Google

A próxima fase dos testes clínicos envolve a participação de 2,6 mil mulheres sul-africanas que estão em risco de infecção por HIV. "Nossa meta é que os resultados fiquem prontos entre 2021 e 2022. Esse será apenas o quinto conceito de vacina que será testado para verificar eficácia em humanos, em toda a história de mais de 35 anos da epidemia global de HIV", disse o cientista, também professor da Escola de Medicina da Universidade Harvard (EUA).

Barouch diz, porém, que os bons resultados devem ser interpretados com cuidado. "Os desafios para desenvolver uma vacina contra o HIV não têm precedentes e a capacidade para induzir respostas imunológicas específicas contra esse vírus não indica necessariamente que a vacina protegerá humanos da infecção por HIV", disse.

De acordo com Barouch, quase 37 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com HIV-Aids e cerca de 1,8 milhão de novos casos são registrados a cada ano. "Uma vacina preventiva segura e eficaz é uma necessidade urgente para reduzir a pandemia de HIV "

Desde o início da epidemia, apenas quatro conceitos de vacinas contra o HIV foram testados em humanos e apenas uma delas forneceu evidências de proteção em um teste de eficácia – a gp120, que foi testada na Tailândia e reduziu a taxa de infecção em humanos em 31%. O efeito, porém, foi considerado baixo demais para que a vacina fosse utilizada.

O novo estudo também teve participação de cientistas do Instituto Ragon – centro para o estudo do HIV criado em 2009 em parceria entre Harvard, o Instituto de Tecnologia de Massachusetts (MIT) e o Hospital Geral de Massachusetts -, do Programa Militar de Pesquisa em HIV dos Estados Unidos, do Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas, da Iniciativa Internacional de Vacina da Aids, da Rede de Testes de Vacinas do HIV e de vários outros parceiros. As informações são do jornal **O Estado de S. Paulo**.

BOTULISMO

Local de ocorrência: Dinamarca

Data da informação: 04/07/2018

Fonte da informação: foodsafetynews.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Um surto de botulismo alimentar na Dinamarca, com seis casos confirmados, foi associado a um prato caseiro servido em uma festa privada em junho. A Danish Veterinary and Food Administration (Administração Dinamarquesa de Alimentos e Veterinária) – DVFA, disse que uma amostra do prato caseiro foi positiva com toxina botulínica tipo A. O mesmo tipo foi identificado nos pacientes.

Todas as seis infecções confirmadas e um possível caso frequentaram uma festa privada na cidade dinamarquesa de Sonderborg em junho e foram hospitalizados mais tarde. As investigações estão em andamento para descobrir como a toxina se desenvolveu no prato.

O Statens Serum Institut (SSI), uma agência do Ministério da Saúde da Dinamarca, confirmou o diagnóstico em pacientes. Uma declaração da DVFA informou que a agência coletou amostras para análise das sobras nos domicílios particulares envolvidos.

"Como era um prato caseiro servido em uma festa privada, é fora da nossa jurisdição agir. Com pratos caseiros, é muito difícil investigar completamente, já que não temos os mesmos dados que em uma cozinha profissional", disse a agência à Food Safety News.

"Passamos por uma série de etapas de investigação sobre os ingredientes usados no prato para garantir que nenhum produto comercial disponível no mercado possa ser suspeito de ser inseguro.

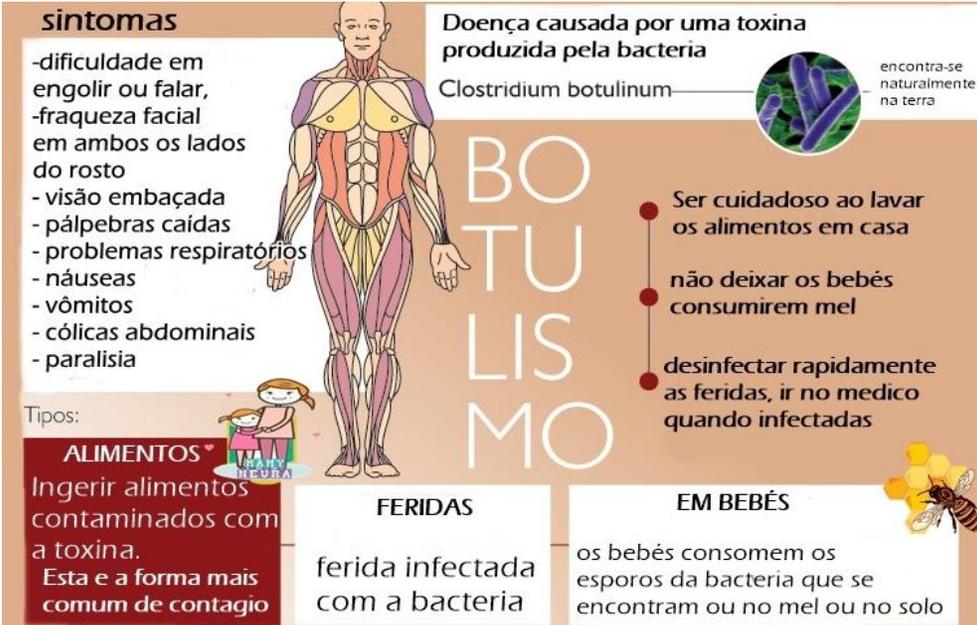
"Com os últimos resultados ainda chegando, não temos informações até o momento que possam indicar que a segurança alimentar em geral está comprometida."

Clostridium botulinum é uma bactéria que produz toxinas botulínicas. O botulismo alimentar é causado pelo consumo de alimentos processados indevidamente. Alimentos caseiros enlatados, conservados ou fermentados são fontes comuns. A toxina botulínica tipo A normalmente não está relacionada com peixes ou produtos marítimos.

Os sintomas são causados pela toxina produzida pela bactéria. Eles geralmente aparecem dentro de 12 a 36 horas - com um intervalo de quatro horas a oito dias - após a exposição. A toxina afeta vários sistemas no corpo, incluindo os músculos paralisantes. A maioria dos pacientes requer intubação porque os músculos usados para respirar geralmente ficam paralisados.

Entretanto, houve 53 casos de botulismo e quatro mortes até agora este ano na Ucrânia, de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

O soro fabricado no Canadá foi transferido para um depósito do Ministério da Saúde na Ucrânia para uso em pacientes. O Ministério da Saúde disse que os fatores de risco do botulismo incluem o consumo de peixe seco, salgado e enlatado e condições de armazenamento e transporte de alimentos.



