



INFORME EPIDEMIOLÓGICO

CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 24/2018
(10/06/2018 a 16/06/2018)

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



EVENTOS ESTADUAIS

Semana Epidemiológica 24/2018

(10/06/2018 a 16/06/2018)

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2018

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

COMENTÁRIOS:

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

A Vigilância conta com uma rede de 47 unidades sentinelas (US), 23 US de Síndrome Gripal (SG) e 24 US de Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI, distribuídas em 14 Regionais de Saúde (RS) e 17 municípios do Paraná. A Vigilância Sentinela de SG monitora a doença por meio de amostragem (5 casos por semana em cada US), de casos com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse. As US de SRAG atendem todos os casos hospitalizados em UTI com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia.

Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas online SIVEP-Gripe (Sistema das Unidades Sentinelas) e SINAN Influenza Web (Sistema dos casos internados ou óbitos por SRAG). As amostras são coletadas e encaminhadas para análise no Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR).

As informações apresentadas neste informe referem-se ao período entre as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 23 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 até 09/06/2018.

Do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, foram confirmados para Influenza 12,0% (178/1.481), com predomínio do vírus Influenza A(H3) Sazonal. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 12,4%(24/194) foram confirmados para influenza, com predomínio de Influenza A(H3) Sazonal. A positividade para Influenza, outros vírus e outros agentes etiológicos entre as amostras processadas em US foi de 43,9% (945/2.153) para SG e de 45,4% (104/229) para SRAG em UTI.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 23 foram notificados 1.690 casos de SRAG em residentes no Paraná. Destes, 10,5% (178) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 201 óbitos notificados por SRAG, 11,9% (24) 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	178	10,5	24	11,9
Influenza A(H1N1)pdm09	64	36,0	7	29,2
Influenza A(H1) Sazonal	1	0,6	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	90	50,6	16	66,7
Influenza A não subtipado	12	6,7	1	4,2
Influenza B	11	6,2	0	0,0
SRAG não especificada	695	41,1	136	67,7
SRAG por outros vírus respiratórios	600	35,5	33	16,4
SRAG por outros agentes etiológicos	8	0,5	1	0,5
Em investigação	209	12,4	7	3,5
TOTAL	1.690	100	201	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 13/06/2018, dados sujeitos a alterações.

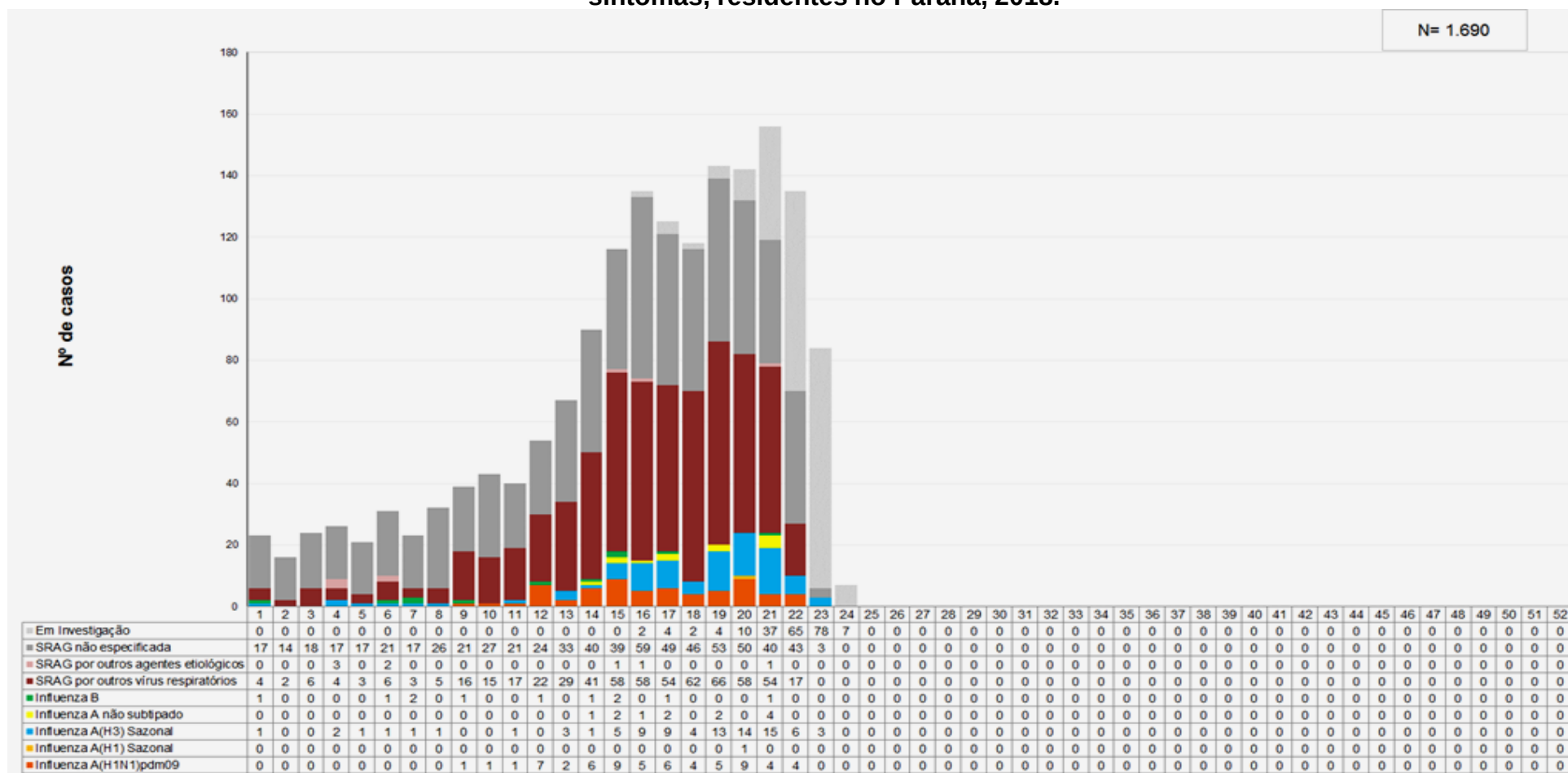
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2018

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

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 13/06/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2018

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	17	2	50	3	8	0	1	0	77	5
Almirante Tamandaré	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Araucária	1	0	5	0	0	0	0	0	6	0
Campo Largo	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Colombo	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Curitiba	12	1	37	3	6	0	1	0	56	4
Fazenda Rio Grande	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Itaperuçu	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0
Mandirituba	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pinhais	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Rio Branco do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
São José dos Pinhais	1	0	2	0	1	0	0	0	4	0
3. Reg. Saúde Ponta Grossa	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0
Castro	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Jaguariaíva	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
4. Reg. Saúde Irati	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0
Irati	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Rio Azul	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
5. Reg. Saúde Guarapuava	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Guarapuava	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
6. Reg. Saúde União da Vitória	0	0	1	1	0	0	2	0	3	1
São Mateus do Sul	0	0	1	1	0	0	1	0	2	1
União da Vitória	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
7. Reg. Saúde Pato Branco	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Coronel Vivida	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1
Pato Branco	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
8. Reg. Saúde Francisco Beltrão	22	3	3	0	0	0	1	0	26	3
Ampere	3	1	0	0	0	0	0	0	3	1
Bela Vista da Caroba	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Capanema	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Francisco Beltrão	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Marmeleiro	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pérola d'Oeste	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Planalto	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1
Santa Izabel d'Oeste	12	1	0	0	0	0	1	0	13	1
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	9	1	10	5	0	0	2	0	21	6
Foz do Iguaçu	9	1	7	3	0	0	2	0	18	4
Matelândia	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Santa Terezinha de Itaipu	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1
10. Reg. Saúde Cascavel	3	0	1	0	0	0	1	0	5	0
Cascavel	3	0	1	0	0	0	1	0	5	0

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
11. Reg. Saúde Campo Mourão	2	0	2	0	0	0	0	0	4	0
Arauna	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Mourão	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Goioerê	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Juranda	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12. Reg. Saúde Umuarama	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Cafezal do Sul	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Umuarama	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
15. Reg. Saúde Maringá	2	1	5	2	1	0	0	0	8	3
Astorga	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Colorado	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2
Maringá	1	0	3	0	0	0	0	0	4	0
Sarandi	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
16. Reg. Saúde Apucarana	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Apucarana	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Jandaia do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
17. Reg. Saúde Londrina	5	0	3	1	3	1	1	0	12	2
Cambé	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Ibiporã	0	0	1	1	0	0	1	0	2	1
Jaguapitã	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Londrina	2	0	1	0	2	1	0	0	5	1
Rolândia	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Sertãoópolis	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18. Reg. Saúde Cornélio Procopio	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Abatiá	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cornélio Procopio	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
19. Reg. Saúde Jacarezinho	1	0	4	0	0	0	1	0	6	0
Jacarezinho	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Santo Antônio da Platina	1	0	3	0	0	0	0	0	4	0
Siqueira Campos	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
20. Reg. Saúde Toledo	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Toledo	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Total	64	7	90	16	12	1	11	0	178	24

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 13/06/2018, dados sujeitos a alterações.

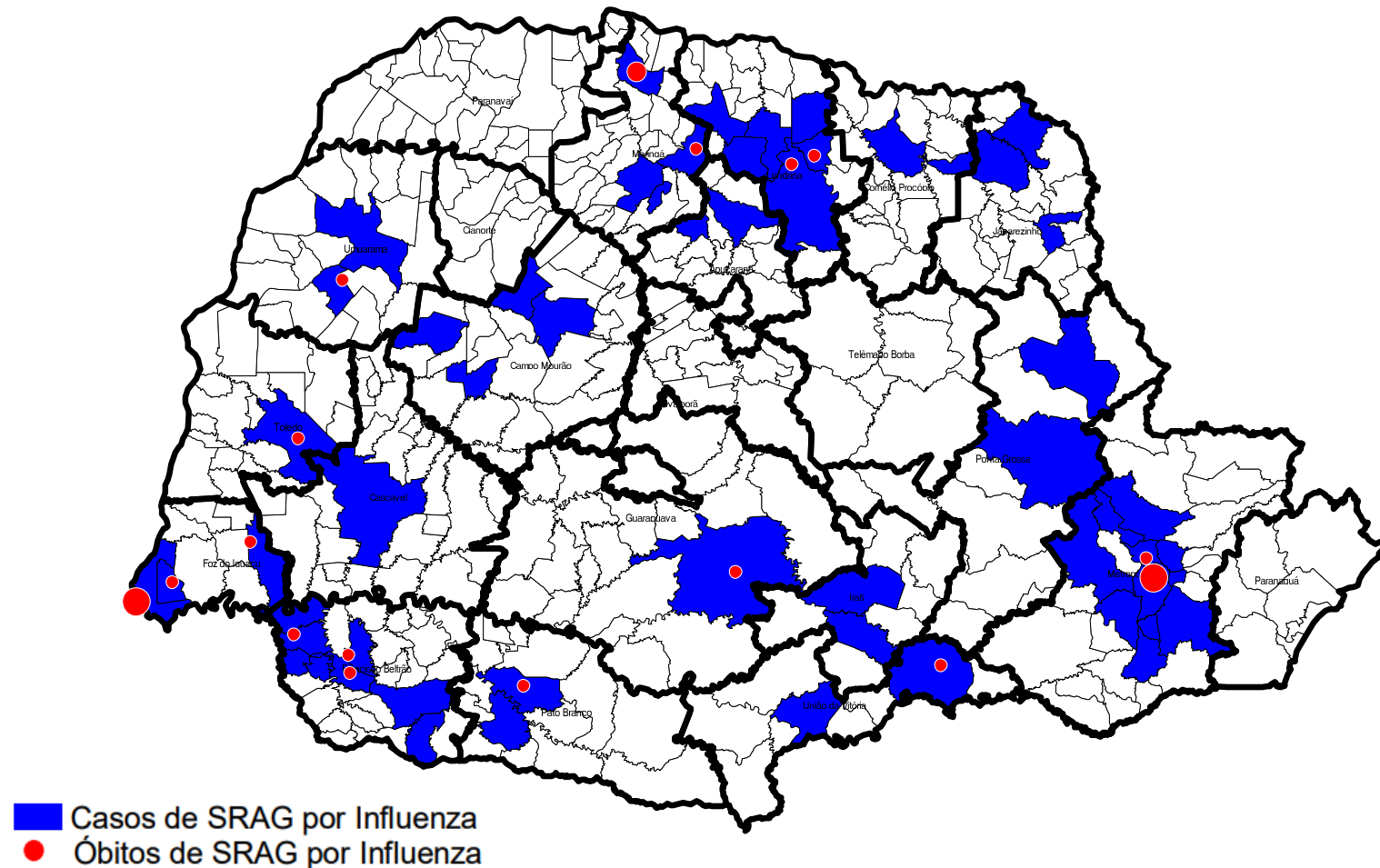
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2018

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

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 13/06/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2018

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

COMENTÁRIOS:

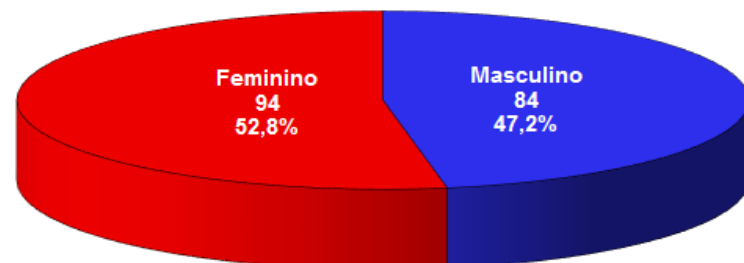
Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, o feminino apresentou 52,8% (94/178) dos casos e o masculino 47,2% (84/178) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 29,2% (6/18) dos casos e o masculino 70,8% (17/24) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi ≥ 60 anos, com 30,9% (55/178) e 75,0% (18/24) respectivamente (Tabelas 3 e 4).

Os casos de SRAG por Influenza apresentaram no Paraná uma mediana de idade de 33 anos, variando de 0 a 97 anos e, no Brasil, mediana de idade de 34 anos, variando 0 a 107 anos.(Tabelas 3 e 4).

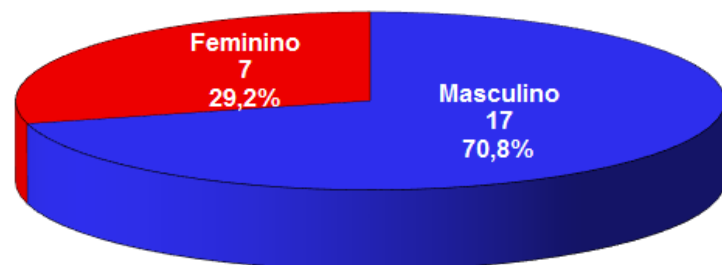
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 73 anos, variando de 0 a 97 anos e no Brasil a mediana foi de 54 anos, variando de 0 a 107 anos.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 13/06/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 13/06/2018, 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)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 2 anos	5	7,8	0	0,0	15	16,5	1	8,3	2	18,2	23	12,9
2 a 4 anos	1	1,6	0	0,0	4	4,4	1	8,3	2	18,2	8	4,5
5 a 9 anos	1	1,6	0	0,0	10	11,0	1	8,3	0	0,0	12	6,7
10 a 19 anos	5	7,8	0	0,0	8	8,8	0	0,0	1	9,1	14	7,9
20 a 29 anos	8	12,5	0	0,0	10	11,0	3	25,0	1	9,1	22	12
30 a 39 anos	7	10,9	0	0,0	6	6,6	3	25,0	2	18,2	18	10,1
40 a 49 anos	5	7,8	0	0,0	4	4,4	0	0,0	1	9,1	10	5,6
50 a 59 anos	10	15,6	0	0,0	4	4,4	1	8,3	1	9,1	16	9,0
≥ 60 anos	22	34,4	0	0,0	30	33,0	2	16,7	1	9,1	55	30,9
TOTAL	64	100	0	0	91	100	12	100	11	100	178	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 13/06/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
< 2 anos	0	0,0	0	0,0	1	6,3	0	0,0	0	0,0	1	4,2
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	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
30 a 39 anos	0	0,0	0	0,0	1	6,3	0	0,0	0	0,0	1	4,2
40 a 49 anos	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
50 a 59 anos	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	2	8,3
≥ 60 anos	4	57,1	0	0,0	14	87,5	0	0,0	0	0,0	18	75,0
TOTAL	7	100,0	0	0,0	16	100,0	1	100,0	0	0	24	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 13/06/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2018

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

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 73,0% (130/178) tinham pelo menos um fator de risco para complicação, predominando os Adultos ≥ 60 anos, Pneumopatias crônicas, crianças < 5 e Doença cardiovascular crônica anos (tabela 5).

Entre os óbitos por Influenza, no Paraná 95,8% (23/24) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 25,0% (6/24) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 72,6% (324/446) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, Cardiopatias, Diabetes e Pneumopatias.

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

Casos por Influenza (N=178)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	130	73,0	48	36,9
Adultos ≥ 60 anos	55	30,9	25	45,5
Pneumopatias crônicas	36	20,2	17	47,2
Crianças < 5 anos	31	17,4	6	19,4
Doença cardiovascular crônica	29	16,3	11	37,9
Gestantes	22	12,4	9	40,9
Diabetes mellitus	13	7,3	8	61,5
Doença neurológica crônica	10	5,6	5	50,0
Doença renal crônica	7	3,9	4	57,1
Imunodeficiência/Imunodepressão	6	3,4	2	33,3
Obesidade	5	2,8	1	20,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	1	0,6	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	128	71,9		
Vacinados	58	32,6		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 13/06/2018, dados sujeitos a alterações.

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

No Paraná dos 66,7% (16/24) indivíduos que foram a óbito por Influenza que fizeram uso do antiviral, a mediana foi de 3 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 54 dias e no Brasil, dos 446 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 314 (70,4%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 54 dias.

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

Óbitos por Influenza (N=24)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	23	95,8	6	26,1
Adultos ≥ 60 anos	18	75,0	6	33,3
Doença cardiovascular crônica	12	50,0	4	33,3
Pneumopatias crônicas	10	41,7	2	20,0
Diabetes mellitus	5	20,8	3	60,0
Doença neurológica crônica	5	20,8	3	60,0
Doença renal crônica	5	20,8	4	80,0
Obesidade	3	12,5	0	0,0
Crianças < 5 anos	1	4,2	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	1	4,2	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	16	66,7		
Vacinados	6	25,0		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 13/06/2018, dados sujeitos a alterações.

