INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semanas Epidemiológicas 15 e 16/2018

(08/04/2018 a 21/04/2018)

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

Semanas Epidemiológicas 15 e 16/2018

(08/04/2018 a 21/04/2018)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CIEVS

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 23/04/2018

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná divulgou o boletim N°05/2018 sobre a situação epidemiológica da febre amarela (FA), vigilância de epizootias de Primatas Não Humanos – PNH (macacos), com dados do período de 01 de julho/2017 a jun/2018, conforme sazonalidade da doença padronizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

A vigilância de casos humanos é feita por meio da notificação de casos com sinais e sintomas compatíveis com FA. Todo caso suspeito deve ser imediatamente comunicado por telefone ou e-mail às autoridades de saúde em até 24 horas. No período de 01 de julho/2017 a 23 de abril/2018, foram notificados 131 casos suspeitos de febre amarela no Paraná, dos quais 01 foi confirmado por critério laboratorial, 107 foram descartados (critério laboratorial) e 23 permanecem em investigação. O caso confirmado de febre amarela é residente do município de Curitiba, com histórico de viagem para o município de Mairiporã – SP, o que define como sendo um caso importado.

Em relação à ocorrência de PNH (Primata Não Humano) doente ou morto de jul/2017 a 21/04/2018, houve notificações em 35 municípios, no entanto, não houve a confirmação do vírus amarílico.

Casos confirmados de febre amarela, segundo Regional de Saúde e município de residência, Paraná, 2008 – 2018[1].

Regional de Saúde	Município de resid	2008	2009	2013	2015	2018[1]
2ª RS Metropolitana	**Colombo	0	0	1	0	0
	**Curitiba	1	0	0	0	1
5ª RS Guarapuava	*Laranjal	2	0	0	0	0
14ª RS Paranavaí	**Alto Paraná	0	1	0	0	0
15ª RS Maringá	**Maringá	1	0	0	0	0
16º RS Apucarana	**Arapongas	0	0	0	1	0
Total Paraná		3	1	1	1	1

Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA-PR

[1] Resultados preliminares, sujeitos a alteração. DBF 23/04/2018.

* Caso autóctone

** Caso importado

Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 20/04/2018

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Estado da Saúde iniciou na segunda-feira (23/04), a Campanha de Vacinação contra a Influenza 2018. É estimado que 3,2 milhões de paranaenses sejam imunizados. A vacina é oferecida nas Unidades de Saúde de todos os 399 municípios do Estado até dia 1º de junho.

Nesta campanha, o público alvo são as pessoas com 60 anos ou mais, crianças de 6 meses a 4 anos de idade, gestantes, puérperas (mulheres em até 45 dias depois do parto), profissionais de saúde, indígenas, portadores de doenças crônicas, população privada de liberdade, funcionários do sistema prisional e professores das instituições públicas e privadas.

O secretário estadual da Saúde, Antônio Carlos Nardi, recomenda que a população-alvo procure os locais de vacinação no início da campanha. “Após a aplicação, a vacina demora, em média, 15 dias para fazer o efeito. Por isso, quanto mais cedo for a imunização, melhor será sua eficácia, principalmente neste período de baixas temperaturas”, fala Nardi.

A meta de cobertura vacinal é atingir 90% do público-alvo. As doses são enviadas pelo Ministério da Saúde para a secretaria estadual, que faz a distribuição para as Regionais de Saúde. O primeiro lote recebido continha cerca de 1,3 milhão de doses. Uma equipe de farmacêuticos, enfermeira e técnicos foram ao CEMEPAR no sábado, dia 14/04, receber e armazenar as doses da Vacina da Gripe, e ainda separar, para que pudessem ser distribuídas às Regionais de Saúde nesta semana.

“A vacina contra a gripe é extremamente segura e eficaz. Além disso, outras medidas de prevenção como a higienização das mãos, uso do álcool gel, manter os ambientes bem ventilados e utilizar lenços descartáveis ou cobrir o nariz e a boca ao espirrar ou tossir são essenciais para prevenção”, reforça a superintendente de vigilância em Saúde, Júlia Cordellini.

Na Campanha 2017, o Paraná bateu meta de vacinação, imunizando 2,7 milhões de paranaenses.

Com a queda brusca na temperatura, a Secretaria de Estado da Saúde orienta a população a prevenir-se contra a gripe. A higienização das mãos, uso do álcool gel, manter os ambientes bem ventilados e utilizar lenços descartáveis ou cobrir o nariz e a boca ao espirrar ou tossir são atitudes que podem diminuir o contágio.

O diretor do Centro Estadual de Epidemiologia, João Luis Crivellaro, explica que a gripe é transmitida pelo contato com gotículas espalhadas pelo ar por meio de tosse, espirro ou até mesmo a fala de pessoas que estejam contaminadas. Crivellaro também ressalta que medidas preventivas e bons hábitos de higiene e alimentares contribuem na prevenção.

“Deve-se sempre cobrir a boca ao tossir ou espirrar, lavar as mãos e usar álcool em gel para profilaxia total. Também é essencial abrir janelas e basculantes dos ambientes, principalmente em ônibus e outros meios de transportes públicos. A população, especialmente os grupos de risco, devem estar alertas e, acima de tudo, devem se imunizar com a vacina”, orienta o diretor.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/04/2018
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 de Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI (SRAG), e pela vigilância universal dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) dos internados e óbitos. O objetivo destas vigilâncias é identificar o comportamento do vírus Influenza para tomada de decisões necessárias.

A vigilância sentinela é composta por uma rede de 47 unidades sentinelas (US), sendo 23 US de Síndrome Gripal (SG) e 24 US de Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI, que estão distribuídas em 14 Regionais de Saúde (RS) e 17 municípios no Estado do Paraná. A vigilância sentinela de SG monitora através de amostragem de 5 casos por semana, em cada unidade sentinela, casos com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse. Enquanto as unidades sentinelas 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.

A vigilância universal de SRAG monitora os casos hospitalizados com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de oxigênio menor que 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu ao óbito por SRAG.

Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas on-line: 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 são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 15 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 14/04/2018.

A partir de 2018, o número de casos contabilizados no SRAG universal será apenas para os que obedeçam a definição de caso, conforme solicitação do Ministério da Saúde, com exceção do gráfico 4 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.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 15 foram notificados 529 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 5,9% (31) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 74 óbitos notificados por SRAG, 6,8% (5) 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	31	5,9	5	6,8
Influenza A(H1N1)pdm09	7	22,6	2	40,0
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	9	29,0	3	60,0
Influenza A não subtipado	9	29,0	0	0,0
Influenza B	6	19,4	0	0,0
SRAG não especificada	252	47,6	59	79,7
SRAG por outros vírus respiratórios	120	22,7	8	10,8
SRAG por outros agentes etiológicos	5	0,9	1	1,4
Em investigação	121	22,9	1	1,4
TOTAL	**529**	**100**	**74**	**100**

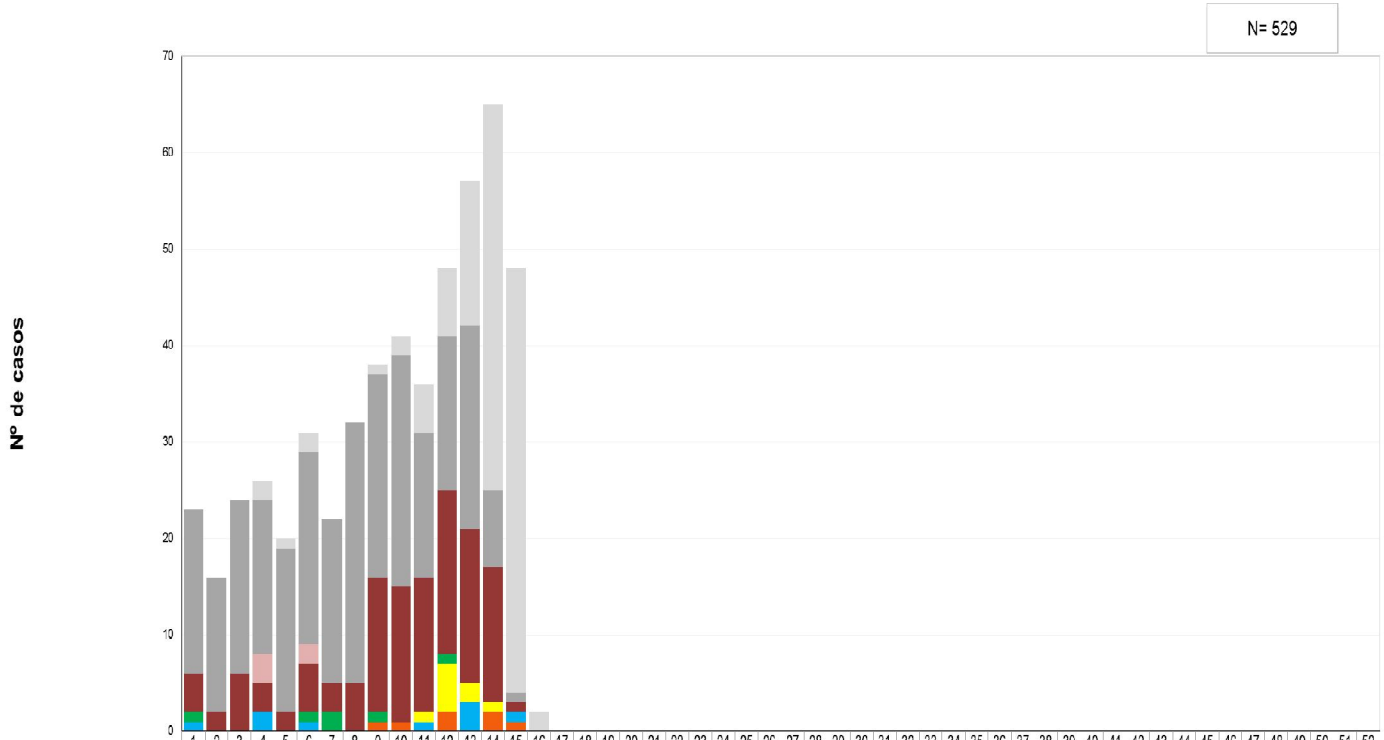
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/04/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/04/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

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



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
Em Investigação	0	0	0	2	1	2	0	0	1	2	5	7	15	40	44	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SRAG não especificada	17	14	18	16	17	20	17	27	21	24	15	16	21	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SRAG por outros agentes etiológicos	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SRAG por outros vírus respiratórios	4	2	6	3	2	5	3	5	14	14	14	17	16	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A não subtipado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H1) Sazonal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/04/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/04/2018
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.

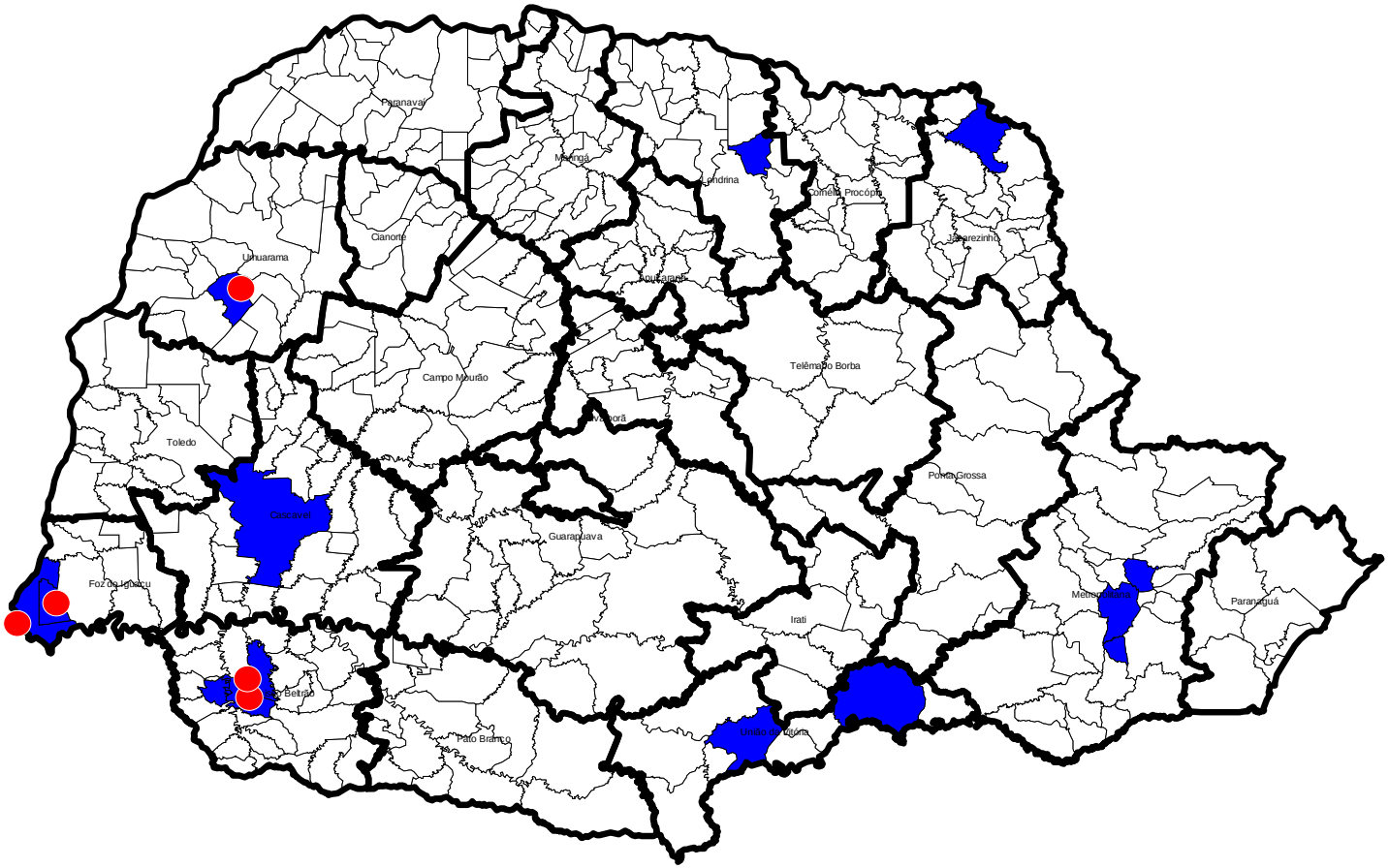
RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
2. Reg. Saúde Metropolitana	0	0	5	0	0	0	1	0	6	0
Colombo	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Curitiba	0	0	3	0	0	0	1	0	4	0
Fazenda Rio Grande	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
6. Reg. Saúde União da Vitória	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
São Mateus do Sul	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
União da Vitória	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
8. Reg. Saúde Francisco Beltrão	7	2	0	0	7	0	0	0	14	2
Ampere	3	1	0	0	0	0	0	0	3	1
Bela Vista da Caroba	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santa Izabel d'Oeste	3	1	0	0	7	0	0	0	10	1
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	0	0	3	2	1	0	0	0	4	2
Foz do Iguaçu	0	0	2	1	1	0	0	0	3	1
Santa Terezinha de Itaipu	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
10. Reg. Saúde Cascavel	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0
Cascavel	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0
12. Reg. Saúde Umuarama	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Cafezal do Sul	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
17. Reg. Saúde Londrina	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Ibiporã	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
19. Reg. Saúde Jacarezinho	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Jacarezinho	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Total	**7**	**2**	**9**	**3**	**9**	**0**	**6**	**0**	**31**	**5**

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/04/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/04/2018
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.



Casos de SRAG por Influenza
Óbitos de SRAG por Influenza

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/04/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/04/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

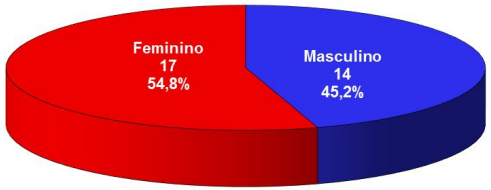
Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, foi observada diferença entre eles. Nos casos: o gênero feminino apresentou 54,8% (17/31) dos casos e o gênero masculino 45,2% (14/31) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 20,0% (1/5) dos casos e o gênero masculino 80,0% (4/5) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi acima dos ≥ 60 anos, com 41,9% (13/31) e 60,0% (3/5) respectivamente (Tabelas 3 e 4).

Os casos de SRAG por Influenza apresentaram no Paraná uma mediana de idade de 53 anos, variando de 0 a 97 anos e, no Brasil, mediana de idade de 35 anos, variando 0 a 107 anos.

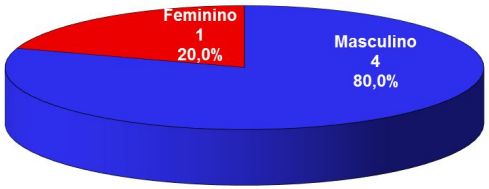
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 69 anos, variando de 24 a 97 anos e no Brasil a mediana foi de 53 anos, variando de 0 a 107 anos.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/04/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/04/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm 09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 2 anos	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,5
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0	1	16,7	2	6,5
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	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	3	10
30 a 39 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2	2	33,3	4	12,9
40 a 49 anos	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	16,7	3	9,7
50 a 59 anos	1	14,3	0	0,0	1	11,1	2	22,2	0	0,0	4	12,9
≥ 60 anos	1	14,3	0	0,0	7	77,8	4	44,4	1	16,7	13	41,9
TOTAL	7	100	0	0	9	100	9	100	6	100	31	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/04/2018, 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)pdm 09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
< 2 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
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	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0
30 a 39 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
40 a 49 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
50 a 59 anos	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0
≥ 60 anos	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0
TOTAL	2	100,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0	5	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/04/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/04/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 74,2% (23/31) tinham pelo menos um fator de risco para complicação, predominando os Adultos ≥ 60 anos, Doença cardiovascular crônica, Gestantes, Pneumopatias e crianças < 5 anos (tabela 5).

Entre os óbitos por Influenza, no Paraná 80,0% (4/5) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 0,0% (0/5) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 80,6% (50/62) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, Pneumopatias, Obesidades e Cardiopatias.

No Paraná dos 60,0% (3/5) indivíduos que foram a óbito por Influenza que fizeram uso do antiviral, a mediana foi de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, e no Brasil, dos 62 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 47 (75,8%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 14 dias.

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

Casos por Influenza (N=31)	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	**23**	**74,2**	**7**	**30,4**
Adultos ≥ 60 anos	13	41,9	6	46,2
Crianças < 5 anos	4	12,9	1	25,0
Doença cardiovascular crônica	4	12,9	2	50,0
Gestantes	4	12,9	0	0,0
Pneumopatias crônicas	4	12,9	1	25,0
Diabetes mellitus	2	6,5	0	0,0
Doença neurológica crônica	1	3,2	1	100,0
Obesidade	1	3,2	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Doença renal crônica	0	0,0	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	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	**19**	**61,3**		
Vacinados	**8**	**25,8**		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/04/2018, dados sujeitos a alterações.
Obs: Um mesmo caso pode ter mais de um fator de risco.

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

Óbitos por Influenza (N=5)	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	**4**	**80,0**	**0**	**0,0**
Adultos ≥ 60 anos	3	60,0	0	0,0
Doença cardiovascular crônica	1	20,0	0	0,0
Obesidade	1	20,0	0	0,0
Crianças < 5 anos	0	0,0	0	0,0
Diabetes mellitus	0	0,0	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Doença neurológica crônica	0	0,0	0	0,0
Doença renal crônica	0	0,0	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Pneumopatias crônicas	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	**3**	**60,0**		
Vacinados	**0**	**0,0**		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/04/2018, dados sujeitos a alterações.
Obs: Um mesmo óbito pode ter mais de um fator de risco.