Infográfico sobre Botulismo. O gráfico apresenta um corpo humano com músculos destacados, uma ilustração de uma criança com uma mãe, e uma abelha. O texto é organizado em seções:

- sintomas**
 - dificuldade em engolir ou falar,
 - fraqueza facial em ambos os lados do rosto
 - visão embaçada
 - pálpebras caídas
 - problemas respiratórios
 - náuseas
 - vômitos
 - cólicas abdominais
 - paralisia
- Doença causada por uma toxina produzida pela bactéria**
 - Clostridium botulinum* — encontra-se naturalmente na terra
- Tipos:**
 - ALIMENTOS***
Ingerir alimentos contaminados com a toxina. Esta é a forma mais comum de contágio
 - FERIDAS**
ferida infectada com a bactéria
 - EM BEBÊS**
os bebês consomem os esporos da bactéria que se encontram no mel ou no solo
- BO T U L I S M O**
- Ser cuidadoso ao lavar os alimentos em casa**
- não deixar os bebês consumirem mel**
- desinfetar rapidamente as feridas, ir no médico quando infectadas**

Fonte: Google

NOVO CORONAVÍRUS (MERS-CoV)

Local de ocorrência: Arábia Saudita

Data da informação: 18/06/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Entre 12 de janeiro e 31 de maio de 2018, o Ponto Focal Nacional do RSI da Arábia Saudita relatou 75 casos confirmados laboratorialmente da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV), incluindo 23 mortes. De 2012 até 31 de maio, o número global de casos de MERS-CoV confirmados em laboratório desde 2012 é de 2.220, com 1.844 casos na Arábia Saudita. Entre esses casos, ocorreram 790 mortes associadas.

Entre os últimos 75 casos, 21 faziam parte de quatro clusters distintos (2 em ambientes de saúde e 2 agregados familiares).

Grupo 1: De 2 a 4 de fevereiro, um hospital privado na região de Hafer Albatin relatou um grupo de três (3) profissionais de saúde, além do caso índice suspeito (quatro [4] casos no total). Grupo 2: De 25 de fevereiro a 7 de março, um hospital em Riad relatou seis (6) casos, incluindo o índice suspeito. Nenhum profissional de saúde foi infectado. Grupo 3: De 8 a 24 de março, um grupo doméstico de 3 casos (caso de índice e 2 casos secundários) foi relatado em Jeddah. Nenhum profissional de saúde foi infectado. Grupo 4: De 23 a 31 de maio, um aglomerado domiciliar foi relatado na região de Najran, com oito casos, incluindo o caso índice suspeito. Este cluster ainda está sob investigação. Até 31 de maio, nenhum profissional de saúde foi infectado e acredita-se que a fonte da infecção seja camelos na casa do paciente inicial.

A MERS-CoV causa infecções humanas graves que resultam em alta mortalidade. Os humanos são infectados por contato direto ou indireto com camelos e também pode ser transmitido entre humanos. Até agora, a transmissão de pessoa para pessoa foi observada principalmente em ambientes de atenção médica.

A notificação de novos casos não altera a avaliação de risco geral. A OMS prevê novos relatos de casos no Oriente Médio, e a exportação para outros países por meio de pessoas infectadas após exposição a animais ou produtos de origem animal (por exemplo, após contacto com camelos) ou de origem humana (por exemplo, em um centro de saúde). A OMS continua monitorando a situação epidemiológica e realiza a avaliação de risco com base nas informações mais recentes disponíveis.

Enquanto não houver conhecimento mais profundo sobre a MERS-CoV, deve-se considerar que as pessoas com diabetes, insuficiência renal, doenças pulmonares crônicas ou imunossupressão têm maior risco de contrair a doença grave. Portanto, devem evitar contato próximo com animais, em especial com camelos, quando visitam fazendas, mercados ou estábulos onde o vírus pode estar circulando. Medidas higiênicas gerais, como lavagem sistemática das mãos, devem ser adotadas antes e depois de tocar nos animais e evitar o contato com animais doentes. Medidas de higiene alimentar também. Deve-se evitar o consumo de leite não pasteurizado, bem como carne que não esteja devidamente cozida.

CORONAVÍRUS

Conheça o vírus

O QUE SÃO

- Vírus de RNA comuns
- Causam doenças brandas ou moderadas do trato respiratório superior
- Tem esse nome devido a estruturas da superfície com formato de coroa

O NOVO VÍRUS

- Denominado Síndrome Respiratória Coronavirus do Oriente Médio (MERS-CoV)
- Difere da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) principalmente porque provoca uma rápida insuficiência renal
- Detectado em setembro de 2012, quando houve os primeiros registros da doença na Arábia Saudita. É subtipo diferente dos que já foram encontrados em humanos

PRINCIPAIS SINTOMAS

- Maior parte das pessoas infectadas pelo novo coronavírus desenvolveu sinais severos de doenças respiratórias
- Apresentaram febre, tosse, dor de garganta e falta de ar

CONTÁGIO
Acredita-se que seja transmitido de pessoa para pessoa, após contato prolongado

Fontes: OMS, Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA / GRAFFO

Felha Arte

FEBRE DO NILO OCIDENTAL



Local de ocorrência: Europa

Data da informação: 06/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

Entre 29 de junho e 5 de julho de 2018, quatro casos de febre do Nilo Ocidental foram notificados na UE. A Grécia relatou dois casos confirmados em Dytiki Attiki na região de Attiki e um caso provável em Voiotia. Nenhum caso foi relatado anteriormente em Voiotia.

A Áustria relatou um caso confirmado em Wiener Umland / Nordteil, uma região afetada em temporadas de transmissão anteriores.

A Sérvia relatou dois casos humanos confirmados em regiões afetadas em temporadas de transmissão anteriores.

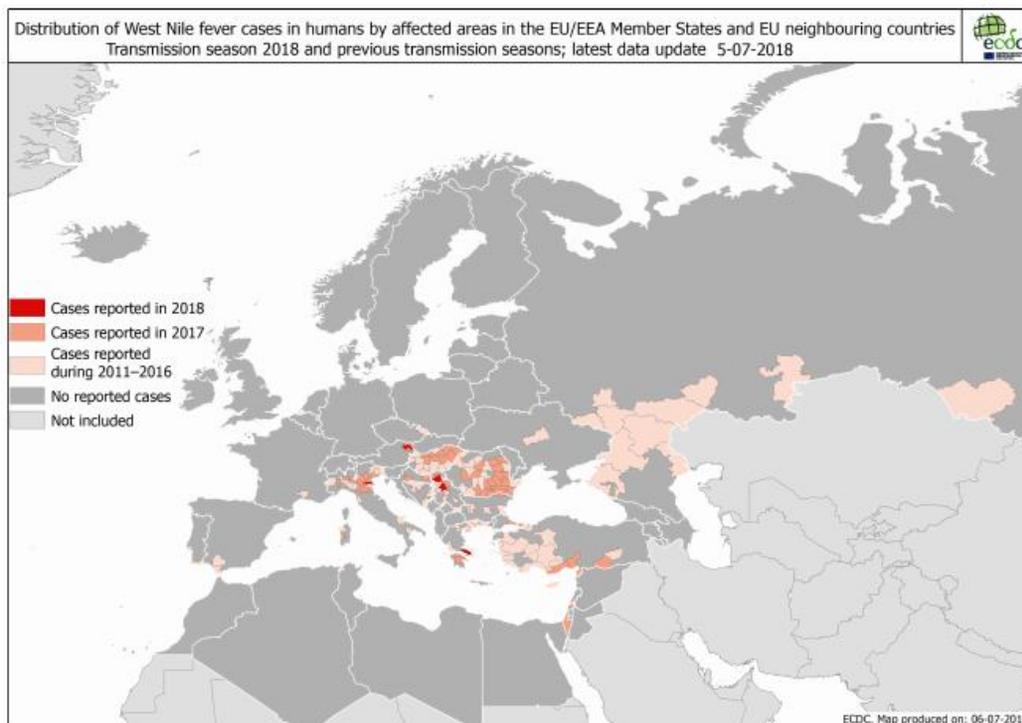
Esta semana, a Hungria informou o primeiro surto entre equídeos nesta temporada de transmissão.