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

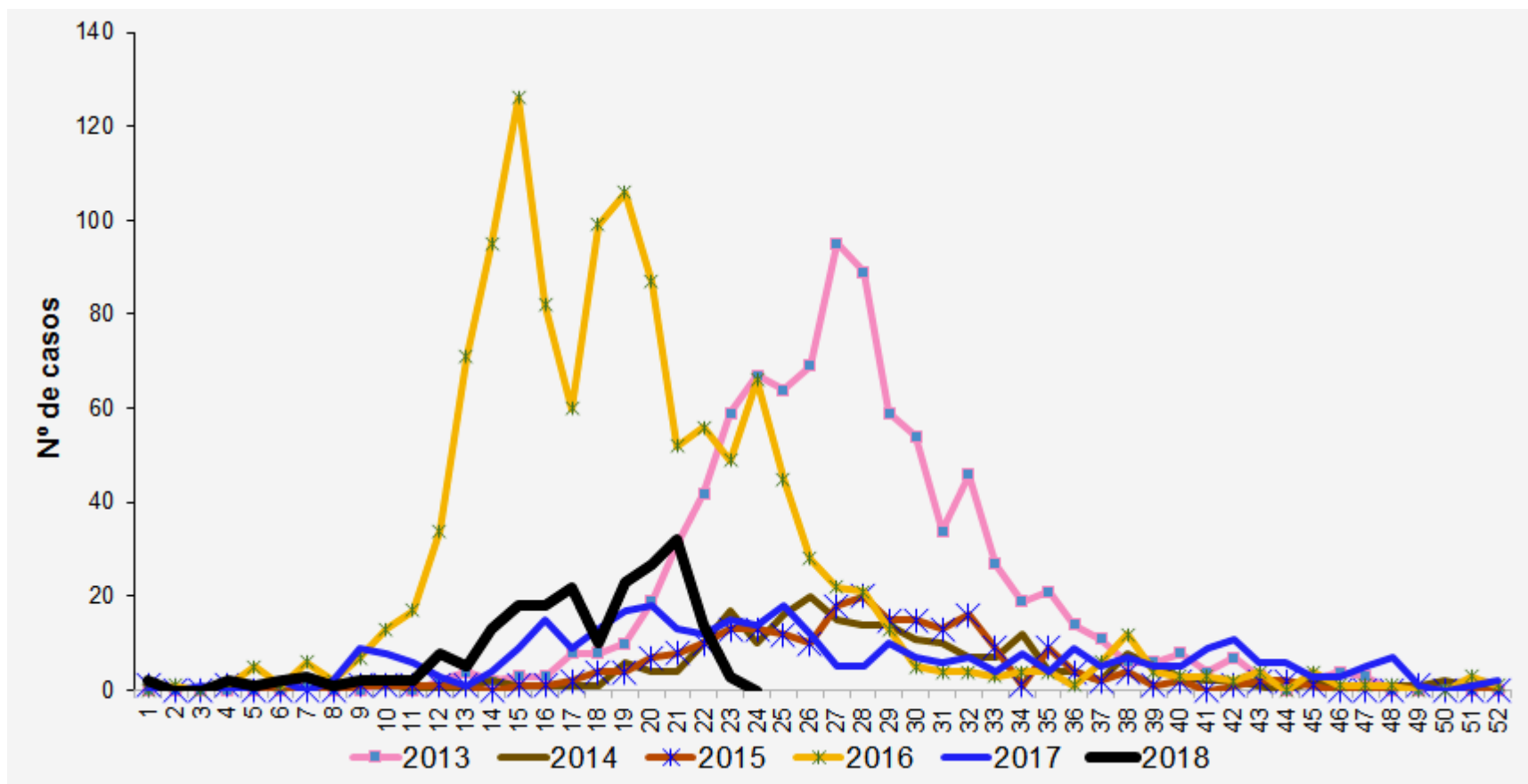
Data da informação: 13/06/2018

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.



INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2018

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 o 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 predominou a 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. Em 2016, predominou a Influenza A(H1N1)pdm09, com 88,9% (1087/1223) dos casos e 90,8% (218/240) dos óbitos. Em 2017, houve predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 61,2% (210/343) dos casos e, ocorrência de 66,0% (35/53) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal. Já em 2018, continua a predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 50,6% (90/178) dos casos e, ocorrência de 66,7% (16/24) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal(Tabela 7).

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

As informações sobre a vigilância sentinela de influenza apresentadas neste informe baseiam-se nos dados inseridos no SIVEP-Gripe pelas unidades sentinelas do Paraná.

Até a SE 23 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 2.437 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 2.153 amostras.

Das amostras processadas, 43,9% (945/2.153) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 245 (11,4%) foram positivas para Influenza e 699 (32,5%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para Influenza, 60 (24,5%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 119 (48,6%) de Influenza A(H3) Sazonal, 11 (4,5%) de Influenza A (não subtipado) e 55 (22,4%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve redomínio da circulação de 358 (51,2%) amostras de Rinovírus (Gráfico 5)

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

Classificação Final	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Influenza A(H1N1)pdm09	384	47	48	8	37	4	1.087	218	1	0	64	7
Influenza A(H1) Sazonal*	6*	0	0	0	4*	1*	1*	1*	0	0	1	0
Influenza A(H3) Sazonal	114	6	165	8	124	11	4	1	210	35	90	16
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	12	1
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	132	18	11	0
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1.223	240	343	53	178	24

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 13/06/2018, dados sujeitos a alterações.

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

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza		Total Coletas	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Num	%
< 2 anos	1	1,7	2	1,7	0	0,0	0	0,0	3	1,2	226	9,3
2 a 4 anos	4	6,7	6	5,0	2	18,2	0	0,0	12	4,9	130	5,3
5 a 9 anos	7	11,7	4	3,4	1	9,1	2	3,6	14	5,7	107	4,4
10 a 19 anos	7	11,7	26	21,8	0	0,0	13	23,6	46	18,8	345	14,2
20 a 29 anos	8	13,3	24	20,2	3	27,3	13	23,6	48	19,6	526	21,6
30 a 39 anos	10	16,7	22	18,5	0	0,0	11	20,0	43	17,6	362	14,9
40 a 49 anos	6	10,0	12	10,1	1	9,1	8	14,5	27	11,0	243	10,0
50 a 59 anos	9	15,0	9	7,6	3	27,3	4	7,3	25	10,2	210	8,6
≥ 60 anos	8	13,3	14	11,8	1	9,1	4	7,3	27	11,0	288	11,8
TOTAL	60	100,0	119	100	11	100,0	55	100	245	100	2.437	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 13/06/2018, dados sujeitos a alterações.

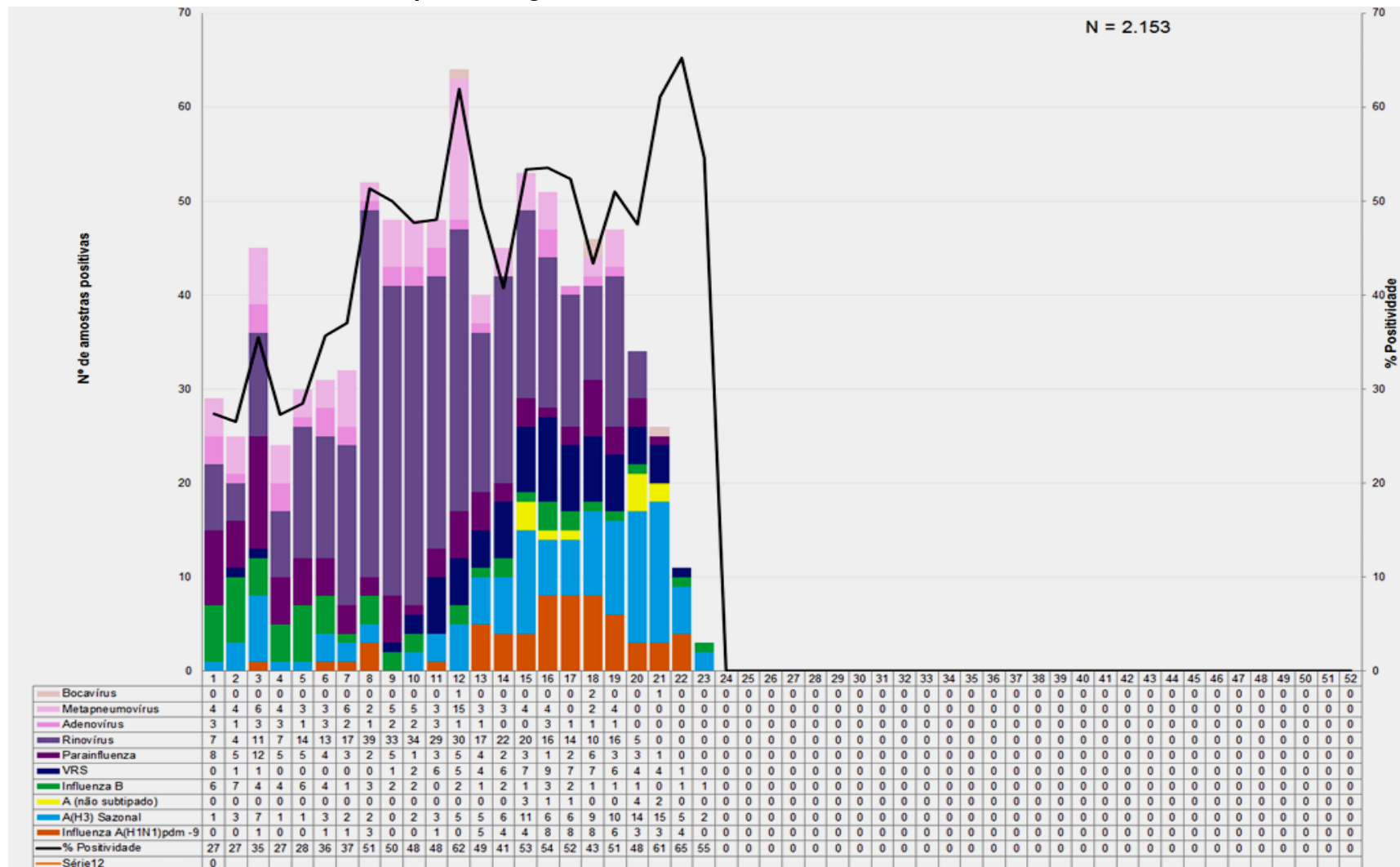
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2018

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

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



Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 13/06/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2018

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

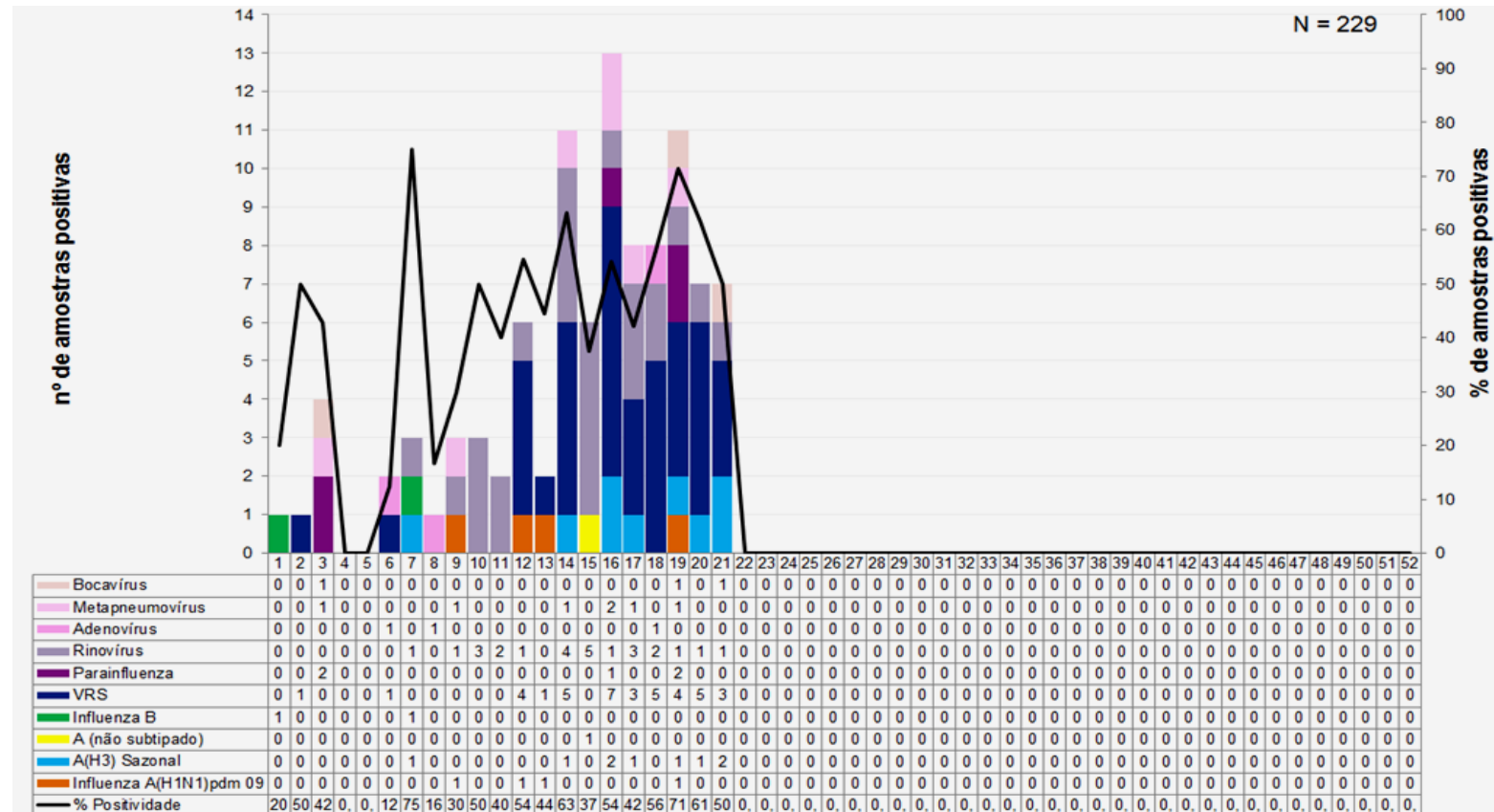
COMENTÁRIOS:

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.

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.

SRAG em UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 269 coletas, das quais 229 (85,1%) foram processadas. Destas, 104 (45,4%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios. Das amostras positivas para Influenza, foram detectados 4 (25,0%) para Influenza A(H1N1)pdm 09, 9 (56,3%) para Influenza A(H3) Sazonal, 1 (6,3%) para Influenza A (não subtipado), 2 (12,5%) para Influenza B. Entre os outros vírus evidenciam-se: 39 (44,3%) de VRS, 5 (5,7%) de Parainfluenza, 26 (29,5%) de Rinovírus, 7 (8,0%) de Metapneumovírus, 3 (3,4%) de Adenovírus, 3 (3,4%) de Bocavírus. (Gráfico 6).



Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 13/06/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/06/2018

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

Medidas Preventivas para Influenza

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

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

Outras medidas são:

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

Utilizar lenço descartável para higiene nasal.

Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.

Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.

Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.

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

Manter os ambientes bem ventilados.

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

Evitar sair de casa em período de transmissão da doença.

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

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

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

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

VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 15/06/2018

Fonte da informação: SESA-PR

A campanha de vacinação contra a gripe está prorrogada até 22 de junho. A informação foi confirmada na sexta-feira (15) durante a reunião da Comissão Intergestores Bipartite, instância de pactuação do SUS que reúne a secretaria estadual e as secretarias municipais da saúde dos 399 municípios paranaenses. Depois do fim da campanha de vacinação, as doses restantes serão disponibilizadas para a população em geral.

Caso os municípios desejem, podem estabelecer o dia 23 de junho, sábado, como dia D de vacinação contra a gripe. Mas será o último dia em que haverá garantia de vacina para o público-alvo da campanha. A partir do dia 25 de junho, as doses disponíveis serão oferecidas à população em geral.

META – Até sexta-feira (15), o índice de cobertura vacinal no Estado era de 84,4%. Entre as 22 Regionais de Saúde, 10 já atingiram imunização de pelo menos 90% da população-alvo e quatro (Paranaguá, Região Metropolitana de Curitiba, Ponta Grossa e Foz do Iguaçu) ainda apresentam índices de vacinação abaixo de 80%.

A preocupação maior é ampliar a vacinação entre crianças com idade entre seis meses e menos de 5 anos. Até agora, apenas 66% das crianças dessa faixa etária foi imunizada no Estado. Alguns municípios paranaenses ainda não conseguiram vacinar nem a metade das crianças com mais de seis meses e menos de cinco anos, como Campina Grande do Sul (40,3%), Matinhos (40,9%), Foz do Iguaçu (42,2%), Almirante Tamandaré (45,1%), Guaratuba (47,8%), São Pedro do Iguaçu (48,2%) e Campo do Tenente (49%). Em Curitiba, o índice de vacinação nessa faixa etária é de 51,8%.

RISCO – O último boletim divulgado pela SESA-PR mostra que desde o início do ano, o Paraná já tem 178 casos confirmados de gripe, dos quais 24 evoluíram para o óbito. Do total de casos, a maior parte foi registrada entre idosos (acima de 60 anos), com 30,9% das ocorrências. Na sequência aparecem pessoas com pneumopatias crônicas (doenças respiratórias), com 20,2%; crianças menores de 5 anos, com 17,4%; pessoas com doenças cardiovasculares crônicas, com 16,3%; e mulheres grávidas, com 12,4%.

POPULAÇÃO-ALVO – Devem ser vacinadas até o dia 22 de junho todas as crianças com idade entre seis meses e cinco anos incompletos; gestantes (em qualquer período gestacional); puérperas (mulheres que tiveram parto recente, em até 45 dias); trabalhadores da área da saúde; professores (rede pública e particular); idosos (mais de 60 anos de idade); populações indígenas e doentes crônicos.



DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 12/06/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde – Sala de Situação em Saúde

COMENTÁRIOS:

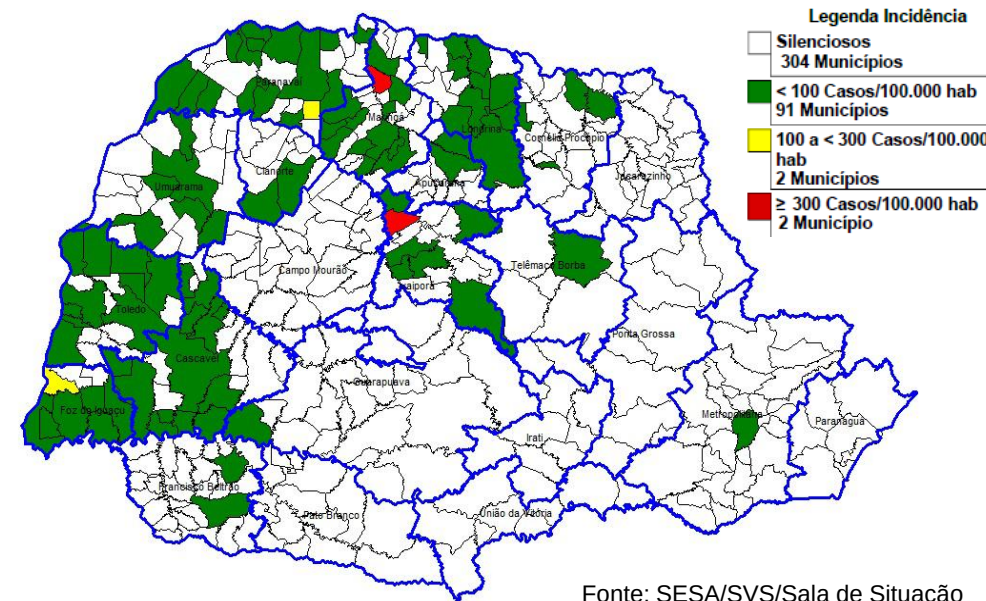
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2017 (primeira semana de agosto) a 23/2018.

Foram notificados no referido período 20.423 casos suspeitos de dengue, dos quais 15.671 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 7,27 casos por 100.000 hab. (811/11.163.018 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 (3.433), Maringá (2.203) e Foz do Iguaçu (1.938). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Maringá(153), São João do Ivaí (124) e Foz do Iguaçu (117). Dois município estão em situação de epidemia:**São João do Ivaí (961,88/100.000 hab)** e **Lobato (incidência 639,66/100.000 hab.))**.