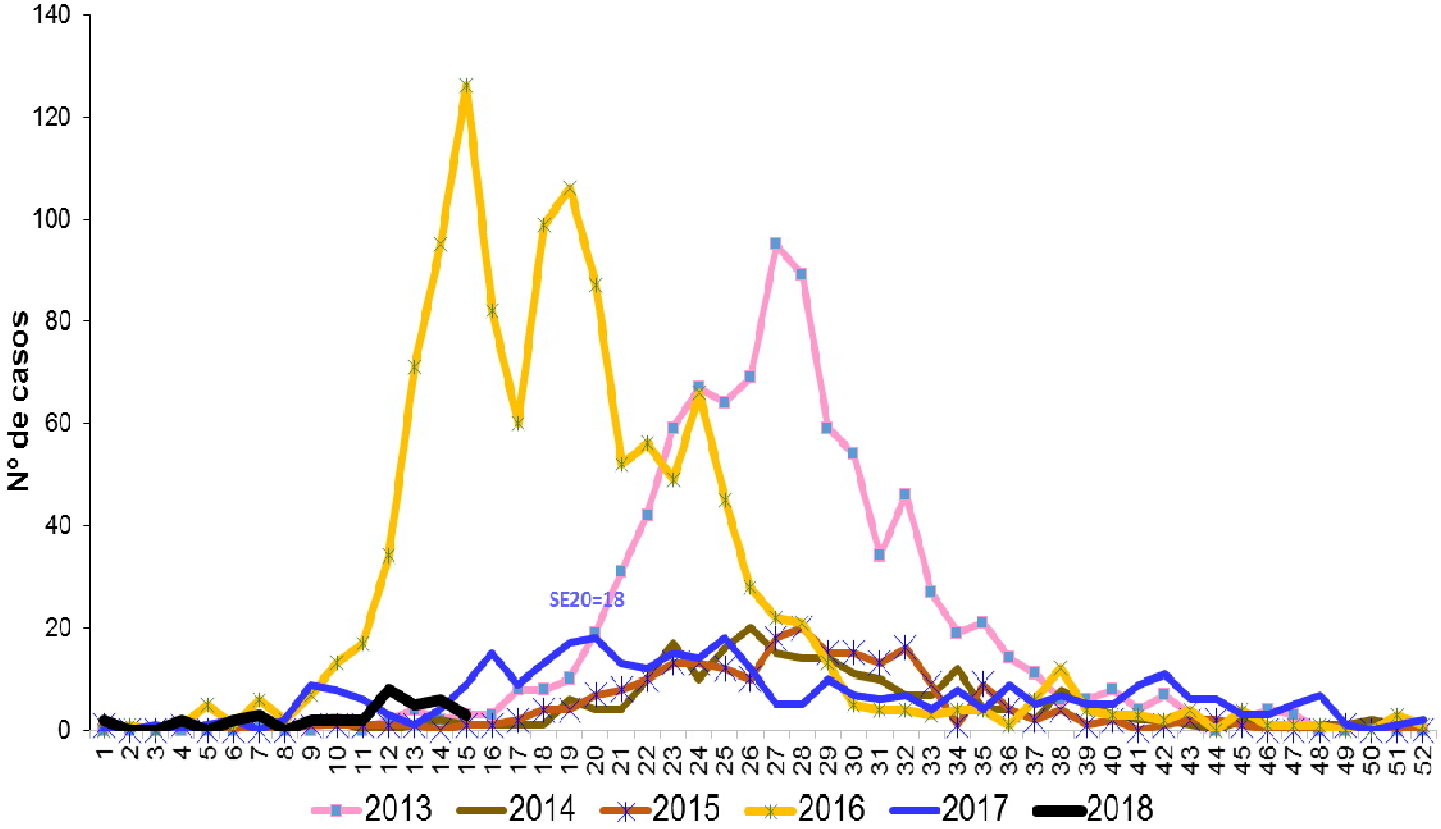
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/04/2018
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 17/04/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/04/2018
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, há predominância da Influenza A(H3) Sazonal e a Influenza A não subtipada com 29,0% (9/31) dos casos cada uma e, ocorrência de 60,0% (3/5) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal(Tabela 7).

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	1087	218	1	0	7	2
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	9	3
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	9	0
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	132	18	6	0
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1223	240	343	53	31	5

*Obs: Resultados provenientes de laboratórios particulares, prováveis Influenza A(H1N1)pdm09.
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/04/2018, dados sujeitos a alterações.

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 15 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 1.559 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 1.383 amostras.

Das amostras processadas, 40,0% (553/1383) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 89 (6,4%) foram positivas para influenza e 464 (33,6%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para influeza, 8 (9,0%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 36 (40,4%) de Influenza A(H3) Sazonal, 3 (3,4%) de Influenza A (não subtipado) e 42 (47,2%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de 254 (54,7%) amostras de Rinovírus (Gráfico 5).

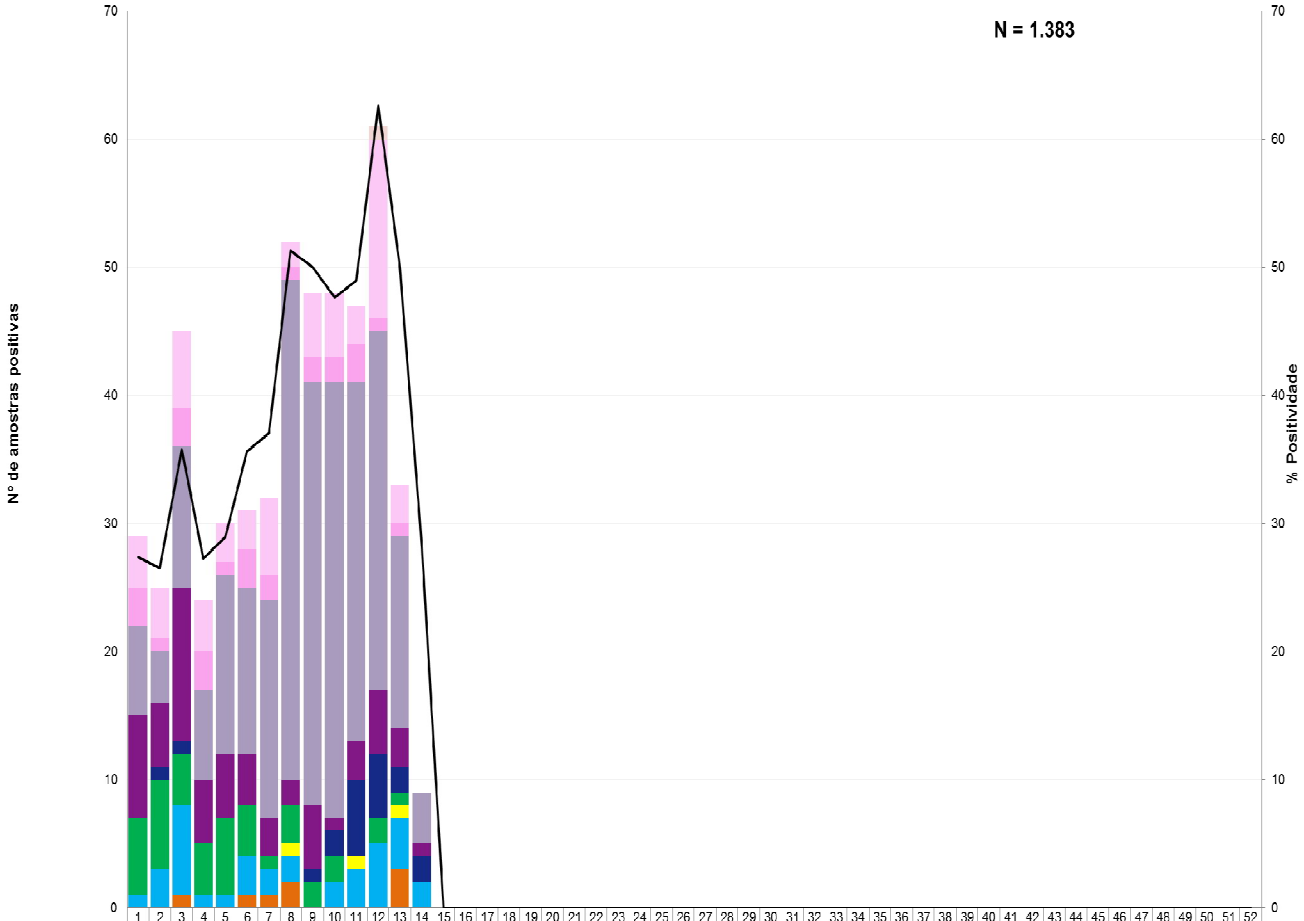
Tabela 8 - Casos de SG de Influenza segundo faixa etária e subtipo viral, Paraná, 2018.

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm 09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza		Total Coletas	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Num	%
< 2 anos	1	12,5	1	2,8	0	0,0	0	0,0	2	2,2	151	9,7
2 a 4 anos	0	0,0	2	5,6	1	33,3	0	0,0	3	3,4	84	5,4
5 a 9 anos	1	12,5	1	2,8	0	0,0	1	2,4	3	3,4	60	3,8
10 a 19 anos	1	12,5	3	8,3	0	0,0	8	19,0	12	13,5	211	13,5
20 a 29 anos	0	0,0	7	19,4	0	0,0	10	23,8	17	19,1	343	22,0
30 a 39 anos	2	25,0	7	19,4	0	0,0	9	21,4	18	20,2	239	15,3
40 a 49 anos	0	0,0	7	19,4	2	66,7	7	16,7	16	18,0	146	9,4
50 a 59 anos	3	37,5	5	13,9	0	0,0	4	9,5	12	13,5	138	8,9
≥ 60 anos	0	0,0	3	8,3	0	0,0	3	7,1	6	6,7	187	12,0
TOTAL	8	100,0	36	100	3	100,0	42	100	89	100	1.559	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/04/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Gráfico 5 - Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de SG, por semana epidemiológica de início dos sintomas. Paraná, 2018.



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
Bocavírus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Metapneumovírus	4	4	6	4	3	3	6	2	5	5	3	14	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adenovírus	3	1	3	3	1	3	2	1	2	2	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rinovírus	7	4	11	7	14	13	17	39	33	34	28	28	15	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza	8	5	12	5	5	4	3	2	5	1	3	5	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VRS	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	6	5	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	6	7	4	4	6	4	1	3	2	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A (não subtipado)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A(H3) Sazonal	1	3	7	1	1	3	2	2	0	2	3	5	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H1N1)pdm -9	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Positividade	27	27	36	27	29	36	37	51	50	48	49	63	50	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 17/04/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

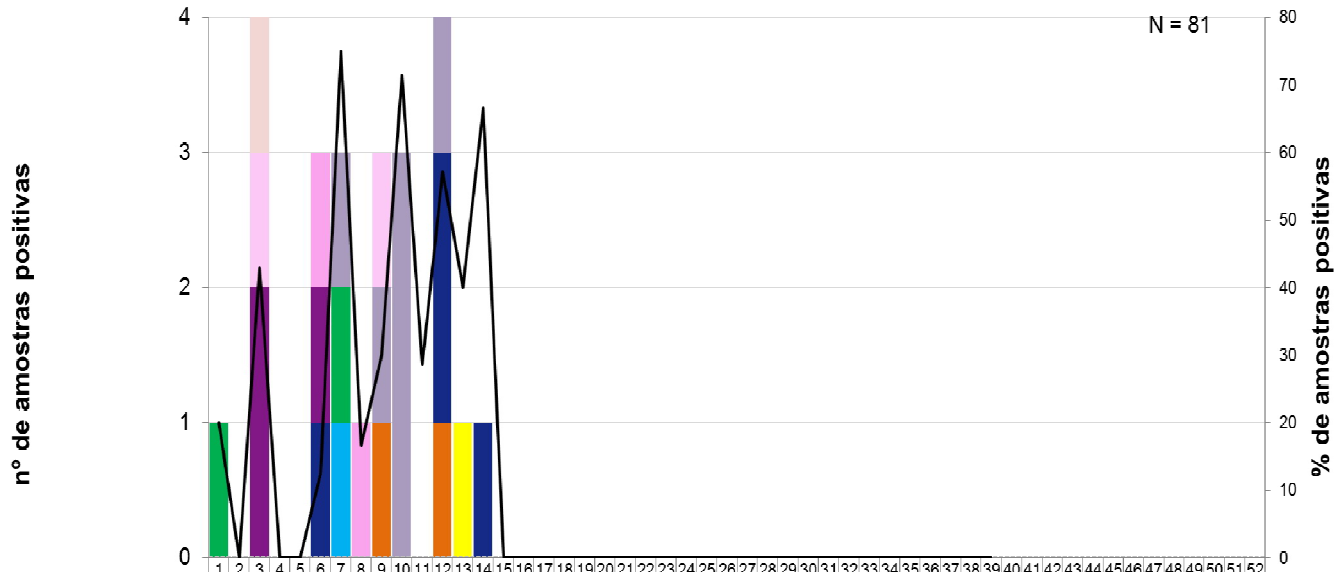
Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/04/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 111 coletas, sendo 81 (73,0%) processadas. Dentre estas, 27 (33,3%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios. Das amostras positivas para Influenza, foram detectados 2 (33,3%) para Influenza A(H1N1)pdm 09, 1 (16,7%) para Influenza A(H3) Sazonal, 1 (16,7%) para Influenza A (não subtipado), 2 (33,3%) para Influenza B. Entre os outros vírus evidenciam-se: 4 (20,0%) de VRS, 3 (15,0%) de Parainfluenza, 6 (30,0%) de Rinovírus, 2 (10,0%) de Metapneumovírus, 2 (10,0%) de Adenovírus, 1 (5,0%) de Bocavírus (Gráfico 6).

Gráfico 6 - 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, Paraná, 2018.



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
Bocavírus	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Metapneumovírus	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adenovírus	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rinovírus	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VRS	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A (não subtipado)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A(H3) Sazonal	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H1N1)pdm 09	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Positividade	20	0,	42	0,	0,	12	75	16	30	71	28	57	40	66	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,														

Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 17/04/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 17/04/2018
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 70º.

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: 24/04/2018
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 16/2018.

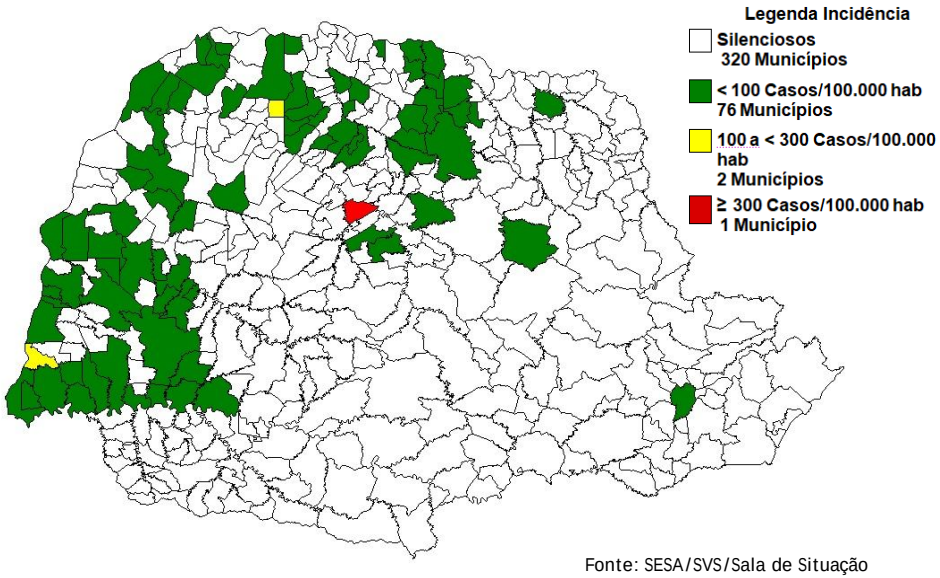
Foram notificados no referido período 17.538 casos suspeitos de dengue, dos quais 12.900 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 5,43 casos por 100.000 hab. (606/11.163.018 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 (3.133), Maringá (1.994) e Foz do Iguaçu (1.673).

Os municípios com maior número de casos confirmados são: Maringá (148), Foz do Iguaçu (69), e São João do Ivaí (61).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2017 a 16/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2017 A 16/2018*	PERÍODO 2017/2018
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	308
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	82
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	13
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	79
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (02ª, 09ª, 10ª,12ª,13ª, 14ª, 15ª, 16ª,17ª,18ª, 20ª, 21ª e 22ª)	13
TOTAL DE CASOS	**638**
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	606
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	32
TOTAL DE NOTIFICADOS	**17.538**

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2017 a 16/2018.

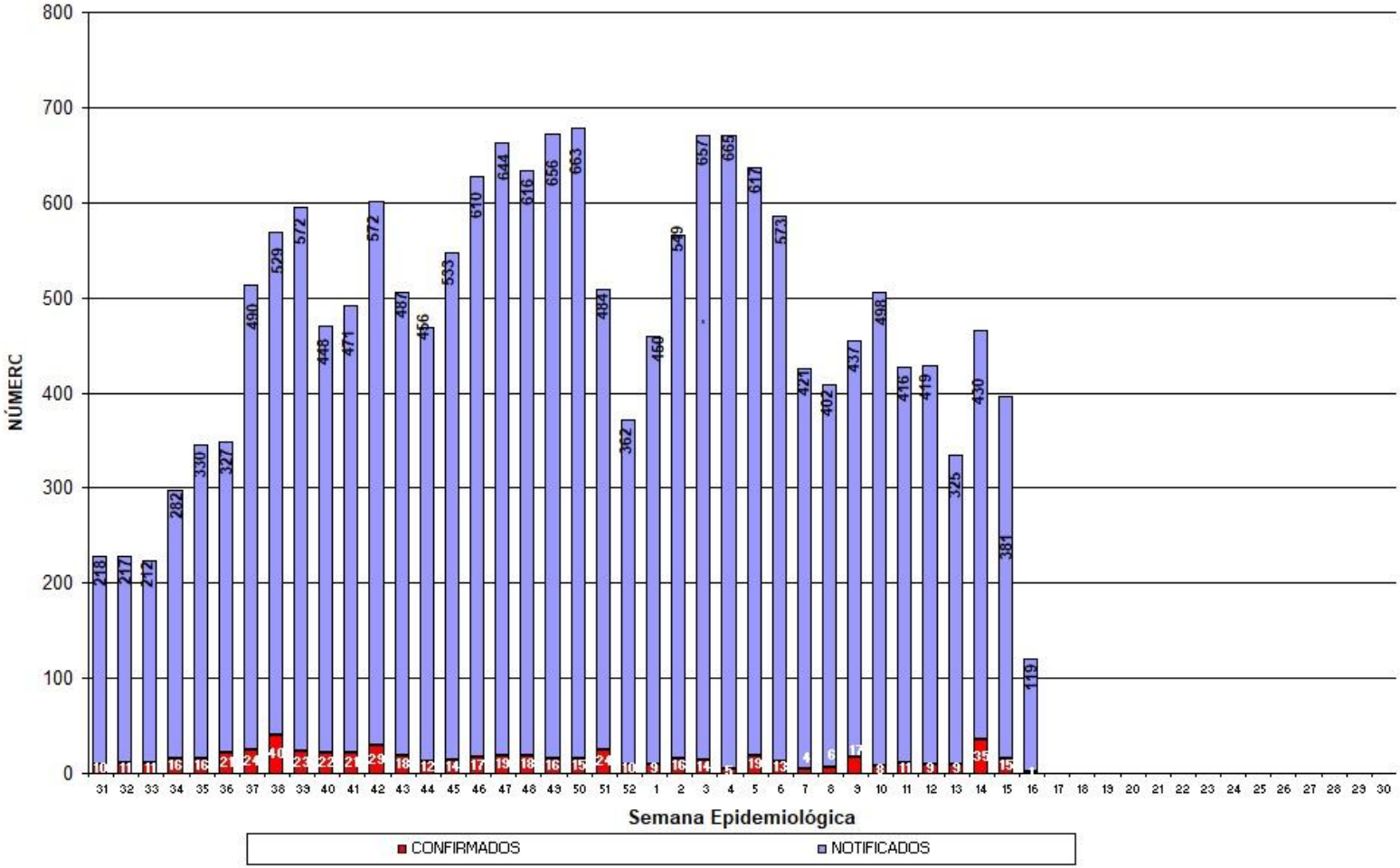
CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	528 (82,8)	110 (17,5%)	638
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	10	-	10
Dengue Grave (D G)	5	-	5
Descartados	-	-	12.900
Em andamento/investigação	-	-	3.985
Total	**543 (3,1%)**	**110 (0,6%)**	**17.538**

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 24/04/2018
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.



