



INFORME EPIDEMIOLÓGICO

CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 45/2018

(04/11/2018 a 10/11/2018)

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 45/2018

(04/11/2018 a 10/11/2018)

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

RAIVA ANIMAL

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/11/2018

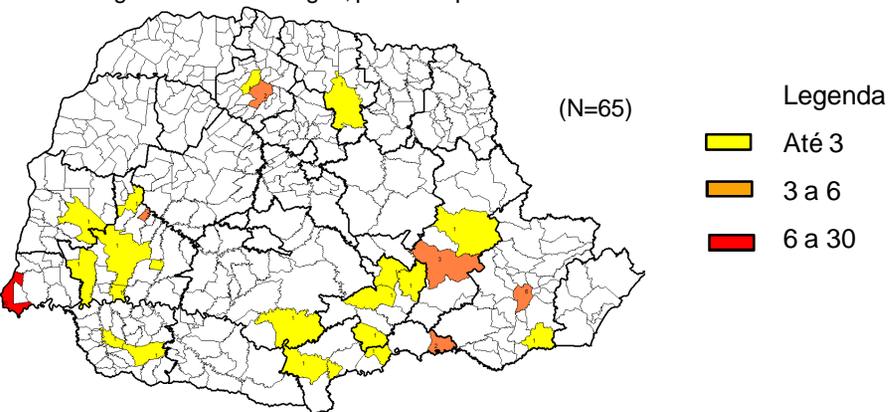
Fonte da informação: Programa Estadual de Controle da Raiva /DVVZI/CEVA/ SVS/SESA

COMENTÁRIOS:

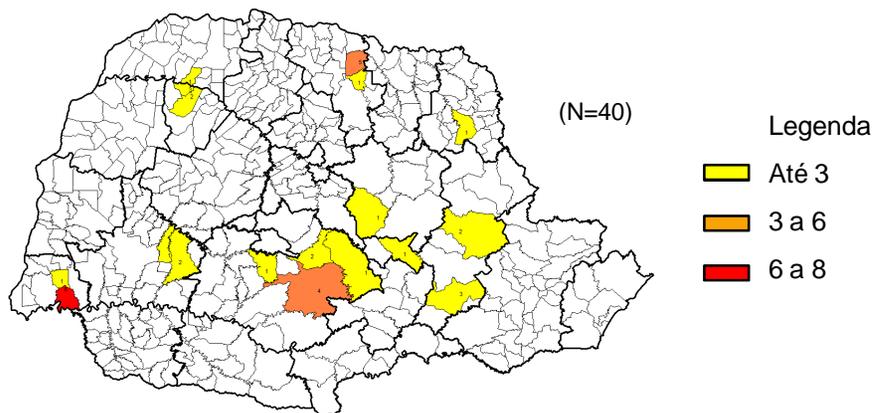
Os diagnósticos dos animais de interesse econômico ou de produção, são feitos pelo Centro de Diagnósticos Marcos Enrietti/ADAPAR.

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

Morcegos não hematófagos, positivos para Raiva - 2018.



Herbívoros positivos para Raiva - 2018.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOVEMBRO AZUL

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 01/11/2018

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Com o início de novembro, começam as ações da mobilização da campanha Novembro Azul, voltada para reforçar a importância do diagnóstico precoce do câncer de próstata e incentivar os homens a cuidarem da própria saúde. Em apoio à campanha, a Secretaria de Estado da Saúde desenvolveu materiais gráficos sobre o assunto, disponíveis para download no site da secretaria.

De acordo com dados do Instituto Nacional de Câncer (Inca), o câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais comum entre os homens brasileiros. Até o final do ano, a estimativa é que mais de 68 mil casos da doença sejam diagnosticados no Brasil. Apenas no Paraná, dados preliminares mostram 990 mortes causadas por câncer de próstata em 2018.

Como ressalta o secretário de Estado da Saúde, Antônio Carlos Nardi, quanto mais precocemente a doença for diagnosticada, maiores as chances de cura. Ele lembra ainda que os exames preventivos estão disponíveis o ano todo na rede pública de saúde. “Nós homens não somos super-homens. Devemos cuidar da nossa saúde, frequentando as unidades de saúde com regularidade, solicitando exames preventivos, mantendo as vacinas em dia. O homem que ama sua família cuida de si”, destacou o secretário Nardi.

Mas não é apenas a prevenção do câncer de próstata que merece atenção da população masculina. A responsável pela Divisão de Saúde do Homem da Secretaria de Estado da Saúde, Carolina Poliquesi, lembra que os homens precisam cuidar da saúde como um todo, adotando hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada, prática de atividades físicas e lazer.

“O homem não é só próstata. Cuidar da saúde não é apenas se prevenir em relação ao câncer e outras doenças. É também buscar qualidade de vida, para si e para sua família”, ressalta Carolina.

Na página da Secretaria de Estado da Saúde é possível encontrar modelos de diversos materiais informativos sobre o Novembro Azul, incluindo folder, banner e cartaz. A ideia é que municípios, instituições e grupos interessados baixem os materiais e os utilizem nas mobilizações durante todo o mês.

“Quanto mais pessoas se unirem em apoio ao Novembro Azul, maior será o alcance da campanha. Precisamos incentivar os homens paranaenses a pensarem mais na própria saúde e se cuidarem mais”, finaliza Carolina.



FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 12/11/2018

Origem da informação: bemparana.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A população que mora em áreas recomendadas para a vacina da febre amarela deve buscar a vacinação antes do início do verão, período de maior risco de transmissão da doença. O alerta do Ministério da Saúde se dá porque áreas recém-afetadas e com grande contingente populacional, como as regiões metropolitanas do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo, ainda possuem um quantitativo elevado de pessoas não vacinadas, ou seja, que estão sob risco de adoecer. A doença tem alta letalidade, em torno de 40%, o que torna a situação mais grave. O período de maior transmissão da doença vai de dezembro a março.

“A doença tem alta letalidade, em torno de 40%, o que torna a situação mais grave”, destacou o ministério, em nota. O objetivo do alerta, segundo a própria pasta, é evitar correria e longas filas em busca da imunização. A cobertura vacinal para a febre amarela deve ser de, no mínimo, 95% da população.

Desde o surto registrado em dezembro do ano passado, a vacinação contra a doença foi ampliada e alcança 4.469 municípios – incluindo 940 cidades localizadas nas proximidades das capitais e áreas metropolitanas das regiões Sudeste e Sul, onde houve evidência da circulação viral.