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2017 a 23/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2017 a 23/2018.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	742 (84,6%)	135 (15,4%)	877
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	16	-	16
Dengue Grave (D G)	05	-	05
Descartados	-	-	15.671
Em andamento/investigação	-	-	3.854
Total	763 (3,7%)	135 (0,7%)	20.423

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE - PARANÁ SE 31/2017 A 23/2018*	PERÍODO 2017/2018
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	318
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	100
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	14
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	95
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (02ª, 08ª, 09ª, 10ª, 12ª, 13ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª, 18ª, 20ª, 21ª e 22ª)	14
TOTAL DE CASOS	887
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	811
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	66
TOTAL DE NOTIFICADOS	20.423

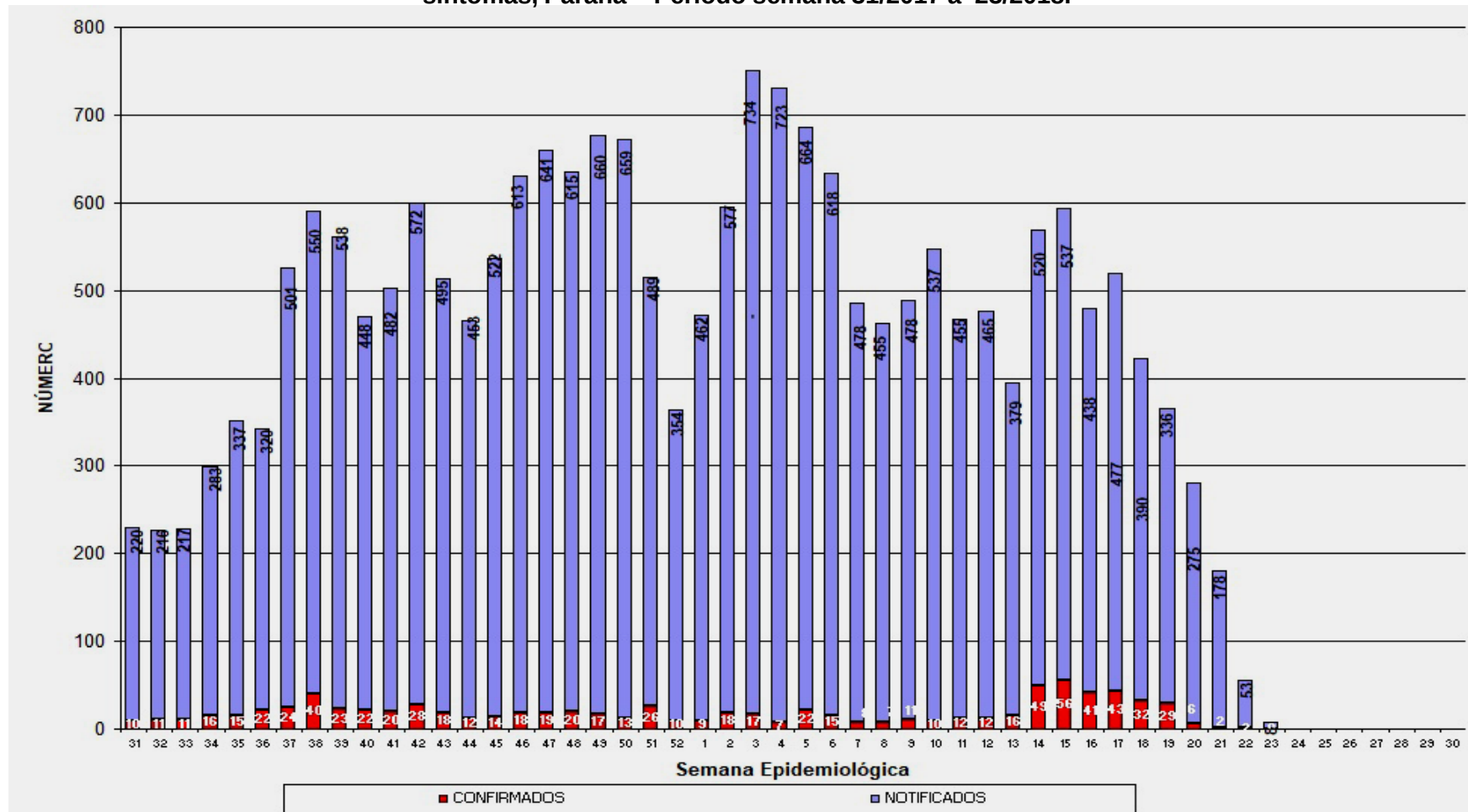
Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 12/06/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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

Figura 1. Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2017 a 23/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 12/06/2018

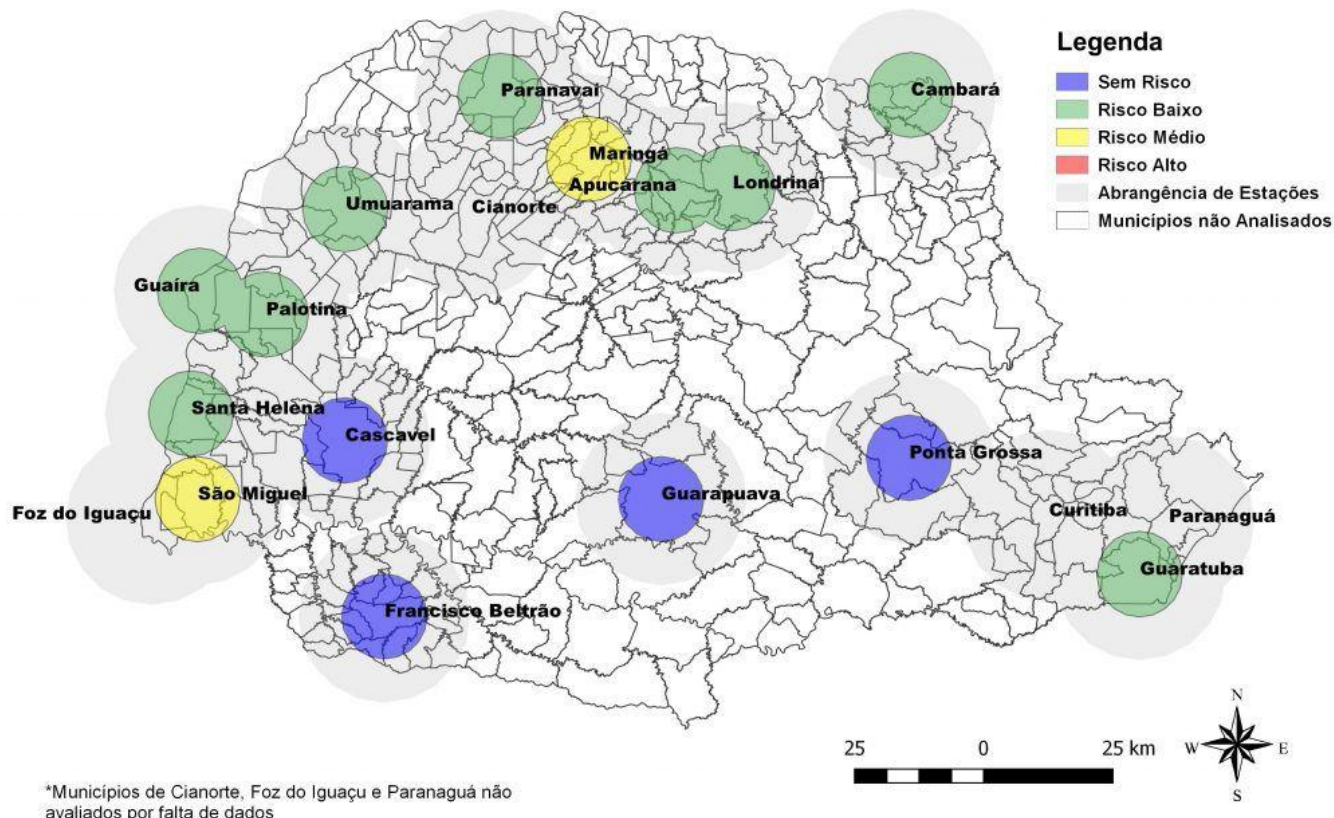
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (27/05/2018 - 02/06/2018)

Das 18 estações meteorológicas analisadas na **Semana Epidemiológica 22/2018** com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti* :

- 04 (quatro) sem risco;
- 09 (nove) com risco baixo
- 02 (dois) com risco médio;
- 00 (zero) com risco Alto e;
- 03 (três) não foram avaliadas.



DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 12/06/2018

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 23/2018*

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	1.423	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	4	20	24	1.302	0	0	0	0,11
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	43	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	23	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	51	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	20	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	107	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	2	0	2	463	0	0	0	0,56
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	148	15	163	2.467	14	4	2	36,46
10ª RS - Cascavel	540.131	76	5	81	968	0	0	0	14,07
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	652	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	7	0	7	475	0	0	0	2,53
13ª RS - Cianorte	154.374	4	0	4	271	0	0	0	2,59
14ª RS - Paranavaí	274.257	63	1	64	1.214	0	0	0	22,97
15ª RS - Maringá	799.890	213	1	214	3.008	0	0	0	26,63
16ª RS - Apucarana	372.823	10	4	14	476	0	0	0	2,68
17ª RS - Londrina	935.904	112	0	112	5.800	2	1	0	11,97
18ª RS - Cornélio Procopio	230.231	3	0	3	346	0	0	0	1,30
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	268	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	54	2	56	732	0	0	0	13,99
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	1	0	1	61	0	0	0	0,54
22ª RS - Ivaiporã	138.130	114	18	132	253	0	0	0	82,53
TOTAL PARANÁ	11.163.018	811	66	877	20.423	16	5	2	7,27

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

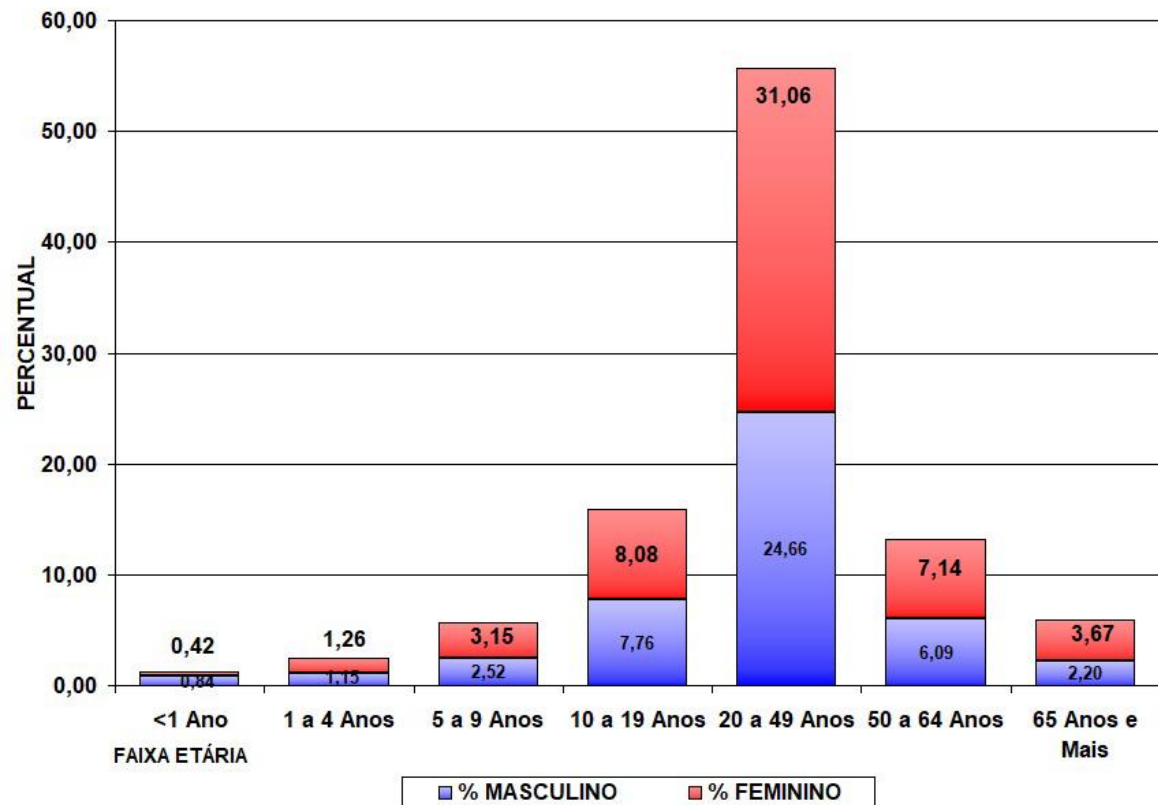
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 12/06/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 55,72% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pelas faixas etárias de 10 a 19 anos com 15,84% dos casos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2017 a 23/2018, Paraná – 2017/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

SARAMPO

Local de ocorrência: Brasil

Data da informação: 11/06/2018

Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

No Brasil, há um surto contínuo de sarampo. De 1º de janeiro a 23 de maio de 2018, houve 995 casos relatados (estado do Amazonas, n = 611 e estado de Roraima n = 384). Destes casos, 114 foram confirmados laboratorialmente (30 no Amazonas e 84 em Roraima), incluindo dois óbitos. Oitenta e três casos foram descartados e 798 permanecem sob investigação.

No Estado do Amazonas, foram notificados 611 casos suspeitos de 1º de janeiro a 23 de maio de 2018, dos quais 30 foram confirmados, 63 descartados e 518 estão sob investigação. No estado de Roraima, foram notificados 384 casos suspeitos, dos quais 84 foram confirmados, 20 descartados e 280 em investigação. Dos 84 casos confirmados, 58 estão entre os venezuelanos (69%), 24 brasileiros (28,6%), um da Guiana (1,2%) e um argentino (1,2%). De todos os casos confirmados, 34 são indígenas. Duas mortes por sarampo ocorreram entre os venezuelanos do município de Boa Vista.

As datas de início de erupção dos casos confirmados em ambos os estados foram de 4 de fevereiro a 2 de abril de 2018. A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz / RJ) realizou uma análise, identificando o genótipo como D8 para todos os casos confirmados laboratorialmente o surto de 2017 na Venezuela.

A figura 1 mostra a progressão do surto com uma tendência ascendente. É importante considerar que existem resultados laboratoriais pendentes para 798 casos suspeitos sob investigação. Um aumento exponencial de casos confirmados pode ser observado nas próximas semanas.

Resposta de saúde pública

Ações implementadas incluem: Os estados de Roraima e do Amazonas iniciaram uma campanha de vacinação que atende crianças de seis meses de idade, em faixas etárias de 49 anos. Vigilância epidemiológica intensificada através de busca de casos institucionais ativos e retrospectivos, rastreamento de contatos e monitoramento de contatos foi implementada. Rede de laboratórios reforçada. uma estratégia de comunicação de risco foi implementada. Treinamento de profissionais de saúde no gerenciamento de casos.

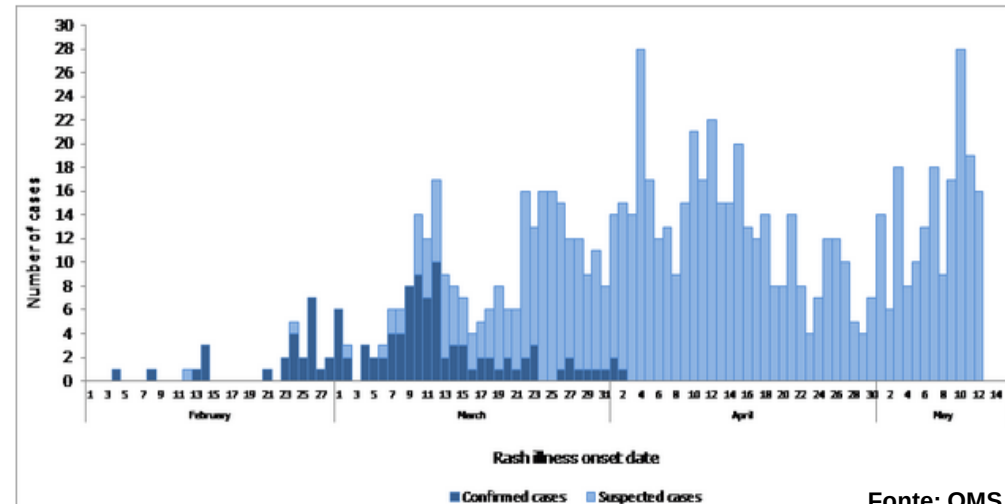
Em 1 de setembro de 2017, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS / OMS) compartilharam informações sobre esse surto e alertaram sobre o risco de surtos decorrentes de casos importados e a possibilidade de reincidência.

Avaliação de risco da OMS: O sarampo é uma doença viral altamente contagiosa que afeta indivíduos suscetíveis de todas as idades e continua a ser uma causa de morte entre crianças de todo o mundo. O vírus do sarampo é transmitido através de gotículas do nariz, boca ou garganta de pessoas infectadas. Os sintomas iniciais, que aparecem 10 a 12 dias após a infecção, incluem febre alta, geralmente acompanhada por um dos seguintes sintomas: nariz escorrendo, olhos vermelhos, tosse e pequenas manchas brancas no interior da boca. Vários dias depois, uma erupção se desenvolve, começando na face e pescoço superior e gradualmente se espalhando para baixo.

Um paciente é infeccioso quatro dias antes do início da erupção a quatro dias após o aparecimento da erupção cutânea. Não há tratamento antiviral específico para o sarampo, e a maioria das pessoas se recupera dentro de duas a três semanas. O tratamento de casos inclui administração de vitamina A e antipiréticos, e medicação antibiótica e antidiarreica, conforme necessário. Entre as crianças desnutridas e as pessoas com maior suscetibilidade, o sarampo pode causar sérias complicações, incluindo cegueira, encefalite, diarreia grave, infecção no ouvido e pneumonia. O sarampo pode ser prevenido pela imunização.

A Região das Américas foi declarada livre de sarampo em setembro de 2016, no entanto, os surtos causados por casos importados de outras regiões podem ocorrer esporadicamente. O risco de disseminação em nível nacional no Brasil continua elevado devido à situação epidemiológica e ao alto potencial de transmissão. Os principais desafios são a cobertura vacinal entre os imigrantes e a capacidade de diagnóstico laboratorial nas instalações locais. Devido à transmissão contínua, estratégias de vacinação e outras ações estão sendo implementadas para controlar o surto por autoridades locais e federais no Brasil.

Figura 1. Relatos de casos de sarampo por data de início de erupção cutânea, estados de Amazonas e Roraima, Brasil, de 1º de janeiro a 12 de maio de 2018.



Fonte: OMS



EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 24/2018

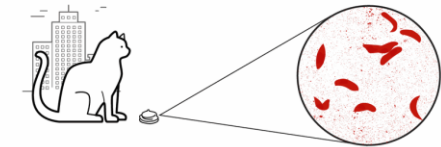
(10/06/2018 a 16/06/2018)

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

TOXOPLASMOSE

Como a toxoplasmose é transmitida?

Confira como é o ciclo da doença

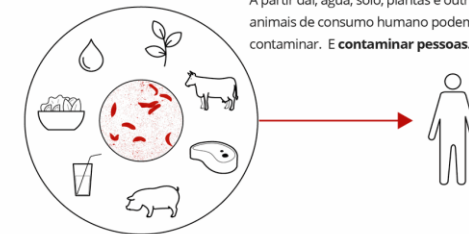


O toxoplasma é um parasita liberado no ambiente pelas fezes de felinos contaminados.

O toxoplasma fica em um estágio de oocisto, nas fezes dos gatos por até duas semanas após a infecção.

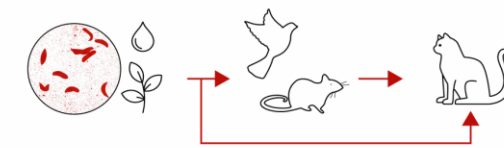


Os oocistos são extremamente resistentes, podendo se manter infectantes por até um ano e meio.



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



Os felinos são os únicos hospedeiros definitivos. Os cistos podem ficar presentes até o fim da vida.

Apenas no intestino dos gatos é que o parasita consegue realizar seu processo de reprodução.

Outros animais, como os seres humanos, são hospedeiros intermediários.

Não há vacina para a doença.

Local de ocorrência: Rio Grande do Sul
Data da informação: 18/06/2018
Fonte da informação: G1 (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O número de casos confirmados de toxoplasmose em Santa Maria, na Região Central do Rio Grande do Sul, subiu para 569, de acordo com o relatório divulgado na segunda-feira (18) pelas secretarias municipal e estadual de Saúde. Dos casos confirmados, 50 são de gestantes. O boletim anterior, divulgado em 8 de junho, informava 510 casos.

O relatório informa que 312 suspeitas da doença seguem em investigação. Uma coletiva de imprensa foi realizada para discutir o assunto. Na ocasião, o Ministério da Saúde divulgou que são feitos análises e cruzamentos de dados coletados durante a primeira etapa de investigação de campo. Durante um mês, técnicos de saúde aplicaram mais de 230 questionários em pessoas com toxoplasmose e em outros moradores sem a doença. Os principais objetivos são identificar a provável fonte que deu origem ao surto e garantir que as pessoas que foram diagnosticadas tenham atendimento e tratamento adequado. Ainda não há previsão de quando o resultado desse trabalho será divulgado.