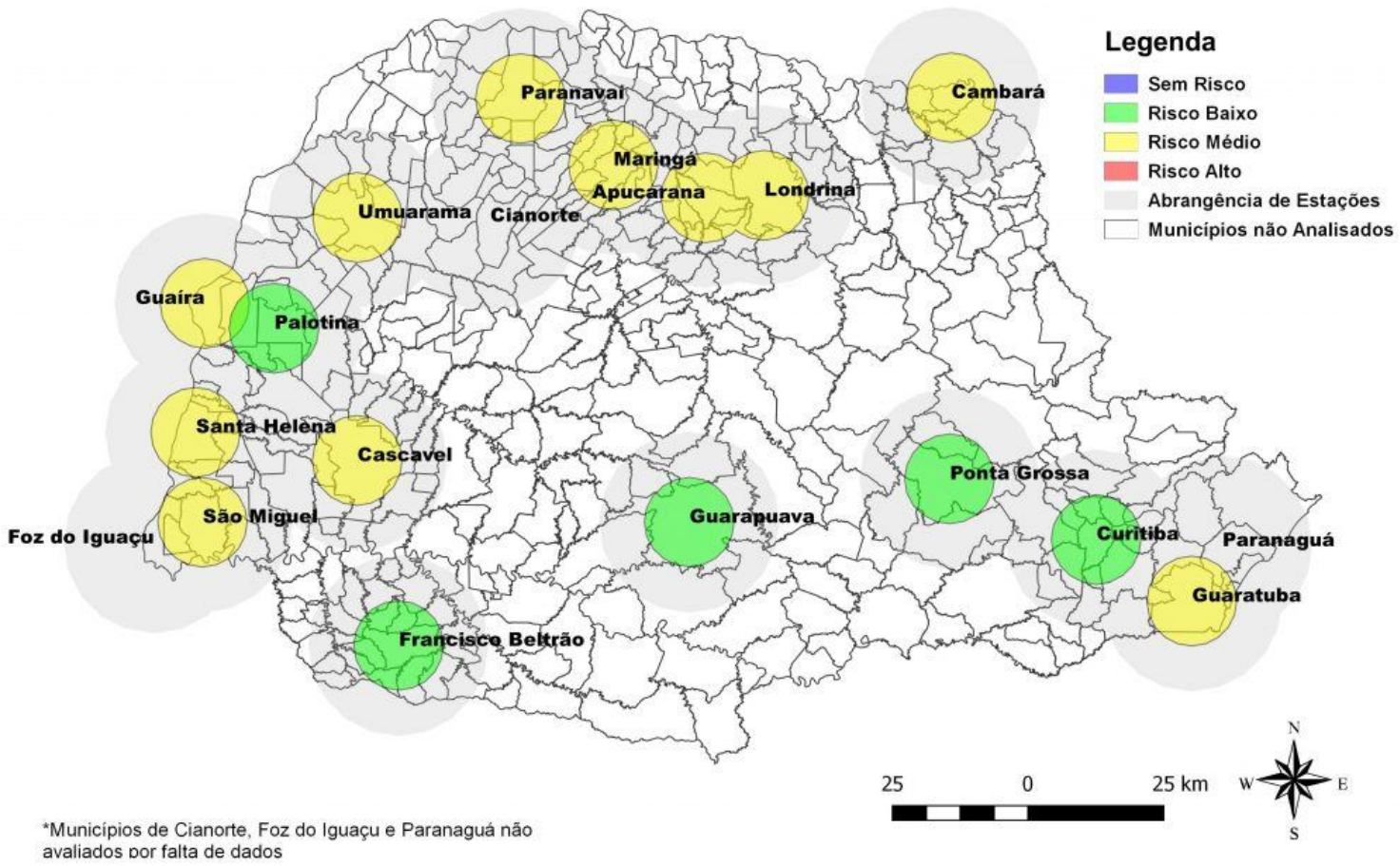
Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2017 a 16/2018.

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 24/04/2018
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 (08/04/2018 - 14/04/2018)



*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: 24/04/2018

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 16/2018*

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	1.289	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	1	4	5	604	0	0	0	0,03
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	35	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	20	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	47	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	19	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	98	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	0	0	0	404	0	1	0	-
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	106	6	112	2.132	8	3	1	26,12
10ª RS - Cascavel	540.131	62	5	67	832	0	0	0	11,48
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	592	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	7	0	7	442	0	0	0	2,53
13ª RS - Cianorte	154.374	1	0	1	208	0	0	0	0,65
14ª RS - Paranavaí	274.257	46	0	46	1.087	0	0	0	16,77
15ª RS - Maringá	799.890	172	1	173	2.616	0	0	0	21,50
16ª RS - Apucarana	372.823	4	0	4	418	0	0	0	1,07
17ª RS - Londrina	935.904	101	0	101	5.240	2	1	0	10,79
18ª RS - Cornélio Procópio	230.231	1	0	1	306	0	0	0	0,43
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	247	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	53	2	55	644	0	0	0	13,73
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	1	0	1	59	0	0	0	0,54
22ª RS - Ivaiporã	138.130	51	14	65	199	0	0	0	36,92
TOTAL PARANÁ	11.163.018	**606**	**32**	**638**	**17.538**	**10**	**5**	**1**	**5,43**

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

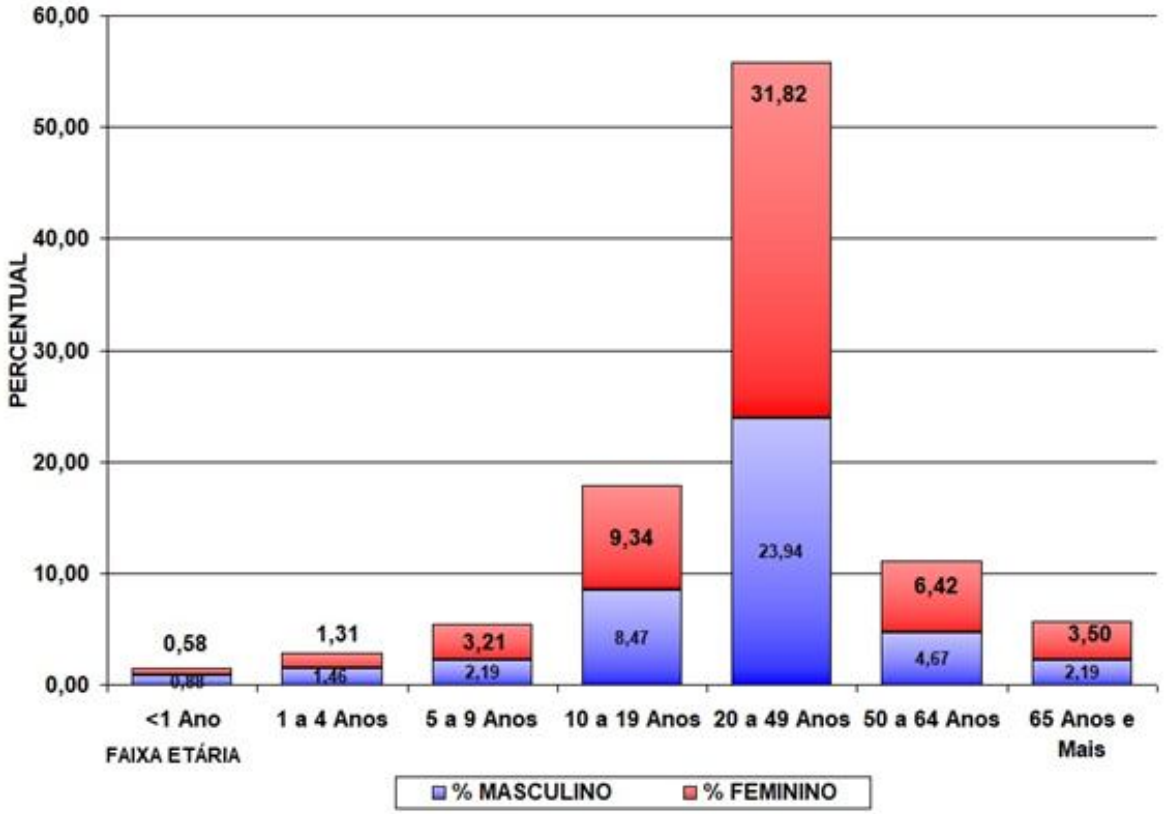
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 24/04/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 55,77% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pelas faixas etárias de 10 a 19 anos com 17,81% dos casos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2017 a 16/2018, Paraná – 2017/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

EVENTOS NACIONAIS

Semanas Epidemiológicas 15 e 16/2018

(08/04/2018 a 21/04/2018)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CIEVS

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 20/04/2018
Fonte da informação: ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COMENTÁRIOS:

* Foi publicada na quinta-feira (19/04), no Diário Oficial da União, a proibição das **Lentes de Contato Coloridas Nipon Cosplay**. As lentes eram vendidas pela internet pela empresa Karine Soares Silva Cosplay – ME (nome de fantasia Nipon Cosplay) para o uso estético e composição de fantasias.

Após comprovação de que os produtos eram divulgados e comercializados sem cadastro ou registro, a Anvisa determinou a proibição da comercialização, divulgação e o uso das Lentes de Contato Coloridas Nipon Cosplay, em todo o território nacional.

* A Anvisa publicou na quinta-feira (19/04) a proibição de três produtos para a saúde que eram vendidos sem registro, autorização ou notificação. A lista inclui um termômetro para bebês, um monitor de frequência cardíaca para adultos e, ainda, um produto que permite captar os batimentos do bebê dentro da barriga da mãe.

O **Termômetro Adesivo Termo-Friends**, importado pela empresa INR Corporation Importadora Ltda., é utilizado para medir e acompanhar a temperatura de bebês.

Já o **monitor Fetal Pré-Natal Batimentos Cardíacos G-Tech – DOPGT1** é utilizado para monitorar os batimentos cardíacos do bebê ainda na barriga da mãe. O produto é comercializado no site www.americanas.com.br, pela empresa Farmaclub Drogarias Ltda.

Também foi identificado o produto **Oxímetro de Pulso Portátil Tipo Palm Adulto (SPO2)** vendido pela empresa Portal do Médico Serviços de Internet Ltda. O produto é usado para monitorar a frequência cardíaca em adultos.

* Foi publicada na sexta-feira (20/04), no Diário Oficial da União, a proibição da distribuição e da comercialização do lote de **peito de frango cozido desfiado congelado da marca D+ Alimentos**, em todo o território nacional, devido à presença de bactérias.

O lote 0320 do produto Peito de Frango Cozido Desfiado Congelado apresentou a existência de *Listeria monocytogenes*, uma espécie de bactéria capaz de provocar doenças em seres humanos, como a meningite.

O peito de frango é fabricado pela empresa G L Faleiros Indústria de Alimentos Eireli, da marca D+ Alimentos. O comunicado de recolhimento foi emitido pela própria fabricante.

A empresa deve recolher todo o estoque existente no mercado referente ao lote citado.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 19/04/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde atualizou na quinta-feira (19/04) as informações repassadas pelas secretarias estaduais de saúde sobre a situação da febre amarela no país. No período de monitoramento (de 1º de julho/2017 a 17 de abril de 2018), foram confirmados 1.157 casos de febre amarela no país e 342 óbitos. Ao todo, foram notificados, neste período, 5.131 casos suspeitos, sendo 2.951 já descartados e 1.023 ainda em investigação.

No ano passado, considerando o mesmo período de monitoramento (julho/2016 a 17 de abril/2017) eram 733 casos e 241 óbitos confirmados. Os informes de febre amarela seguem, desde o ano passado, a sazonalidade da doença, que acontece, em sua maioria, no verão. Dessa forma, o período para a análise considera de 1º de julho a 30 de junho de cada ano.

Embora os casos do atual período de monitoramento tenham sido superiores à sazonalidade passada, o vírus da febre amarela hoje circula em regiões metropolitanas do país com maior contingente populacional, atingindo 35,9 milhões de pessoas que moram, inclusive, em áreas que nunca tiveram recomendação de vacina. Na sazonalidade passada, por exemplo, o surto atingiu uma população de 11,7 milhões de pessoas.

Isso explica a incidência da doença neste período ser menor que no período passado. A incidência da doença no período de monitoramento 2017/2018, até 17 de abril, é de 3 casos para 100 mil/habitantes. Já na sazonalidade passada, 2016/2017, a incidência foi de 6,2/100 mil habitantes, no mesmo período.

AMPLIAÇÃO

Todo o território brasileiro será área de recomendação para vacina contra a febre amarela. A medida será feita de forma gradual, iniciando neste ano e sendo concluída até abril de 2019. A ampliação é preventiva e tem como objetivo antecipar a proteção contra a doença para toda população, em caso de um aumento na área de circulação do vírus.

Distribuição dos casos de febre amarela notificados: 1º/7/2017 a 17/04/2018

UF (LPI)*	Notificados	Descartados	Em Investigação	Confirmados	Óbitos
AC	1	1	-	-	-
AP	5	2	3	-	-
AM	7	5	2	-	-
PA	42	31	11	-	-
RO	9	8	1	-	-
RR	3	3	-	-	-
TO	17	15	2	-	-
AL	8	2	6	-	-
BA	62	35	27	-	-
CE	4	3	1	-	-
MA	7	5	2	-	-
PB	5	-	5	-	-
PE	6	4	2	-	-
PI	9	6	3	-	-
RN	3	2	1	-	-
SE	2	2	-	-	-
DF	74	43	30	1	1
GO	66	37	29	-	-
MT	10	8	2	-	-
MS	13	10	3	-	-
ES	119	88	25	6	1
MG	1.444	656	294	494	156
RJ	453	172	84	197	64
SP	2.558	1.655	444	459	120
PR	110	102	8	-	-
RS	49	34	15	-	-
SC	45	22	23	-	-
Total	**5.131**	**2.951**	**1.023**	**1.157**	**342**

Dados preliminares e sujeitos à revisão
**LPI – Local Provável de Infecção*

INFLUENZA H1N1

Local de ocorrência: Goiás
Data da informação: 23/04/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O número de mortes confirmadas por H1N1 em Goiás subiu para 25 segundo o boletim epidemiológico divulgado pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás (SES-GO) na segunda-feira (23/04). Os casos graves registrados chegaram a 139 em todo o estado, que está em situação de alerta por causa da doença.

Entre as vítimas fatais da doença está uma criança com menos de 2 anos de idade, dois adultos entre 30 e 39 anos, sete pessoas entre 40 e 49, outras sete entre 50 e 59 e oito idosos. Do total, 13 são do sexo feminino e 12 do masculino.

As duas primeiras mortes por H1N1 registradas no estado neste ano ocorreram na Vila São José Bento Cottolengo, hospital filantrópico que atende pessoas com múltiplas deficiências, físicas e mentais. Um surto da doença atingiu a unidade, e outros pacientes precisaram ficar em isolamento.

Por causa do grande número de casos em Goiás, a campanha de vacinação contra a gripe começou dez dias antes da nacional. A imunização protege contra dois subtipos da Influenza A – H1N1 e H3N2 – e um subtipo da Influenza B. Segunda-feira foi o primeiro dia do período de vacinação contra H1N1 na rede pública de saúde prioritariamente para gestantes, puérperas (mulheres que deram à luz há até 45 dias) e crianças de 6 meses até 5 anos.

Segundo a SES-GO, são considerados grupos prioritários: crianças de 6 meses a 5 anos, gestantes, puérperas, pessoas com 60 anos ou mais, indígenas, trabalhadores da saúde, professores, portadoras de doenças crônicas não transmissíveis, funcionários do sistema prisional, adolescentes e jovens entre 12 e 21 anos que cumprem medida socioeducativa e população privada de liberdade.

Qualidade das vacinas aplicadas

O medo do avanço da doença levou várias pessoas a laboratórios particulares. Os estoques acabaram, e as clínicas precisaram pedir reposição e passaram a atender com distribuição de senha. O custo é de cerca de R$ 150. O Procon fiscaliza o serviço.

A SES-GO alerta para que as pessoas que procuram se vacinar fora das unidades públicas tomem cuidado. Segundo o órgão, o medo da população pode gerar oportunidades de golpes de empresas que não têm autorização para realizar aplicações das vacinas.

Em caso de desconfiança, é preciso checar o alvará sanitário da companhia com a Vigilância Sanitária de cada município. O número para denunciar irregularidades ao estado é: 0800-643-3700.

Sintomas, prevenção e tratamento

Os principais sintomas da gripe H1N1 são os mesmos de um estado gripal comum, como febre que dura entre 3 e 5 dias, tosse seca, secreção e dores no corpo. Quem tiver esses sintomas deve procurar atendimento médico, afirma a Secretaria Municipal de Saúde.

Indivíduos doentes devem manter repouso, alimentação balanceada e ingestão de líquidos adequada e evitar contato com outras pessoas em ambientes fechados e aglomerados.

A forma mais eficaz de evitar a transmissão do vírus é a higienização das mãos, principalmente com álcool gel. Também é recomendável cobrir a boca e o nariz ao espirrar.

CHIKUNGUNYA / DENGUE / ZIKA

Local de ocorrência: Minas Gerais
Data da informação: 23/04/2018
Fonte da informação: hojeemdia.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A febre chikungunya continua a assustar os moradores do Vale do Aço. De acordo com o boletim epidemiológico da Secretaria de Estado de Saúde (SES) sobre dengue, chikungunya e zika vírus publicado na segunda-feira (23/04), foram registrados 4.310 casos da doença em Minas Gerais, sendo que a maioria das notificações aconteceram na região do entorno de Ipatinga e Coronel Fabriciano. Deste total, 47 pacientes são gestantes, sendo que 15 foram confirmadas por exame laboratorial.

Além das duas maiores cidades do Vale do Aço, os municípios de Açucena, Santana do Paraíso e Belo Oriente indicaram alta incidência de febre chikungunya neste mês de abril. Até o momento, não houve o registro de morte por causa da doença no Estado. No ano passado, foram confirmadas 15 mortes pela enfermidade no Estado, sendo 12 somente em Governador Valadares, no Vale do Rio Doce.

Dengue

Segundo o levantamento da secretaria, em 2018, até o momento, foram registrados 14.781 casos prováveis de dengue, sendo que 3.278 deles foram referentes a este mês. Três óbitos foram confirmados por dengue em residentes nos municípios de Conceição do Pará e Moema, no Centro-Oeste de Minas, e Uberaba, no Triângulo Mineiro. Há outras nove mortes sendo investigadas com exame laboratorial. No ano passado, houve 18 óbitos confirmados pela doença em Minas.

Segundo a SES, no último mês, dez municípios encontram-se com incidência muito alta de casos prováveis de dengue e três municípios em alta incidência. Piraúba, Visconde do Rio Branco, Pequi e Lagoa da Prata são os municípios que, neste momento, apresentam a maior incidência da doença no Estado.

Zika

Foram registrados 170 casos prováveis de zika este ano em Minas, sendo 53 em gestantes – três destes casos confirmados por exame. Os casos referentes a mulheres grávidas foram registrados em 19 municípios, como Ipatinga e Montes Claros (8 gestantes cada), Janaúba (6 gestantes), Timóteo (4 gestantes), Belo Horizonte, Coronel Fabriciano, Santana do Paraíso, Sete Lagoas e Uberlândia (3 gestantes cada), Juiz de Fora e Ubá (2 gestantes cada).

Fonte: google.com.br

SÍNDROME MÃO-PÉ-BOCA

Local de ocorrência: Minas Gerais
Data da informação: 24/04/2018
Fonte da informação: hojeemdia.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Crescem os casos da síndrome mão-pé-boca, doença que provoca bolhas e feridas nessas três partes do corpo e atinge principalmente crianças menores de 5 anos. Desde janeiro, seis cidades mineiras já enfrentaram surtos, deixando pelo menos 154 doentes. Em 2017, apenas Varginha, no Sul de Minas, teve registros da enfermidade.

Como a notificação não é compulsória, o total de pessoas que contraíram a doença é impreciso. Apenas as ocorrências de surto são comunicadas. Os motivos para o aumento das notificações ainda são avaliados pela Secretaria de Estado de Saúde (SES). Especialistas reforçam que o quadro é mais comum nesta época do ano.

Os órgãos de saúde garantem que a situação está sob controle, mas os novos registros reforçam a necessidade de medidas de higiene, uma vez que a síndrome é altamente contagiosa. Se não for tratada, complicações podem surgir, como a meningite. No entanto, esses casos são raros.

“A doença normalmente não leva a complicações, mas não dá para traçar um perfil específico de paciente de risco nesse caso, tudo depende de como cada organismo responde à infecção por este vírus”, disse a pediatra e presidente da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm), Isabella Ballalai.

Membro do Comitê da Primeira Infância da Sociedade Mineira de Pediatria (SMP), Maria Tereza Valadares reforça que o contágio pode ocorrer mesmo após o desaparecimento das lesões. Conforme a médica, os adultos, geralmente, não sentem os sintomas. “A transmissão continua por quatro a seis semanas”, informou.

São Gonçalo do Rio Abaixo, Catas Altas e Santa Bárbara (na região Central), Mutum (Rio Doce), Matipó (Zona da Mata) e Belo Horizonte são as cidades com surtos de mão-pé-boca neste ano.

A maioria dos casos ocorreu em Santa Bárbara. Lá, 91 pessoas ficaram doentes. A prefeitura da cidade distribuiu panfletos e álcool gel nas instituições de ensino, como a Escola Municipal Iveta Moreira Novais. “Todos os alunos receberam os bilhetes e aqueles que apresentavam sintomas da doença eram orientados a procurar o centro de saúde. Eles ficam afastados por 15 dias”, disse o diretor Renato Lopes Queirós.

Belo Horizonte

Na capital mineira, o surto foi registrado em duas escolas infantis, nas regiões do Barreiro e Noroeste. “Todas as crianças infectadas foram afastadas das escolas, que adotaram medidas de higiene para evitar a contaminação de outros alunos. Além disso, estamos fazendo o acompanhamento para verificar se surgem novos casos”, informou a diretora de Vigilância Epidemiológica da Prefeitura de BH, Lúcia Paixão.

Fonte: google.com.br

CONJUNTIVITE

Local de ocorrência: São Paulo
Data da informação: 24/04/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A cidade de Votorantim (SP) registrou em abril deste ano 548 casos de conjuntivite, com uma média de 40 por dia.

No mês de março, a cidade notificou 342 casos e, por isso, a Secretaria da Saúde está intensificando as orientações sobre a doença na cidade.