A vacina é ofertada no Calendário Nacional de Vacinação e distribuída mensalmente aos estados. Em 2018, foram enviadas, de acordo com o ministério, 30 milhões de doses a todo o país. “Apesar dessa disponibilidade, há uma baixa procura da população pela vacinação. As pessoas devem tomar a dose pelo menos dez dias antes do deslocamento para as áreas recomendadas”, reforçou o ministério.

O público-alvo para vacinação contra febre amarela inclui pessoas a partir dos 9 meses de vida e que não tenham comprovação de vacinação. Desde abril de 2017, o Brasil adota o esquema de dose única da vacina, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), respaldada em estudos que asseguram proteção por toda a vida.

Dados da pasta apontam que, entre 1º de julho e 8 de novembro, foram notificados 271 casos suspeitos de febre amarela em humanos, dos quais 150 foram descartados, 120 permanecem em investigação e um foi confirmado. No mesmo período, foram notificadas 1.079 epizootias – morte de primatas não humanos.

“Os dados evidenciam a manutenção da circulação viral no período de baixa ocorrência (junho a setembro), quando as baixas temperaturas e pluviosidade geralmente implicam em condições menos favoráveis à transmissão”, informou o ministério.

O boletim traz ainda a confirmação da primeira morte por febre amarela no segundo semestre deste ano. O caso foi registrado em São Paulo, com local provável de infecção no município de Caraguatatuba, onde casos em macacos haviam sido detectados meses antes da ocorrência. Também foram registradas epizootias nos estados do Rio de Janeiro, de Minas Gerais e do Mato Grosso.

Entre 1º de julho de 2017 e 30 de junho deste ano, foram confirmados 1.376 casos de febre amarela no país e 483 óbitos. Ao todo, foram notificados 7.518 casos suspeitos, sendo que 5.364 foram descartados e 778 continuam em investigação. Desde o início do ano (de 1º de janeiro a 8 de novembro), foram confirmados 1.311 casos de febre amarela no país e 450 óbitos. No mesmo período do ano passado, foram notificados 795 casos e 262 mortes.



Fonte: google.com.br

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/11/2018

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

COMENTÁRIOS:

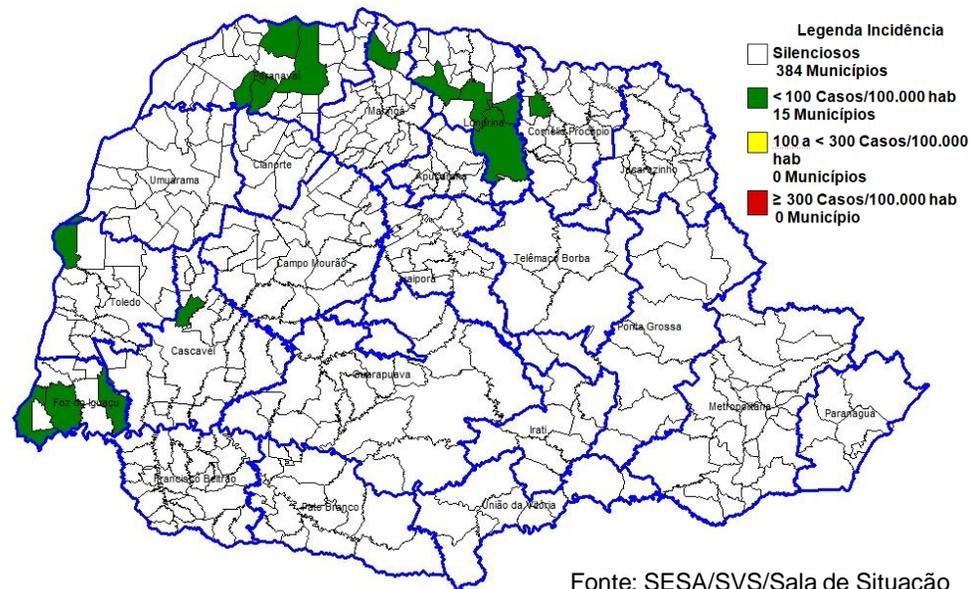
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2018 (primeira semana de agosto) a 44/2018.

Foram notificados no referido período 2.439 casos suspeitos de dengue, dos quais 1.630 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 0,31 casos por 100.000 hab. (35/11.163.018 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 (533), Foz do Iguaçu (283) e Paranaíba (164). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Londrina (8), Paranaíba (8), Foz do Iguaçu (7) e São José dos Pinhais (4).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2018 a 44/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 44/2018*

	PERÍODO 2018/2019
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	179
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	19
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	18
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	8
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	15
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (09 ^a , 10 ^a , 14 ^a , 15 ^a , 17 ^a , 18 ^a e 20 ^a)	7
TOTAL DE CASOS	44
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	35
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	9
TOTAL DE NOTIFICADOS	2.439

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 44/2018.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	44 (100,0%)	0 (0,0%)	44
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	0	-	0
Dengue Grave (D G)	1	-	1
Descartados	-	-	1.630
Em andamento/investigação	-	-	764
Total	45 (1,8%)	0 (0,0%)	2.439