Desde o início da temporada de transmissão de 2018 e até 5 de julho de 2018, foram notificados nove casos humanos na UE/EEE Estados-Membros pela Grécia (7), Itália (1) e Áustria (1); dois casos humanos foram notificados em países vizinhos.

Os primeiros casos humanos de febre do Nilo Ocidental foram relatados em um Estado-Membro da UE na semana passada, o que é consistente com as observações de transmissão sazonal de anos anteriores. Todos os casos humanos relatados durante a atual temporada de transmissão foram relatados em países anteriormente afetados. De acordo com a Diretiva 2014/110/UE da Comissão, os futuros doadores devem ser diferidos 28 dias depois de deixar uma área de risco para o vírus do Nilo Ocidental adquirido localmente, a menos que os resultados de um teste individual de ácido nucleico (NAT) sejam negativos.

Durante a estação de transmissão, o ECDC publica três tipos de mapas da febre do Nilo Ocidental: 1) casos humanos de febre do Nilo Ocidental, 2) Casos equinos de febre do Nilo Ocidental, 3) Casos humanos de febre do Nilo Ocidental e equinos. Os casos humanos são recolhidos através do European Vigilância (TESSy), enquanto os equinos são coletados através do Sistema de Notificação de Doenças Animais (ADNS) da Comissão Europeia. A notificação de casos humanos abrange países da UE/EEE e países vizinhos; relato de

casos equinos abrange apenas países da UE/EEE. Na sequência de uma abordagem 'One Health', os mapas visam destacar áreas onde o vírus do Nilo Ocidental circula em hospedeiros acidentais. Atualmente, o adiamento ou teste de doadores potenciais aplica-se a doadores de sangue para 28 dias após a saída de áreas com um ou mais casos autóctones de vírus do Nilo Ocidental. Este conjunto de mapas visa fornecer melhor informações para os Estados-Membros da UE, para que possam implementar medidas preventivas.



Distribuição de casos humanos de febre do Nilo Ocidental pelas áreas afetadas até 5 de julho de 2018

EBOLA (DVE)

Local de ocorrência: República Democrática do Congo (RDC)

Data da informação: 06/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

Desde o último boletim publicado em 29 de junho de 2018, as autoridades não relataram quaisquer novos casos confirmados ou prováveis. Até 6 de julho de 2018, o Ministério da Saúde da RDC registrou 53 casos, incluindo 29 mortes. Destes, 38 casos estão confirmados e 15 são prováveis. O último caso confirmado teve início dos sintomas em 2 de junho.

Sob a coordenação do Ministério da Saúde da RDC, foi implementada uma resposta ao surto de DVE, com o apoio das agências da ONU e parceiros internacionais. O Mecanismo de Proteção Civil da União Europeia foi ativado, na sequência de um pedido de assistência recebida da OMS.

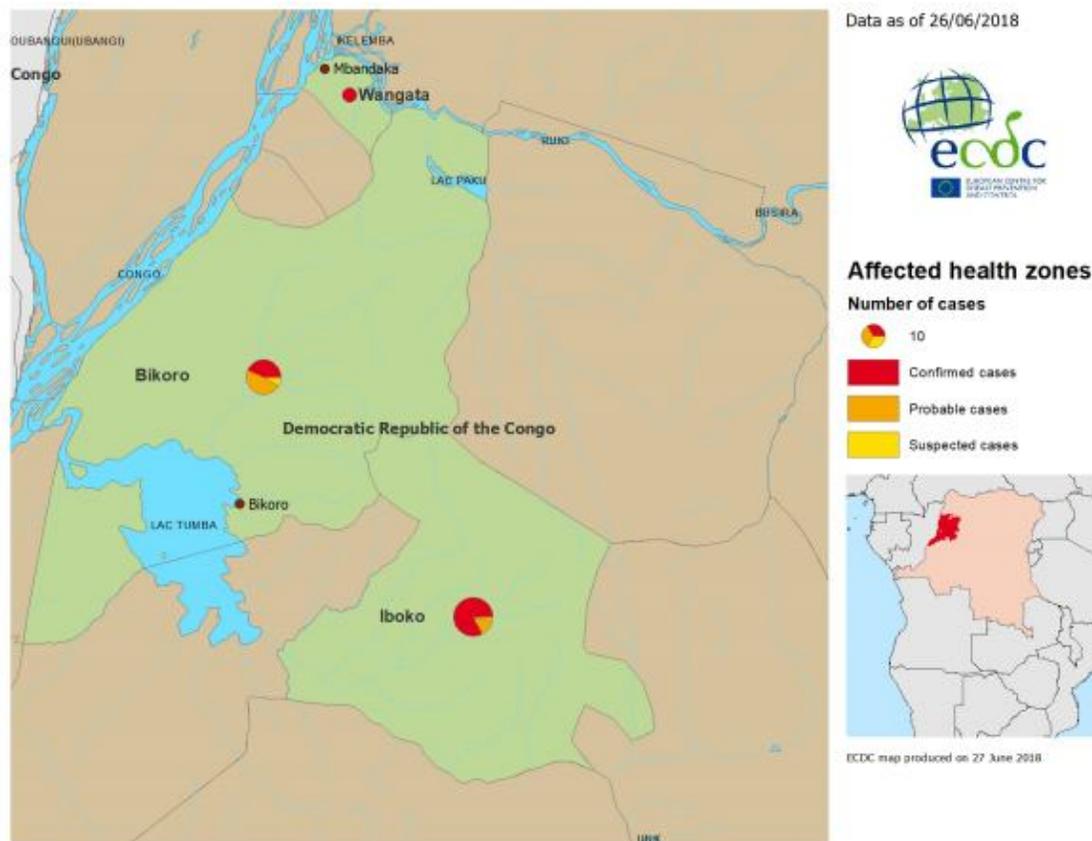
As principais atividades estratégicas para a prevenção e controle deste surto de DVE incluem: coordenação da resposta, vigilância epidemiológica para detecção precoce de casos e rastreamento de contatos, aumento da capacidade laboratorial, reforço da prevenção e controle de infecções (CIP), assegurando sepultamentos seguros e dignos, mobilização social e envolvimento da comunidade.