Enquanto a causa do surto não é descoberta, a orientação continua sendo ferver a água antes de beber, evitar carne crua ou mal passada e ter bastante higiene no preparo dos alimentos.

Dados do último relatório: 1.430 casos notificados; 1.103 suspeitos, dos quais 569 confirmados, 222 descartados e 312 em investigação.

Toxoplasmose

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

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

Sintomas

Em alguns casos os sintomas não se manifestam, mas podem ser: febre; cansaço; mal estar; gânglios inflamados.

O período de incubação da toxoplasmose vai de 10 a 23 dias quando a causa é a ingestão de carne, e de 5 a 20 dias quando o motivo é o contato com cistos de fezes de gatos.

Prevenção

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

Em pessoas com deficiência imunológica a prevenção pode ser necessária com o uso de medicação dependendo de uma análise individual de cada caso.

Local de ocorrência: Brasil

Data da informação: 12/06/2018

Fonte da informação: ANVISA



COMENTÁRIOS:

A Anvisa publicou na segunda-feira (4/6), no Diário Oficial da União - DOU, a proibição de produtos clandestinos que eram comercializados on-line. Entre os produtos estão medicamentos, emagrecedores e anabolizantes.

A empresa **Asher Produtos Químicos** divulgava medicamentos sem registro, cadastro ou notificação na Anvisa. Foram identificados ao menos **sete produtos irregulares**, sendo esses: "**MMS - Miracle Mineral Solution**", "**MMS/CDS - Clorito De Sódio + Hcl 4%**", "**Kits Prontos Com Clorito De Sódio 28% + Ácido Cítrico 50% 100 MI/Cd**", "**Clorito De Sódio 28% + Hcl 4% 100 MI/Cd**", "**Kit Dmso + Clorito De Sódio 28% + Hcl 4% 100 MI/Cada**", "**Clorito De Sódio 28% 1 Litro**" E "**Clorito De Sódio 28% - 250 MI**".

O **Rivotram fórmula Dia com Magnésio Quelato** e **Rivotram fórmula Noite com L-Triptofano** são fabricados por uma empresa desconhecida e comercializados de forma irregular pela internet.

O **Sinelim 360** era comercializado também pela internet com alegações terapêuticas, como emagrecedor e absorvedor de gorduras, sem registro como medicamento.

Masterol e Sustanon: também foram identificados dois esteroides anabolizantes, comercializados on-line. Os produtos Masterol, frasco de 10ml, e Sustanon 250, ampola de 1ml, não têm registro na Anvisa.

Todos os produtos citados são clandestinos e não possuem registro ou cadastro na Anvisa, por isso foram proibidos em todo o território nacional. Com a determinação, fica proibido o uso, a comercialização ou a divulgação desses produtos.



Local de ocorrência: Brasil

Data da informação: 18/06/2018

Fonte da informação: ANVISA

COMENTÁRIOS:

O lote **D17BRMP08 5** da **Pimenta do Reino Preta em Pó** da marca **Kitano**, com validade até 30/09/2018 foi proibido pela Anvisa. O produto é fabricado pela empresa **General Mills Brasil Alimentos LTDA**.

A análise foi feita pelo Laboratório Central Dr. Giovanni Cysneiros - Lacen-GO. De acordo com o laudo, ficou constatada a presença de coliformes a 45°C, indicando contaminação fecal em alimentos, e o *Escherichia coli*, uma bactéria gram negativa que é capaz de causar gastroenterites. Os demais lotes podem ser comercializados normalmente.

Na segunda-feira (18/6), a Anvisa determinou também a suspensão de 79 lotes de **fraldas descartáveis Turma da Mônica Tripla Proteção**, fabricados por **Kimberly-Clark Brasil Indústria e Comércio de Produtos de Higiene Ltda**. A lista completa dos produtos consta na Resolução RE 1.562, publicada no Diário Oficial da União.

A decisão da Anvisa decorre do fato de a fabricante não informar em que condições de umidade e temperatura o produto deve ser conservado e utilizado, o que pode ocasionar reações alérgicas. Diante disso, a Anvisa optou por retirar os produtos do mercado. Além disso, a empresa não comprovou o cumprimento dos requisitos previstos na Portaria 1480/2013, como ensaios de irritação cutânea e sensibilização. Também não foi apresentado o estudo de estabilidade para o material utilizado, o que é obrigatório.

A fabricação das fraldas deve seguir as regras de Boas Práticas de Fabricação, descritas na RDC 48/2013.

A Resolução da Anvisa determina que a empresa recolha o estoque existente no mercado. Dúvidas podem ser esclarecidas junto ao Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) do fabricante.



Fonte: google.com.br



Fonte: google.com.br

Local de ocorrência: Brasil

Data da informação: 18/06/2018

Fonte da informação: ANVISA



COMENTÁRIOS:

Três produtos proibidos pela Anvisa estavam sendo comercializados com alegações terapêuticas e de forma irregular, já que são considerados clandestinos. Em alguns casos não é possível identificar nem mesmo quem é o verdadeiro fabricante. Ou seja, são produtos de origem desconhecida e à margem da vigilância sanitária.

Chá da Vida

Proibido na segunda-feira (18/6), era comercializado sem registro na Agência. O produto era fabricado pela empresa clandestina **Primavera Comercio Produtos e Medicamentos Naturais Ltda**, com CNPJ inválido 00.308.257/0001-39.

A promessa era de curar doenças, como pré-diabetes, diabetes tipo 2, colesterol e perda de peso. Além da proibição da fabricação, comercialização, divulgação e do uso, o produto Chá da Vida, fabricado por Primavera Comércio Produtos e Medicamentos Naturais Ltda, existente no mercado deve ser inutilizado.



GarcíniaCambogia

O **GarcíniaCambogia** da marca **FrutaPlantalife**, importado pela empresa **Life ImportLtda**, foi proibido por falta de registro ou notificação na Agência. O medicamento prometia perda de peso, aumento de metabolismo, reduzir o estresse, combater a depressão, baixar o colesterol e regular o açúcar no sangue, dentre outras.

Kirkland Minoxidil 5%

Na sexta-feira (15/6) também foi proibido o produto o Kirkland Minoxidil 5%. Além de não ter registro, era fabricado por empresa desconhecida e comercializado pela internet. O medicamento prometia crescimento capilar masculino a curto prazo.



SARAMPO

Local de ocorrência: Brasil

Data da informação: 13/06/2018

Fonte da informação: G1 (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O Centro Estadual de Vigilância em Saúde (Cevs) confirmou na quarta-feira (13) cinco casos de sarampo em Porto Alegre. Além deles, estão em investigação outras duas suspeitas, uma na capital gaúcha e outra em Vacaria, na Região Nordeste do Rio Grande do Sul. Neste ano, já são seis casos confirmados da doença no estado.

Uma das infectadas de Porto Alegre é uma estudante de 25 anos que esteve em Manaus (AM), no Norte do país. As outras quatro confirmações são de pessoas vinculadas a ela. A primeira notificação da doença no RS, neste ano, ocorreu em março, em São Luiz Gonzaga. O caso se trata de uma criança de um ano de idade, não vacinada, que se contaminou em viagem à Europa.

Em 2016, as Américas se tornaram a primeira região do mundo a eliminar o vírus do território. Campanhas intensas ocorreram por décadas na região. Na ocasião, o Brasil recebeu certificado de eliminação da doença.

De acordo com a Secretária Estadual de Saúde, atualmente, o Brasil já possui 293 casos confirmados de sarampo, todos considerados importados ou relacionados à importação. Segundo a pasta, além do Rio Grande do Sul, a doença está presente em Roraima e Amazonas.

Antes de ocorrer o processo de eliminação do vírus do sarampo, o último caso confirmado no estado foi em 1999. Em 2010, houve oito casos importados e em 2011 foram sete. Desde então, o RS não havia registro da circulação do vírus.

Sintomas: Pessoas que apresentarem febre, manchas no corpo, acompanhadas de tosse, coriza ou conjuntivite devem procurar os serviços de saúde, principalmente se estiveram recentemente em locais com circulação do vírus. Casos suspeitos devem ser informados imediatamente às secretarias municipais de saúde ou para o Disque Vigilância pelo número 150.

Vacinação é a forma mais efetiva de se proteger: Para ser considerada vacinada, a pessoa precisa ter o registro em caderneta de vacinação conforme esquema vacinal. A rede pública de saúde tem disponíveis gratuitamente a vacina Tríplice Viral para a população de 12 meses a 49 anos de idade, para profissionais de saúde e demais pessoas envolvidas na assistência à saúde hospitalar.

São considerados vacinados: Pessoas de 12 meses a 29 anos que comprovem duas doses de vacina com componente sarampo/caxumba/rubéola; Pessoas de 30 a 49 anos que comprovem uma dose de Tríplice Viral; Profissionais de saúde independente da idade que comprovem duas doses de Tríplice Viral.

Sintomas do sarampo

- Conjuntivite
- Febre
- Coriza
- Tosse



- Erupção cutânea maculopapular com distribuição craniocaudal

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

SARAMPO

Local de ocorrência: Rondônia
Data da informação: 18/06/2018
Fonte da informação: G1 (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Após aproximadamente 20 anos sem registro de sarampo em Rondônia, foi notificado um caso em Porto Velho no último fim de semana, pelo Laboratório Central de Saúde Pública de Rondônia (Lacen). Uma criança de cinco meses, moradora do Amazonas, “importou” a doença para Rondônia durante uma viagem com a família. A Secretaria Municipal de Saúde (Semusa) descartou a possibilidade de epidemia.

A paciente deu entrada no Hospital Infantil Cosme e Damião, em Porto Velho, no sábado (16), com suspeita de rubéola ou sarampo. A criança veio em um barco de Manaus com destino a Porto Velho acompanhada da família. Após exame foi constatado que os sintomas eram de sarampo.

De acordo com Agência de vigilância em Saúde (Agevisa), o último caso de sarampo registrado em Rondônia foi em 1999.

Recomendações

Qualquer pessoa procedente de Roraima e Amazonas, que teve contato com a doença, deve procurar atendimento médico para orientação e caso apresente sintomas de febre, quadros parecidos com resfriados, conjuntivite ou manchas no corpo a recomendação é não se automedicar.



Fonte: google.com.br

SARAMPO

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

Sintomas e sinais

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

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

Vacinação

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



Foto: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 15/06/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

As informações apresentadas neste informe referem-se ao período entre as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 23 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 09/06/2018.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 27,3% (1.999/7.331) para SG e de 39,2% (418/1.060) para SRAG em UTI.

Do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, foram confirmados para Influenza 24,0% (2.715/11.324), com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 24,8% (446/1.795) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09.

Saiba como se prevenir da Gripe

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

Saiba como se prevenir da gripe adotando medidas simples:



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

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



INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 15/06/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

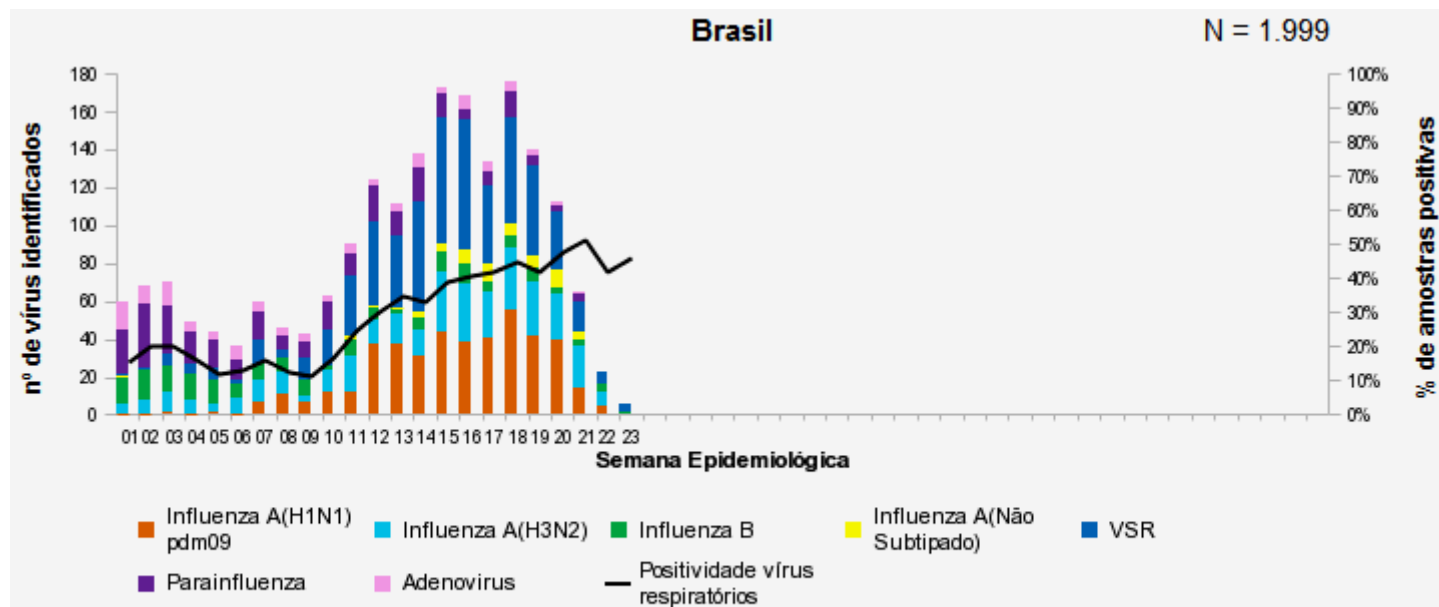
SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 23 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 9.652 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 7.331 (76,0%) possuem resultados inseridos no sistema e 27,3% (1.999/7.331) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 1.021 (51,1%) foram positivos para influenza e 978 (48,9%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 442 (43,3%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 182 (17,8%) de influenza B, 56 (5,5%) de influenza A não subtipado e 341 33,4%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 577 (59,0%) de VSR (Figura1).

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

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

Figura 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 23.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 11/6/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 15/06/2018

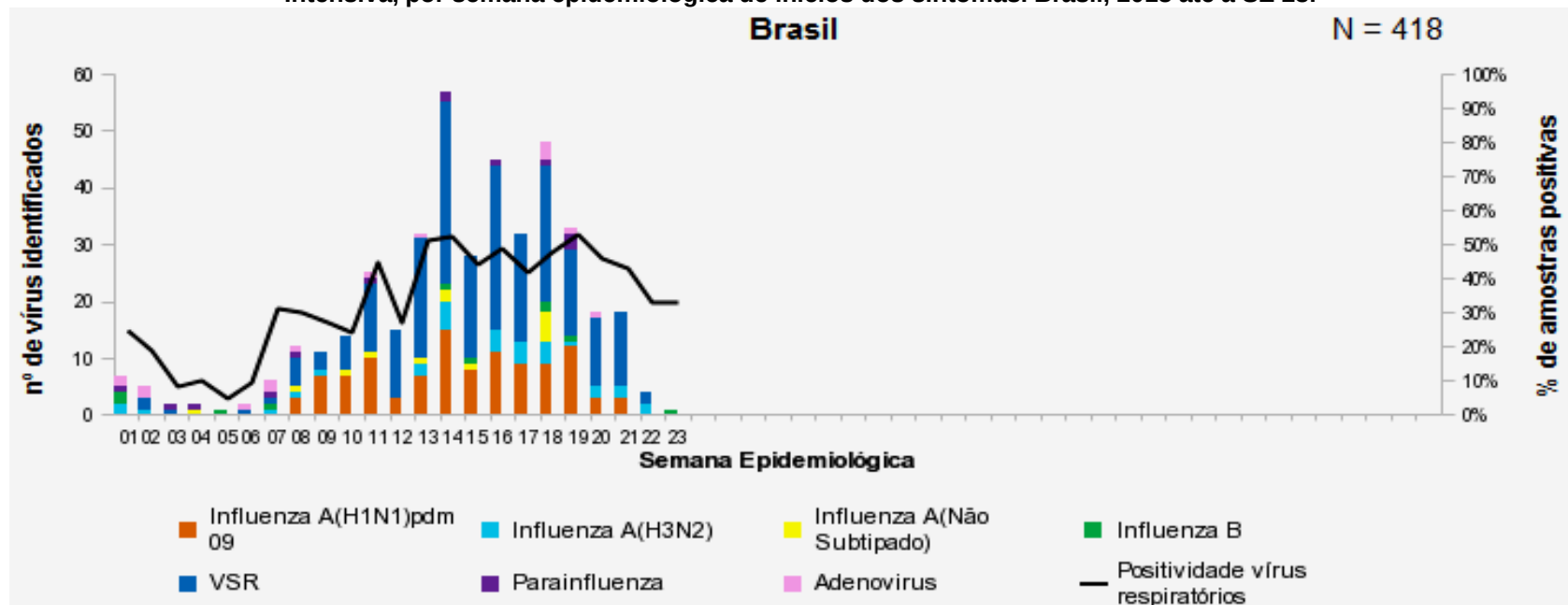
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 1.437 coletas, sendo 1.066 (74,2%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 418 (39,2%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 162 (38,8%) para influenza e 256 (61,2%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 107 (66,0%) para influenza A(H1N1)pdm09, 13 (8,0%) para influenza A não subtipado, 10 (6,2%) para influenza B e 32 (19,8%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 228 (89,1%) 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 23.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 11/6/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

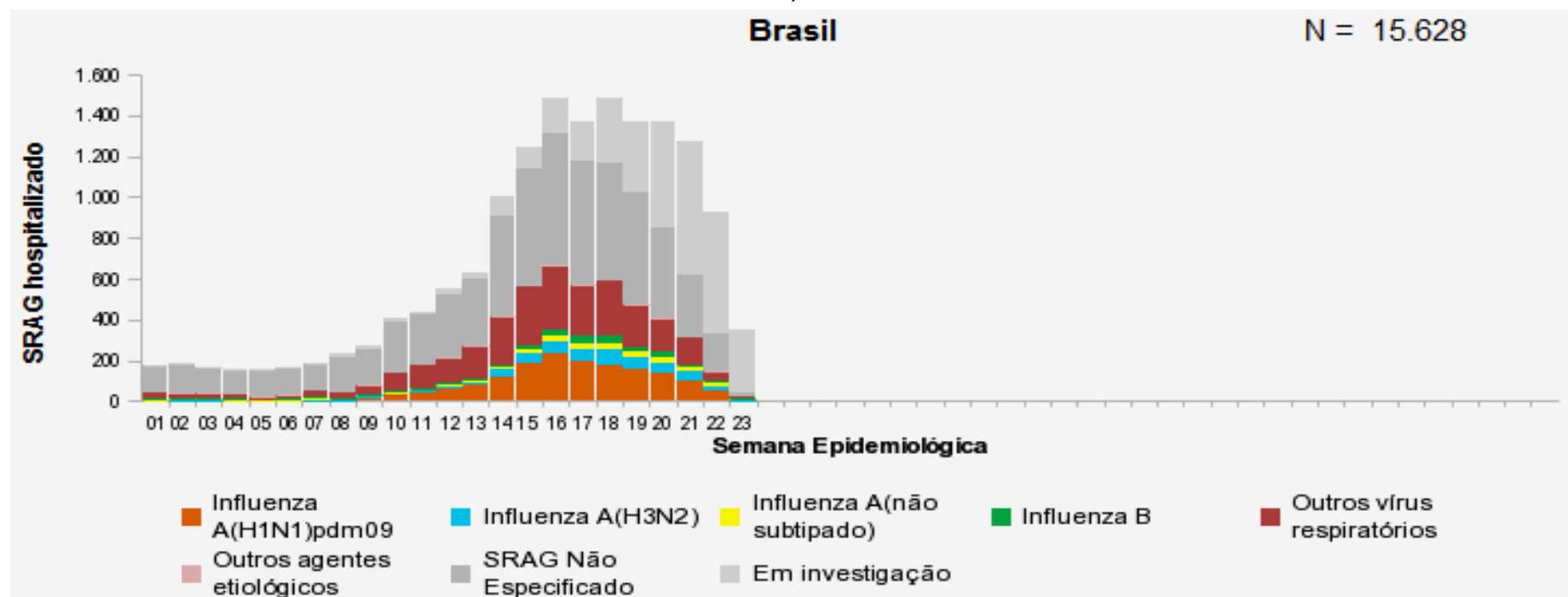
Data da informação: 15/06/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 23 de 2018 foram notificados 15.628 casos de SRAG, sendo 11.324 (72,5%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 24,0% (2.715/11.324) foram classificadas como SRAG por influenza e 23,3% (2.636/11.324) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 1.619 (59,6%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 274 (10,1%) influenza A não subtipado, 259 (9,5%) influenza B e 563 (20,7%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 34 anos, variando de 0 a 107 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região nordeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 35,9% (974/2.715).