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

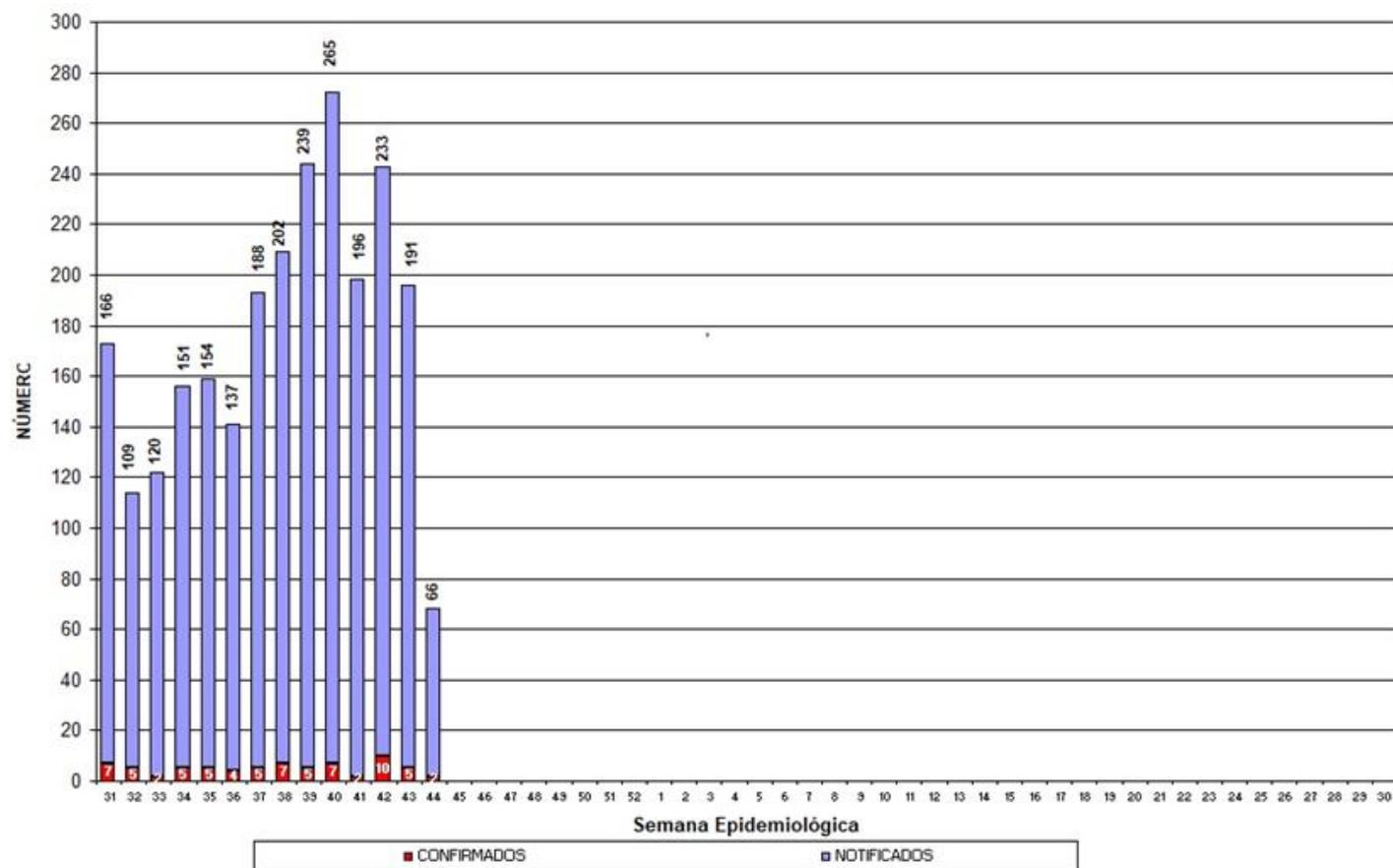
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/11/2018

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 31/2018 a 44/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/11/2018

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

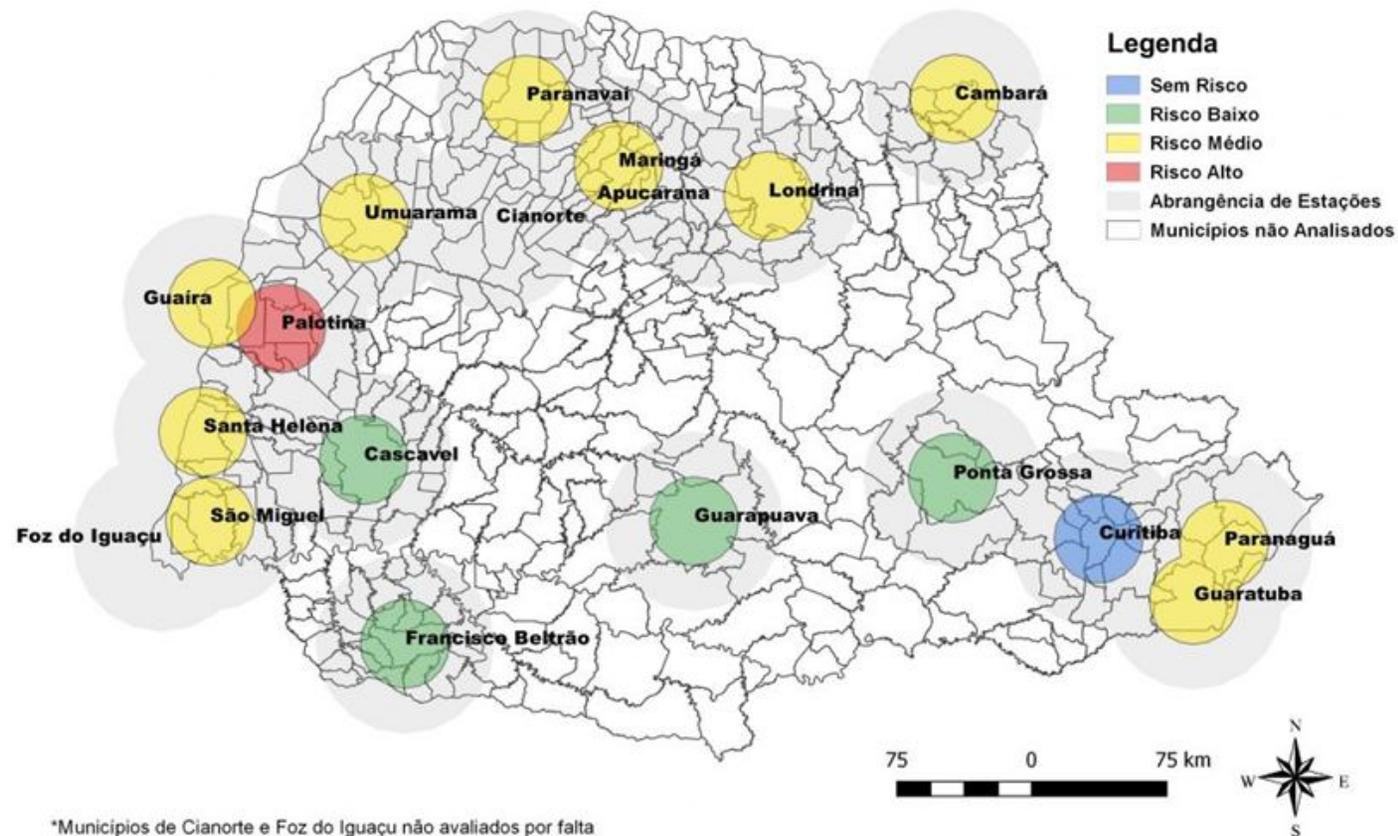
Risco climático para desenvolvimento de criadouros por Estações Meteorológicas. Paraná, 2018.