De acordo com o médico da Vigilância em Saúde, Marcus Marsom, a conjuntivite é uma inflamação da membrana do olho, podendo ser ocasionada por vírus, bactéria ou alergia.

"Devido ao caráter contagioso das conjuntivites virais e bacterianas, o contágio pode ocorrer com muita facilidade, principalmente quando as condições de higiene pessoal e domiciliar são descuidadas".

Os principais sintomas são olhos avermelhados, lacrimejamento, pálpebras inchadas e avermelhadas, secreção amarela nos cantos dos olhos ou nas margens das pálpebras, intolerância à luz, sensação de areia nos olhos, pálpebras grudadas ao despertar e visão borrada.

A inflamação geralmente se inicia em um olho e passa para outro. A transmissão de pessoa a pessoa faz-se principalmente por objetos contaminados e em locais de aglomeração.

Para evitar a contaminação, segundo o médico da Vigilância em Saúde, é necessário que a pessoa se afaste dos ambientes coletivos e, no caso de suspeita, ela deve procurar atendimento médico.

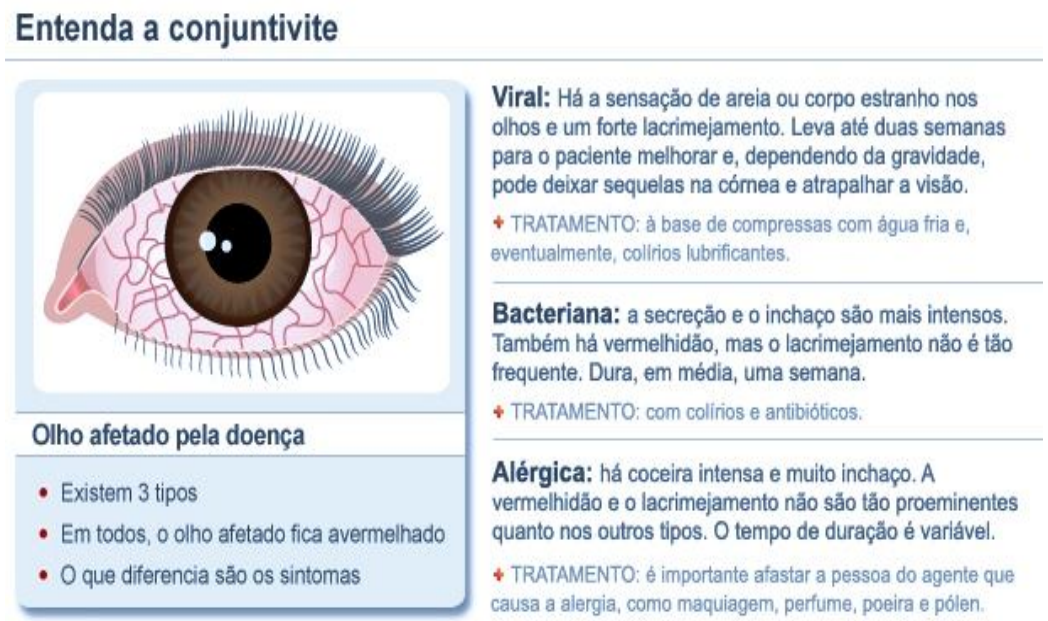
Para tanto, recomenda-se também os seguintes cuidados de higiene pessoal: lavar as mãos e rostos com frequência, com água e sabão; evitar coçar os olhos; usar lenços, toalhas e travesseiros individuais; evitar o uso de objetos de pessoas portadoras de conjuntivites e não frequentar piscinas.

Casos na região

Até o momento, em Sorocaba houve apenas a notificação neste ano de um surto dentro do Centro de Detenção Provisória (CDP) de Aparecidinha, com início em janeiro e interrupção da transmissão em março, sendo orientado as medidas de prevenção da doença para a unidade prisional.

Em Salto, também teve um grande número de registros. O último balanço indicava 780 casos na cidade nos primeiros três meses do ano. Em Piedade, até o começo de abril foram 101 casos.

Já as demais cidades da região não registraram casos que possam ser considerados como um surto.



Fonte: google.com.br

TOXOPLASMOSE

Local de ocorrência: Rio Grande do Sul
Data da informação: 20/04/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Febre, dor de cabeça e no corpo, cansaço, gânglios inchados. Desde o fim de janeiro, unidades de saúde do município de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, começaram a receber cada vez mais pacientes com esses sintomas. A causa, até então desconhecida, foi confirmada na quinta-feira (19/04) pelas secretarias de saúde municipal e estadual: surto de toxoplasmose. Por enquanto, há 59 casos suspeitos e 14 confirmados.

"O número total de casos poderá ser maior (que os 59 suspeitos). A gente não sabe em que ponto da curva a doença está", ou seja, se ascendente, estável ou descendente, afirma Marilina Bercini, diretora do Centro Estadual da Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul.

A toxoplasmose é provocada por um parasita, o toxoplasma, e é transmitida pela ingestão de água ou alimentos contaminados ou pela placenta da mãe para o bebê.

É uma doença extremamente comum. No Sul do país, estima-se que seis em cada dez pessoas já tenham contraído toxoplasmose em algum momento da vida, segundo a médica infectologista gaúcha Lessandra Michelim, da Sociedade Brasileira de Infectologia.

"É muito complicado o controle do toxoplasma, porque ele está espalhado pelo ambiente. Não é por falta de cuidado e higiene. Nem é algo exclusivo nosso. A França, por exemplo, tem incidência maior que a do Brasil", afirma Michelim.

As pessoas podem ter sido contaminadas pelo toxoplasma e não fazerem nem ideia disso. Afinal, a grande parte dos casos não apresenta sintomas e não gera complicações.

Porém, não é uma doença banal. Oferece grande risco no caso de gestantes que contraiam a toxoplasmose durante a gravidez (ter contraído antes não gera problema nenhum), porque pode comprometer o desenvolvimento do feto. Além disso, também é perigosa para pessoas que estejam com a resistência baixa – imunodeprimidas, no linguajar médico.

A maior parte dos casos de toxoplasmose são isolados. Já os surtos, que acometem um número maior de pessoas em um determinado local e período, são menos comuns. Nesses casos, a causa envolve algum tipo de contaminação ambiental pelo parasita – por exemplo, uma fonte de água, um criadouro de animais, uma área agrícola ou mercado de alimentos.

No caso de Santa Maria, ainda não se sabe qual é a origem da contaminação. Identificá-la é justamente a prioridade das autoridades de saúde neste momento. Afinal, como os casos não pararam de aparecer, é possível que a população continue exposta.

O toxoplasma é um parasita liberado no ambiente pelas fezes de felinos contaminados – principalmente gatos, os felinos mais comuns.

Nessa fase, o toxoplasma está em um estágio de vida chamado de oocisto, presente nas fezes dos gatos por até duas semanas após a infecção. Depois de despejados no ambiente, os oocistos levam alguns dias para se tornarem infecciosos. E são extremamente resistentes, podendo se manter infectantes por até um ano e meio.

A partir daí, água, solo, plantas e outros animais de consumo humano podem se contaminar. E, na sequência, contaminar pessoas.

Além disso, animais como ratos e pássaros podem adquirir o parasita ao beber água, comer plantas ou entrar em contato com solo contendo esses oocistos – mais gatos podem ser infectados da mesma forma, bem como ao se alimentarem desses bichos, levando a novas liberações do toxoplasma no ambiente.

Os felinos são os únicos hospedeiros definitivos, ou seja, apenas no intestino deles é que o parasita consegue realizar seu processo de reprodução. Outros animais, como os seres humanos, são hospedeiros intermediários – podem ser infectados, mas não liberam oocistos em suas fezes.

Mas quando contaminados, eles passam a abrigar cistos do parasita, que podem ficar presentes em seu corpo até o fim da vida. Caso uma pessoa se alimente da carne mal passada de um boi que teve toxoplasmose, por exemplo, ela pode ingerir esses cistos e, assim, se infectar.

(Continua na próxima página)

TOXOPLASMOSE

Local de ocorrência: Rio Grande do Sul
Data da informação: 20/04/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Não há vacina para a doença.

"É importante salientar que o toxoplasma é adquirido pela alimentação. Os gatos não são um vetor (não transmitem a doença). Eles podem fazer parte do ciclo do parasita e eliminá-lo nas suas fezes. Mas o gato em si, o contato com ele e com o seu pelo não transmitem a doença", explica a infectologista Michelim.

"Quando tem surto, muita gente acaba matando gato ou até se desfazendo do animal. É desinformação."

A Prefeitura de Santa Maria acrescenta que os gatos "apresentam pouca importância epidemiológica em surtos". Isso porque a origem deles é alguma contaminação ambiental. Ou seja, o importante para evitar a propagação da doença é encontrar e descontaminar essa fonte, não evitar contato com gatos.

Porém, para evitar os casos isolados (quando uma pessoa se contamina sem relação com um surto), que são a maioria, é preciso manter total higiene ao lidar com as fezes dos gatos, principalmente no caso de grávidas.

A maioria dos felinos se torna imune à doença após uma primeira contaminação, mas é muito difícil saber quando ela ocorre – a exemplo dos humanos, eles raramente apresentam sintomas.

Como o risco maior é para gestantes, a recomendação é que elas sim façam um controle rigoroso da alimentação. "A toxoplasmose no começo da gravidez pode causar aborto. No meio, pode gerar sequelas permanentes no bebê, como retardo mental, alteração ocular e no desenvolvimento psicomotor", explica a infectologista.

Segundo ela, gestantes que já tiveram toxoplasmose antes da gravidez não estão totalmente livres do risco de pegar a doença de novo, porque há cepas diferentes. Por isso, todas devem se cuidar.

Já no caso de pessoas com imunidade baixa, a toxoplasmose pode afetar o sistema nervoso, coração, pulmão, fígado e provocar problemas nos olhos. O tratamento costuma ser feito com antiparasitários ou, dependendo do caso, antibióticos. As gestantes com a doença devem fazer um acompanhamento específico.

A investigação dos casos em Santa Maria começou em 12 de abril. As suspeitas iniciais eram dengue, chikungunya e toxoplasmose.

O primeiro paciente identificado começou a apresentar sintomas em 20 de fevereiro. Porém, estão sendo considerados casos suspeitos todos aqueles que tiveram os sintomas a partir de 20 de janeiro.

Para ajudar na identificação, as autoridades estão fazendo uma varredura nos prontuários médicos de todos os pacientes atendidos na rede de saúde desde o início do ano.

As gestantes identificadas com toxoplasmose estão sendo encaminhadas para o pré-natal de alto risco do Hospital Universitário de Santa Maria.

"A fonte (de contaminação) está sendo procurada, mas não é fácil fazer essa investigação. O surto tem origem em uma contaminação ambiental, um protozoário que vive no ambiente. Não é transmitido por mosquito", afirma Marilina Bercini, do centro de vigilância estadual.

A Prefeitura de Santa Maria emitiu as seguintes recomendações para a população da cidade, que tem 260 mil habitantes:

- Evitar consumo de água e alimentos de origem desconhecida;

- Comer somente carnes bem cozidas ou bem passadas (não se alimentar de carnes cruas, mal passada ou embutidos frescos);

- Beber somente água tratada, filtrada ou fervida;

- Beber somente leite pasteurizado ou fervido; Lavar bem as mãos após manuseio de carnes cruas; Lavar bem frutas, verduras e legumes crus antes do consumo; Lavar bem as mãos antes das refeições;

- Fezes de gatos devem ser recolhidas com luvas ou sacolas plásticas, e devem ser descartadas em sacos plásticos utilizados para o lixo doméstico e disponibilizadas para o sistema público de coleta. Gatos jovens e doentes podem ficar com fezes contaminadas por cerca de 15 dias. Gatos adultos geralmente são imunes e raramente transmitem a doença.

(Continua na próxima página)

TOXOPLASMOSE

Local de ocorrência: Rio Grande do Sul
Data da informação: 20/04/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

MALÁRIA

Local de ocorrência: Amazonas
Data da informação: 24/04/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Ao todo, foram registrados 2.419 casos de malária em Manaus entre janeiro e março de 2018. Ações de combate serão intensificadas na Semana Municipal de Luta contra a Malária, até a sexta-feira (27/04), em todos os Distritos de Saúde (DISAs) da capital.

Três cidades da Região Metropolitana da capital estão na lista de maior incidência da doença. Nos dois primeiros meses do ano, já foram registrados 11.707 casos de malária no estado. Os dados são da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (Semsa), as ações da Semana Municipal de Luta contra a Malária incluem prevenção e controle da doença nos Distritos de Saúde em localidades com maior ocorrência da doença no município, em parceria com as escolas dessas localidades.

A programação inclui palestras sobre a exposição do ciclo biológico do vetor da malária, maquetes, atividades lúdicas e brincadeiras, distribuição de material educativo e orientação sobre ações de prevenção à malária. Além disso, será oferecido o diagnóstico da doença.

De acordo com a Semsa, a eliminação da malária está atrelada às mudanças de comportamentos de risco, a educação em saúde é instrumento primordial.

“A inserção de práticas de educação na rotina dos escolares é uma alternativa para a construção de conhecimentos que estimulem práticas e atitudes preventivas nas comunidades”, disse o secretário municipal de Saúde, Marcelo Magaldi.

Laboratório Distritais

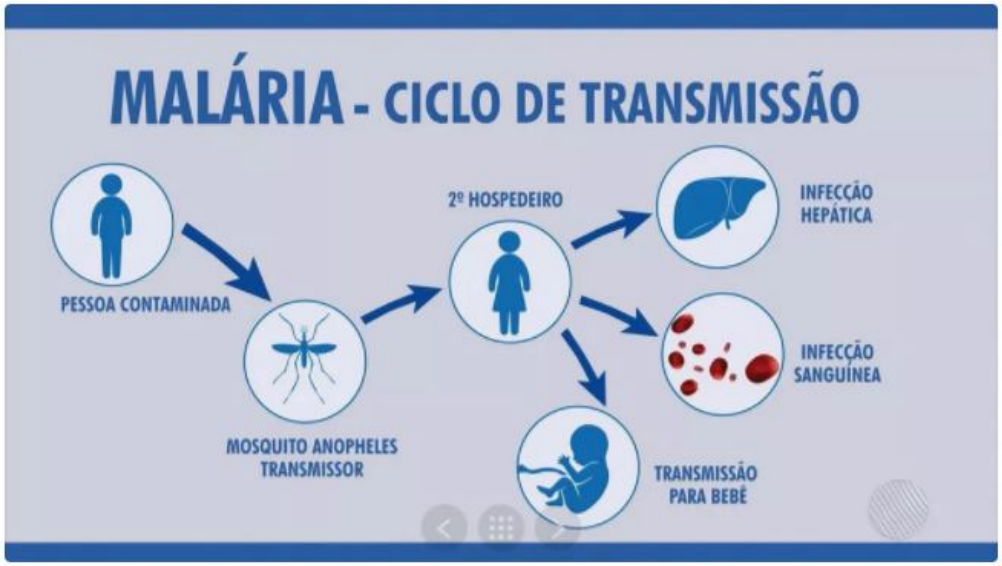
A Semsa possui 17 laboratórios de referência para o diagnóstico da malária, que funcionam também nos finais de semana e feriados.

Na zona Rural, existem 34 laboratórios, sendo 12 na área terrestre e 23 na área fluvial.

Sobre a Malária

A malária é causada por um parasita denominado Plasmodium, que é transmitido através das picadas de mosquitos do gênero Anopheles infectados. Os sintomas da malária incluem febre, dor de cabeça e vômitos e geralmente aparecem entre 10 e 15 dias após a picada do mosquito. Se não for tratada, a malária pode rapidamente tornar-se um risco de vida.

As principais intervenções para controlar a malária incluem diagnóstico precoce e tratamento rápido com terapias medicamentosas combinadas, o uso de medidas de proteção, tais como telas nas portas e janelas, mosquiteiros impregnados em áreas consideradas de risco e transmissão, utilização de repelentes e roupas adequadas, além do controle químico através de pulverização residual com inseticida para controlar os mosquitos vetores.



Ciclo de transmissão da malária (Foto: TV Bahia/Reprodução)

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 16/04/2018
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 por essa doença. Atualmente estão ativas 247 Unidades Sentinelas, sendo 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 nesse informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 15 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 14/04/2018.

A positividade para influenza, outros vírus respiratórios e outros agentes etiológicos entre as amostras processadas em unidades sentinelas foi de 18,2% (755/4.140) para SG e de 28,7% (114/397) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 14,2% (392/2.751) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1). Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 13,0% (62/477) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1).

Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 16/04/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

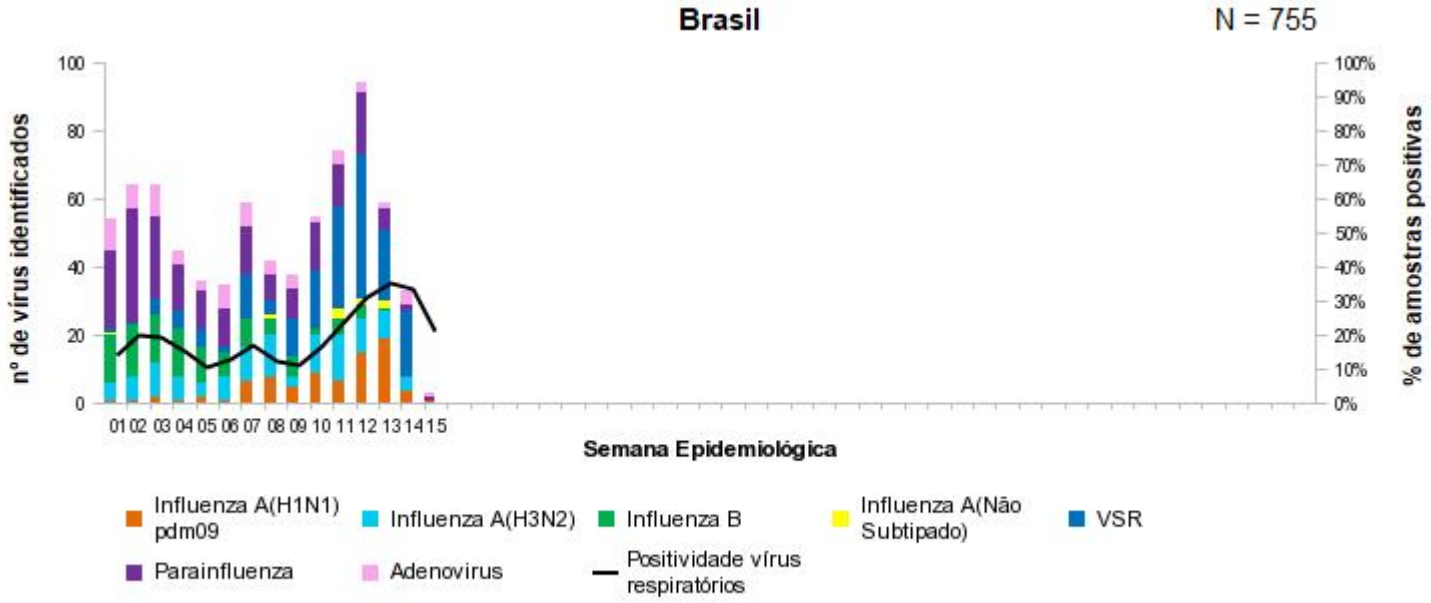
VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 15 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 5.987 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 4.140 (69,1%) foram processadas e 18,2% (755/4.140) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 309 (40,9%) foram positivos para influenza e 446 (59,1%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 83 (26,9%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 106 (34,3%) de influenza B, 9 (2,9%) de influenza A não subtipado e 111 (35,9%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 200 (44,8%) de Parainfluenza (Figura1).

As regiões Sudeste e Sul apresentam as maiores quantidades de amostras positivas, com destaque para a maior circulação de Parainfluenza, Influenza B e A(H3N2). Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste destaca-se a circulação do vírus VSR, Parainfluenza e Influenza A(H1N1)pdm09. Na região Norte predomina a circulação de Influenza B e Parainfluenza, (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(H3N2), Influenza B, e Parainfluenza. Entre os indivíduos menores de 10 anos ocorre uma maior circulação de VSR, Parainfluenza e Adenovírus.

Figura 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 15.