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 23.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 11/6/2018, sujeitos a alteração.

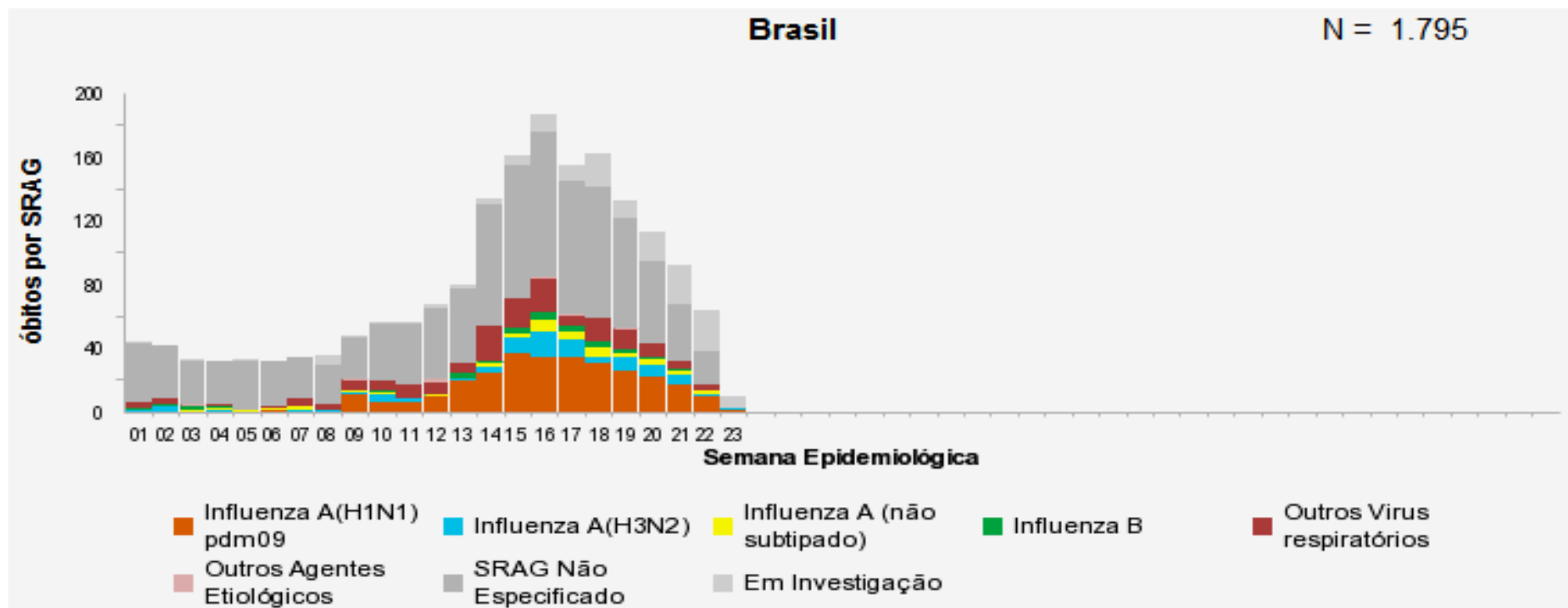
INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 15/06/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 23 de 2018 foram notificados 1.795 óbitos por SRAG, o que corresponde a 11,5% (1.795/15.628) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 446 (24,8%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 284 (63,7%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 45 (10,1%) influenza A não subtipado, 30 (6,7%) por influenza B e 87 (19,5%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 27,4% (122/446), 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 23.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 11/6/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 15/06/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 54 anos, variando de 0 a 107 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,21/100.000 habitantes. Dos 446 indivíduos que foram a óbito por influenza, 324 (72,6%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos $\geq$ 60 anos, Cardiopatas, Diabetes mellitus e Pneumopatas. Além disso, 314 (70,4%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 54 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas.

Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 23.

Óbitos por Influenza (N = 446)	n	%
Com Fatores de Risco	324	72,6%
Adultos $\geq$ 60 anos	163	50,3%
Doença cardiovascular crônica	105	32,4%
Pneumopatias crônicas	69	21,3%
Diabete mellitus	83	25,6%
Obesidade	42	13,0%
Doença Neurológica crônica	31	9,6%
Doença Renal Crônica	30	9,3%
Imunodeficiência/Imunodepressão	22	6,8%
Gestante	12	3,7%
Doença Hepática crônica	5	1,5%
Criança $<$ 5 anos	38	11,7%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	0,9%
Indígenas	2	0,6%
Síndrome de Down	2	0,6%
Que utilizaram antiviral	314	70,4%

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 11/6/2018, 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 23.

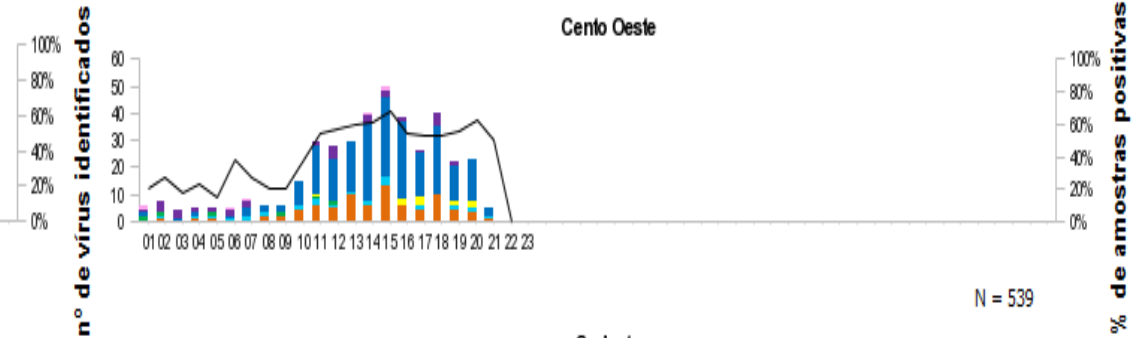
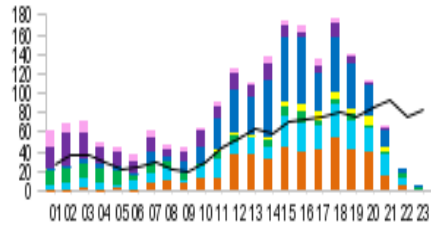
A

N = 1,999

N = 397

Brasil

Cento Oeste



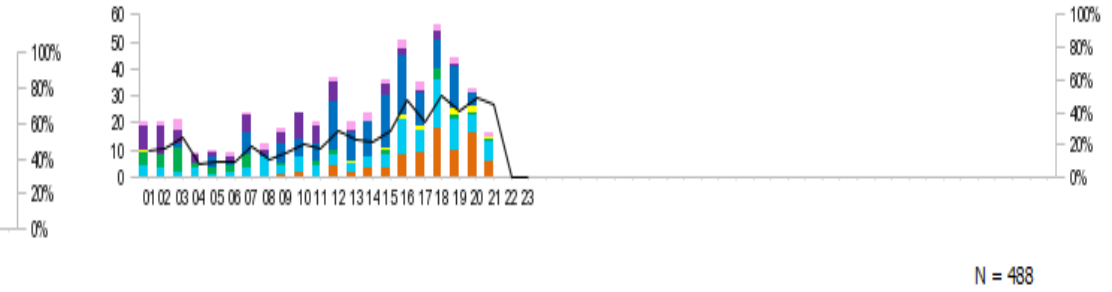
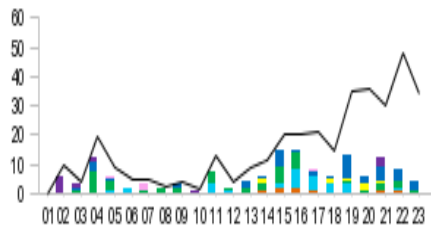
N = 144

N = 539

B

Norte

Sudeste

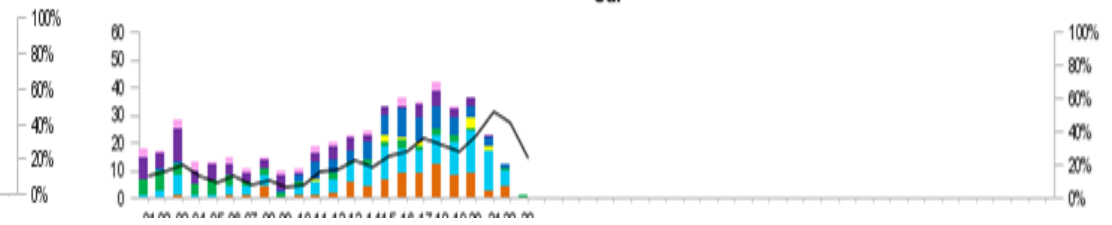
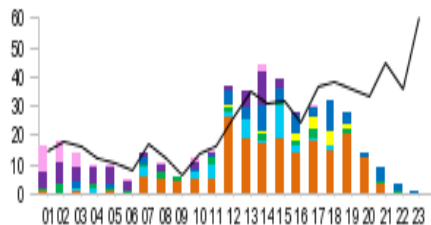


N = 431

N = 488

Nordeste

Sul



Semana Epidemiológica

Semana Epidemiológica



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 11/6/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

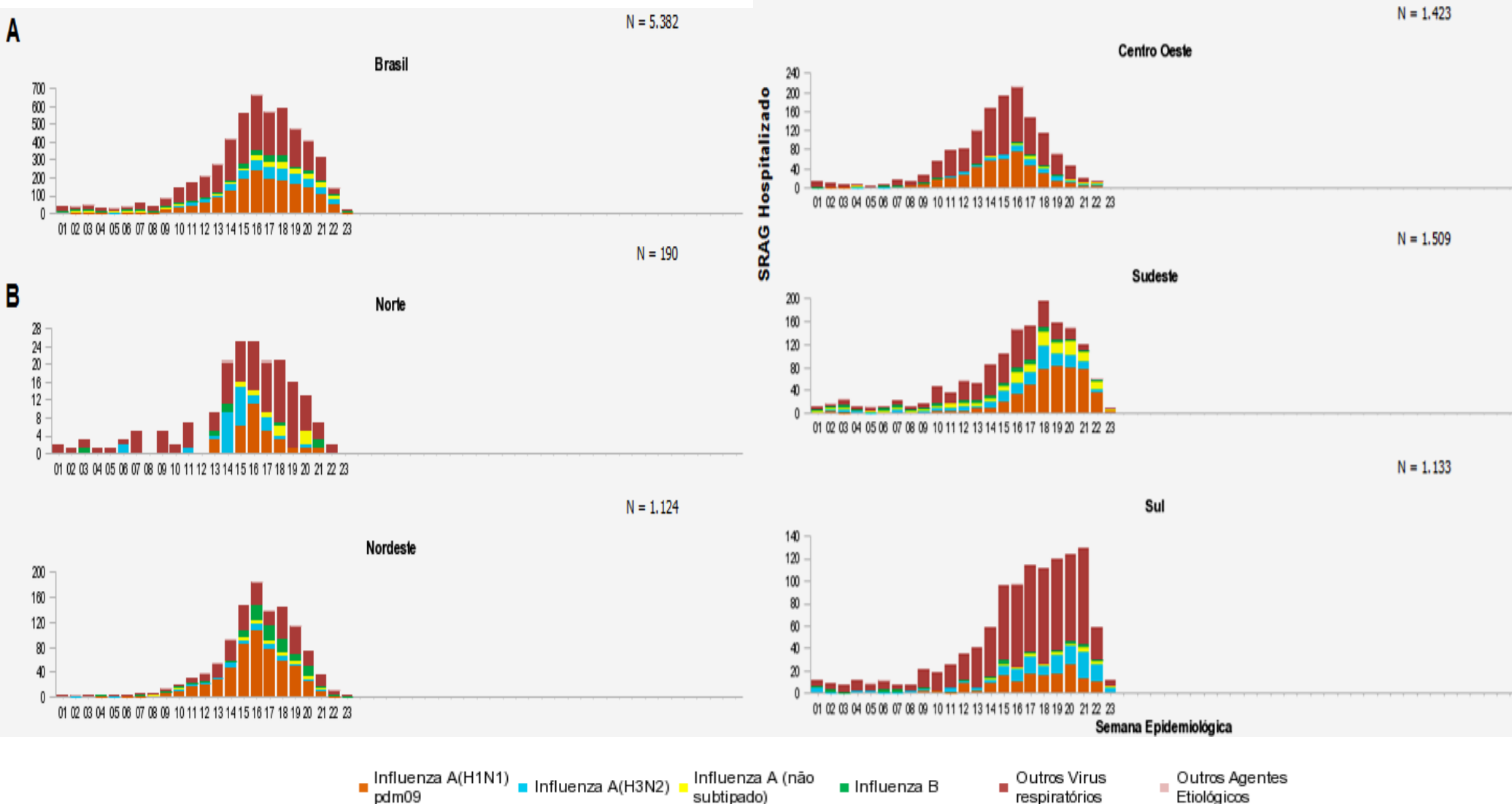
Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 23.

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	724	74	31	9	29	4	8	1	7	2	75	16	113	8	2	0	371	48	163	2
RONDÔNIA	39	3	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	21	3	14	0
ACRE	89	14	4	1	0	0	0	0	1	1	5	2	6	0	0	0	35	12	43	0
AMAZONAS	95	3	0	0	4	0	2	0	2	0	8	0	39	2	0	0	44	1	4	0
RORAIMA	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0
PARÁ	421	35	13	3	22	3	5	1	2	0	42	7	58	4	1	0	234	24	86	0
AMAPÁ	8	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	6	0
TOCANTINS	70	17	10	5	2	1	1	0	2	1	15	7	10	2	1	0	34	6	10	2
NORDESTE	3.665	393	539	106	69	9	37	6	118	13	763	134	347	28	14	3	1.242	177	1.299	51
MARANHÃO	83	14	7	2	0	0	3	0	1	0	11	2	4	1	2	0	22	10	44	1
PIAUÍ	268	32	66	10	1	0	3	1	1	0	71	11	30	3	1	1	53	11	113	6
CEARÁ	995	123	238	49	17	3	12	2	80	10	347	64	9	0	2	1	451	49	186	9
RIO GRANDE DO NORTE	199	40	34	9	12	0	2	1	11	1	59	11	11	0	0	0	67	25	62	4
PARAÍBA	129	27	6	4	3	1	0	0	2	0	11	5	4	0	1	0	54	17	59	5
PERNAMBUCO	819	42	26	5	12	1	0	0	0	0	38	6	3	0	0	0	212	16	566	20
ALAGOAS	94	16	13	2	3	0	6	2	1	0	23	4	1	0	5	1	53	10	12	1
SERGIPE	143	7	16	3	2	0	5	0	1	0	24	3	40	3	0	0	64	1	15	0
BAHIA	935	92	133	22	19	4	6	0	21	2	179	28	245	21	3	0	266	38	242	5
SUDESTE	5.729	675	482	86	225	39	176	29	92	11	975	165	525	33	9	3	2.786	408	1.434	66
MINAS GERAIS	881	118	16	6	43	8	32	10	4	1	95	25	81	8	2	0	534	78	169	7
ESPÍRITO SANTO	277	36	33	5	27	2	1	0	2	2	63	9	0	0	0	0	158	20	56	7
RIO DE JANEIRO	589	63	18	3	14	4	13	0	36	2	81	9	82	9	1	1	211	37	214	7
SÃO PAULO	3.982	458	415	72	141	25	130	19	50	6	736	122	362	16	6	2	1.883	273	995	45
SUL	2.814	323	150	15	146	19	22	3	24	0	342	37	788	46	3	0	1.400	231	281	9
PARANÁ	1.655	197	64	7	90	15	13	1	12	0	179	23	585	34	2	0	669	133	220	7
SANTA CATARINA	509	67	58	6	38	4	4	1	3	0	103	11	137	11	0	0	246	45	23	0
RIO GRANDE DO SUL	650	59	28	2	18	0	5	1	9	0	60	3	66	1	1	0	485	53	38	2
CENTRO OESTE	2.684	327	416	67	94	16	31	6	17	4	558	93	862	54	3	1	950	149	311	30
MATO GROSSO DO SUL	537	56	33	5	42	8	13	3	5	1	93	17	194	6	0	0	227	32	23	1
MATO GROSSO	237	49	20	4	8	2	8	2	6	2	42	10	4	2	0	0	91	28	100	9
GOIÁS	1.261	198	324	55	31	5	3	0	3	1	361	61	343	40	3	1	443	77	111	19
DISTRITO FEDERAL	649	24	39	3	13	1	7	1	3	0	62	5	321	6	0	0	189	12	77	1
BRASIL	15.616	1.792	1.618	283	563	87	274	45	258	30	2.713	445	2.635	169	31	7	6.749	1.013	3.488	158
Outro País	11	3	1	1	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	6	2	2	0
TOTAL	15.628	1.795	1.619	284	563	87	274	45	259	30	2.715	446	2.636	169	31	7	6.755	1.015	3.491	158

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 11/6/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

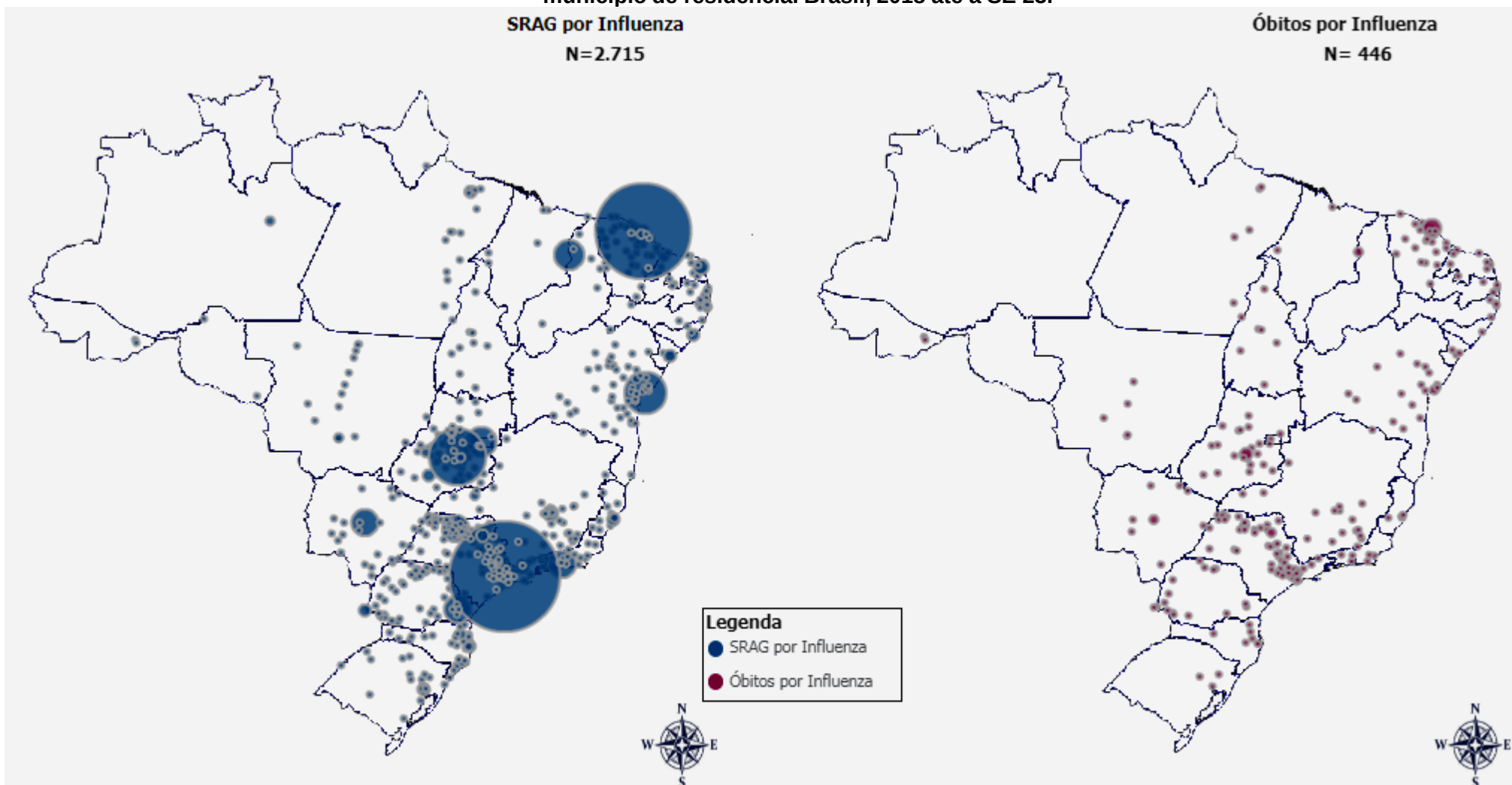
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 23.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 11/6/2018, 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 23.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 11/6/2018, sujeitos a alteração.