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (21/10/2018 - 27/10/2018)

Das 18 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 43/2018 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti* :

- 01 (uma) sem risco;
- 04 (quatro) com risco baixo
- 10 (dez) com risco médio;
- 01 (um) com risco alto e;
- 02 (duas) não foram avaliadas.

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



DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/11/2018

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 31/2018 a 44/2018*

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	75	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	0	6	6	90	0	0	0	-
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	3	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	0	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	6	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	0	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	7	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	0	0	0	34	0	0	0	-
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	8	1	9	380	0	1	0	1,97
10ª RS - Cascavel	540.131	1	0	1	73	0	0	0	0,19
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	70	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	0	0	0	51	0	0	0	-
13ª RS - Cianorte	154.374	0	0	0	46	0	0	0	-
14ª RS - Paranavaí	274.257	12	0	12	244	0	0	0	4,38
15ª RS - Maringá	799.890	1	0	1	286	0	0	0	0,13
16ª RS - Apucarana	372.823	0	0	0	81	0	0	0	-
17ª RS - Londrina	935.904	10	1	11	872	0	0	0	1,07
18ª RS - Cornélio Procopio	230.231	1	0	1	50	0	0	0	0,43
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	2	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	2	1	3	60	0	0	0	0,52
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	0	0	0	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	0	0	0	9	0	0	0	-
TOTAL PARANÁ	11.163.018	35	9	44	2.439	0	1	0	0,31

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

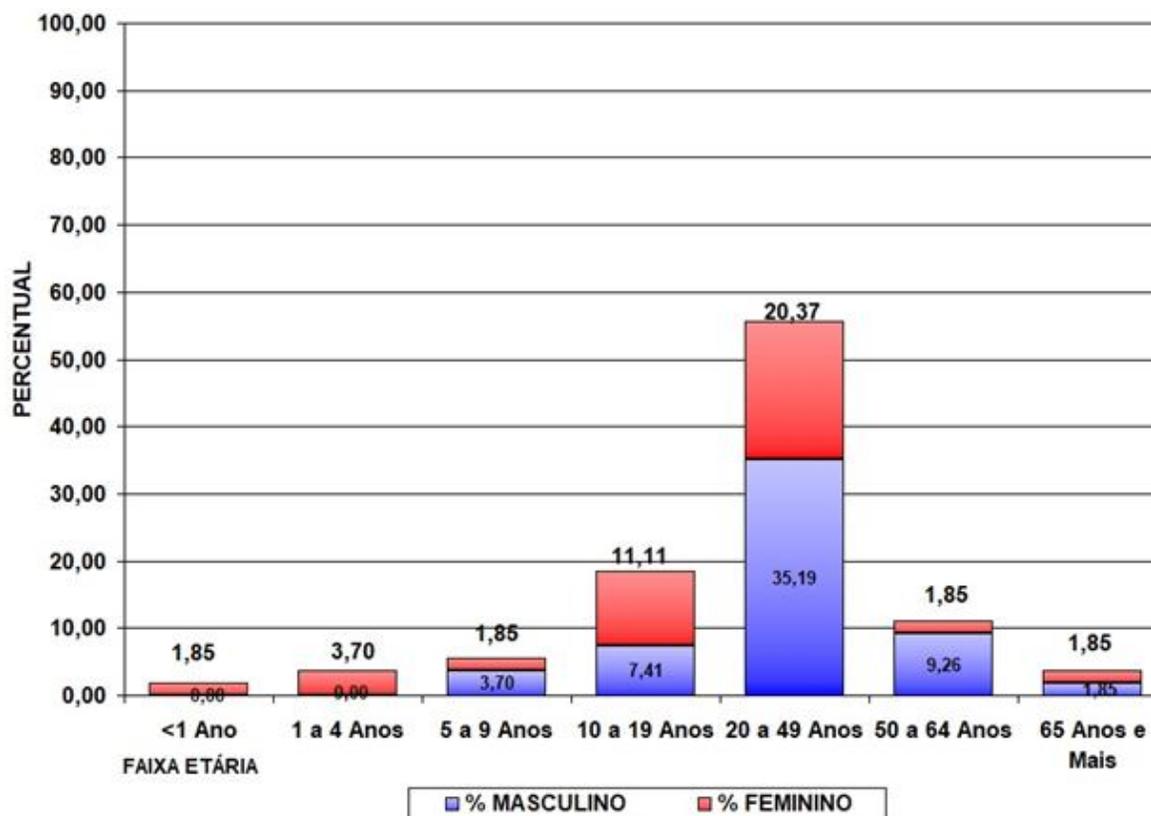
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/11/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 55,56% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 10 a 19 anos (18,52%) e 11,11(%) na faixa etária de 50 a 64 anos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2018 a 44/2018, Paraná – 2018/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/11/2018

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

Número de casos confirmados autóctones, importados, total de confirmados e notificados de CHIKUNGUNYA e ZIKA VÍRUS e incidência (de autóctones) por 100.000 habitantes por município – Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 44/2018*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOCC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOCC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
RS	MUNICÍPIOS	POP	AUTOCC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INC	AUTOCC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
			CHIKI	TCHIK	L	CHK	CHK	ZIKA	RT	L	ZIKA	ZIKA
2	Adrianópolis	6.333	0	0	0	0	-	0	0	0	5	-
2	Curitiba	1.879.355	0	1	1	4	-	0	0	0	0	-
2	Doutor Ulysses	5.808	0	0	0	0	-	0	0	0	3	-
2	São José dos Pinhais	297.895	0	0	0	6	-	0	0	0	0	-
2	Tijucas do Sul	15.970	0	0	0	0	-	0	0	0	2	-
3	Palmeira	33.753	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
5	Laranjeiras do Sul	32.133	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
6	União da Vitória	56.265	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Foz do Iguaçu	263.782	0	0	0	12	-	0	0	0	0	-
9	Medianeira	44.885	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Serranópolis do Iguaçu	4.652	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
10	Cascavel	312.778	0	0	0	7	-	0	0	0	7	-
10	Formosa do Oeste	7.296	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
10	Três Barras do Paraná	12.227	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
11	Campo Mourão	92.930	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Altônia	21.744	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
12	Cafetal do Sul	4.288	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Icaraíma	8.641	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
12	Tapira	5.851	0	0	0	9	-	0	0	0	0	-
14	Alto Paraná	14.518	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
14	Marilena	7.134	0	0	0	3	-	0	0	0	3	-
14	Paranavaí	86.773	0	0	0	3	-	0	0	0	3	-
15	Astorga	25.976	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Itambé	6.192	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Marialva	34.388	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Maringá	397.437	0	0	0	4	-	0	0	0	1	-
15	Sarandi	90.376	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
16	Apucarana	130.430	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
17	Cambe	103.822	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
17	Florestópolis	11.205	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
17	Jaguapitã	13.174	0	0	0	0	-	0	0	0	5	-
17	Londrina	548.249	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Guaira	32.591	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Palotina	30.859	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
20	Toledo	132.077	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
	TOTAL	11.163.018	0	1	1	77	0,00	0	0	0	32	0,00

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA

NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015.
* Dados considerados até 01 de Novembro de 2018.