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

INFLUENZA

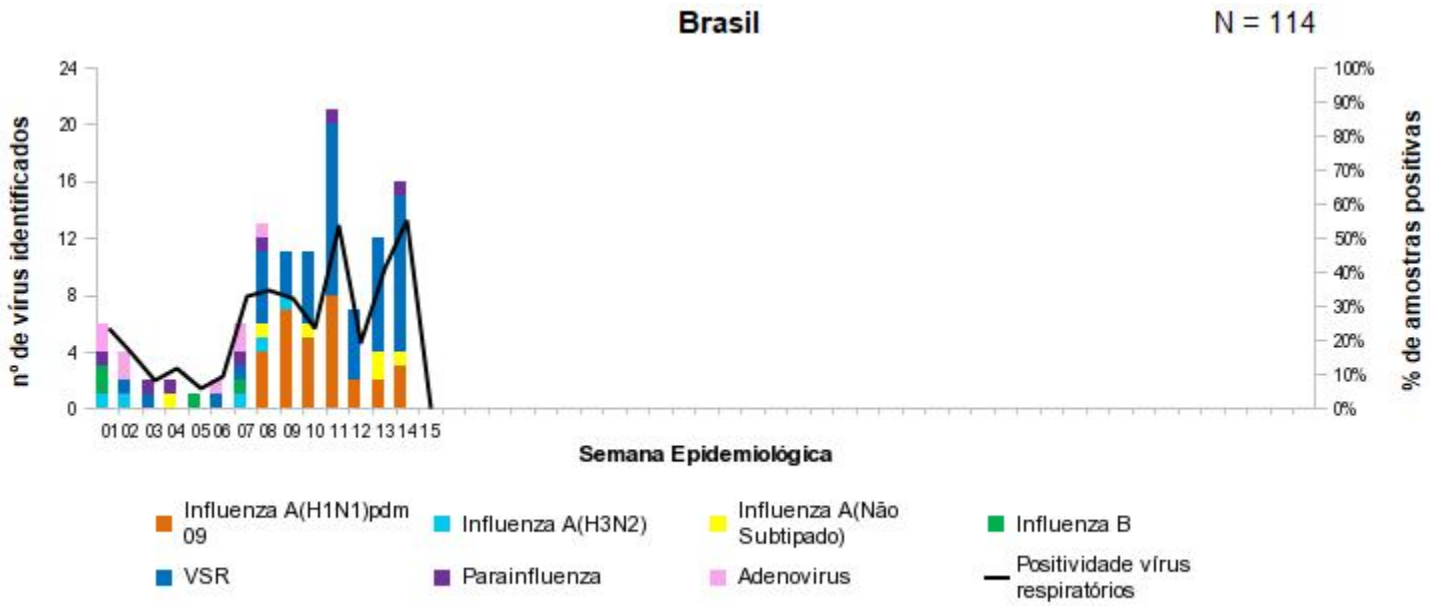
Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 16/04/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 601 coletas, sendo 397 (66,1%) processadas. Dentre estas, 114 (28,7%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 46 (40,4%) para influenza e 68 (59,6%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 31 (67,4%) para influenza A(H1N1)pdm09, 6 (13,0%) para influenza A não subtipado, 4 (8,7%) para influenza B e 5 (10,9%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 53 (77,9%) 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 15.



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

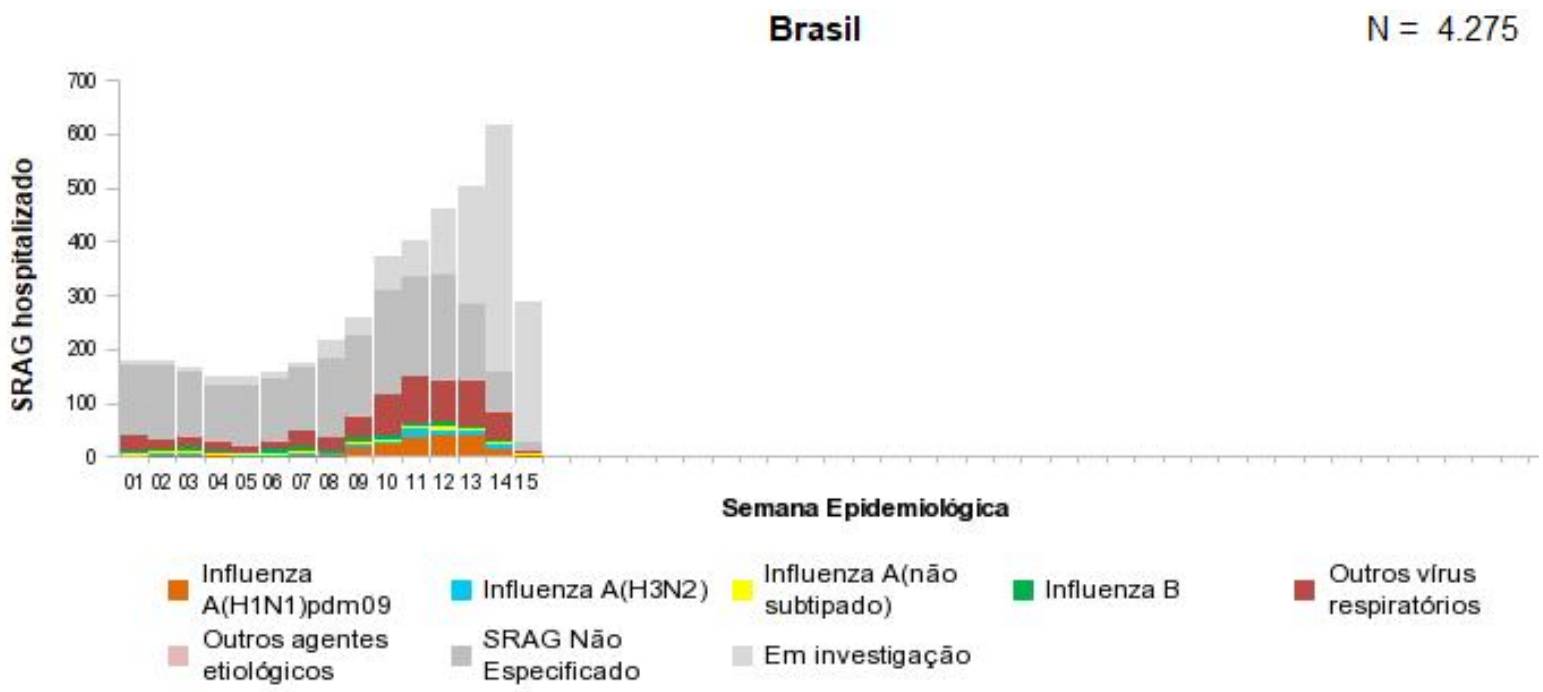
INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 16/04/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 15 de 2018 foram notificados 4.275 casos de SRAG, sendo 2.751 (64,4%) com amostra processada. Destas, 14,2% (392/2.751) foram classificadas como SRAG por influenza e 22,0% (604/2.751) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 190 (48,5%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 47 (12,0%) influenza A não subtipado, 62 (15,8%) influenza B e 93 (23,7%) 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 35,5% (139/392).

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 15.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 16/4/2018, sujeitos a alteração.

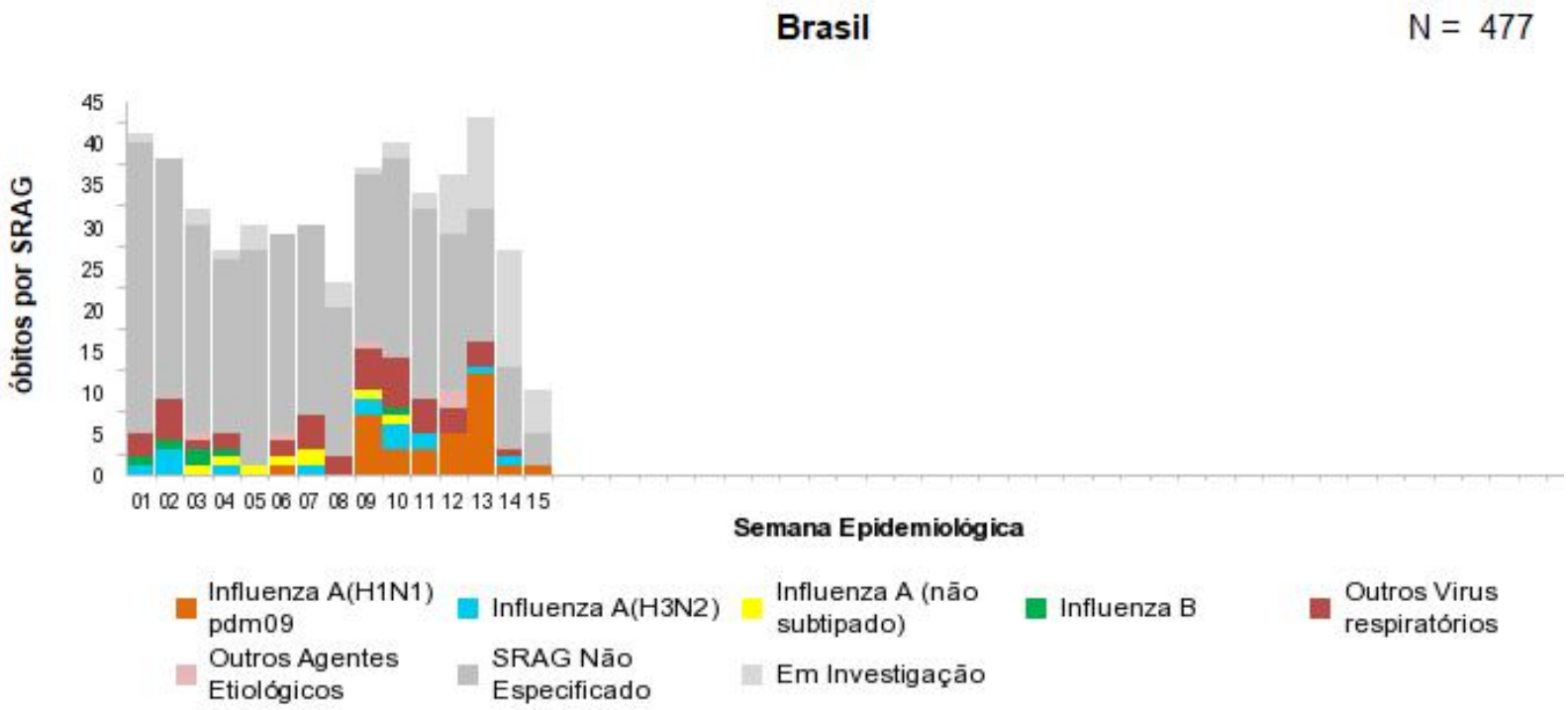
INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 16/04/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 15 de 2018 foram notificados 477 óbitos por SRAG, o que corresponde a 11,2% (477/4.275) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 62 (13,0%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 33 (53,2%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 8 (12,9%) influenza A não subtipado, 6 (9,7%) por influenza B e 15 (24,2%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 33,9 (21/62), 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 15.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 16/4/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 16/04/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 53 anos, variando de 0 a 107 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,03/100.000 habitantes. Dos 62 indivíduos que foram a óbito por influenza, 50 (80,6%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, Pneumopatas, Obesidade e Cardiopatas. Além disso, 47 (75,8%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 14 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento nas primeiras 48 horas.

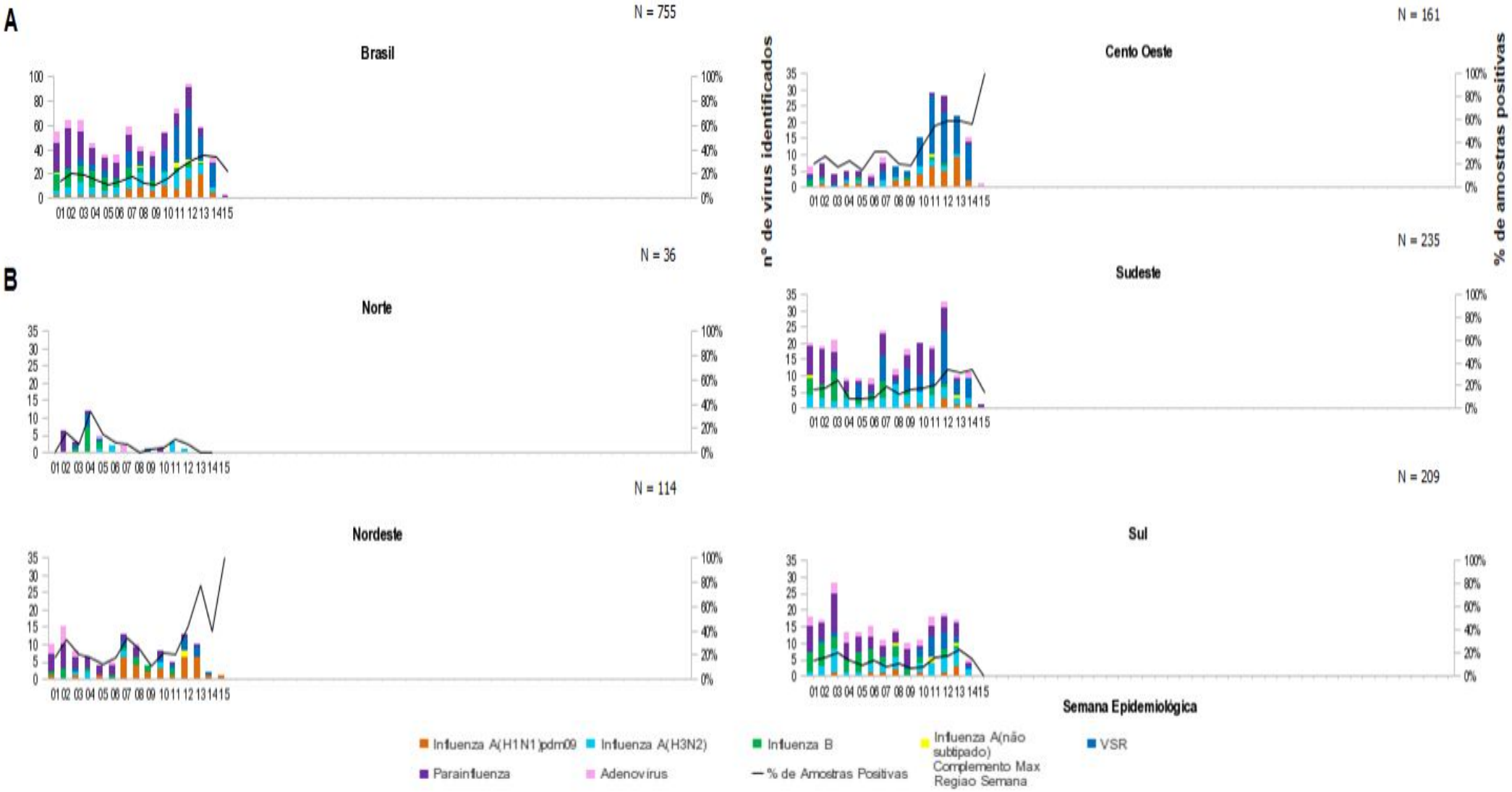
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 15.

Óbitos por Influenza (N = 62)	n	%
Com Fatores de Risco	**50**	**80,6%**
Adultos ≥ 60 anos	23	46,0%
Doença cardiovascular crônica	9	18,0%
Pneumopatias crônicas	11	22,0%
Diabete mellitus	7	14,0%
Obesidade	10	20,0%
Doença Neurológica crônica	6	12,0%
Doença Renal Crônica	3	6,0%
Imunodeficiência/Imunodepressão	4	8,0%
Gestante	1	2,0%
Doença Hepática crônica		0,0%
Criança < 5 anos	6	12,0%
Puérpera (até 42 dias do parto)		0,0%
Indígenas		0,0%
Síndrome de Down		0,0%
Que utilizaram antiviral	**47**	**75,8%**

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 16/4/2018, 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 15.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 16/4/2018, 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 15.

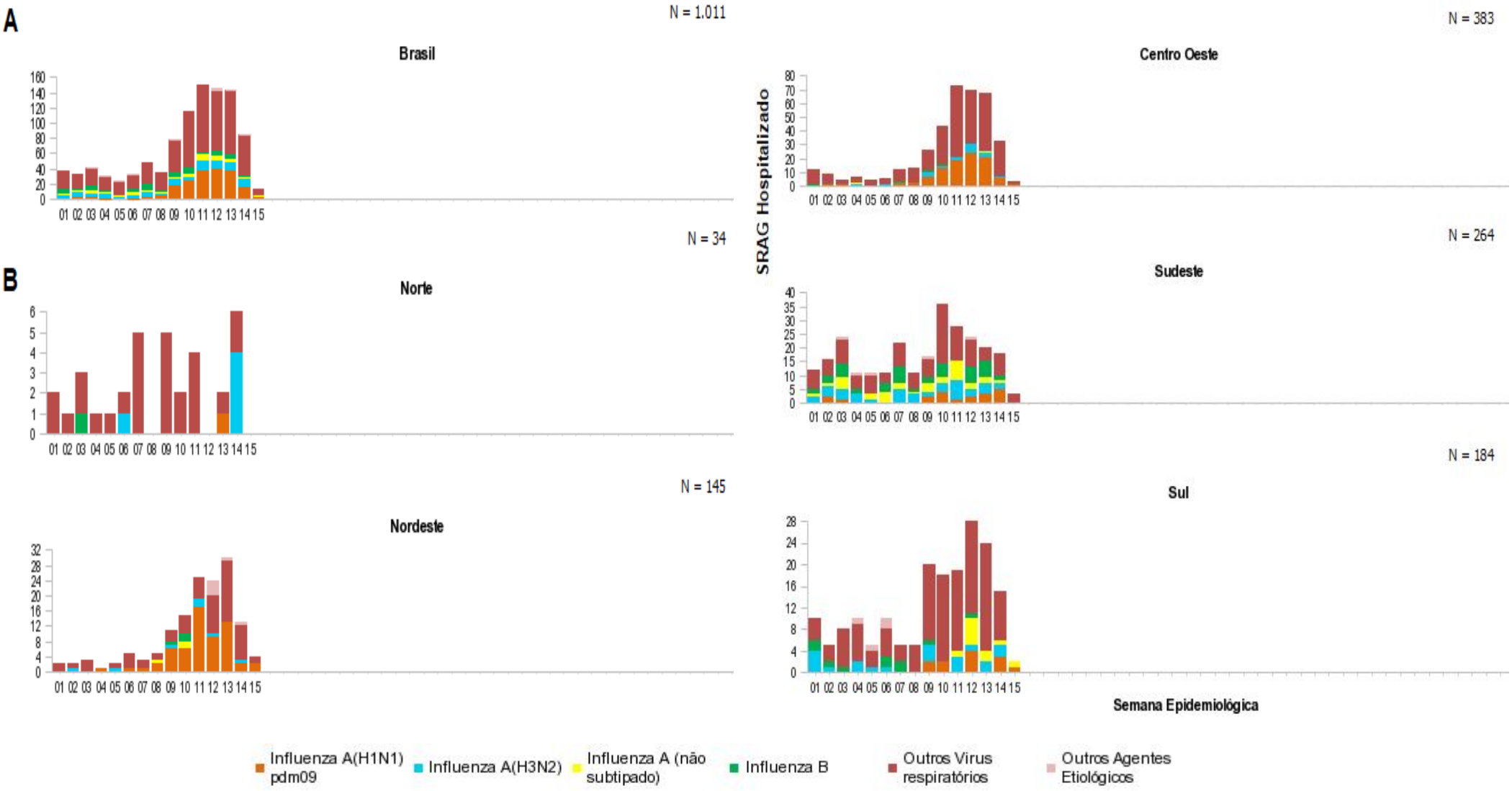
REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza										SRAG por outro vírus respiratório		SRAG por outro agente Etiológico		SRAG não Especificado		Em Investigação	
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtipado)		Influenza B		Total Influenza									
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
NORTE	**272**	**24**	**1**	**0**	**5**	**0**	**0**	**0**	**1**	**1**	**7**	**1**	**27**	**0**	**0**	**0**	**172**	**21**	**66**	**2**
RONDÔNIA	12	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	2	2	0
ACRE	42	7	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	0	0	0	17	6	22	0
AMAZONAS	59	1	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	18	0	0	0	33	1	6	0
PARÁ	149	11	1	0	3	0	0	0	0	0	4	0	6	0	0	0	108	10	31	1
AMAPÁ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
TOCANTINS	9	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	2	4	1
NORDESTE	**674**	**59**	**60**	**13**	**7**	**2**	**3**	**0**	**3**	**0**	**73**	**15**	**66**	**6**	**6**	**1**	**243**	**30**	**286**	**7**
MARANHÃO	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
PIAUÍ	26	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0	0	0	10	3	4	0
CEARÁ	51	6	4	1	0	0	0	0	1	0	5	1	3	1	0	0	22	1	21	3
RIO GRANDE DO NORTE	31	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	10	3	17	0
PARAÍBA	28	7	1	0	1	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	19	5	7	1
PERNAMBUCO	240	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	89	7	147	1
ALAGOAS	24	1	7	0	1	0	0	0	0	0	8	0	1	0	4	0	5	0	6	1
SERGIPE	26	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	19	0	5	0
BAHIA	245	30	45	12	5	1	3	0	1	0	54	13	42	4	2	1	69	11	78	1
SUDESTE	**1.509**	**187**	**20**	**4**	**43**	**8**	**32**	**7**	**43**	**5**	**138**	**24**	**121**	**11**	**5**	**3**	**770**	**127**	**475**	**22**
MINAS GERAIS	329	31	3	0	8	0	0	0	2	0	13	0	30	2	1	0	166	26	119	3
ESPÍRITO SANTO	82	8	0	0	2	0	0	0	1	1	3	1	0	0	0	0	58	4	21	3
RIO DE JANEIRO	167	18	2	0	7	1	7	0	16	1	32	2	30	5	0	0	63	10	42	1
SÃO PAULO	931	130	15	4	26	7	25	7	24	3	90	21	61	4	4	3	483	87	293	15
SUL	**799**	**105**	**12**	**2**	**20**	**3**	**10**	**0**	**10**	**0**	**52**	**5**	**128**	**10**	**4**	**1**	**468**	**87**	**147**	**2**
PARANÁ	515	71	5	2	7	2	8	0	6	0	26	4	115	8	3	1	248	57	123	1
SANTA CATARINA	75	11	6	0	10	1	1	0	2	0	19	1	4	2	0	0	41	7	11	1
RIO GRANDE DO SUL	209	23	1	0	3	0	1	0	2	0	7	0	9	0	1	0	179	23	13	0
CENTRO OESTE	**1.019**	**102**	**97**	**14**	**18**	**2**	**2**	**1**	**4**	**0**	**121**	**17**	**262**	**14**	**0**	**0**	**269**	**52**	**367**	**19**
MATO GROSSO DO SUL	111	10	3	0	4	1	1	0	2	0	10	1	34	0	0	0	55	8	12	1
MATO GROSSO	51	8	0	0	2	0	1	1	1	0	4	1	1	0	0	0	12	3	34	4
GOIÁS	611	76	88	13	6	1	0	0	0	0	94	14	114	12	0	0	140	36	263	14
DISTRITO FEDERAL	246	8	6	1	6	0	0	0	1	0	13	1	113	2	0	0	62	5	58	0
BRASIL	**4.273**	**477**	**190**	**33**	**93**	**15**	**47**	**8**	**61**	**6**	**391**	**62**	**604**	**41**	**15**	**5**	**1.922**	**317**	**1.341**	**52**
Outro País	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**
TOTAL	**4.275**	**477**	**190**	**33**	**93**	**15**	**47**	**8**	**62**	**6**	**392**	**62**	**604**	**41**	**15**	**5**	**1.923**	**317**	**1.341**	**52**

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 16/4/2018, sujeitos a alteração.