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

Local de ocorrência: Pará

Data da informação: 18/06/2018

Fonte da informação: G1 (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Estado de Saúde (Sespa) confirmou a sétima morte por raiva humana na segunda-feira (18). O homem de 39 anos estava internado no Hospital Regional de Breves. No total, são 14 casos notificados, sendo 12 mortes registradas e sete confirmadas laboratorialmente pelo Instituto Evandro Chagas e pelo Instituto Pasteur, em São Paulo. Não há mais nenhum paciente internado com a doença ou sob suspeita.

De acordo com a nota, técnicos da Sespa permanecem até o mês de julho com o trabalho de investigação e prevenção à raiva humana no município de Melgaço onde a maioria dos casos foi registrado. A equipe é composta por profissionais do Departamento Estadual de Endemias e de Vigilância em Saúde da Sespa, além de profissionais da Coordenação Estadual de Zoonoses do 8º Centro Regional de Saúde (CRS). A secretaria considera a situação no local sob controle.

Situação de alerta

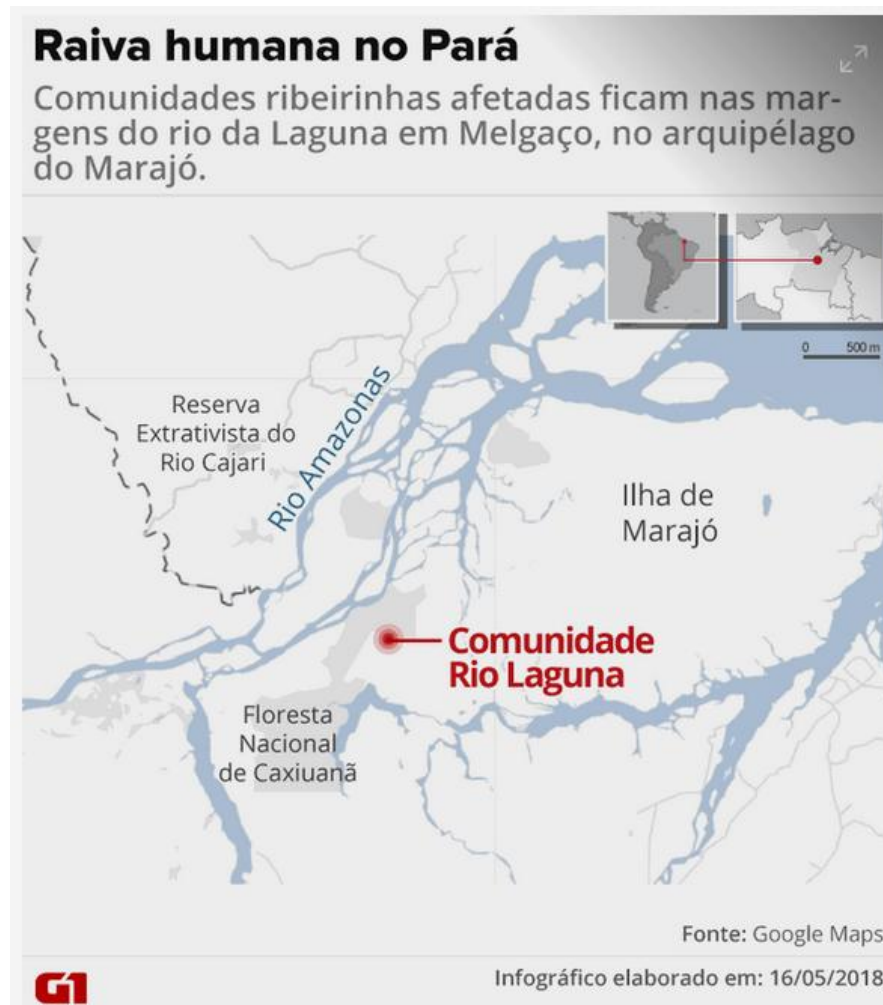
A Sespa emitiu um alerta epidemiológico de raiva humana para os 13 Centros Regionais de Saúde do Pará, para que seja intensificada a identificação precoce da existência de agressões por morcegos hematófagos em humanos ou em animais no peridomicílio. O município de Melgaço vai receber R\$ 90 mil mensais para prevenir casos de raiva humana.

Já foram enviadas 5 mil doses de vacinas antirrábicas e mais 600 frascos de soros antirrábicos. Também foram entregues 500 mosquiteiros para a proteção dessa população. As ações se concentram na localidade de Rio Laguna, cerca de 70 km de Melgaço, onde residem aproximadamente 1.000 pessoas na comunidade. Até o momento já foram vacinadas 500 pessoas e entregues mosquiteiros para essa população.

Todos os pacientes apresentam quadro semelhante, com sinais e sintomas como febre, dispneia, cefaleia, dor abdominal e sinais neurológicos - paralisia flácida ascendente, convulsão, disfagia (dificuldade de deglutir), desorientação, hidrofobia e hiperacusia (sensibilidade a sons, principalmente agudos).

Histórico

Segundo a Sespa, casos confirmados de raiva humana no Pará não ocorriam desde 2005, quando 15 foram registrados no município de Augusto Corrêa e três em Viseu, nordeste paraense. Todos foram infectados por transmissão de morcego hematófago. No caso de Portel, no Marajó, os últimos casos de raiva humana ocorreram em 2004, atingindo 15 pessoas, também todas transmitidas por morcego.





EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 24/2018

(10/06/2018 a 16/06/2018)

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

MALÁRIA

Local de ocorrência: Paraguai
Data da informação: 11/06/2018
Fonte da informação: Organização PanAmericana de Saúde (OPAS)

COMENTÁRIOS:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) certificou na segunda-feira (11) o Paraguai como tendo eliminado a malária. É o primeiro país das Américas a obter esse status desde Cuba, em 1973.

Em 2016, a OMS identificou o Paraguai como um dos 21 países com potencial para eliminar a malária até 2020. Por meio da iniciativa “E-2020”, a Organização está apoiando esses países à medida que ampliam as atividades para se tornar livres da doença. Outros participantes da E-2020 nas Américas são Belize, Costa Rica, Equador, El Salvador, México e Suriname.

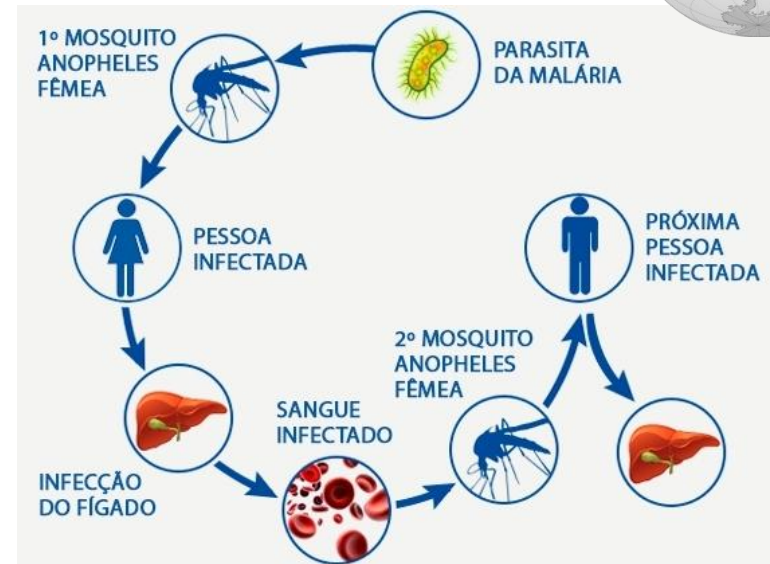
Paraguai livre da malária

Entre 1950 e 2011, o Paraguai desenvolveu sistematicamente políticas e programas para controlar e eliminar a malária, um desafio significativo para a saúde pública em um país que registrou mais de 80 mil casos da doença na década de 1940. Como resultado, o Paraguai registrou seu último caso de malária por *Plasmodium falciparum* em 1995 e malária por *P. vivax* em 2011.

Um plano de cinco anos para consolidar os ganhos, impedir o restabelecimento da transmissão e preparar a certificação de eliminação foi lançado em 2011. As atividades tiveram foco no gerenciamento robusto de casos, envolvimento com comunidades e educação para tornar as pessoas mais conscientes sobre as formas de prevenir a transmissão e sobre as opções de diagnóstico e tratamento.

Em 2016, o Ministério da Saúde lançou uma iniciativa de três anos para desenvolver as habilidades dos profissionais de saúde da linha de frente do Paraguai. Apoiado pelo Fundo Global de Luta Contra a Aids, Malária e Tuberculose, o país reforçou sua capacidade de prevenir doenças, identificar casos suspeitos de malária, diagnosticar com precisão e oferecer tratamento imediato – estratégias-chave para enfrentar a doença de países endêmicos em outros lugares das Américas e na África Subsaariana.

Em abril de 2018, o painel independente de certificação de eliminação da malária concluiu que o Paraguai havia interrompido a transmissão endêmica pelos três anos necessários e que tinha capacidade de impedir o restabelecimento da transmissão, recomendando que o diretor-geral da OMS certificasse o país como livre da doença.



Fonte: Google

Foram destacados fatores como a qualidade e cobertura dos serviços de saúde, incluindo a conscientização sobre a malária entre os trabalhadores da linha de frente da saúde, a disponibilidade universal de tratamento médico gratuito e um forte sistema de vigilância da malária.

Entre 1960 e 1973, sete países e territórios das Américas foram certificados como livres de malária: Cuba, Dominica, Granada, Jamaica, Santa Lúcia, Trinidad e Tobago e a parte norte da Venezuela. Na Região das Américas, os casos de malária caíram 62% e os óbitos relacionados à doença diminuíram 61% entre 2000 e 2015. No entanto, o aumento dos casos relatados em vários países em 2016 e 2017 mostra que grandes desafios permanecem, incluindo o diagnóstico, tratamento e investigação de casos, particularmente em áreas remotas.

VACINA DA DENGUE

Local de ocorrência: Filipinas

Data da informação: 14/06/2018

Fonte da informação: UOL notícias (REUTERS) (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Estudo confirma maior risco de dengue severa em crianças que receberam vacina.

Uma análise de dados da vacina da dengue da Sanofi, aplicada em mais de 800 mil crianças em idade escolar nas Filipinas, confirma a existência de um risco aumentado de dengue severa e de hospitalizações em crianças que nunca haviam sido expostas à doença, mas receberam a imunização.

As descobertas, publicadas na quarta-feira (14) na revista científica *New England Journal of Medicine*, respaldam a recomendação da OMS (Organização Mundial da Saúde). Desde abril, a instituição pede que a vacina só seja aplicada em pessoas que tenham feito exames que atestem que já foram expostas à infecção anteriormente. Mas, atualmente, os testes rápidos da doença não estão amplamente disponíveis.

Em novembro, a Sanofi havia emitido um alerta de que sua vacina poderia aumentar o risco de dengue grave, com base em amostras de sangue de milhares de crianças que a receberam. Um teste recém-desenvolvido permitiu que a empresa determinasse quais crianças haviam sido infectadas anteriormente.

Os autores do estudo calcularam que, se aplicada em 1 milhão de crianças com mais de 9 anos, a vacina poderia prevenir cerca de 11 mil hospitalizações e 2.500 casos de dengue grave. Mas também pode levar a 1.000 hospitalizações e 500 casos graves de dengue em crianças que não haviam sido infectadas anteriormente.

Em uma infecção natural por dengue, a primeira exposição a uma das quatro cepas do vírus é tipicamente leve. Mas uma segunda exposição a um tipo de vírus diferente pode resultar no estágio mais grave da doença.

Especialistas já suspeitavam que, por ser parcialmente eficaz, a vacina contra a dengue também poderia aumentar o risco da doença grave que requer hospitalização diante da exposição a uma segunda cepa. E o estudo, que inclui dados sobre 2.384 crianças que foram vacinadas e 1.194 que não foram, confirma isso.



Fonte: Google



Fonte: Google

"Nossos resultados apoiam a hipótese de que, na ausência de exposição prévia à dengue, a vacina (Sanofi) parcialmente imita a infecção primária e aumenta o risco de dengue grave", escreveram os autores do estudo. Entre as crianças não infectadas previamente que receberam a vacina, houve um risco significativamente maior de hospitalização naquelas com idades entre 2 e 8 anos, e uma tendência de mais hospitalização naquelas entre 9 e 16 anos, como conclui o estudo.

Para crianças de 9 anos ou mais, que já haviam sido expostas ao vírus, a vacina reduziu as taxas de doença grave e hospitalização em 80% em relação ao grupo controle.

Nos ensaios clínicos da Sanofi, crianças de 2 a 5 anos apresentaram um risco aumentado de hospitalização três anos após receberem a vacina. Mas não ficou claro se isso foi resultado de um sistema imunológico imaturo ou de um problema com a vacina.

Embora não existam bons testes para infecção prévia, os testes atuais podem detectar infecção aguda por dengue, informação que poderia ser útil na identificação de crianças que poderiam se beneficiar da vacina.

As descobertas provavelmente elevarão o nível de segurança que as novas vacinas contra a dengue terão que demonstrar, incluindo aquelas que estão sendo desenvolvidas pela Takeda Pharmaceuticals e pelo governo dos EUA, junto com o Instituto Butantan.

CÓLERA

Local de ocorrência: Camarões

Data da informação: 14/06/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

De 18 até 21 de maio de 2018, a Zona de Saúde Mayo Oulo, em Camarões, relatou três casos suspeitos de cólera e nenhuma morte, em duas áreas de saúde no norte do país, na fronteira com a Nigéria. Essas duas áreas são a Área de Saúde de Guirviza (n = 2) e a Área de Saúde de Doumo (n = 1).

No dia 18 de maio de 2018, os dois primeiros casos (duas mulheres de 26 e 30 anos, ambas do mesmo agregado familiar) da Aldeia Mbouiri, na Área de Saúde de Guirviza, foram para o Centro Integrado de Saúde de Guirviza. Em 19 de maio, os casos foram admitidos, e amostras de fezes coletadas e enviadas para confirmação ao Centro Pasteur, em Camarões (CPC). No dia 21 de maio, um terceiro caso (uma mulher de 30 anos de idade) da Área de Saúde de Doumo foi a um centro de saúde e foi internada. Uma amostra foi enviada para confirmação laboratorial.

Todos os três casos supostamente consumiram alimentos do lado nigeriano da fronteira, com subsequente aparecimento de sintomas. No dia 23 de maio, o CPC, em Garoua, divulgou resultados laboratoriais, indicando uma amostra positiva para o *Vibrio Cólera* e uma amostra negativa, entre os dois casos suspeitos da Área de Saúde de Guirviza. A terceira amostra de Doumo não foi testada devido à inadequação da amostra para o teste. Todos os casos são do sexo feminino e estão sendo tratados clinicamente em unidades de saúde locais. Desde 21 de maio, nenhum novo caso foi relatado.

Guirviza e as Áreas de Saúde de Doumo estão localizadas em áreas de difícil acesso no norte dos Camarões, e podem representar desafios devido à extrema insegurança como resultado de sua proximidade com a fronteira nigeriana e a presença do movimento Boko Haram.

O último surto de cólera notável foi relatado em 2014, na mesma região, com mais de 1500 casos relatados.

Avaliação de risco da OMS

A cólera é uma infecção entérica aguda causada pela ingestão de bactérias *Vibrio cholerae* presentes em água ou alimentos contaminados. Está principalmente ligada ao acesso insuficiente a água potável e saneamento adequado. É uma doença infecciosa potencialmente grave e pode causar alta morbidade e mortalidade. Tem o potencial de se espalhar rapidamente, dependendo da frequência de exposição, da população exposta e do contexto.

O distrito de Mayo Oulo, na região norte dos Camarões, é limitado a oeste pelo distrito de Mubi, no estado de Adamawa, na Nigéria, que tem estado no epicentro de um surto de cólera em curso. A área afetada é remota e na zona de conflito (Boko Haram), a subnotificação do número de casos é provável. Com uma população estimada em mais de 500.000 habitantes, há probabilidade de viagens entre as áreas afetadas no distrito de Mayo Oulo e Mubi na Nigéria, que fica a aproximadamente 42 km de distância. Devido à localização (entre a Nigéria e o Chade) e o movimento de pessoas, não se pode excluir a disseminação adicional.

A existência de refugiados da África Central (cerca de 21.197 pessoas) nessa região, juntamente com más condições sanitárias e de higiene, acesso limitado a cuidados de saúde e tratamento em comunidades afetadas pode predispor a população a uma maior propagação da doença. Houve alguns relatos de insegurança na área com repetidos sequestros, exigências de resgate e ataques de grupos organizados. Esta situação pode ter implicações nas atividades de resposta. O evento continuará a ser monitorado e avaliado à medida que mais informações estiverem disponíveis.

A OMS recomenda a melhoria do acesso a água potável e saneamento, gestão adequada de resíduos, segurança alimentar e práticas de higiene para prevenir a transmissão da cólera. Recomenda-se o reforço da vigilância, particularmente no nível da comunidade. O gerenciamento adequado de casos deve ser implementado nas áreas afetadas pelo surto para diminuir a mortalidade. Como o surto está ocorrendo em áreas de fronteira com movimentos populacionais ativos, a OMS incentiva os respectivos países a garantir a cooperação e o compartilhamento regular de informações. A OMS não recomenda nenhuma restrição às viagens e ao comércio para Camarões com base nas informações disponíveis sobre o surto atual.



NOVO CORONAVÍRUS (MERS-CoV)

Local de ocorrência: Arábia Saudita

Data da informação: 18/06/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

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

CORONAVÍRUS

Conheça o vírus

O QUE SÃO

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

O NOVO VÍRUS

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

PRINCIPAIS SINTOMAS

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

CONTÁGIO

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

RNA

Membrana de glicoproteína

Hastes

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

Folha Arte

FEBRE DO VALE DO RIFT (FVR)

Local de ocorrência: Quênia

Data da informação: 17/06/2018

Fonte da informação: <http://outbreaknewstoday.com/kenya-rift-valley-fever-death-toll-now-6-21937/> (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

No surto em curso de Febre do Vale do Rift (FVR) no condado de Wajir, no Quênia, mais uma pessoa morreu vítima da doença viral, elevando o número de mortos para seis, de acordo com a mídia local.

A febre de Vale do Rift (FVR) é uma doença zoonótica transmitida por mosquitos e causada por um vírus que afeta seres humanos e ruminante. Este vírus pertence à família *Bunyaviridae* e ao gênero *Phlebovirus*. É endêmico nos países Africanos subsaarianos e causou manifestações em diversos países - Quênia, Somália, Tanzânia, Madagáscar, África do Sul, Egito, Sudão, entre outros.

Infecta principalmente animais como ovelhas, gado e cabras e pode ter um impacto econômico importante em uma comunidade devido à perda do rebanho.