De acordo com a reunião do Comitê de Emergência, realizada em 18 de maio de 2018, em conformidade com o Regulamento Sanitário Internacional (2005) (RSI), este evento não atende aos critérios de um evento de saúde pública de interesse internacional.

A OMS revisou sua avaliação de risco após o acompanhamento de todos os contatos identificados em 27 de junho (após a obrigatoriedade de 21 dias de acompanhamento). O risco agora é considerado moderado em nível nacional e baixo nos níveis regional e global.

Visitantes e residentes nas áreas afetadas pela DVE enfrentam um baixo risco de serem infectados na comunidade se as precauções recomendadas forem rigorosamente seguidas.

A introdução e disseminação do vírus do Ebola na UE / EEE é atualmente considerada muito baixa.



Distribuição geográfica dos casos confirmados, prováveis e suspeitos do vírus Ebola, Equateur Province, República Democrática do Congo, até 27 de junho de 2018

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 03/07/2018

Origem da informação: *The Global Polio Eradication Initiative* e OPAS

COMENTÁRIOS:

Esforços globais de saúde pública estão em curso para erradicar a poliomielite, por meio da imunização de crianças, até que a transmissão do vírus cesse completamente e o mundo torne-se livre da doença. A pólio foi declarada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 05/05/2014, diante do aumento da circulação e propagação internacional do poliovírus selvagem durante 2014. A 17ª reunião do Comitê de Emergência sob o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), em abril de 2018, concluiu que as recomendações temporárias permanecerão em vigor. Planos de ação continuam a ser implementados em todos os países afetados pela circulação do poliovírus selvagem tipo 1 ou de poliovírus derivado da vacina.

Uma notificação antecipada foi recebida sobre um novo caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) no Afeganistão. Três novas amostras ambientais positivas para o WPV1 foram relatadas no Paquistão. Uma amostra ambiental positiva para o poliovírus derivado da vacina circulante (cVDPV2) foi relatada na Nigéria. Uma notificação prévia foi recebida de um novo contato positivo cVDPV2 na Somália.

Após relatos não confirmados em 8 de junho de suspeita de re-emergência da pólio na Venezuela, testes laboratoriais finais confirmaram que a causa da paralisia não é o poliovírus selvagem ou o poliovírus derivado da vacina.

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

Total cases	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	11	13	6	27	22	96
- in endemic countries	11	1	6	0	22	0
- in non-endemic countries	0	12	0	27	0	96

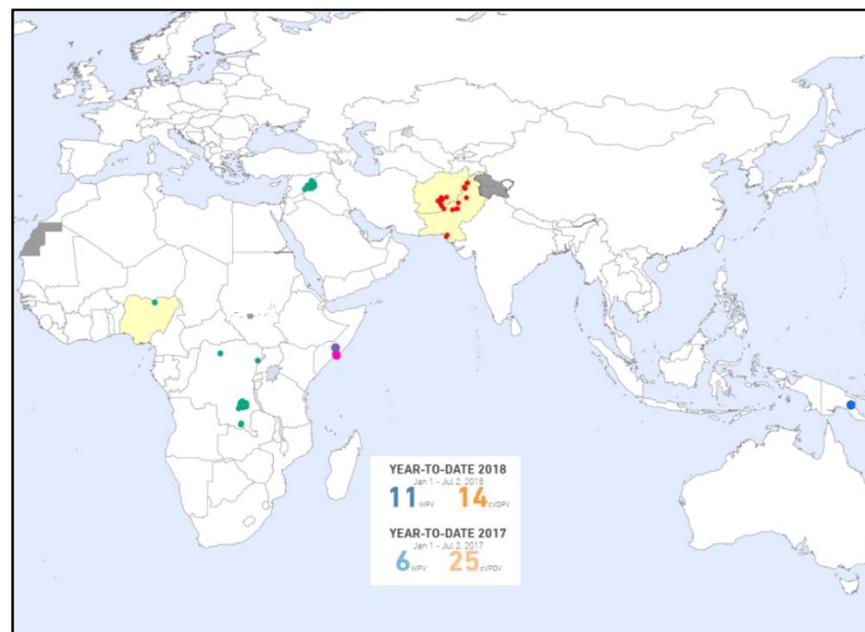
<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS

Countries	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afeganistão	8	0	4	0	14	0	27/Abr/18	NA
Paquistão	3	0	2	0	8	0	18/Mai/18	NA
Nigéria	0	1	0	0	0	0	NA	15/Abr/18
República Democrática do Congo	0	7	0	4	0	22	NA	14/Mai/18
Síria	0	0	0	23	0	74	NA	21/Sep/17
Somalia	0	4	0	0	0	0	NA	23/Mai/18

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

Poliovírus selvagem global e casos de poliovírus circulantes derivados da vacina - últimos 12 meses - em 2 de julho de 2018



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

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Venezuela

Data da informação: 15/06/2018

Origem da informação: Organização PanAmericana de Saúde (OPAS)

COMENTÁRIOS:

Informações atualizadas sobre o caso reportado em 08 de junho, de paralisia flácida aguda (PFA) com detecção de poliovírus vacinal, Sabin tipo 3, foram publicadas pela OPAS.

O caso é em uma criança tem 34 meses de idade, sem histórico de vacinação, morador de uma comunidade indígena no Delta Amacuro, Venezuela, que começou a paralisia em 29 de abril de 2018. A pesquisa clínico-epidemiológica conduzida indicou que no dia 11 de junho, a paralisia flácida do membro inferior persistia. Outras crianças da mesma comunidade foram vacinadas em abril com a vacina oral bivalente contra a poliomielite, de modo que o caso pode ter contraído a infecção pela via fecal-oral.

Os testes laboratoriais (de sequenciação gênica) realizados recentemente no laboratório de referência regional permitiram confirmar um poliovírus tipo vacina Sabin 3 em isolamento do vírus obtido a partir da amostra do paciente coletadas em 30 de abril de 2018. Os resultados de sequenciação do poliovírus isolado mostrou que o vírus tinha variações genéticas em relação à estirpe de vacina (Sabin tipo 3), pelo que se descarta a presença de um poliovírus derivado da vacina.