OBS: Os estados que não possuem notificações não aparecem na tabela.

INFLUENZA

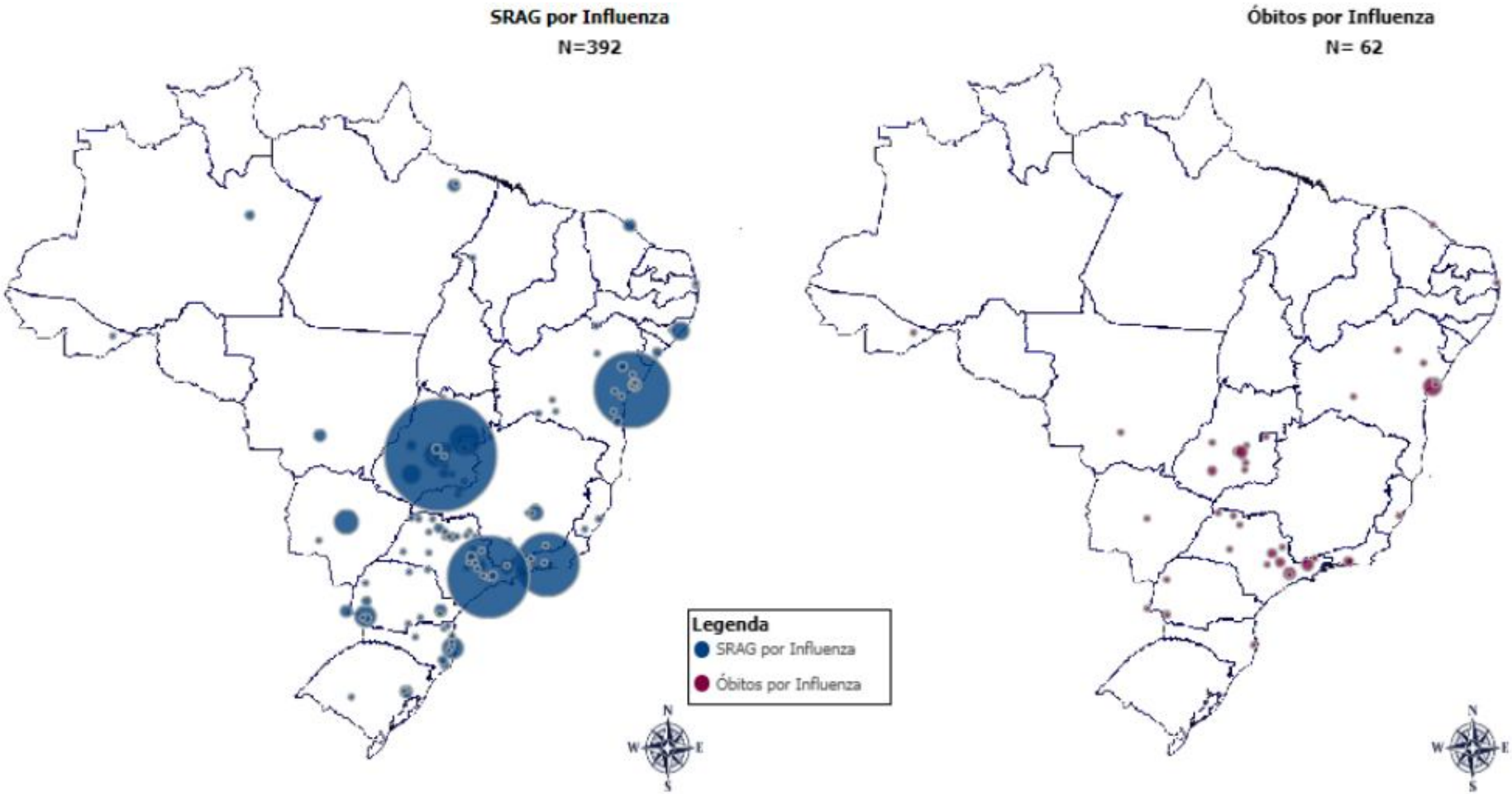
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 15.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 16/4/2018, 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 15.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 16/4/2018, sujeitos a alteração.
* O círculo é proporcional ao número de casos e óbitos.

EVENTOS INTERNACIONAIS

Semanas Epidemiológicas 15 e 16/2018

(08/04/2018 a 21/04/2018)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CIEVS

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

FEBRE DE LASSA

Local de ocorrência: Nigéria
Data da informação: 20/04/2018
Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

De 1º de janeiro até 15 de abril de 2018, 1.849 casos suspeitos foram notificados em 21 estados (Abia, Adamawa, Anambra, Bauchi, Benue, Delta, Ebonyi, Edo, Ekiti, Território da Capital Federal, Gombe, Imo, Kaduna, Kogi , Lagos, Nasarawa, Ondo, Osun, Planalto, Rios e Taraba). Destes, 413 pacientes foram confirmados com febre de Lassa, 9 foram classificados como prováveis 1.422 negativos e foram classificados como não-casos e para os 5 casos suspeitos restantes os resultados laboratoriais estão pendentes.

Entre os 413 casos confirmados e os 9 prováveis casos de febre de Lassa, foram registrados 114 óbitos (taxa de casos fatais para casos confirmados é de 25,4% e para casos confirmados e prováveis combinados é de 27%).

Até 15 de abril de 2018, 27 profissionais de saúde em 7 estados (Abia, Benue, Ebonyi, Edo, Kogi, Nasarawa e Ondo) foram infectados desde 1º de janeiro de 2018, 8 dos quais morreram.

Desde o início do surto em janeiro de 2018 até a semana que terminou em 18 de fevereiro de 2018, o número de casos semanais de febre de Lassa aumentou de 10 para 70 casos. Do final de fevereiro ao início de março (2018), houve uma tendência decrescente no número semanal de casos de febre de Lassa com menos de 20 casos relatados a cada semana em março e apenas 5 novos casos relatados na semana que termina em 15 de abril de 2018.

Os centros de gerenciamento de casos de febre de Lassa estão operacionais em três estados (Estados de Ebonyi, Edo e Ondo). Os profissionais de saúde que trabalham nesses centros são treinados em prevenção e controle de infecção padrão (IPC), bem como no uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e gerenciamento de casos. Além disso, os casos e mortes suspeitos relatados em ambientes comunitários estão sendo ativamente investigados pelas equipes de campo e os contatos estão sendo acompanhados.

Fonte: google.com.br

Atualmente, três laboratórios em Abuja, Irrua e Lagos são operacionais e testam amostras para febre de Lassa por reação em cadeia da polimerase (PCR). A análise filogenética de 49 vírus detectados durante o surto de 2018, fornecida por meio de colaborações contínuas entre o Hospital Especializado em Irrua, o Instituto Bernhard Nocht de Medicina Tropical, o Centro Africano de Excelência em Genômica de Doenças Infecciosas (ACEGID) e a Universidade do Redentor, demonstrou evidências de múltiplos, introduções independentes de diferentes vírus e vírus semelhantes às linhagens previamente circulantes identificadas na Nigéria. Isso é indicativo de que o principal modo de transmissão é através do transbordamento da população de roedores e da limitada transmissão humano para humano.

A OMS continua apoiando diretamente a resposta ao surto e coordena a assistência internacional através da Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos (GOARN), principalmente nos domínios de vigilância aprimorada e investigação de casos, rastreamento de contatos, fortalecimento da capacidade de diagnóstico, gerenciamento de casos, IPC e risco comunicação.

Além disso, a OMS continua a trabalhar na padronização das diretrizes de tratamento em todos os centros de tratamento e na padronização do relatório e da investigação laboratorial.

A febre de Lassa é endêmica nos países da África Ocidental: Gana, Guiné, Mali, Benin, Libéria, Serra Leoa, Togo e Nigéria.

DIFTERIA

Local de ocorrência: Américas
Data da informação: 16/04/2018
Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

Em 2017, quatro países da Região das Américas - Brasil, República Dominicana, Haiti e República Bolivariana da Venezuela - relataram casos confirmados de difteria. Em 2018 até a semana epidemiológica (SE) 14 de 2018, quatro países da Região - Brasil, Colômbia, Haiti, e Venezuela - relataram casos suspeitos e confirmados de difteria.

Segue-se um resumo da situação em cada país com suspeitas e casos confirmados em 2018.

No Brasil, em 2017, foram notificados 42 casos suspeitos em 14 estados. Dos casos relatados, 5 foram confirmados em quatro estados: Acre (1), Minas Gerais (2), Roraima (1 caso fatal, importado de Venezuela) e São Paulo (1). Os restantes 37 casos foram descartados. Três dos cinco casos confirmados (2 em Minas Gerais e 1 em São Paulo) receberam a vacinação completa. Os casos confirmados variam de 4 a 66 anos de idade (mediana de 19 anos), e quatro são masculinos e um é feminino. Adicionalmente, SE 14 de 2018, 6 casos suspeitos foram relatados em 6 estados; uma reportada no estado de Roraima (importada da Venezuela) está atualmente sob investigação. Até a SE 14, nenhum foi confirmado.

Na Colômbia, na SE 7 de 2018, um caso fatal confirmado de difteria importada da Venezuela foi relatado no Departamento de La Guajira. O caso é um cidadão venezuelano de 3 anos com história de vacinação desconhecida. O início dos sintomas foi em 2 de janeiro de 2018 e em 8 de janeiro veio à óbito. O caso foi confirmado laboratorialmente com base em dados clínicos, epidemiológicos e critérios laboratoriais (bacilos Gram-positivos e RT-PCR positivos para Corynebacterium diphtheriae sem identificação de biótipo ou toxina positiva).

No Haiti, desde o início do surto no final de 2014 até SE 6 de 2018, foram registrados 410 casos prováveis de difteria, incluindo 75 mortes.

As taxas foram de 22,3% em 2015, 27% em 2016 e 10,7% em 2017 e 2018. Durante as quatro primeiras semanas epidemiológicas de 2018, 2 a 5 casos prováveis por SE foram relatados.

As mulheres representaram 57% do total de casos prováveis em 2015, 50% em 2016, 60% em 2017 e 47% em 2018. Com relação à cobertura vacinal, entre 2015 e 2018 os casos não vacinados representaram 17% (2018) a 38% (2015) do total de casos. Crianças menores de 10 anos de idade representaram 64% dos casos prováveis notificados entre 2017 e 4 de 2018.

Desde o início do surto, os departamentos que reportaram o maior número de casos prováveis são Artibonite, Center e Ouest.

Na Venezuela, o surto de difteria que começou em julho de 2016 continua ativo. Desde o início do surto até SE 10 de 2018, um total de 1.602 casos suspeitos de difteria foram 324 casos em 2016, 1.040 em 2017 e 238 em 2018, dos quais 976 foram confirmados por laboratório (314) ou de ligação epidemiológica (662), e 142 morreram (17 em 2016, 103 em 2017, e 22 em 2018). A taxa de letalidade acumulada é de 14,5%.

SARAMPO

Local de ocorrência: Colômbia
Data da informação: 15/04/2018
Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

O Instituto Nacional de Saúde (INS) da Colômbia confirmou neste domingo que em seis departamentos do país foram detectados nove casos de sarampo importados da Venezuela.

No município de San Onofre, localizado no departamento caribenho de Sucre, foram encontrados os três casos mais recentes, sendo um deles o único detectado em uma pessoa maior de idade, correspondendo a um homem de 22 anos.

O INS avançou neste sábado um dia de treinamento na localidade "para melhorar as capacidades para enfrentar o sarampo em Sucre", disse a entidade no Twitter.

Além de Sucre, o sarampo do país vizinho foi estendido para o departamento de Norte de Santander (2), na fronteira com a Venezuela, e para as cidades de Medellín (1), Santa Rosa de Cabal (1), Cartagena (1) e Arjona (1).

Segundo o governo, a Colômbia registrou o último surto de sarampo em Barranquilla em 2011.

Fonte: google.com.br

DENGUE

Local de ocorrência: França - Réunion
Data da informação: 20/04/2018
Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

Desde o início de 2018, a ilha Reunião, um departamento francês no Oceano Índico, registrou um aumento significativo de casos de dengue.

As autoridades relataram 1.388 casos na ilha desde o início de 2018 até 15 de abril de 2018. De todos os casos notificados, 396 notificadas entre 9 e 15 de abril de 2018. As principais áreas afetadas são na parte ocidental da ilha. O mais prevalente é o sorotipo é DENV-2.

O principal vetor de infecção implicado no surto é o Aedes albopictus.

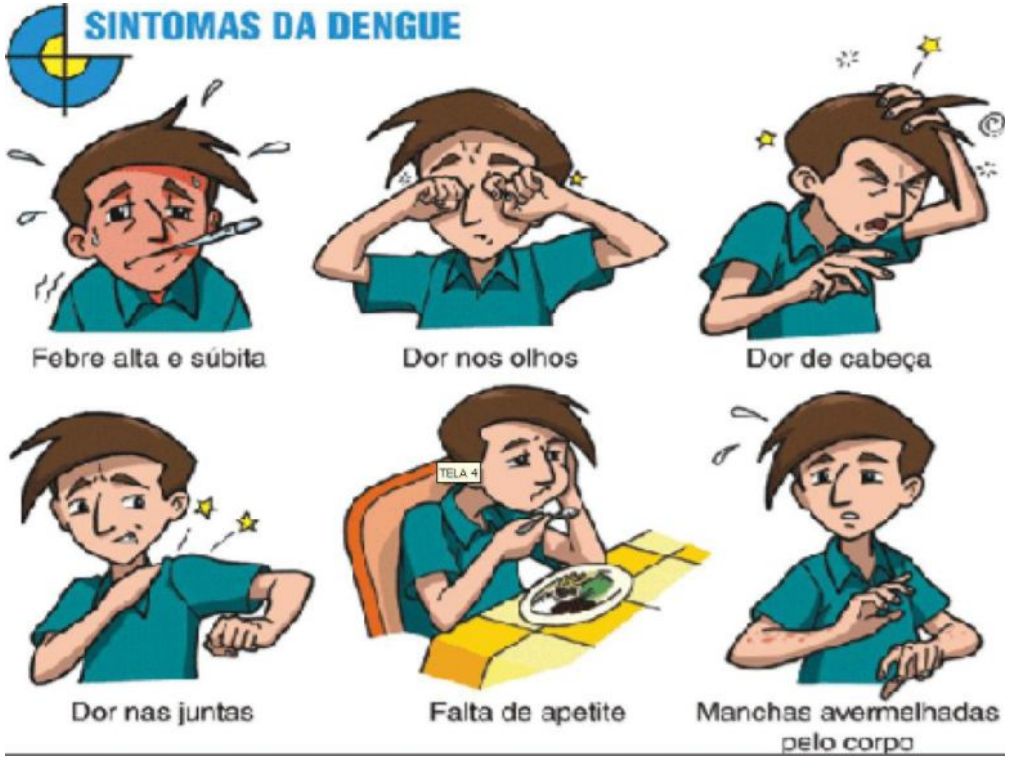
Em 27 de março de 2018, as autoridades decidiram aumentar o nível do plano de emergência ORSEC para 3. Este plano inclui:

- descoberta ativa de casos;
- intensificação do controle vetorial;
- reforço da comunicação ao público e aos profissionais de saúde;
- mobilização de recursos adicionais, como os bombeiros.

O surto atual é um evento significativo porque o número de casos já excede o número anual de casos relatados desde 2010. Esta epidemia pode continuar e se intensificar nas próximas semanas. Baseado em surtos anteriores do mosquito Aedes na ilha, espera-se uma transmissão posterior até o início do inverno austral (com duração de julho a setembro), quando a temperatura será menor. As atividades de controle estão atualmente em vigor e incluem controle de vetor reforçado ativo, vigilância, medidas de segurança do sangue e mobilização social.

Espera-se que as condições ambientais na Europa se tornem mais favoráveis ao crescimento das populações de mosquitos nas próximas semanas, alcançando uma alta abundância de vetores no verão e outono. Antes desta alta temporada de atividade, há uma baixa probabilidade de transmissão autóctone sustentada do vírus da dengue na Europa continental associada à introdução do vírus, devolvendo viajantes da Reunião ou de outras regiões do mundo com transmissão DENV.

O CEPCD acompanha de perto a situação e produz uma avaliação rápida dos riscos intitulada "Dengue outbreak in Réunion, France", publicado em 16 de abril de 2018. O ECDC reporta surtos mensais de dengue detectados através de informações epidemiológicas.



Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Europa

Data da informação: 20/04/2018

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

COMENTÁRIOS:

O panorama da temporada para o período 2017-2018 mostra que a gripe tem circulado amplamente na região desde a semana 52-2017, com base nas taxas de positividade entre os espécimes sentinela. Isso é mais longo do que nas últimas temporadas anteriores e pode contribuir para a severidade desta temporada.

Para a região em geral, a maioria dos vírus da influenza detectados foi do tipo B, que é um alto nível de circulação do vírus da gripe B em comparação com as estações recentes. Os vírus de linhagem B / Yamagata superaram em muito os da linhagem B / Victoria.

Diferentes padrões de tipo dominante e subtipos A foram observados entre os países da região. Vírus da influenza A são agora dominante em vários países da Europa Oriental.

Das detecções de vírus tipo A de fontes sentinelas, a maioria dos quais foram subtipadas, os vírus A (H1N1) pdm09 superaram em número o vírus A (H3N2). Em fontes não-sentinelas, mais vírus A (H3N2) do que vírus A (H1N1) pdm09 foram relatados.

A maioria dos casos graves relatados nesta temporada são devidos à gripe tipo B e ocorreram principalmente em pessoas acima de 15 anos de idade. A mortalidade de todas as causas com base em dados agrupados de 19 países e regiões da União Europeia que reportaram à EuroMOMO permaneceu elevada em alguns países.

Resultados provisórios de cinco estudos europeus indicam uma eficácia da vacina de 25% a 52% contra qualquer tipo de influenza.

A atividade da gripe continua a ser relatada na Europa, pressionando os sistemas de saúde e chamando atenção nos meios de comunicação. O excesso de mortalidade no inverno está sendo relatado em vários países e está associado à circulação de A (H3N2). A vacinação para idosos, pessoas com doenças crônicas e profissionais de saúde devem ser continuadas e intensificadas em países que ainda não viram um pico sazonal. O tratamento antiviral deve ser recomendado para pessoas com alto risco de complicações da influenza, como pessoas com doenças respiratórias ou cardiovasculares crônicas subjacentes e pessoas com sintomas graves ou rapidamente progressivos. A profilaxia antiviral deve ser considerada durante as fases iniciais dos surtos em locais fechados, como lares de idosos. Medidas de distanciamento interpessoal também podem fornecer proteção para bebês, idosos e pessoas com saúde debilitada.