Os humanos são infectados pelo contato com sangue ou órgãos de animais contaminados. O massacre e o abate de animais é uma causa primária de transmissão para seres humanos. Certas ocupações têm maior risco de contrair a doença, como fazendeiros, pastores e rinários.

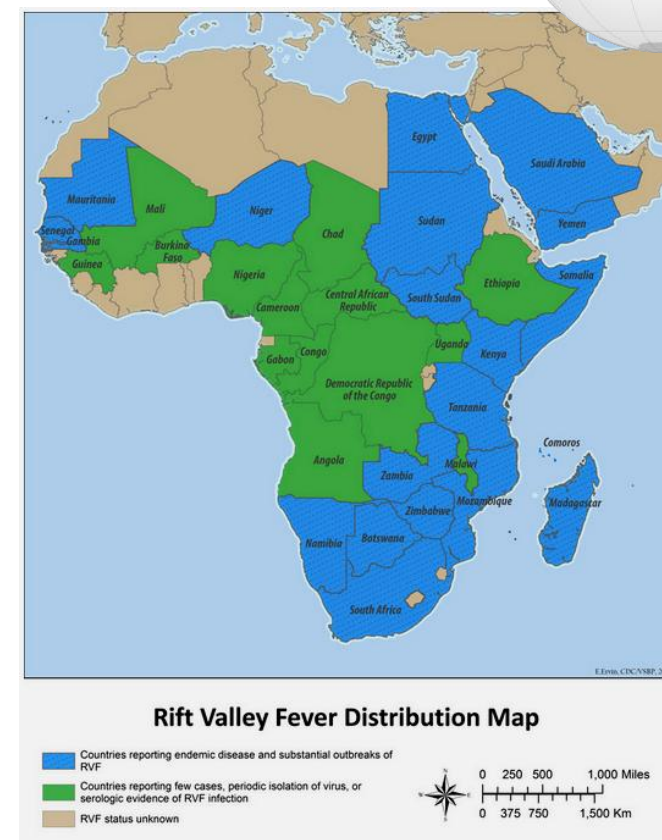
O vírus também pode ser transmitido aos humanos através de picadas de mosquitos e moscas sugadoras de sangue.

A maioria dos casos de febre do Vale do Rift é leve e os sintomas incluem febre, dores de cabeça e dores musculares. No entanto, uma pequena porcentagem de pessoas pode ter uma doença grave que inclui retinite, encefalite e febre hemorrágica. Fatalidades acontecem em menos de 1% dos infectados.

A doença foi relatada inicialmente em uma exploração agrícola perto do Lago Naivasha, no Quênia, em 1930, e foi endêmica RVF ocorreu no Egito em 1977, que conduziu a aproximadamente 100 mil pacientes contaminados e a 600 mortes.



Fonte: Google



Fonte: CDC

EBOLA (DVE)

Local de ocorrência: República Democrática do Congo (RDC)

Data da informação: 11/06/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde

COMENTÁRIOS:

Depois da notificação do surto de doença do vírus Ebola (DVE) na província de Equateur, República Democrática do Congo, em 5 de maio de 2018, a OMS realizou uma avaliação de risco e determinou que o é elevado no nível regional. Foram identificados nove países vizinhos da República Democrática do Congo para apoiá-los com atividades de preparação e resposta: Angola, Burundi, República Centro Africana, República do Congo, Ruanda, Sudão do Sul Tanzânia, Uganda e Zâmbia. Durante o mês passado, a OMS enviou equipes de especialistas para oito dos países. O objetivo dessas missões era avaliar a prontidão dos países e fornecer apoio técnico para desenvolver e iniciar planos nacionais de contingência.

Risco nos nove países vizinhos

Existe um risco significativo de propagação do surto em curso na República Democrática do Congo para os países vizinhos devido à proximidade geográfica, ao elevado volume de pessoas e mercadorias que circulam através das fronteiras e ao longo do rio Congo, das capacidades nacionais insuficientes para prevenir, detectar e responder a casos da doença e outros fatores que podem permitir a transmissão.

Os nove países vizinhos foram categorizados em três níveis de prioridade, com base em sua capacidade de gerenciar surtos de DVE e febre hemorrágica viral (VHF) e a proximidade com as áreas afetadas (Figura 1). Os nove países foram categorizados da seguinte forma, sendo a prioridade 1 a mais alta:

Prioridade 1: República da África Central e República do Congo devido à sua proximidade com o evento atual. Esses dois países compartilham fronteiras com o epicentro do surto na província Equateur e há um contínuo movimento populacional através das fronteiras porosas das terras e pelos rios Congo e Oubangui.

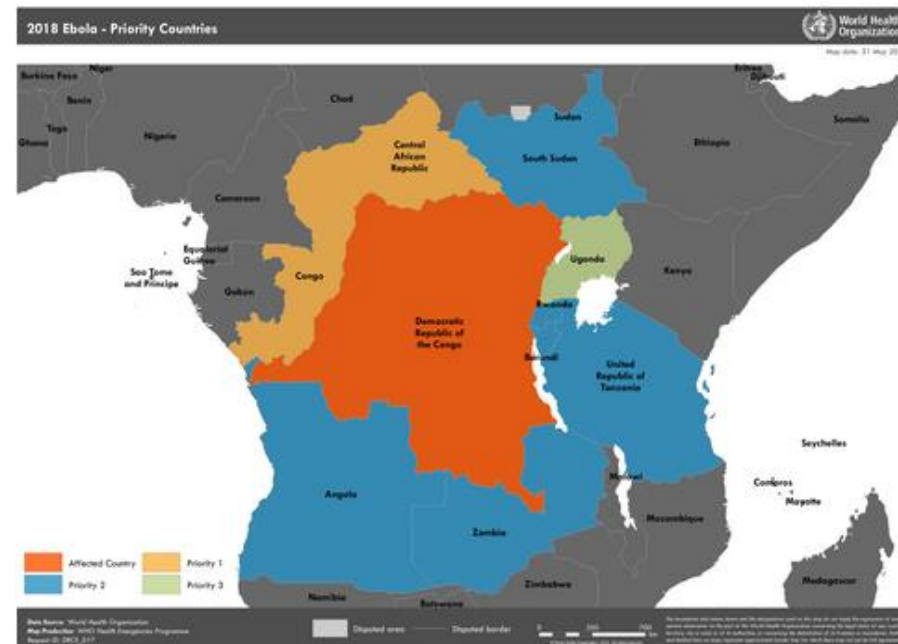
Prioridade 2: Angola, Burundi, Ruanda, Sudão do Sul, Tanzânia e Zâmbia, que são vizinhas da República Democrática do Congo, mas não estão diretamente ligadas à Província Equateur.

Prioridade 3: Uganda porque, embora faça fronteira com a RDC, tem demonstrado regularmente a capacidade de responder aos recentes surtos anteriores de FHV.

A OMS, em colaboração com os países, desenvolveu um Plano Estratégico Regional de nove meses para a Prontidão Operacional e Preparação (junho/ 2018 a fevereiro/2019), para assegurar o alinhamento das ações, com foco em oito áreas técnicas: fortalecimento da coordenação multissetorial; vigilância para detecção precoce; capacidade de diagnóstico laboratorial; pontos de entrada; equipes de resposta rápida; comunicação de risco, mobilização social e envolvimento da comunidade; gestão de casos e capacidades de prevenção e controle de infecção (IPC); e suporte de operações e logística.

Até 7 de junho de 2018, oito países (Angola, Burundi, República Centro-Africana, República do Congo, Ruanda, Sudão do Sul, Tanzânia e Uganda) concluíram os planos de contingência. A OMS, até o momento, desaconselhou a aplicação de quaisquer restrições de viagem ou comércio à República Democrática do Congo.

Figura 1. Nível de prioridade dos nove países vizinhos



POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 12/06/2018

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

COMENTÁRIOS:

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

Na semana, um novo caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) foi relatado no Paquistão elevando para três o total de casos oficialmente registrados no país em 2018. Este último caso teve início de paralisia em 18 de maio, de Dukki, Balochistan.

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

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

Total cases	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	11	5	6	6	22	96
- in endemic countries	11	1	6	0	22	0
- in non-endemic countries	0	4	0	6	0	96

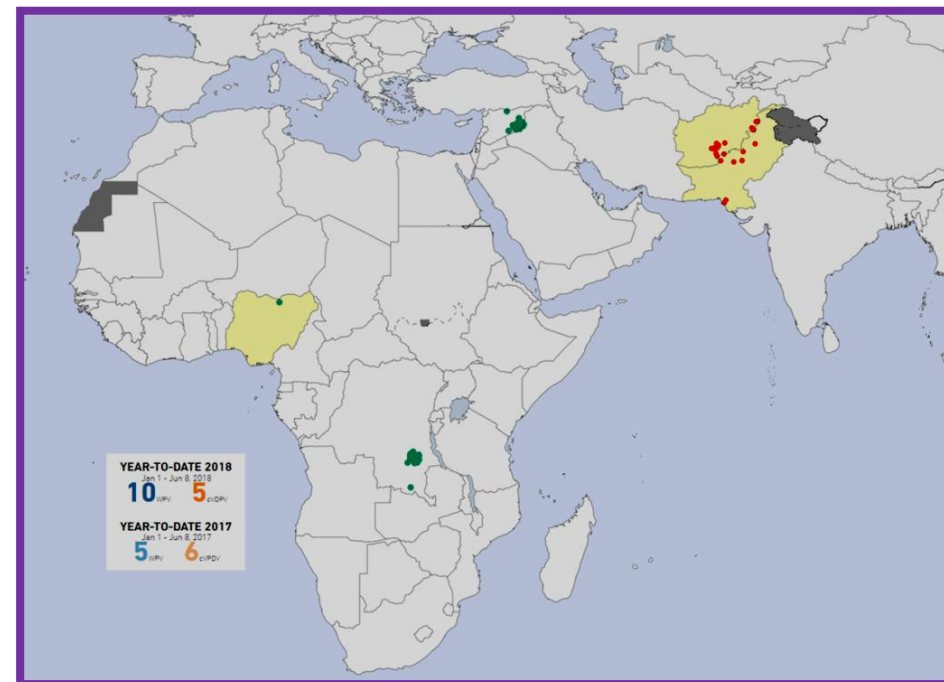
<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

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
Afganistão	8	0	4	0	14	0	27/Abr/18	NA
Paquistão	3	0	2	0	8	0	18/Mai/18	NA
Nigéria	0	1	0	0	0	0	NA	15/Abr/18
República Democrática do Congo	0	4	0	4	0	22	NA	19/Fev/18
Síria	0	0	0	2	0	74	NA	21/Sep/17

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

Poliovírus selvagem global e casos de poliovírus circulantes derivados da vacina - últimos 12 meses - em 8 de junho de 2018



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

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Venezuela

Data da informação: 15/06/2018

Origem da informação: Organização PanAmericana de Saúde (OPAS)

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

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



Fonte: Google



Fonte: Google

Orientação para as autoridades nacionais

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 11/06/2018

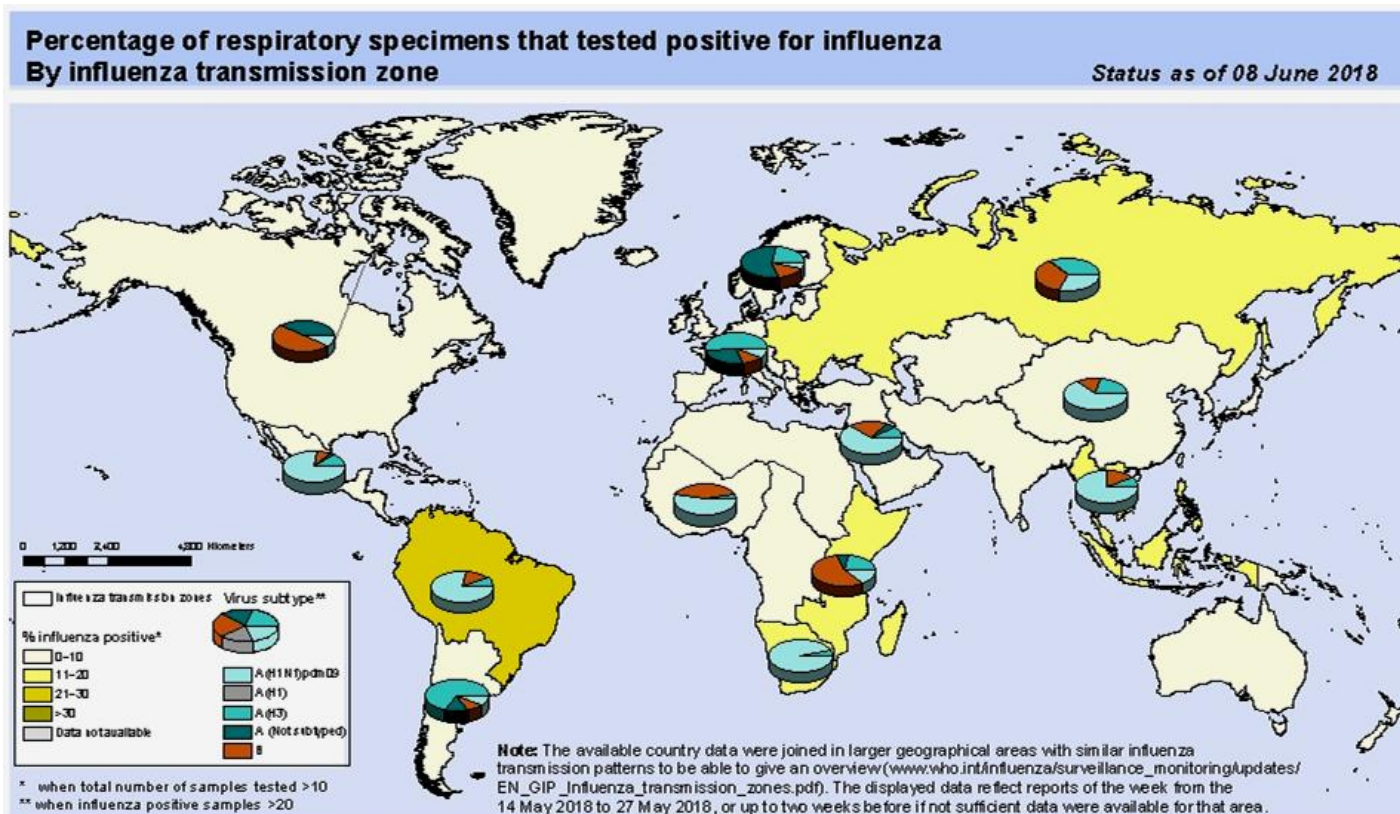
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)



COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

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

Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de influenza de 100 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 14 de maio de 2018 a 27 de maio de 2018. Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 67.928 amostras durante esse período, das quais 2.328 foram positivas para vírus influenza. Entre os vírus positivos, 1.616 (69,4%) foram tipificados como influenza A e 712 (30,6%) como influenza B. Dos vírus tipo A, 888 (75,1%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 295 (24,9%), eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 126 (76,8%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 38 (23,2%) à linhagem B-Victoria.



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

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

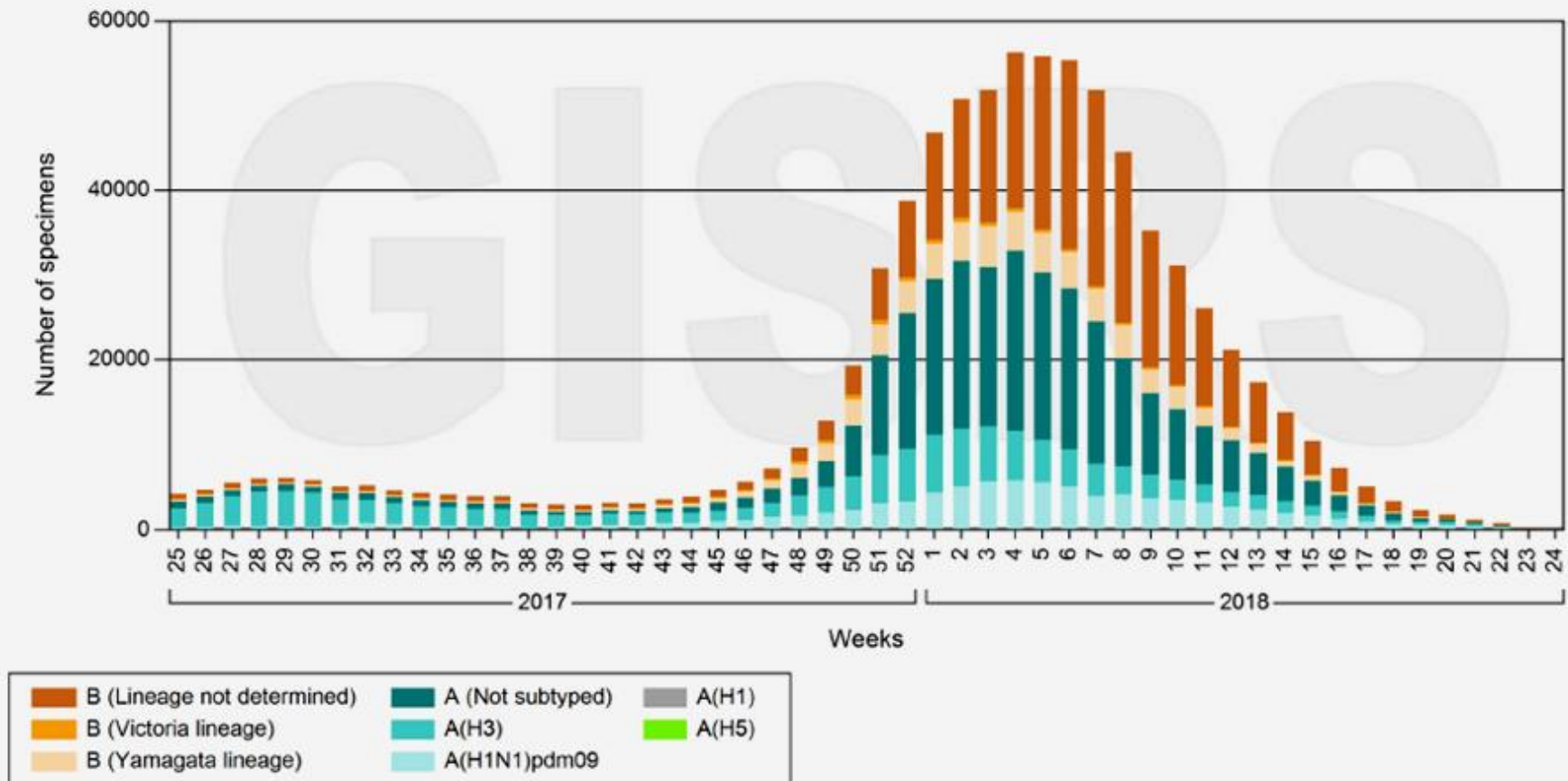
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 18/06/2018 13:29:42 UTC