A classificação final do caso de paralisia flácida aguda (para definir se está ou não associada à vacina) será baseada em critérios clínicos e virológicos; e, para esse fim, aguarda-se a avaliação do déficit neurológico residual 60 dias após o início da paralisia (28 de junho).

Os resultados preliminares da pesquisa de campo realizada na comunidade de ocorrência do caso havia identificado uma menina de 8 anos, histórico de vacinação de pelo menos uma dose de tOPV (trivalente vacina oral contra a poliomielite), suspeitos de PFA. A avaliação clínica realizada posteriormente pelos profissionais de saúde possibilitou descartar o mesmo.

Até o momento, a busca ativa por casos de PFA realizada na comunidade não identificou mais ocorrências.



Fonte: Google



Fonte: Google

Orientação para as autoridades nacionais

A OPAS / OMS reitera aos Estados Membros a importância de alcançar e manter uma cobertura de vacinação contra pólio acima de 95%. Também reitera a necessidade de manter uma vigilância epidemiológica de alta qualidade e atualizar os planos nacionais de resposta a surtos de poliovírus.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 25/06/2018

Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)



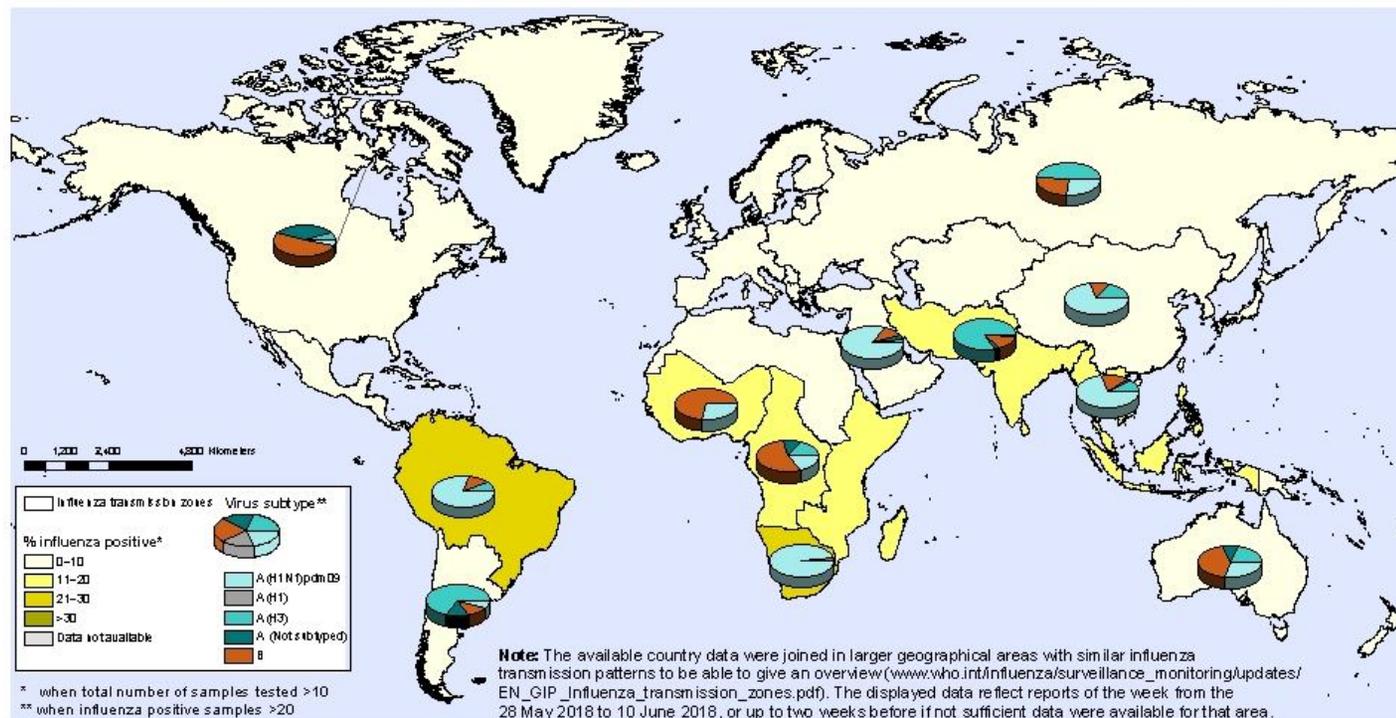
COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

As detecções da gripe continuaram a aumentar nas últimas semanas na África Austral, no entanto a atividade da gripe permaneceu abaixo dos limiares sazonais na maioria dos outros países da zona temperada do hemisfério sul. Na zona temperada do hemisfério norte, a atividade da gripe retornou aos níveis inter-sazonais na maioria dos países. O aumento da atividade da gripe foi relatado em alguns países da América tropical. Em todo o mundo, o subtipo de influenza sazonal A foi responsável pela maioria das detecções de influenza.

Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de influenza de 71 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 28 de maio de 2018 a 10 de junho de 2018. Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 52.268 amostras durante esse período, das quais 1.106 foram positivas para vírus influenza. Entre os vírus positivos, 786 (71,1%) foram tipificados como influenza A e 320 (28,9%) como influenza B. Dos vírus tipo A, 461 (72,8%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 172 (27,2%), eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 77 (74%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 27 (26%) à linhagem B-Victoria.

Percentage of respiratory specimens that tested positive for influenza By influenza transmission zone