Foram suprimidos municípios onde não houve notificação de suspeitos de Chikungunya e Zika Vírus.

Alguns municípios apresentaram correção de informações.

-Todos os dados deste Informe são provisórios e podem ser alterados no sistema de notificação pelas Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Essas alterações podem ocasionar diferença nos números de uma semana epidemiológica para outra



EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 45/2018

(04/11/2018 a 10/11/2018)

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

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 07/11/2018

Fonte da informação: Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COMENTÁRIOS:

Receitas de controlados serão válidas em todo país

* A Diretoria Colegiada da Anvisa (Dicol) aprovou uma proposta de iniciativa regulatória para avaliar e determinar uma forma de controle que permita a validade nacional dos receituários de produtos controlados.

A proposta de iniciativa visa adequar a portaria à norma nacional do Projeto de Lei (PL) 5.254, de 2013, recentemente aprovado no Congresso, que permite que qualquer receita de medicamento controlado, independentemente do local da prescrição, seja aceita em todos os estados brasileiros e no Distrito Federal.

A Diretoria Colegiada da Anvisa foi favorável ao substitutivo ao projeto de lei em questão, apresentado pela Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados.

O que diz o PL 5.254

Este projeto de lei visa dar validade nacional a todas as receitas médicas e odontológicas, independentemente do local da sua emissão. Isso permitirá que os medicamentos sejam comprados ou preparados em um estado diferente daquele em que foram prescritos.

A legislação atual restringe a validade da receita de alguns medicamentos controlados ao estado em que é emitida, o que impede a sua utilização por pessoas que se deslocam para outros estados, impedindo-as de adquirir medicamentos muitas vezes essenciais à sua saúde.



Fonte: google.com.br

Certificado Internacional de Vacinação tem novo sistema

* Começou a funcionar na quinta-feira (8/11) o Civnet, o novo sistema disponível para as pessoas que precisam do Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP). A ferramenta traz algumas facilidades, como agilidade no preenchimento, melhor adaptação para tablets e celulares e possibilidade de anexar documentos diretamente no sistema.



O CivNet substitui o Sispaфра, sistema utilizado anteriormente, que já estava defasado tecnologicamente.

As pessoas que já tinham agendado a emissão do certificado não terão nenhum tipo de prejuízo. Basta que compareçam ao posto no dia e hora marcados.

Todos os dados dos viajantes que já tinham pelo menos uma vacina anotada no Sispaфра migraram para o Civnet. No entanto, no primeiro acesso ao novo sistema será necessário atualizar, por exemplo, a palavra de segurança para resgate da senha, já que este recurso não existia no sistema anterior.

Já aqueles que estão tirando o certificado pela primeira vez podem agilizar o atendimento fazendo a atualização do seu cadastro no novo sistema.

Acesse agora o Civnet para emissão do Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia.

O novo sistema está sendo adotado em todos os postos de emissão do certificado, tanto nos postos da Anvisa como naqueles credenciados pela Agência.

Para a emissão do documento, continua sendo obrigatória a apresentação de um documento de identidade com foto e o comprovante de vacinação.

Os usuários que tiverem qualquer dúvida sobre o novo sistema podem entrar em contato pelos canais de atendimento da Anvisa.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 09/11/2018

Fonte da informação: Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COMENTÁRIOS:

A Anvisa proibiu, na sexta-feira (9/11), a distribuição e a comercialização do lote 5585 do alimento nutricional **Total Nutrition** e dos lotes 5886 e 5587 do produto **Total Nutrition Soy**, fabricados pela empresa **Nutral Indústria de Formulações Nutricionais Ltda.** A medida de interesse sanitário, válida em todo o território nacional, determina, ainda, que a empresa promova o recolhimento dos estoques existentes no mercado referentes aos lotes referidos.

A proibição foi designada considerando o comunicado de recolhimento voluntário encaminhado pela própria empresa responsável, em decorrência da utilização de matéria-prima vencida na fabricação dos produtos.

A suspensão, determinada pela Resolução-RE 3.080, de 8 de novembro de 2018, publicada no Diário Oficial da União (DOU) de sexta-feira (9/11), tem caráter definitivo, validade em todo o território nacional e começa a valer a partir da data de publicação da medida.

A Anvisa orienta os consumidores que fazem uso dos produtos em questão a entrarem imediatamente em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente da empresa, por meio do telefone (85) 3066-9100, para instruções a respeito do recolhimento e da substituição desses produtos. Outros produtos e lotes da empresa Nutral não listados aqui estão liberados.

Lotes proibidos:

PRODUTO	LOTE	DATA DE FABRICAÇÃO - VALIDADE
Total Nutrition	5585	05/10/2018 - 04/10/2020
Total Nutrition Soy	5586	06/10/2018 - 05/10/2020
Total Nutrition Soy	5587	11/10/2018 - 10/10/2020

DENGUE

Local de ocorrência: Minas Gerais

Data da informação: 12/11/2018

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

COMENTÁRIOS:

Conforme dados repassados pela Secretaria Municipal de Saúde ao Jornal da Manhã, ao longo de 2018, Uberaba registra 238 casos positivos de dengue. Levantamento também apontou uma situação diferenciada, que foi o registro de casos em todos os meses do ano, diferente de anos anteriores em que o surgimento de pessoas com a doença se concentrava no período de pico do mosquito.

O levantamento é referente ao período de janeiro até o dia 5 de novembro de 2018. Ao todo, o município recebeu 3.045 notificações de dengue, sendo confirmados 238 casos, e apenas um óbito em decorrência da dengue. “Esse ano percebemos que houve uma mudança no perfil da doença, assim como de várias outras arboviroses. Em anos anteriores tínhamos casos de dengue apenas no início e final do ano. Desta vez, registramos em todos os meses do ano. Por isso não interrompemos o trabalho contra a doença”, explica o diretor de Vigilância Epidemiológica, Robert Boaventura.