Ações

O ECDC monitoriza a atividade da gripe na Europa durante a época de Inverno e publica o seu relatório semanal sobre a Flu News Europe local na rede Internet. A avaliação dos riscos do ECDC para a temporada de 2017-2018 está disponível no site do ECDC. Recomendações sobre a composição da vacina contra o vírus influenza 2017-2018 estão disponíveis no site da OMS.

CANDIDA AURIS

Local de ocorrência: Inglaterra

Data da informação: 21/04/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

Surtos do patógeno fúngico *Candida auris* em ambientes de saúde, particularmente em unidades de terapia intensiva (UTIs), podem estar ligados a equipamentos multiuso, como termômetros, de acordo com pesquisa apresentada no 28º Congresso Europeu de Microbiologia Clínica e Doenças Infecciosas (ECCMID) [Madri, Espanha, 21-24 de abril de 2018].

Os pesquisadores examinaram um dos maiores surtos do emergente agente patogênico fúngico resistente a medicamentos *C. auris* até à data. O surto ocorreu na Unidade de Terapia Intensiva de Neurociências dos Hospitais da Universidade de Oxford (NCHU) [Hospital John Radcliffe, Headington, Oxfordshire] no Reino Unido. Ao investigar a possível fonte do surto, os pesquisadores descobriram que uma das principais fontes de disseminação do fungo era o equipamento de monitoramento de pacientes multiuso, como os termômetros axilares, usados para medir a temperatura na axila. Esses termômetros foram usados em 57 dos 66 pacientes, ou 86%, que haviam sido internados na UTI antes de serem diagnosticados com *C. auris.* O uso desses termômetros ainda era um forte fator de risco para ter *C. auris* depois que a equipe de pesquisa controlou outros fatores, como por quanto tempo um paciente permaneceu na UTI, quão doente o paciente estava e seus exames de sangue.

O autor David Eyre, do Departamento de Medicina de Nuffield da Universidade de Oxford, disse: "Apesar de um pacote de intervenções de controle de infecção, o surto só foi controlado após a retirada das sondas de temperatura".

Entre 2 de fevereiro de 2015 e 31 de agosto de 2017, os pesquisadores analisaram 70 pacientes que foram colonizados com *C. auris*, significando que eles tinham o fungo, mas não mostraram sinais de doença, ou infectados, o que significa que eles mostraram sintomas. 66 pacientes, ou 94 por cento, foram internados na UTI antes de serem diagnosticados. 7 pacientes desenvolveram infecções invasivas, mas nenhum morreu diretamente como resultado de uma infecção por *C. auris*. A maioria dos pacientes foi colonizada por um a dois meses. Não houve provas de que *C. auris* foi associado ao aumento das taxas de morte ao ajustar a idade, o sexo e a razão pela qual o paciente havia sido originalmente internado na enfermaria.

C. auris é um agente patogênico fúngico emergente, o que significa que sua presença está crescendo na população e pode ser responsável por infecções em feridas e na corrente sanguínea. As razões para propagação *C. auris* não é bem compreendida, mas este estudo oferece esperança de controlar a ascensão do fungo. Os pesquisadores descobriram que o fungo testado era resistente a tratamentos comuns. *C. auris* é tipicamente resistente a muitas das drogas antifúngicas disponíveis, incluindo em Oxford para fluconazol e drogas relacionadas, bem como, ocasionalmente, anfotericina. *C. auris* raramente foi detectado no ambiente geral da enfermaria. No entanto, os pesquisadores conseguiram obter amostras de cultura do equipamento médico e vê-lo na superfície de sondas de temperatura usando um microscópio eletrônico de varredura.

Eles foram capazes de analisar a informação genética das amostras fúngicas e determinar que os fungos encontrados no equipamento correspondiam aos das amostras dos pacientes. Parece que esses fungos conseguiram sobreviver no equipamento hospitalar, apesar dos padrões de higiene estabelecidos.

"Isso reforça a necessidade de investigar cuidadosamente o meio ambiente e, em particular, o equipamento multiuso do paciente, em qualquer surto associado à saúde inexplicado", concluiu Eyre. A equipe controlou com sucesso o surto.

HANTAVIROSE

Local de ocorrência: Estados Unidos
Data da informação: 20/04/2018
Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

ALBUQUERQUE, N.M. (KRQE) - Ainda não está claro como uma jovem mãe de Albuquerque contraiu hantavírus, mas as autoridades de saúde estão alertando que na primavera os casos aumentam.

Kiley Lane, 27 anos, foi diagnosticada em fevereiro. Ela morreu esta semana, apesar do longo tratamento.

O hantavírus é transmitido através da exposição aos excrementos e urina de certos roedores infectados. Os mais comuns no Novo México são os ratos veados, que têm uma barriga branca.

No entanto, o CDC diz que o rato branco encontrado na maior parte do Novo México e o rato do algodão também pode transportar o vírus.

A família de Lane diz que eles não têm ideia de como a jovem mãe contraiu o vírus.

Pesquisadores dizem que não é preciso muito para ser infectado.

"Às vezes os pacientes contraem hantavírus e não reconhecem a exposição dos roedores, então eles podem não ter visto excrementos de ratos ou visto os ratos", disse Michelle Harkins, do Hospital UNM. "É possível entrar em uma área, varrer e limpar e não reconhecer que foi exposto ao vírus."

Pesquisadores também disseram que as pessoas podem ser infectadas através de uma mordida do roedor, mas isso é muito raro.

Os casos geralmente surgem na primavera, provavelmente porque os roedores se tornam mais ativos nesta época do ano.

Os sintomas são semelhantes aos da gripe.

Fonte: google.com.br

BOTULISMO

Local de ocorrência: Estados Unidos
Data da informação: 20/04/2018
Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

O departamento de saúde pública do Condado de San Diego, emitiu um alarme informando uma morte e 6 casos de botulismo de feridas, em apenas um mês, entre os usuários de heroína negra da região.

De acordo com a última atualização da Agência de Saúde e Serviços Humanos do condado, divulgada sexta-feira à tarde, 20 de abril de 2018, um homem de 67 anos morreu recentemente, apesar de ter sido tratado com antitoxina após ter sido hospitalizado com sintomas de botulismo, que podem variar de visão dupla e fala arrastada para pálpebras caídas e dificuldade para engolir.

Dr. Sayone Thihalolipavan, vice-oficial de saúde pública do condado, disse que é a maior concentração de casos de botulismo de feridas já registrados no condado de San Diego e parece ser a 1ª morte local causada pela doença, estimulando maior vigilância nas salas de emergência locais, intensivos enfermarias e centros de tratamento de drogas.

"É definitivamente muito preocupante porque não temos visto muitos casos antes, não estamos cientes de casos semelhantes em municípios vizinhos, e já tivemos uma morte. É por isso que estamos tentando fazer de tudo para descobrir a fonte de infecção", disse Thihalolipavan. O médico acrescentou que parece ser a própria droga usada na rua a fonte da infecção. Investigadores suspeitam que há um suprimento de heroína de alcatrão na comunidade que está infectada com Clostridium botulinum, a bactéria que produz a poderosa neurotoxina que causa o botulismo de feridas.

É uma má notícia extra para uma comunidade de tratamento de drogas que já luta para responder não apenas à heroína do alcatrão negro contrabandeada através da fronteira com o México, mas também à tendência de criar heroína falsa misturando o potente analgésico fentanil com outros ingredientes projetados para imitar o alcatrão.

Jeanne McAlister, diretora executiva do McAlister Institute, um grande centro de tratamento de drogas e álcool em San Diego, disse que ela e seus funcionários notaram um aumento sustentado na disponibilidade de heroína do alcatrão nas ruas locais, à medida que o preço dos opiáceos aumenta, devido a uma ampla restrição à prescrição dessas substâncias.

"É mais barato e mais potente ao mesmo tempo, e é muito mais disponível, absolutamente", disse McAlister. "Só sei que, se quisesse, poderia sair na rua e em duas quadras poder comprar alguma coisa." Ela disse que o foco principal dos centros de tratamento é atualmente overdose. A idéia de que as drogas que as pessoas estão tomando podem estar contaminadas com bactérias mortais ainda não entrou na consciência pública. "Nós vamos ter que ficar de olho nisso, com certeza", disse McAlister. Se não for tratado, o botulismo da ferida causa paralisia progressiva, começando com a face e movendo-se em direção às pernas. As complicações mais graves ocorrem quando a toxina paralisa os músculos do tórax, causando insuficiência respiratória.

Sobre o motivo pelo qual San Diego está vendo um aumento nos casos de botulismo de ferida, enquanto outros condados do sul da Califórnia não estão, Thihalolipavan disse que os investigadores não encontraram uma resposta clara. Eles descobriram, no entanto, que aqueles que foram infectados não fizeram parte da mesma população de moradores de rua recentemente atingida pelo surto mortal da hepatite A na região. O fato de essas infecções estarem ocorrendo entre usuários de drogas dificulta o diagnóstico. Muitos dos sintomas do botulismo da ferida são semelhantes aos da overdose de heroína, e pode levar algum tempo para descobrir a verdadeira causa. "Mesmo que eles estejam buscando tratamento, os provedores podem não estar reconhecendo o que é", disse Thihalolipavan. "Os pacientes podem pensar que estão se sentindo fora de sintonia devido à droga em si e não percebem que a droga está realmente contaminada."

De acordo com o relatório de abuso de medicamentos de prescrição de San Diego de 2017, o vício em heroína é um motivo crescente listado para admissão em programas locais de tratamento de drogas. Em 2012, a heroína representou 23% de todas as admissões, mas esse número aumentou para 28% até 2016, o ano mais recente para o qual há registros disponíveis. Medicamentos analgésicos prescritos, em comparação, viram a tendência oposta ao longo do mesmo período. Em 2012, os analgésicos prescritos foram de 4,7 por cento das admissões em comparação com 4,1 por cento em 2016. De acordo com a pesquisa do grupo de trabalho, houve 45 mortes por overdose em 2016 entre usuários de opióides sem receita médica e 205 mortes por overdose de opiáceos prescritos.

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 17/04/2018
Origem da informação: *The Global Polio Erradication Initiative*

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 12ª reunião do Comitê de Emergência sob o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) , em 7 de fevereiro de 2017, concluiu que a poliomielite continua a constituir uma emergência de saúde pública de importância internacional (PHEIC). 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.

No Afeganistão, nenhum novo caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) foi confirmado esta semana. O número total de casos de WPV1 oficialmente registrados em 2018 é de sete.

No Paquistão, nenhum novo caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) foi confirmado esta semana. O número total de casos de WPV1 oficialmente registrados no Paquistão em 2018 é um deles.

Na Síria, nenhum novo caso de poliovírus tipo 2 derivado de vacina circulante (cVDPV2) foi relatado esta semana. O número total de casos de cVDPV2 oficialmente relatados na Síria em 2017 continua sendo 74. Não há casos relatados em 2018.

Na Nigéria, nenhum novo caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) foi relatado na semana passada. O número total de casos de WPV1 para 2016 é de quatro e nenhum caso foi relatado em 2017 ou 2018.

Na República Democrática do Congo (RD Congo), nenhum novo caso de poliovírus tipo 2 derivados da vacina (cVDPV2) foi relatado na semana passada na República Democrática do Congo (RDC).

O número total de casos de cVDPV2 comunicados oficialmente na RDC em 2018 permanece em três.

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

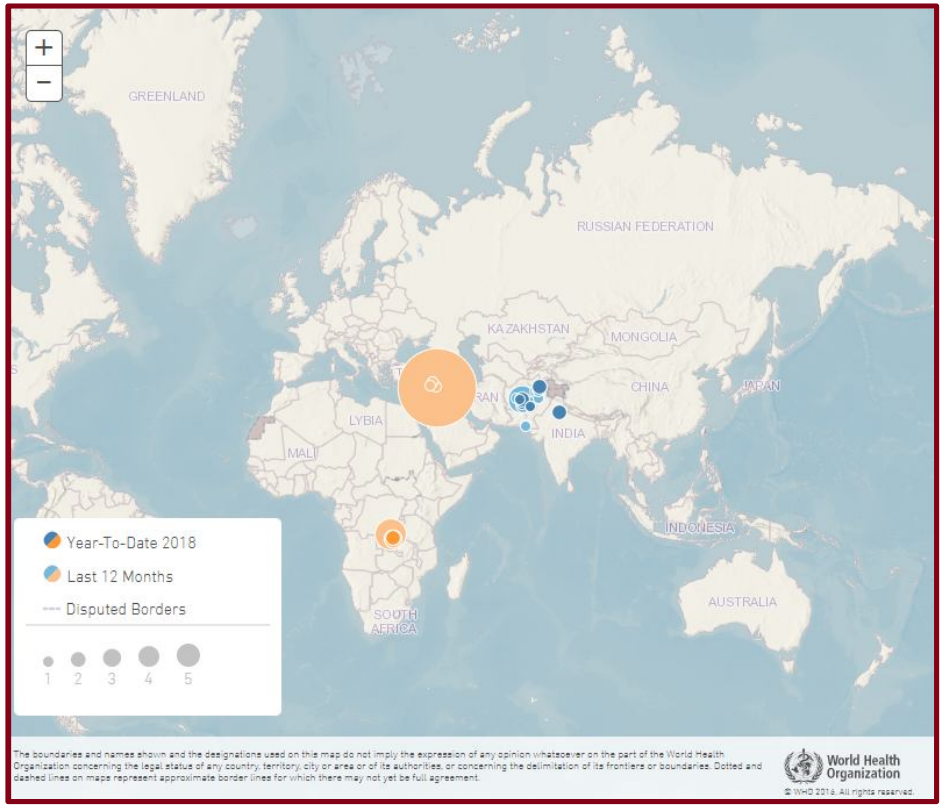
Total cases	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	7	3	5	0	22	96
- in endemic countries	7	0	5	0	22	0
- in non-endemic countries	0	3	0	0	0	96

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	6	0	3	0	14	0	02/Mar/18	NA
Paquistão	1	0	2	0	8	0	07/Mar/17	NA
República Democrática do Congo	0	3	0	0	0	22	NA	30/Jan/18
Síria	0	0	0	0	0	74	NA	20/Sep/17

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



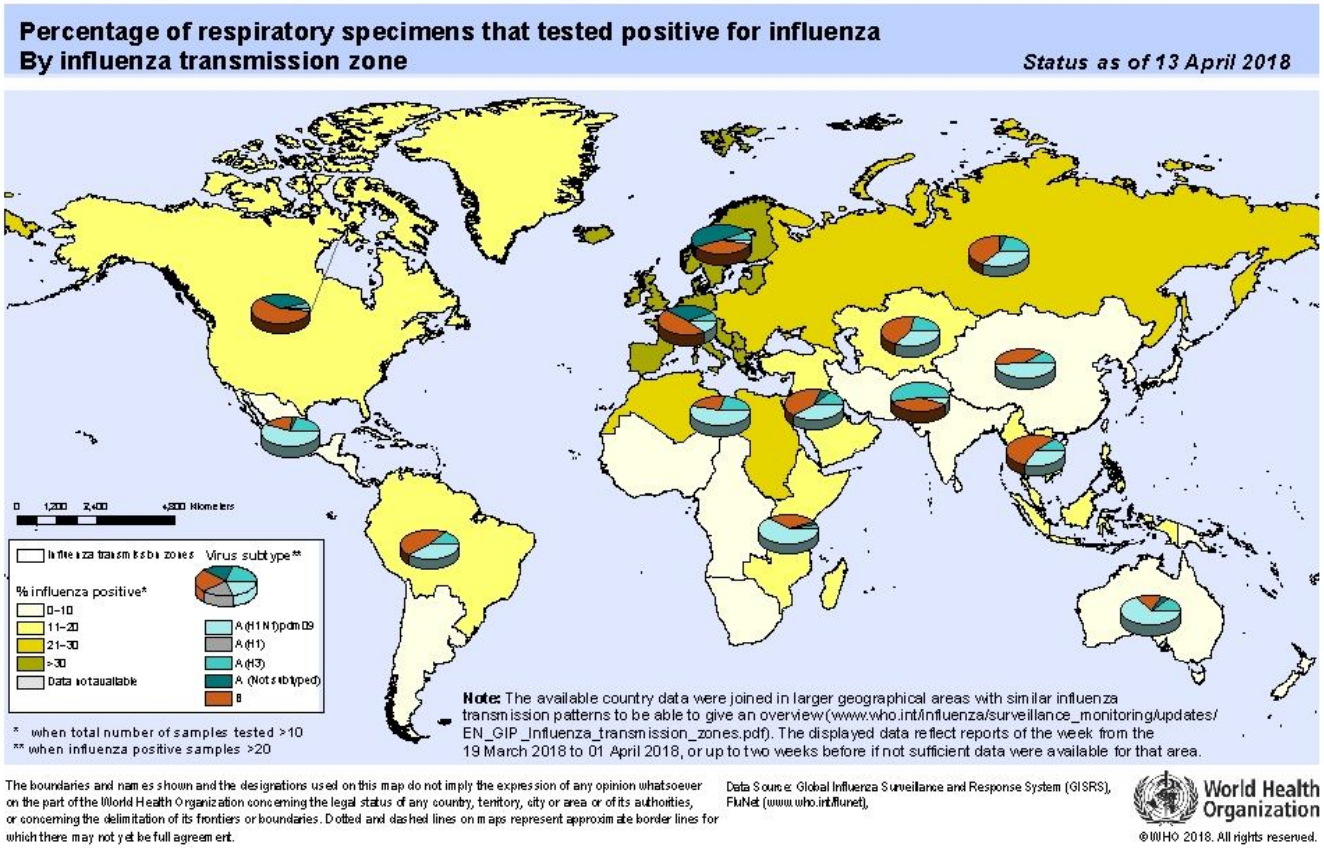
http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 16/04/2018
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde – OMS

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

A atividade da gripe pareceu diminuir na maioria dos países na zona temperada do hemisfério norte, com exceção da Europa Oriental, onde a atividade continuou a aumentar. Na zona temperada do hemisfério sul, a atividade da influenza permaneceu em níveis inter-sazonais. Em todo o mundo, a influenza A e a influenza B foram responsáveis por uma proporção similar de detecções de influenza. Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de gripe de 107 países, áreas ou territórios relataram dados à FluNet no período de 19 de março a 1º de abril de 2018 (dados de 2018-04-13 03:50:07 UTC). Os laboratórios WHO GISRS testaram mais de 171.054 espécimes durante esse período, 34.751 foram positivos para o vírus da gripe, dos quais 18.186 (52,3%) foram identificados como influenza A e 16.565 (47,7%) como influenza B. Dos vírus subtipados da gripe A, 4.763 (62,7%) eram influenza A (H1N1) pdm09 e 2.839 (37,3%) foram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 1.704 (91%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 169 (9%) à linhagem B-Victoria.