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



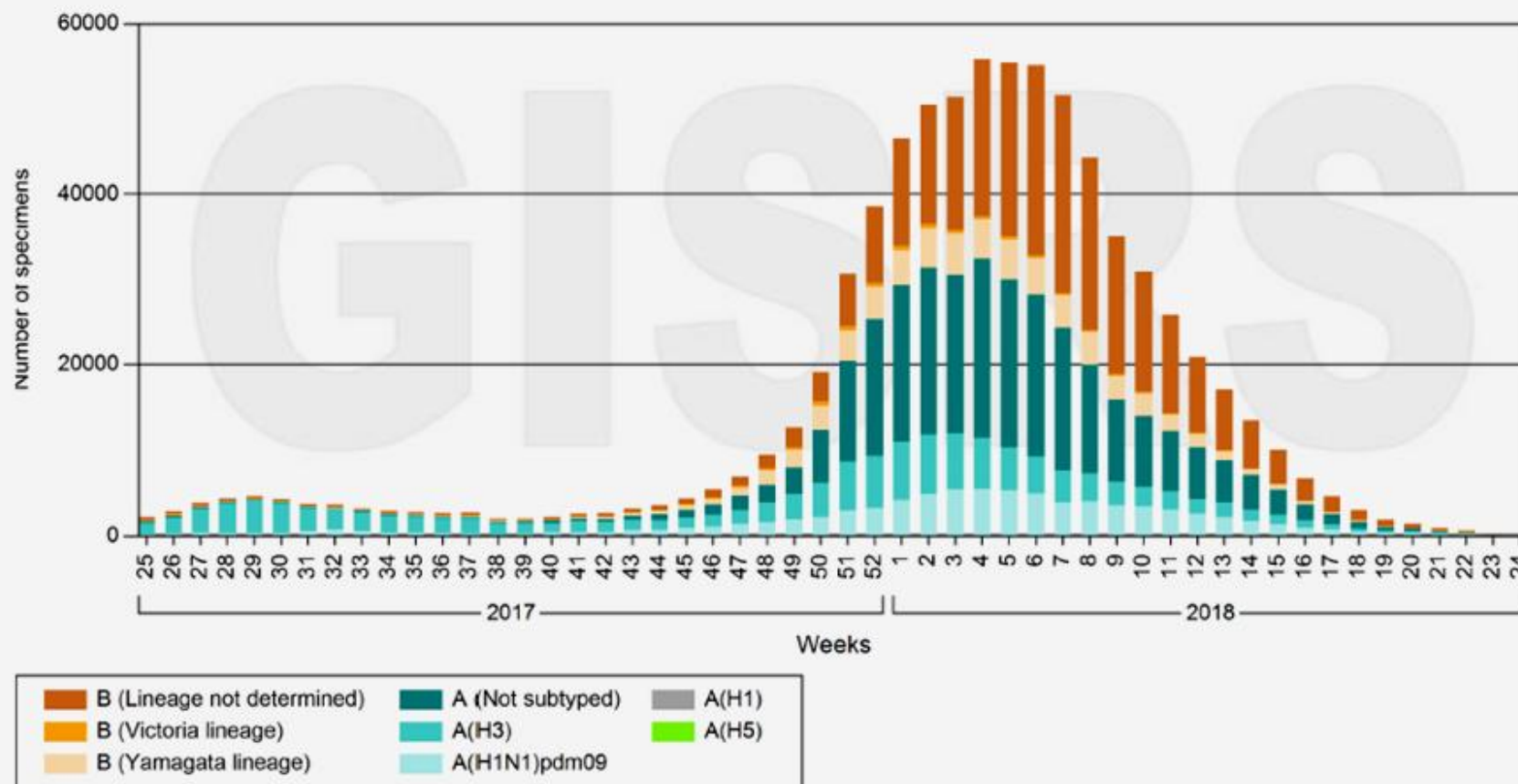
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 18/06/2018 13:32:29 UTC

Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

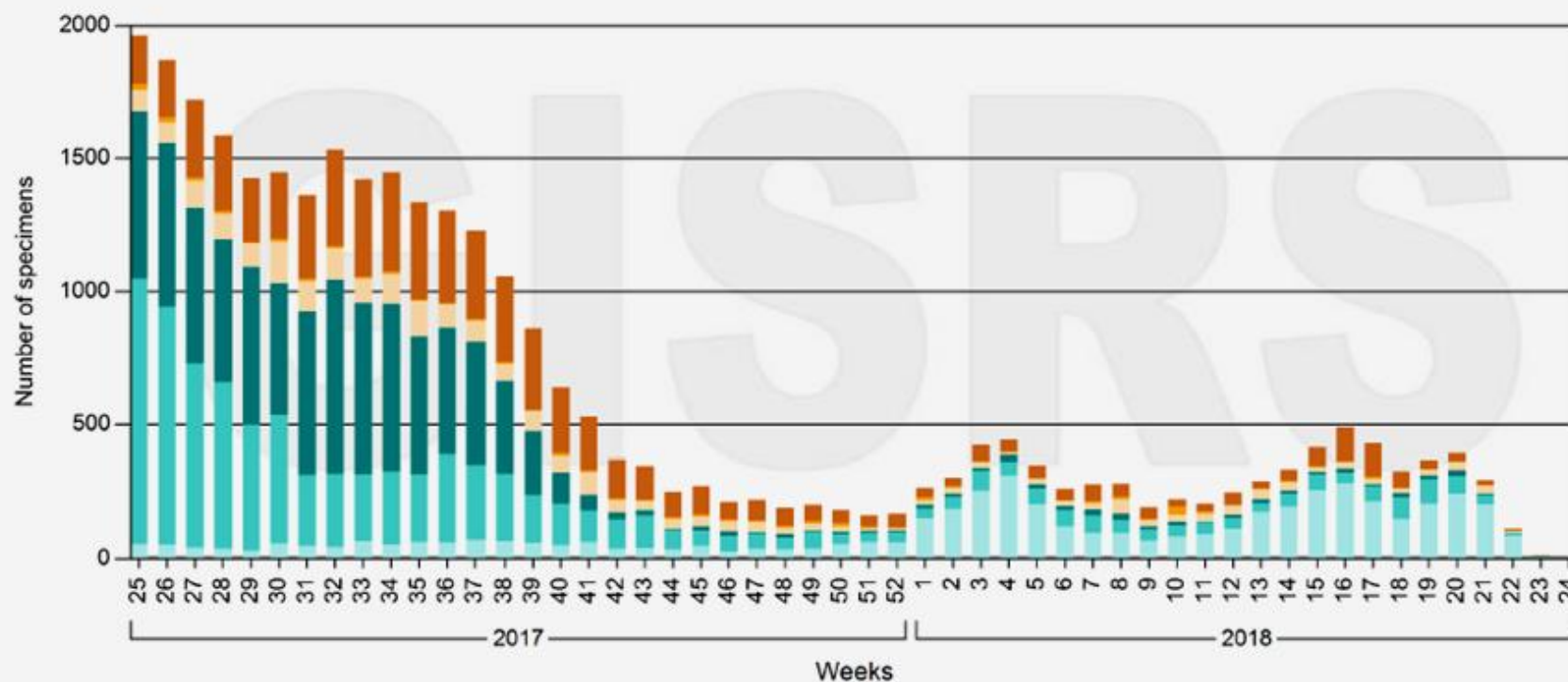
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 18/06/2018 13:32:33 UTC

Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype

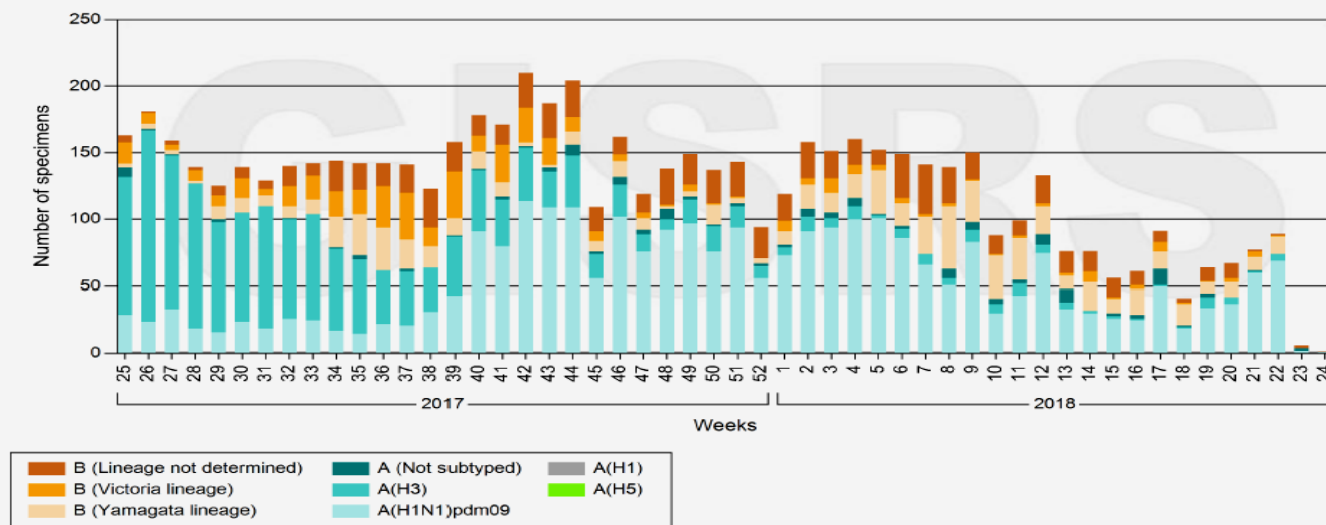


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

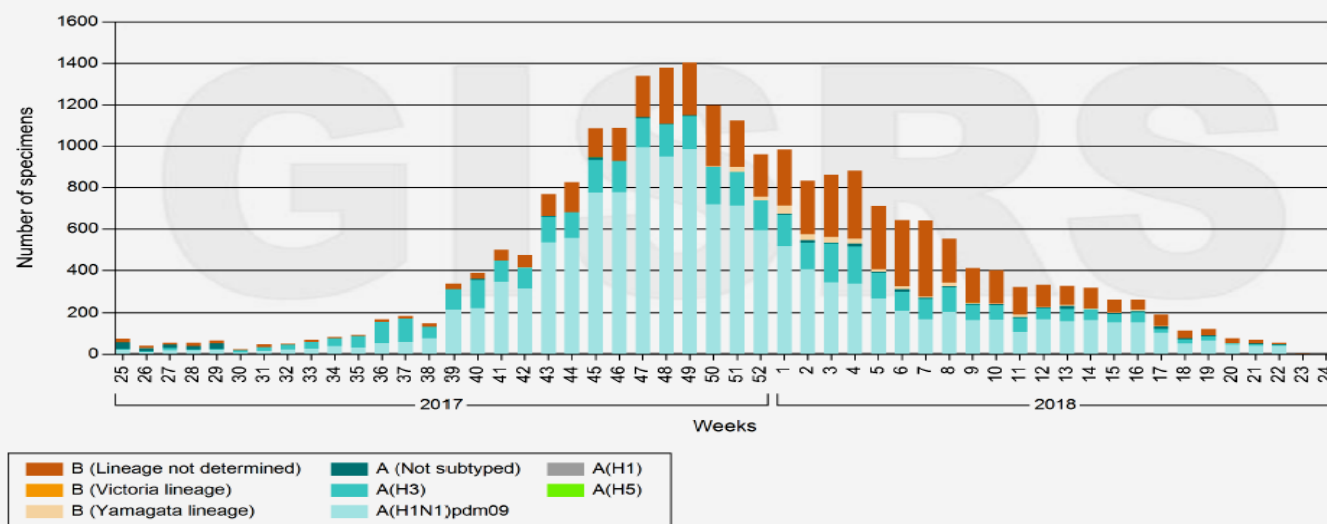
© World Health Organization 2018

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

generated on 18/06/2018 13:36:35 UTC

Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

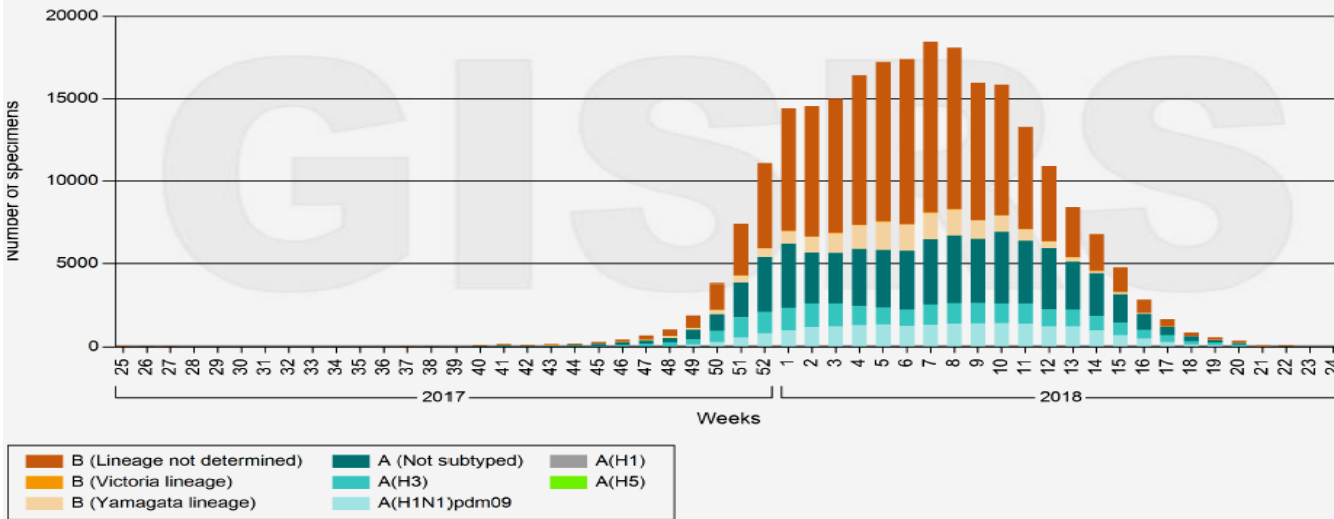


Data source: FluNet (www.who.int/flu/net) GISRS

© World Health Organization 2018

European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

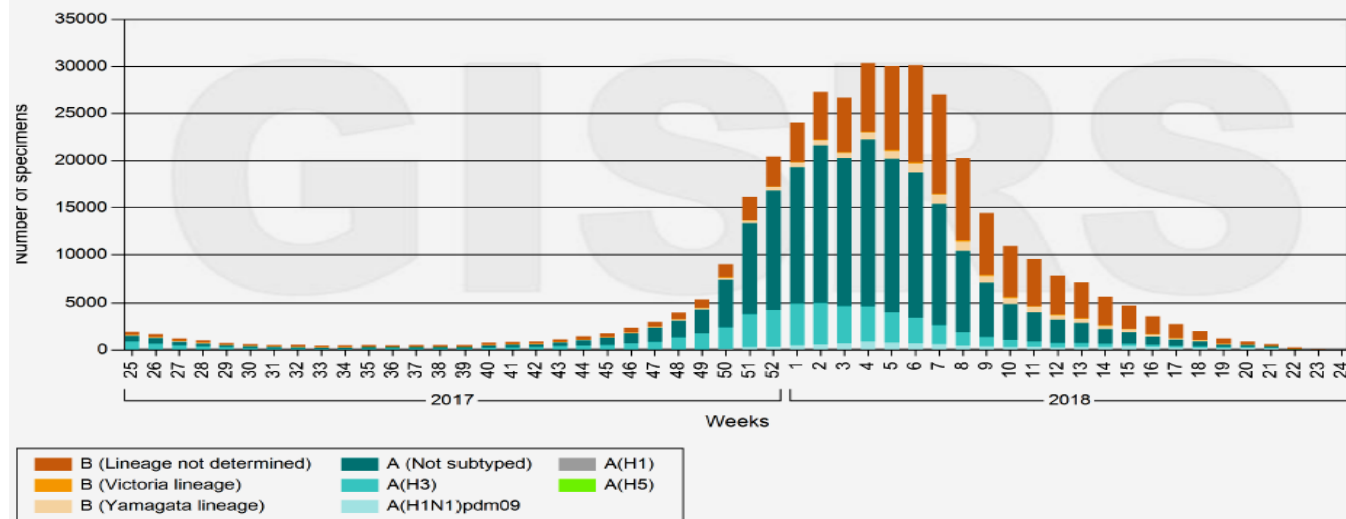
© World Health Organization 2018

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

generated on 18/06/2018 13:38:39 UTC

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



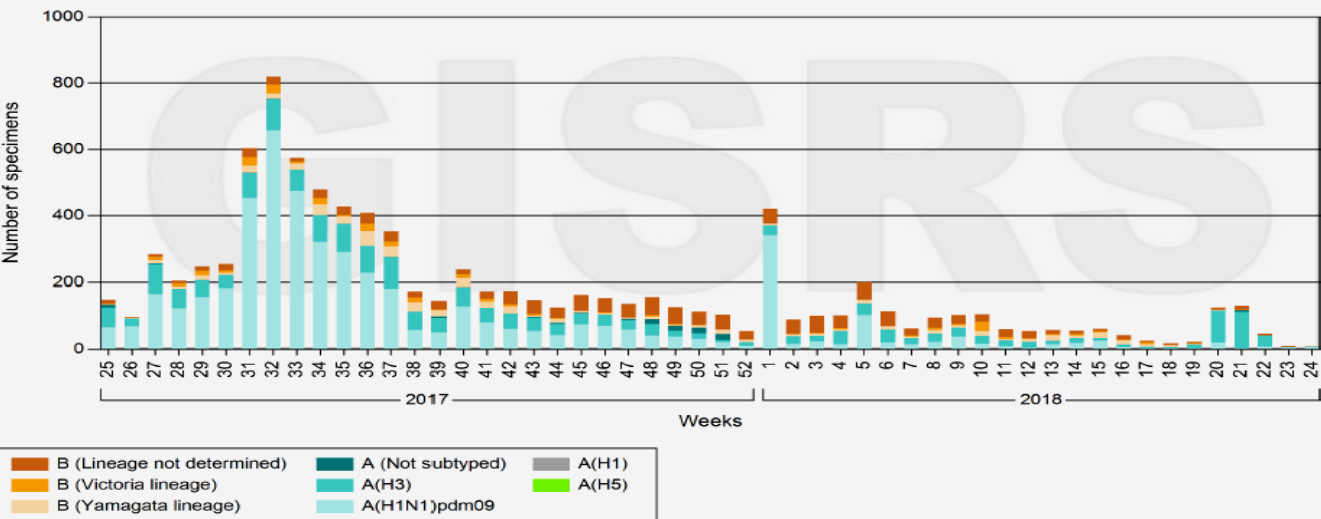
Data source: FluNet (www.who.int/fluNet), GISRS

© World Health Organization 2018



South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



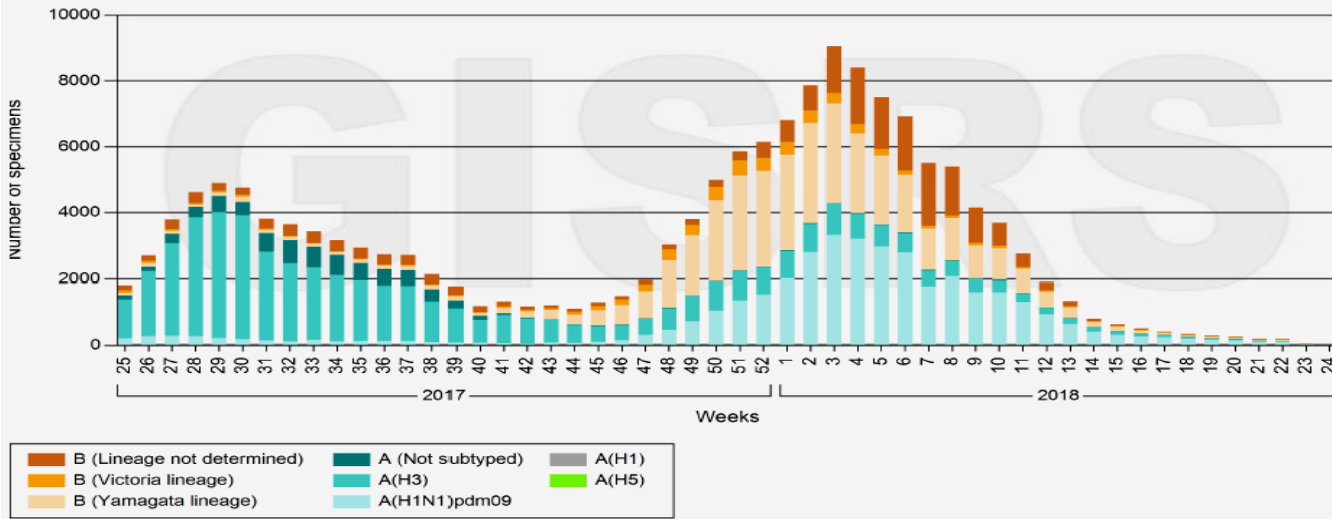
Data source: FluNet (www.who.int/fluNet), GISRS

© World Health Organization 2018

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

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

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>