Contudo, quando questionado se o registro de 238 casos é considerado alto, Robert diz que não, estando dentro do número esperado. Com relação às notificações, o diretor disse que houve um aumento, mas é um reflexo do trabalho de capacitação dos profissionais, desenvolvido nas unidades e nos hospitais, para que todo caso suspeito da doença fosse notificado.

Vale lembrar que já estamos no final do ano, período em que normalmente há um número maior de pessoas com dengue, por haver condições favoráveis à proliferação do mosquito transmissor da doença, como a combinação de calor com chuva. Sendo assim, o diretor revela que o trabalho a ser desenvolvido já vem sendo organizado. “Tivemos reunião na Superintendência Regional de Saúde para a construção do plano de combate contra as arboviroses. A partir disso, vamos começar as capacitações com os profissionais e montar nossa estratégia para o ano que vem”, revela o diretor.

Mais de 25 mil casos prováveis de dengue já foram registrados no Estado. O governo de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Estado de Saúde (SES), publicou um novo balanço das doenças ligadas ao mosquito *Aedes aegypti*. No levantamento recente, a pasta ressalta que o estado abriga 25.559 casos

prováveis de dengue. Outubro foi o mês com o maior número de casos registrados no estado desde junho, quando houve a confirmação de nada menos que 1.066 casos da doença entre os mineiros.

Na comparação com a última pesquisa, publicada no último dia 22 de outubro, houve um aumento de 642 diagnósticos. O balanço também traz o número mortes por dengue em 2018. Ao todo, foram oito, nos seguintes municípios: Araújos (Centro-Oeste), Arcos (Centro-Oeste), Conceição do Pará (Centro-Oeste), Contagem (Metropolitana), Ituiutaba (Triângulo), Lagoa da Prata (Centro-Oeste), Moema (Centro-Oeste) e Uberaba (Triângulo Mineiro).



INFLUENZA

Local de ocorrência: Mato Grosso do Sul

Data da informação: 12/11/2018

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

COMENTÁRIOS:

Os casos de mortes por Influenza já são cinco vezes maiores nesse ano em comparação com todo o período do ano passado. É o que mostram dados da Secretaria Estadual de Saúde. Foram seis óbitos em 2017 contra 31 até outubro de 2018. Desse total, 11 foram mortes por H1N1, 11 mortes por Influenza A/H3 sazonal, quatro foram por Influenza A não subtipado e cinco mortes foram por Influenza B.

O boletim traz o registro de uma morte por H1N1 em Dourados. Outros 11 óbitos por gripe A aconteceram em Alcinópolis (1), Campo Grande (5), Chapadão do Sul (1), Costa Rica (1), Coxim (1) e Nioaque (1). Também aconteceram 11 mortes por H3N2/Sazonal, que é um subtipo do vírus Influenza A. Foram 7 mortes em Campo Grande, uma morte em Aquidauana e duas em Naviraí e uma em Sidrolândia. Por Influenza B ocorreram quatro mortes, todas em Campo Grande. Por Influenza A (não subtipado) foram cinco mortes ocorridas em Campo Grande (2), Costa Rica (1), Coxim (1) e Três Lagoas (1).

Em todo o Estado foram notificados esse ano 983 notificações e internações para Síndrome Respiratória Aguda Grave, sendo confirmados 146 casos para Influenza. Do total de amostras, 278 casos foram confirmados de Influenza, sendo 77 de Gripe A (H1N1), outros 37 para influenza A não subtipado e 139 para Influenza H3N2 e 25 casos de Influenza B.

Em Dourados foram 22 notificações para Síndrome Respiratória Aguda Grave, sendo confirmado um caso de Influenza H1N1 e uma morte por Gripe A.

A Secretaria orienta que a população tome medidas preventivas para diminuir a circulação dos vírus da gripe. Hábitos simples podem ajudar como higienizar as mãos com frequência, utilizar lenço descartável para higiene nasal e evitar, dentro do possível, ambientes com aglomeração, evitar visitas a hospitais e ventilar os ambientes. O antiviral está disponível em todas as unidades de saúde.

Chikungunya

A cidade de Dourados, que passou por surto de Chikungunya nos meses de abril e maio e era líder em incidência de casos da doença no Estado, continua

na segunda colocação, ficando atrás de Juti. Apesar disso, os números ainda preocupam. O município tem 152 notificações e a incidência de 73,7 casos para cada 100 mil habitantes.

De acordo com a análise, o Estado registrou 633 notificações, tendo como média a incidência de 24,5 casos para cada 100 mil habitantes. Já são 63 casos a mais do que o total de notificações do ano passado quando foram registrados 570 casos. Em MS, a maioria dos pacientes com a doença tem entre 20 e 34 anos. A Secretaria de Saúde do Estado também confirmou uma morte em Campo Grande pela doença.

Os sintomas relacionados ao Zika Vírus costumam se manifestar de maneira branda e o paciente pode, inclusive, estar infectado e não apresentar qualquer sintoma (apenas uma em cada quatro pessoas infectadas tem manifestação clínica da doença). Um sinal clínico que pode aparecer logo nas primeiras 24 horas, considerado como uma marca da doença é o 'rash' cutâneo e o prurido, ou seja, manchas vermelhas na pele que provocam intensa coceira. Há, inclusive, relatos de pacientes que têm dificuldade para dormir por conta da intensidade dessas coceiras.



Fonte: google.com.br

MALÁRIA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 09/11/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

A Região Amazônica vai receber, do Ministério da Saúde, 300 mil mosquiteiros impregnados de inseticidas de longa duração (MILD) como estratégia complementar ao combate à malária. A ação programada para este mês de novembro visa atender emergencialmente 364,5 mil pessoas de 34 municípios prioritários nos estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia e Roraima e de nove Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) que concentram cerca de 80% dos casos de malária do Brasil.

Foram investidos aproximadamente R\$ 4 milhões de reais para aquisição de 240 mil MILD modelo cama cônico e de 60 mil MILD modelo rede para complementar e apoiar as ações locais nos municípios e DSEIs prioritários. A ação é complementar “porque a principal estratégia é o diagnóstico e tratamento precoce, buscando evitar os óbitos e a gravidade da doença, assim como reduzir a carga de plasmódio circulante no território, visto que o único reservatório do agente que causa a malária é o ser humano”, explica Cássio Peterka, coordenador substituto dos Programas Nacionais de Controle e Prevenção da Malária e das Doenças Transmitidas pelo *Aedes* (CGPNCMD).