World Health Organization

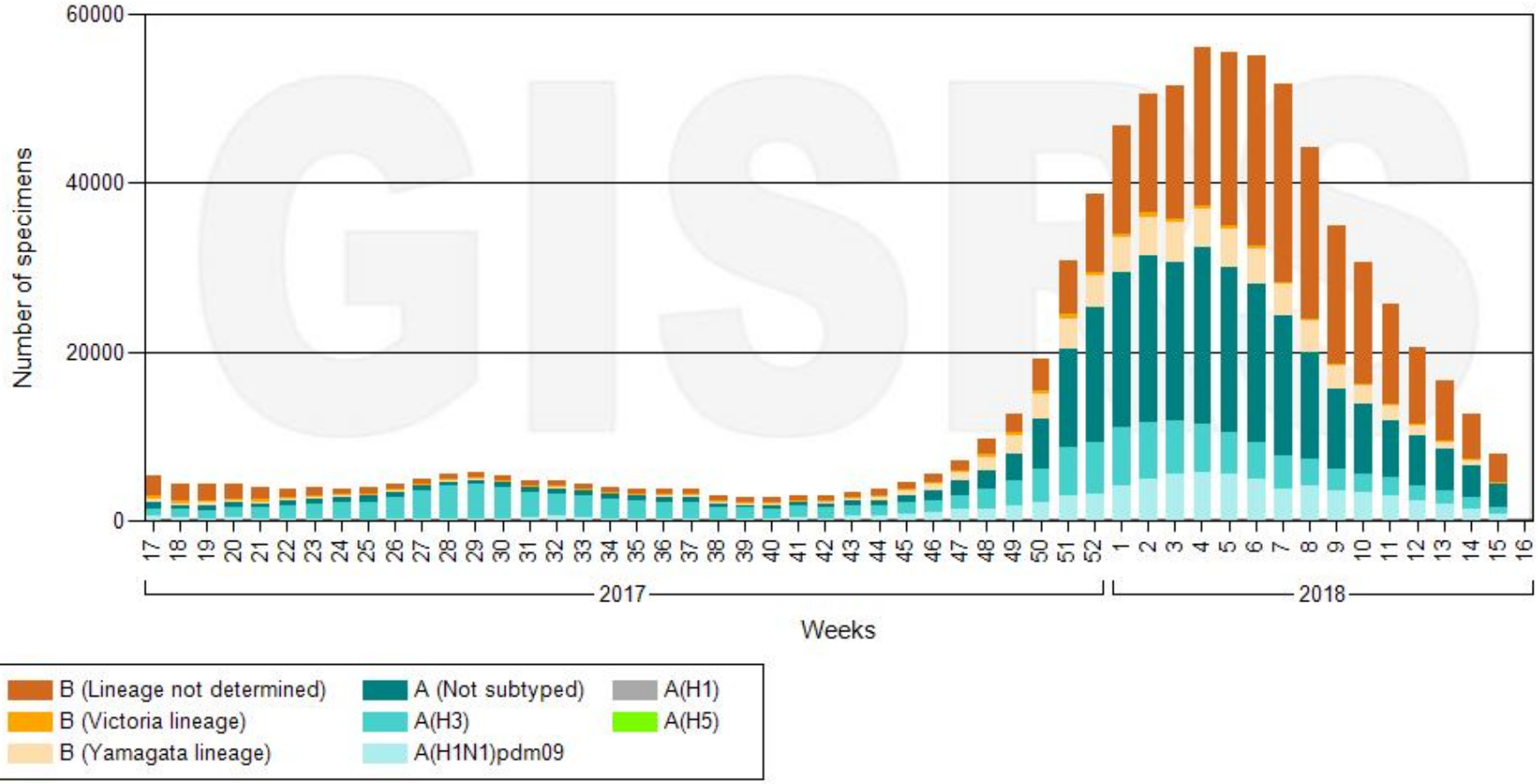
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 23/04/2018 17:47:51 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

World Health Organization

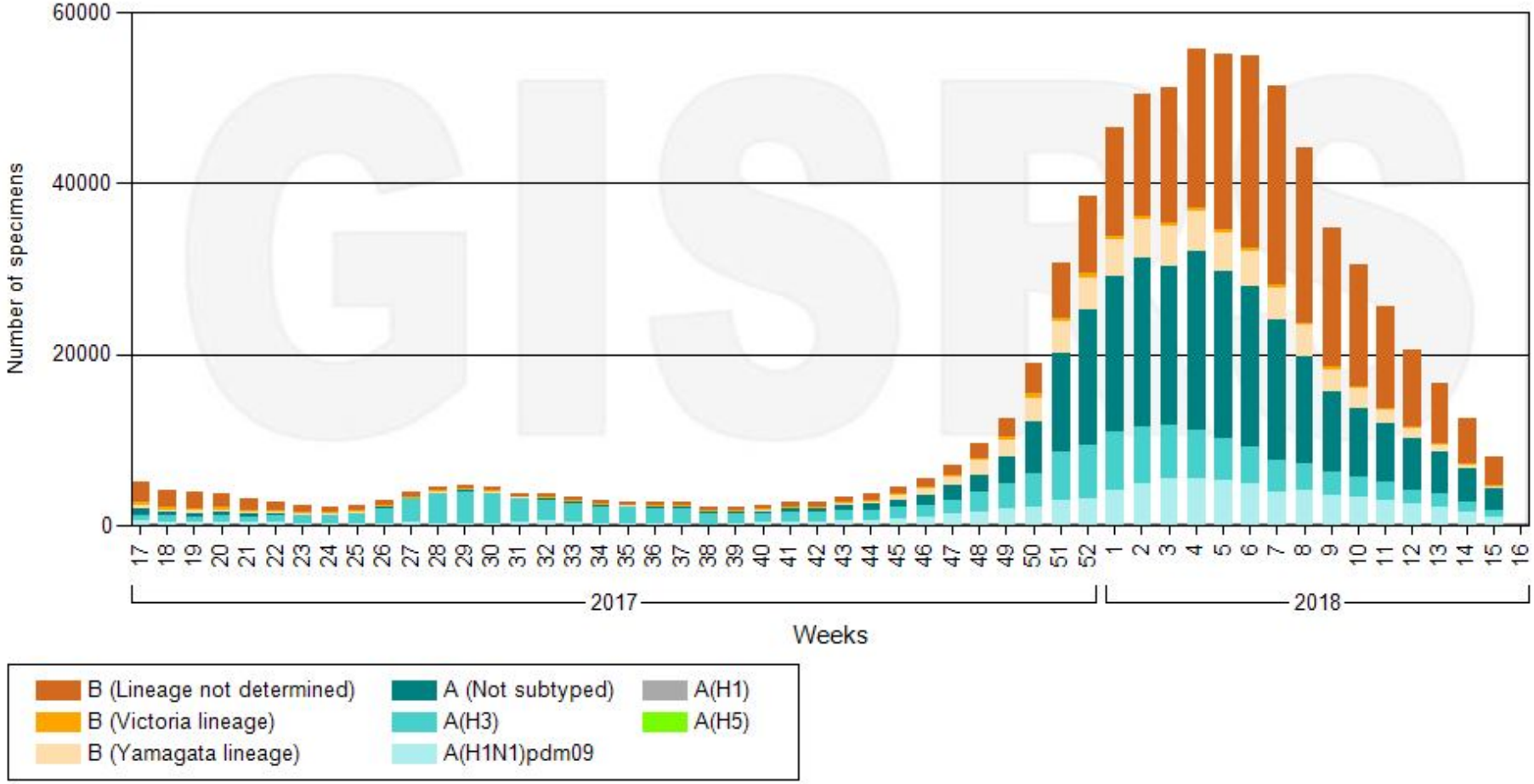
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 23/04/2018 17:48:45 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Northern hemishere

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

World Health Organization

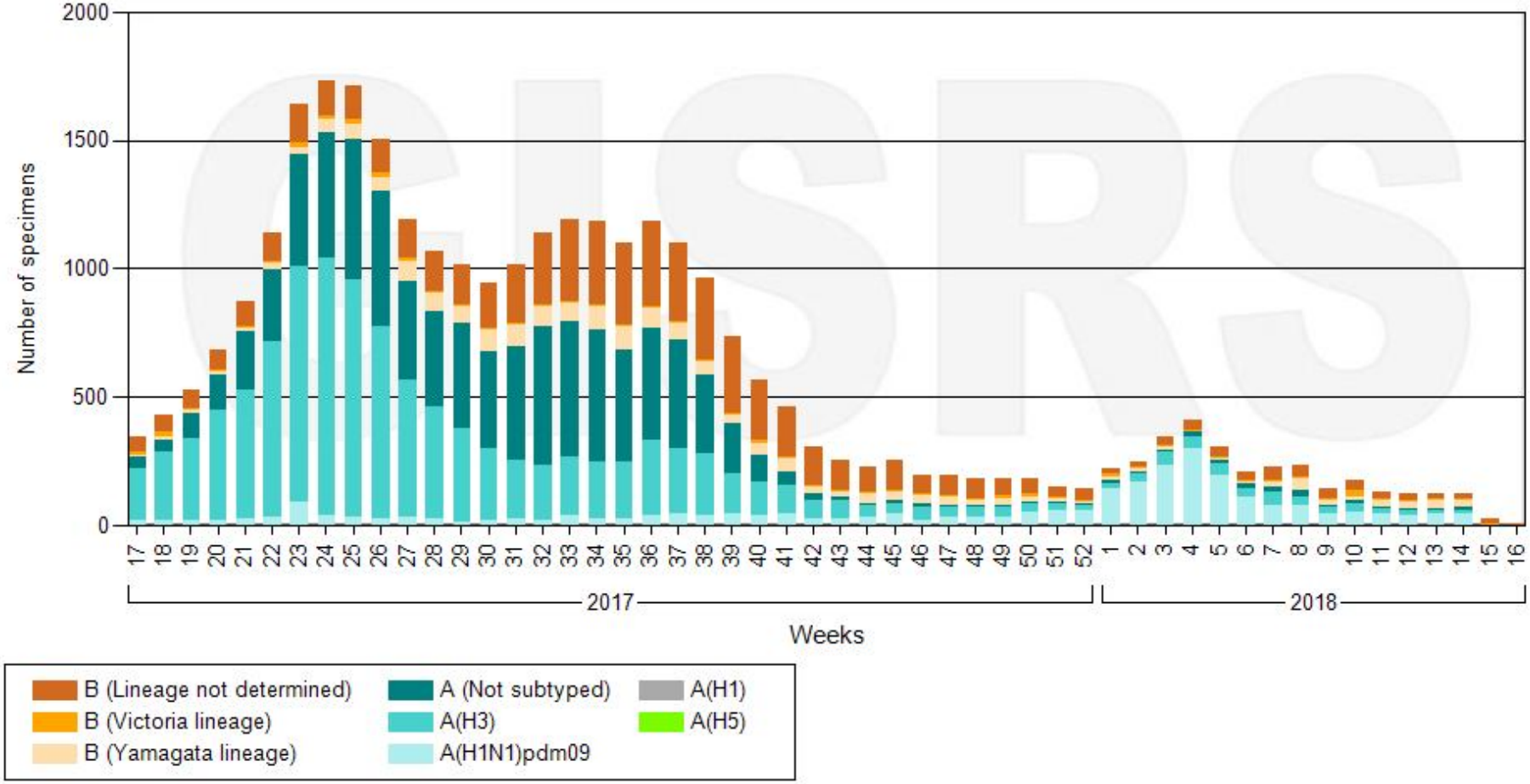
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 23/04/2018 17:49:44 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

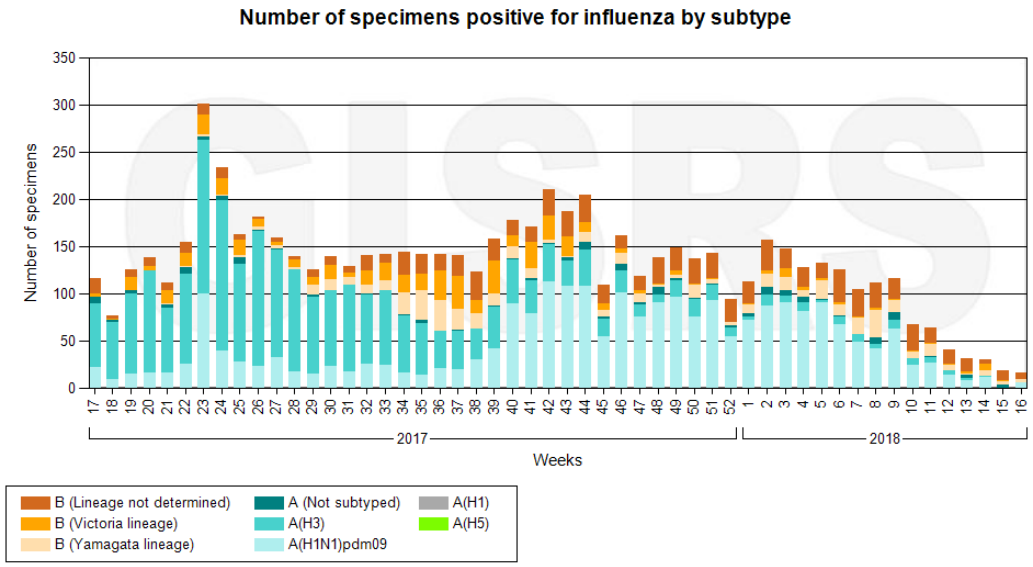
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 23/04/2018 17:51:12 UTC

World Health Organization

African Region of WHO



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

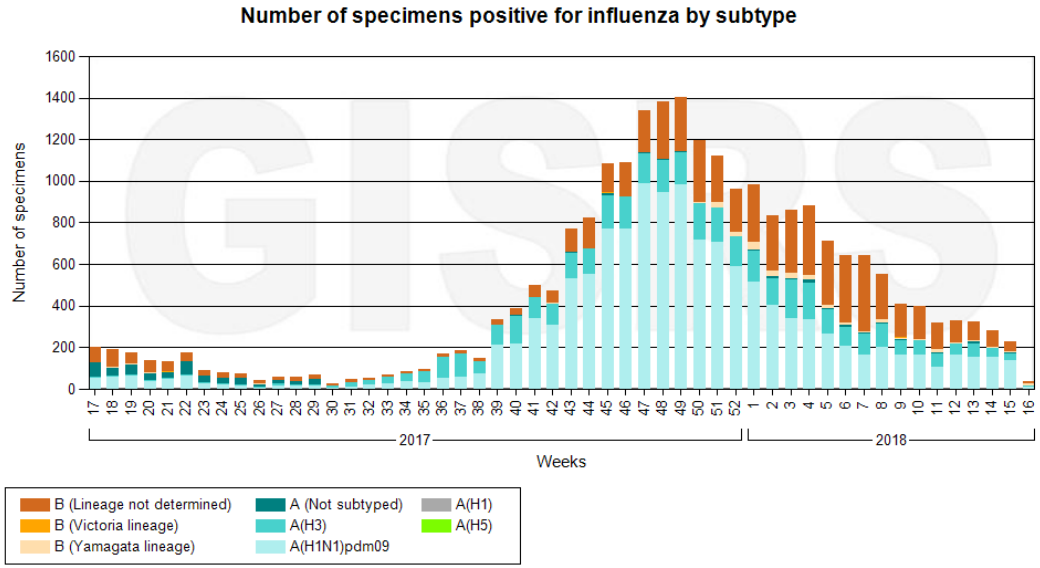
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 23/04/2018 17:52:13 UTC

Eastern Mediterranean Region of WHO



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

© World Health Organization 2018

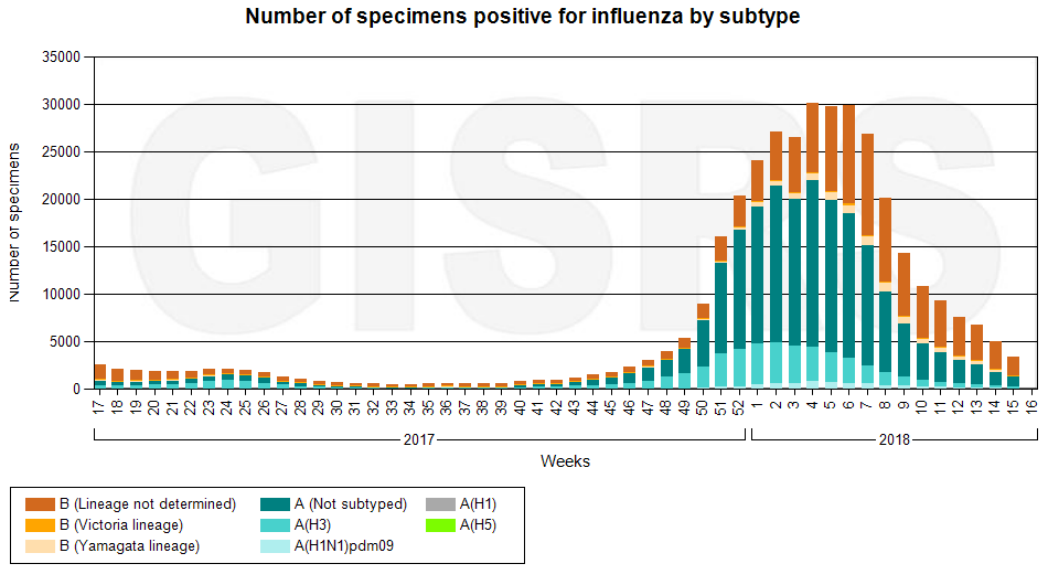
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 23/04/2018 17:53:06 UTC

World Health Organization

Region of the Americas of WHO



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

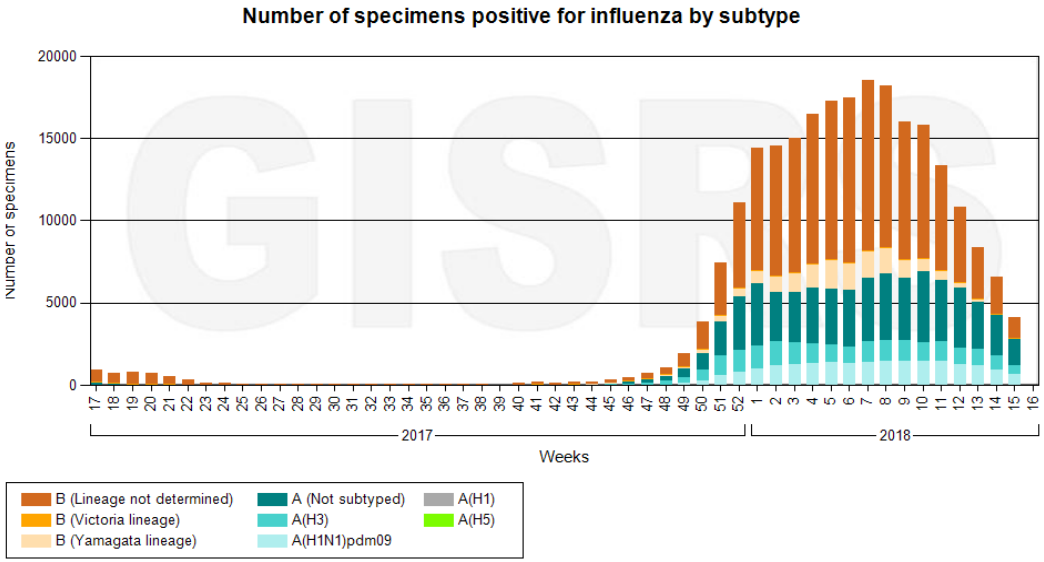
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 23/04/2018 17:54:00 UTC

European Region of WHO



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

© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

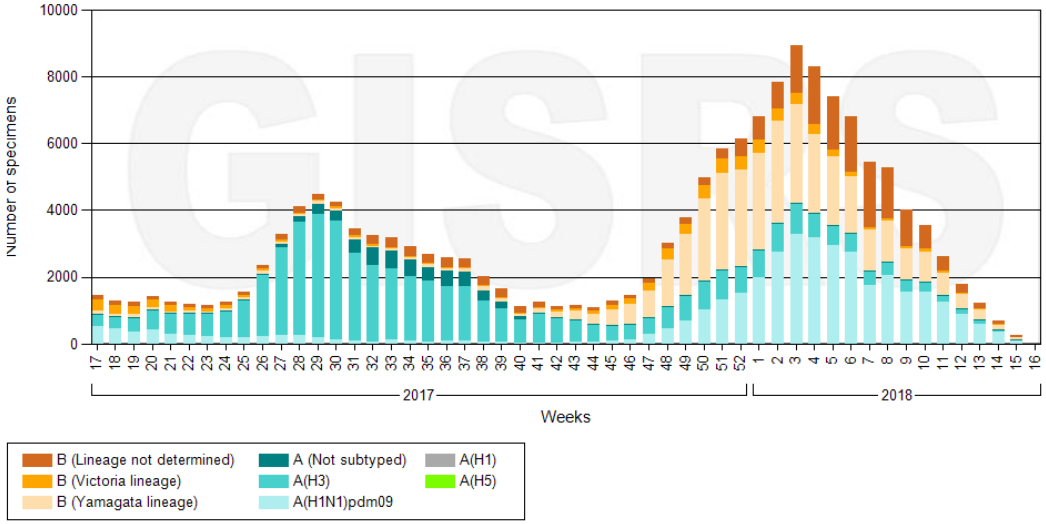
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 23/04/2018 17:55:00 UTC

World Health Organization

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

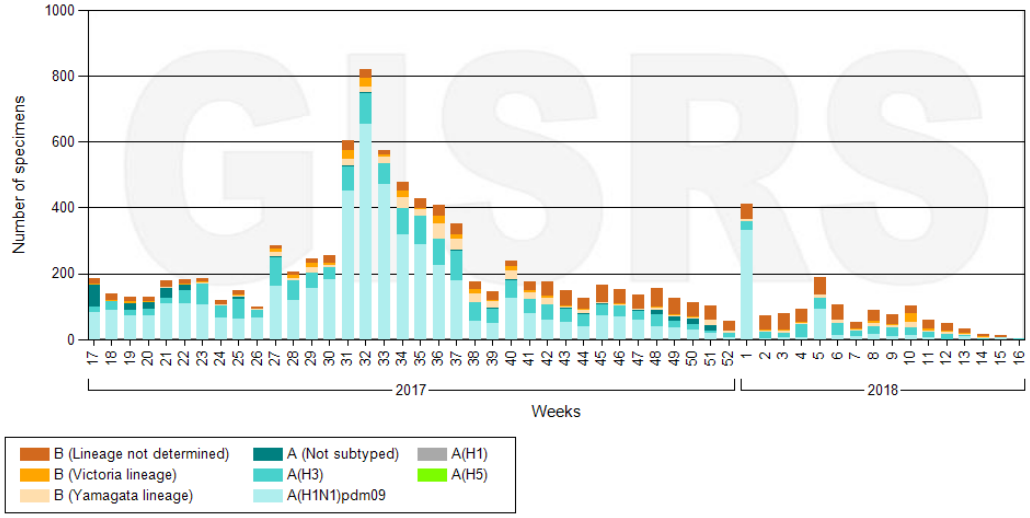
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 23/04/2018 17:55:53 UTC

South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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