Status as of 21 June 2018



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

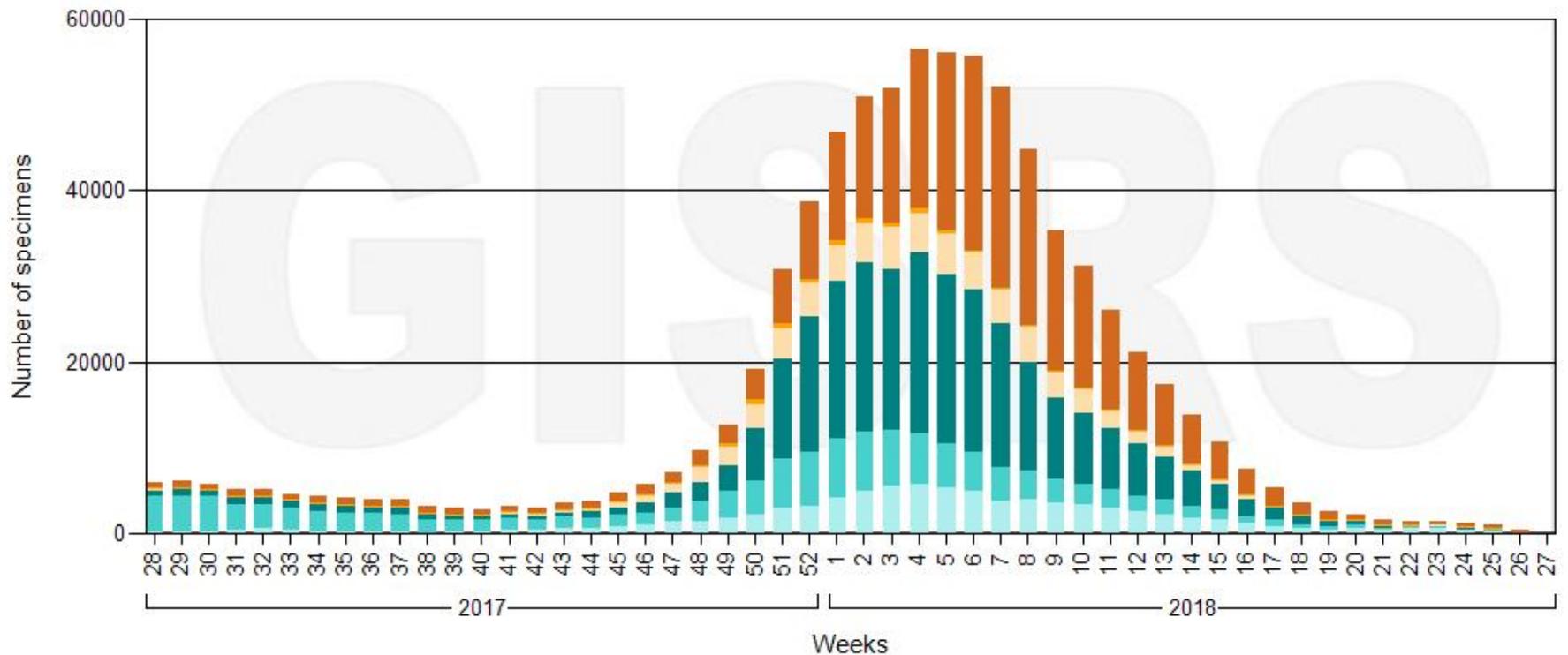
Data Source: Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS), FluNet (www.who.int/fluinet).



© WHO 2018. All rights reserved.