O controle vetorial integrado e seletivo busca reduzir a densidade de mosquitos infectados pelo plasmódio, nas áreas em que a transmissão ainda está ativa. Além das tradicionais técnicas utilizadas, como a Borrifação Residual Intradomiciliar e a Termonebulização espacial, o Programa Nacional de Controle da Malária recomenda a utilização de mosquiteiro impregnado com inseticidas de longa duração em áreas prioritárias.

Em 2011 e 2012, foram distribuídos mais de 1 milhão de MILD na região Amazônica. Por ser uma estratégia efetiva para prevenção e controle da malária, o Ministério da Saúde adotou esta estratégia com o objetivo de realizar aquisições e distribuição anual deste insumo.

O Ministério da Saúde tem adotado uma série de ações estratégicas para o enfrentamento da malária, para cumprir as 4 diretrizes preconizadas pelo PNCM: Diagnóstico e Tratamento oportunos e de boa qualidade, Controle integrado e seletivo de vetores, Mobilização Social e Educação em Saúde, Identificação precoce e contenção de surtos de malária.

Para intensificação de ações de combate e controle da doença, foram repassados R\$ 11,9 milhões em 2016 para nove estados localizados na região Amazônica (Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins), área que concentra mais de 99% dos casos de malária registrados no Brasil, para aquisição de equipamentos e veículos e distribuição aos municípios prioritários, para iniciar a reestruturação local das ações de prevenção e controle da malária. Neste ano, foi publicada a Portaria nº 1.958, de 28 de junho, que autoriza o repasse de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, totalizando o montante de R\$ 10,3 milhões, para custeio da intensificação das ações de controle da doença, aos estados e alguns municípios prioritários do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia e Roraima.

Além do repasse de recursos extras e exclusivos para o combate à doença, a Pasta investe na ampliação do diagnóstico e garante o abastecimento dos estados em relação aos testes rápidos, e prevê uma ampliação de mais 20% da rede diagnóstica de malária no Brasil para 2019. O Ministério da Saúde garante, ainda, o tratamento completo pelo SUS e envia insumos para as ações de controle vetorial (inseticidas).

A região Amazônica concentra mais de 99% dos casos de malária do Brasil, mas os demais estados também possuem áreas com a presença do vetor (áreas receptivas para malária), onde podem ocorrer a reintrodução da malária e surtos a partir de um caso importado. Na região Amazônica foram registrados 144.146 casos de malária, de janeiro a setembro deste ano. Em todo o Brasil, dados preliminares revelam que, em 2017, foram notificados 194.425 casos de malária. Em 2018, no período de janeiro a setembro, foram registrados 144.710 casos da doença no país.

Depois de 10 anos de redução de casos, em 2017 o país apresentou um acréscimo de mais de 50% dos casos (comparados a 2016). No ano de 2018, este aumento continuou, mas com os investimentos e apoio do Ministério da Saúde, os estados e municípios já vêm demonstrando sinais de redução de casos.

DOENÇA DE CHAGAS

Local de ocorrência: Pará

Data da informação: 06/11/2018

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

COMENTÁRIOS:

O Instituto Evandro Chagas realizou entrevista coletiva, na tarde de terça-feira (6/11), para divulgar informações sobre dois surtos de Doença de Chagas nos municípios de Limoeiro do Ajuru, nordeste paraense, e Curralinho, no Arquipélago do Marajó. No total, 13 pessoas foram diagnosticadas com o mal de Chagas.

De acordo com a médica e pesquisadora Ana Yecê das Neves, 5 casos de infecção pela Doença de Chagas foram registrados na localidade de Jupatitiba, município de Curralinho. Os pacientes têm entre 15 e 75 anos e foram diagnosticados entre os dias 04 e 08 de outubro.

Um dos casos que mais gerou preocupação nesse primeiro surto foi o de uma adolescente de 15 anos, que estava no nono mês de gestação, e já realizava tratamento de malária quando foi diagnosticada com a Doença de Chagas. Ela passou por um tratamento específico, e o bebê nasceu sem complicações de saúde no último dia 03 de novembro.

O primeiro exame parasitológico e sorológico no recém-nascido deram negativos.

O segundo surto foi registrado no município de Limoeiro do Ajuru. Os primeiros pacientes a chegarem ao Instituto Evandro Chagas, em Belém, foram uma mãe e um filho, no dia 02 de outubro.

Eles haviam sido diagnosticados no dia 25 de setembro e iniciado tratamento em Limoeiro, mas foram transferidos para Belém após persistência de quadro febril. Após exame no Instituto Evandro Chagas, foi constatado que eles apresentavam co-infecção de malária e Doença de Chagas.

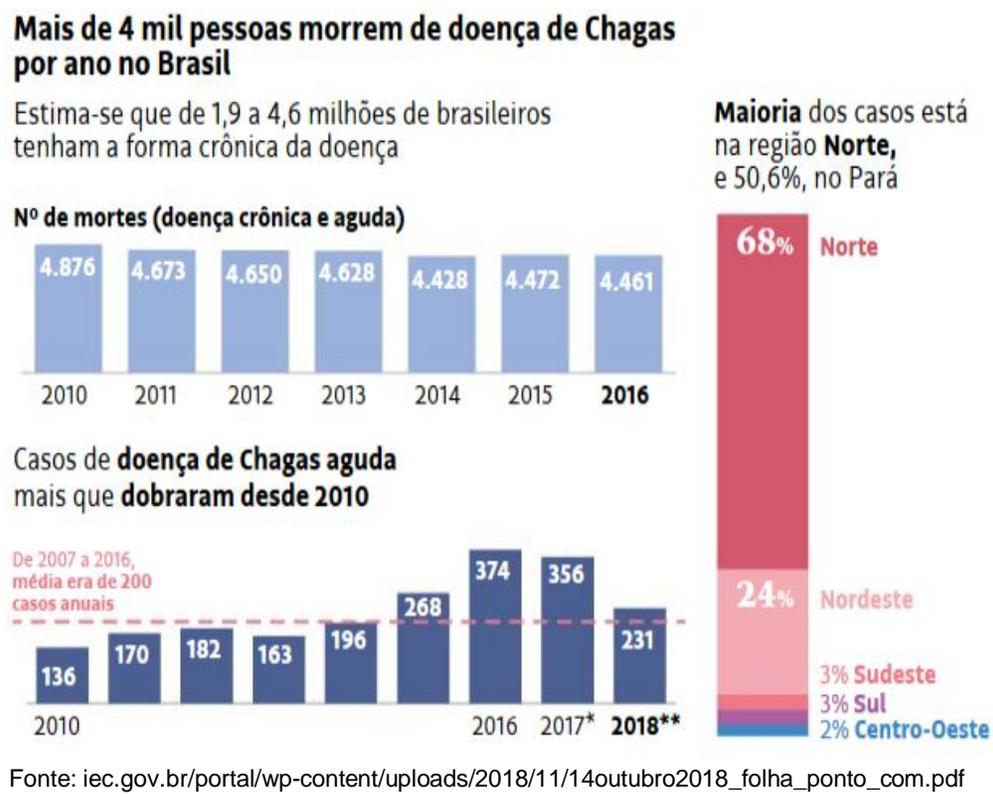
Posteriormente, mais seis casos foram registrados, totalizando oito casos em Limoeiro, de duas famílias vizinhas. Uma criança de dois anos foi infectada na cidade.