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype

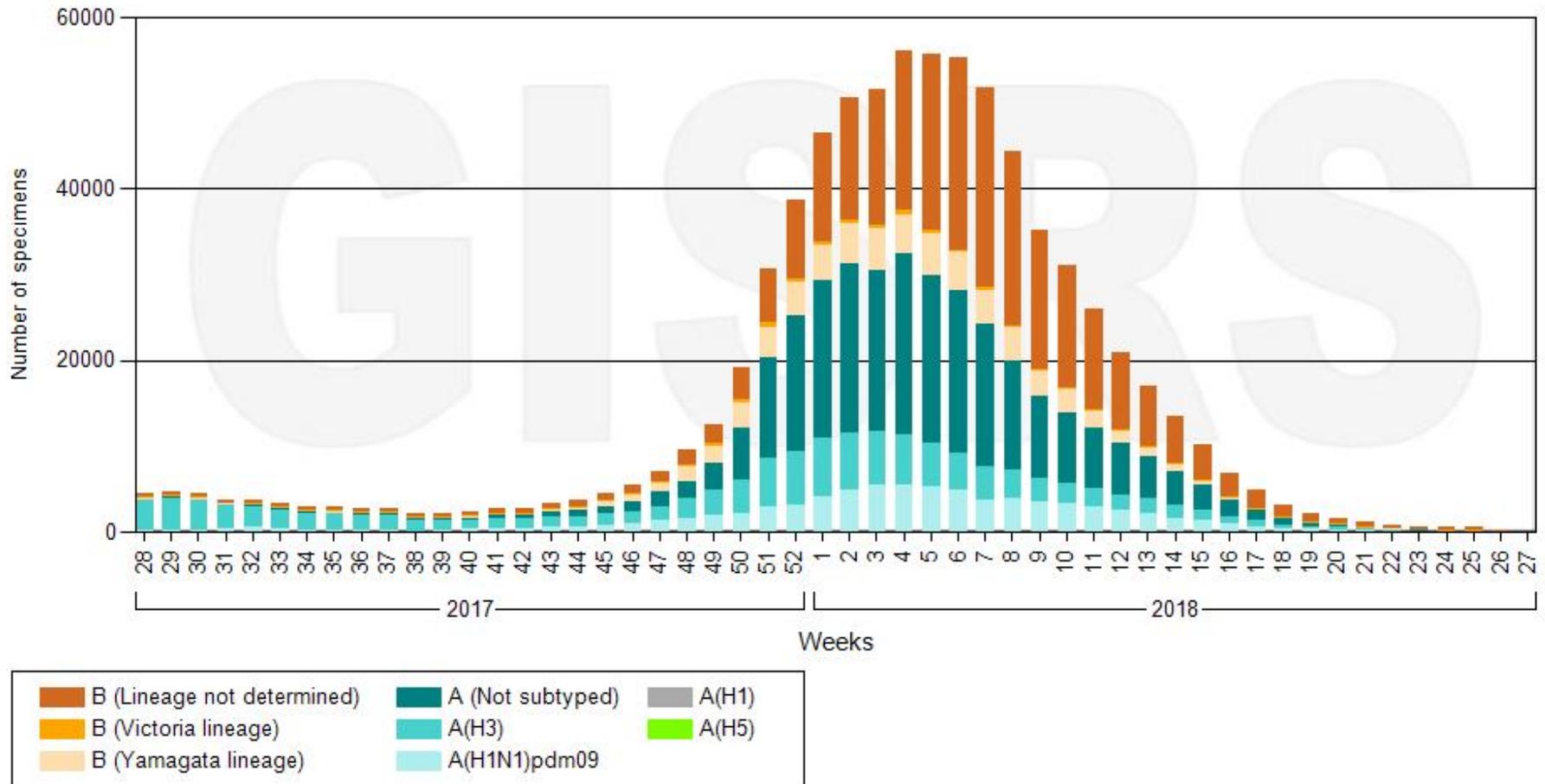


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 09/07/2018 13:41:10 UTC

Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype

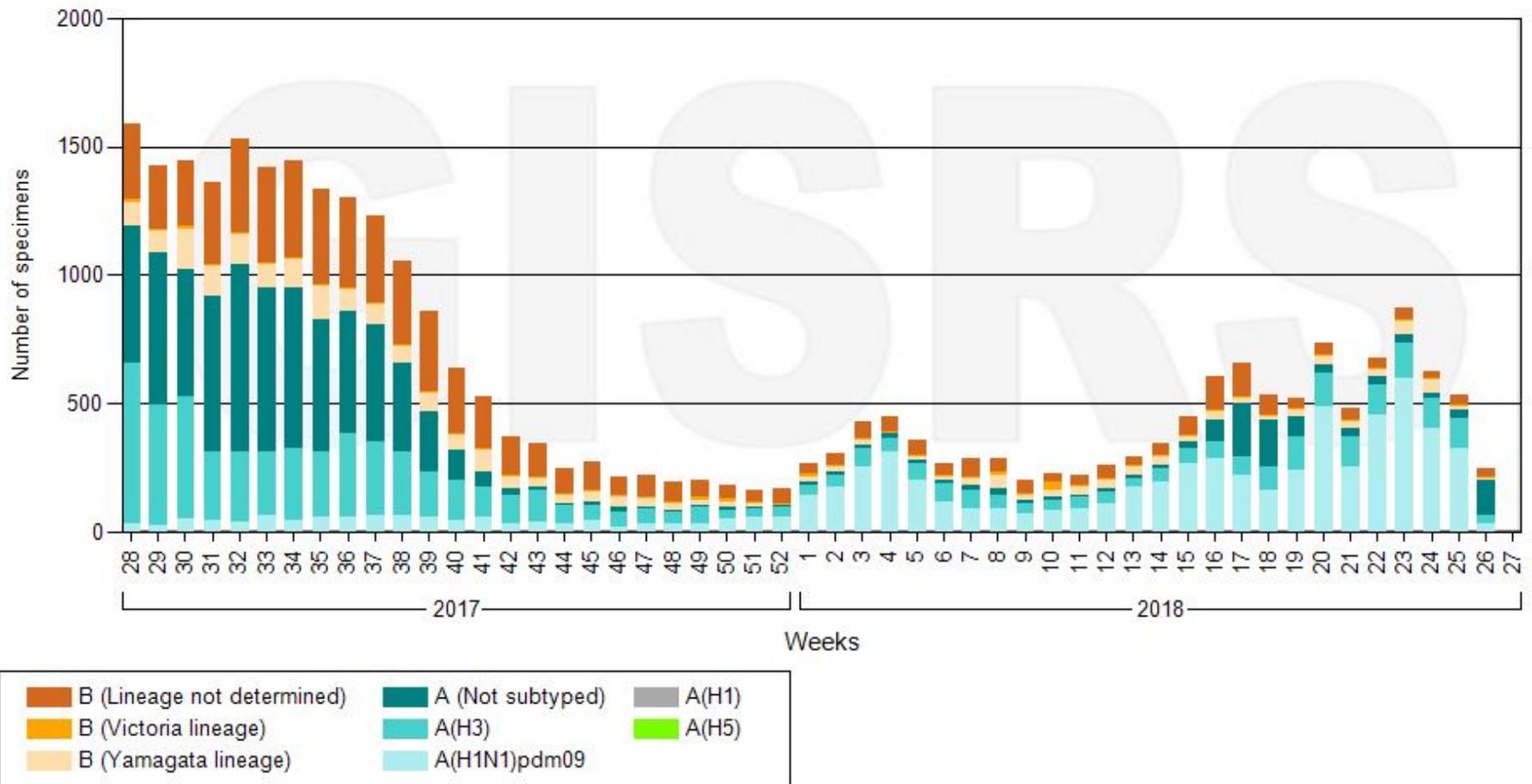


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 09/07/2018 13:42:17 UTC

Southern hemisphere

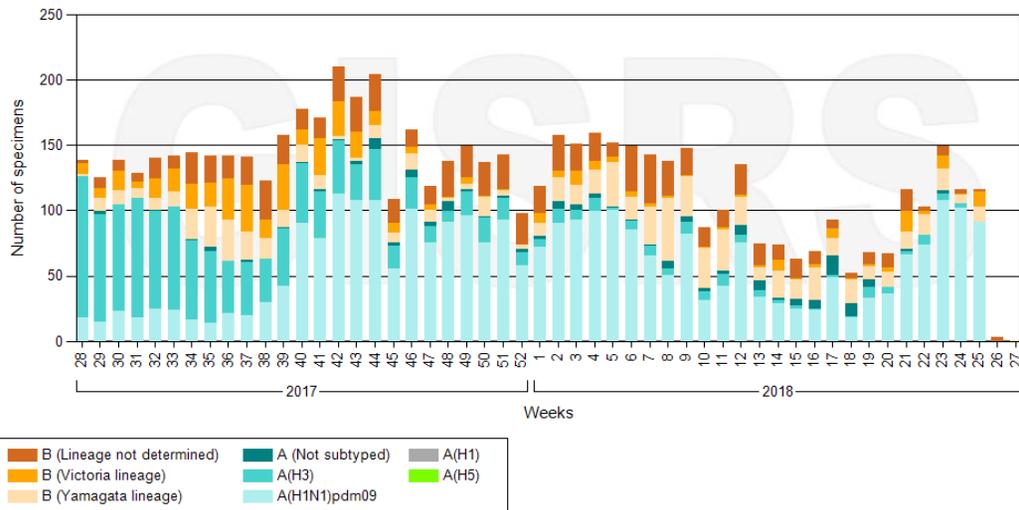
Number of specimens positive for influenza by subtype





African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

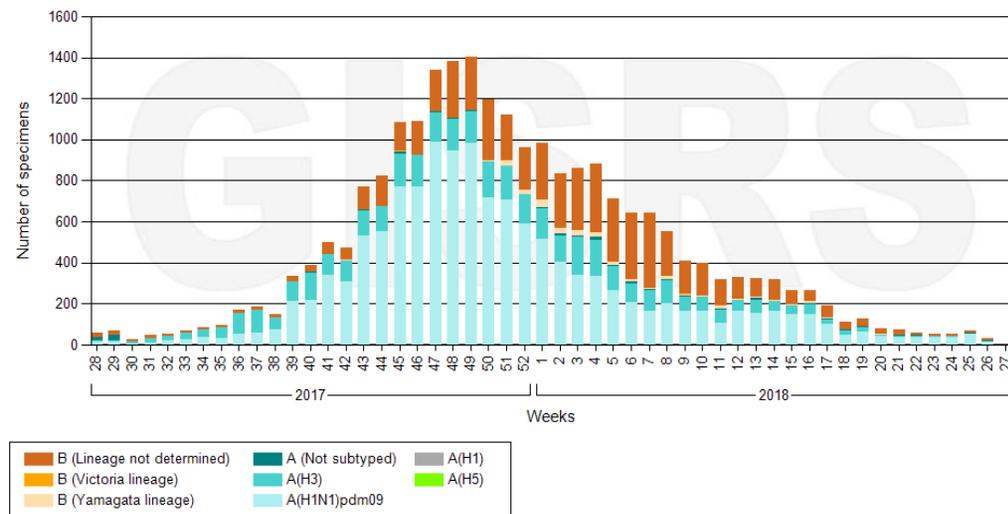


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



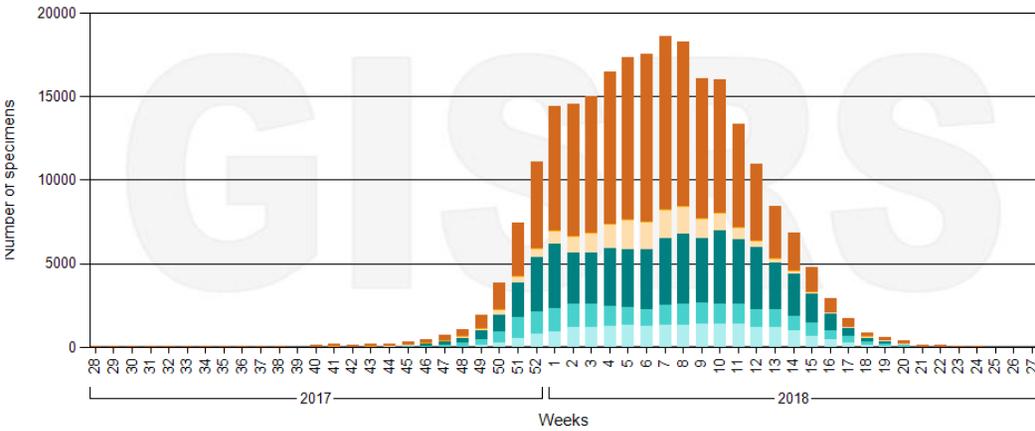
Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018



European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

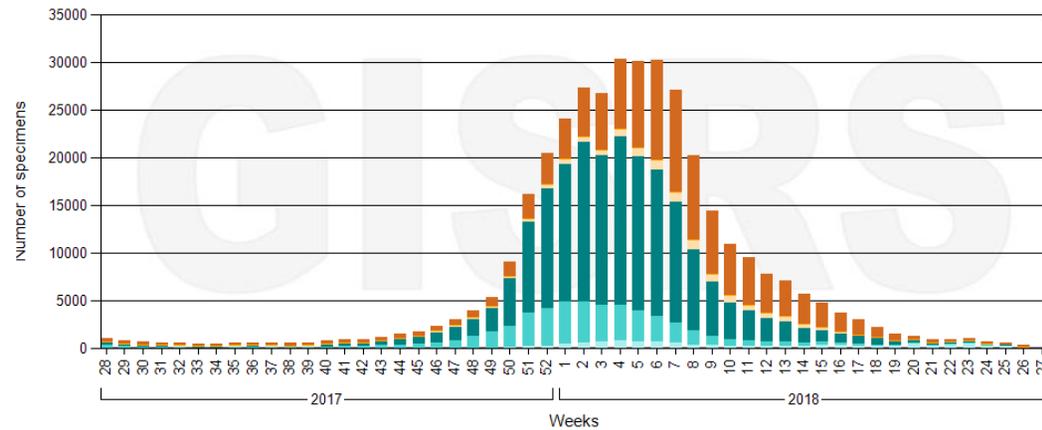


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

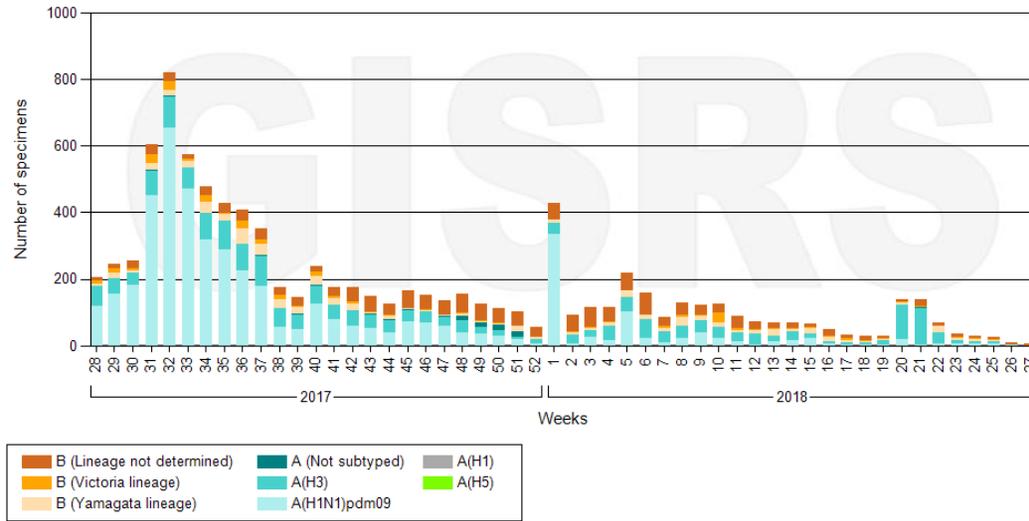


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

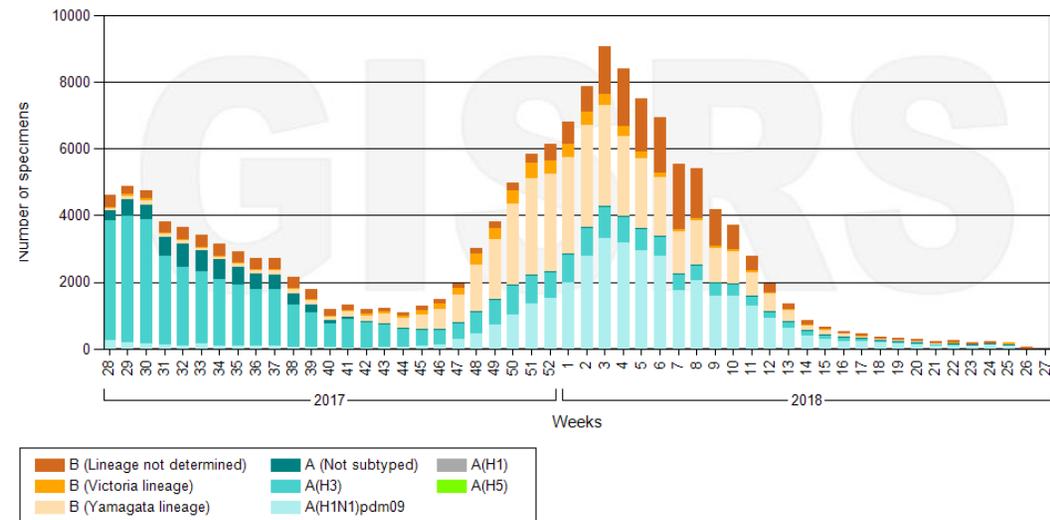


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

Fontes utilizadas na pesquisa

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