Entre os pacientes, as principais manifestações registradas foram febre persistente, cefaleia, dores musculares, lombalgia (dor na região lombar da coluna) e cervicalgia (dor localizada nas vértebras cervicais).

Ainda segundo informações prestadas pela Evandro Chagas, todos os diagnosticados consomem açaí em pelo menos três refeições diárias.

Em 2018, até o momento, foram registrados 163 casos de doença de Chagas no Estado e os dez municípios que mais tiveram casos foram Barcarena (19), Belém (19), Acará (17), Cametá (17), Breves (14), Abaetetuba (09), Limoeiro do Ajuru (07), Melgaço (05), Tucuruí (05) e Curralinho (05).

Em 2017, o Pará registrou 308 casos.



LEPTOSPIROSE

Local de ocorrência: Ceará

Data da informação: 12/11/2018

Fonte da informação: diariodonordeste.verdesmares.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Transmitida pela urina de animais roedores, principalmente ratos, a leptospirose preocupa a Vigilância Sanitária do Ceará. Neste ano, entre janeiro e outubro, o Estado confirmou 44 casos da doença, sendo 33 em Fortaleza. O número já é maior do que todo o ano de 2017, quando foram contabilizadas 27 ocorrências. No entanto, outro dado alerta a área médica cearense: o total de mortes aumentou 125% em menos de 12 meses. Em 2017, foram quatro mortes, e neste ano, nove. Todas na Capital.

Esse cenário é pior do que a soma de óbitos causados pelas Hepatite B, com duas mortes; Hepatite C, com seis; e Chikungunya, com um óbito. As informações são da Planilha de Doenças com Notificação Compulsória, da Secretaria de Saúde do Estado (Sesa) e do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (MS).

Ainda segundo o MS, o País somou, em dez meses deste ano, 1,8 mil confirmações da doença. No Nordeste, Pernambuco lidera, com 139 casos; o Ceará, vem em segundo, com 44; e a Bahia, com 40 ocorrências. No Brasil, São Paulo soma 317 registros positivos para a doença; o Rio Grande do Sul, 280; e o Paraná, 211.

A doença infecciosa é causada por uma bactéria chamada *Leptospira*, presente na urina de ratos e outros animais, transmitida ao homem principalmente no período chuvoso. Bovinos, suínos e cães também podem adoecer e transmitir a enfermidade. Durante as enchentes, a urina dos ratos, presente nos esgotos e bueiros, mistura-se à enxurrada e à lama. Qualquer pessoa que tiver contato com a água ou lama pode se infectar.

O infectologista, Anastácio Queiroz, explica que as leptospirosas penetram no corpo pela pele, principalmente por arranhões ou ferimentos, e também pela pele íntegra, imersa por longos períodos na água ou lama contaminada. O contato com esgotos, lagoas, rios e terrenos baldios também pode resultar na infecção. Veterinários e tratadores de animais podem adquirir a



Fonte: google.com.br

enfermidade pelo contato com a urina, sangue, tecidos e órgãos de animais infectados.

Os sintomas da leptospirose são mal-estar, febre, dor de cabeça e no corpo, sobretudo na batata da perna. Os mais frequentes são parecidos com os de outras doenças, como a gripe e a dengue, podendo também ocorrer vômitos, diarreia e tosse. Nas formas mais graves geralmente aparece icterícia (coloração amarelada da pele e dos olhos) e há a necessidade de cuidados especiais em caráter de internação hospitalar. O doente pode apresentar também hemorragias, meningite, insuficiência renal, hepática e respiratória, que podem levar à morte.

"O período de incubação da doença é de até 30 dias, mas os sintomas podem se manifestar logo nos primeiros dias depois do contato com a água contaminada", explica o infectologista Anastácio Queiroz.

Os casos leves são tratados em ambulatório, frisa o médico, mas os casos graves precisam ser internados. A automedicação não é indicada, pois pode agravar a doença. Ao suspeitar da patologia, a recomendação é procurar um médico e relatar o contato com exposição de risco.

Entre as medidas de prevenção, estão ampliação da oferta do saneamento básico, melhorias nas habitações humanas e o controle de roedores. Outra orientação importante é evitar o contato com água ou lama de enchentes e impedir que crianças nadem ou brinquem nessas águas. Pessoas que trabalham na limpeza de lama, entulhos e desentupimento de esgoto devem usar botas e luvas ou sacos plásticos nas mãos e pés.

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 07/11/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde atualizou, na quarta-feira (07/11), as informações repassadas pelas secretarias estaduais de saúde sobre a situação do sarampo no país. Até o dia cinco (05) de novembro, foram confirmados 2.801 casos. Atualmente, o país enfrenta dois surtos de sarampo: no Amazonas são 2.357 casos confirmados e 7.425 em investigação, e em Roraima, são 345 casos confirmados e 54 em investigação.

Os surtos estão relacionados à importação, já que o genótipo do vírus (D8) que está circulando no país é o mesmo que circula na Venezuela, país com surto da doença desde 2017. Alguns casos isolados e relacionados à importação foram identificados nos estados de São Paulo (3), Rio de Janeiro (19); Rio Grande do Sul (43); Rondônia (2), Pernambuco (4), Pará (23), Distrito Federal (1) e Sergipe (4). Até o momento, no Brasil, foram confirmados 12 óbitos por sarampo, sendo quatro óbitos no estado de Roraima, seis no Amazonas e dois no Pará.

O Ministério da Saúde permanece acompanhando a situação e prestando o apoio necessário aos Estados. Cabe esclarecer que as medidas de bloqueio de vacinação, mesmo em casos suspeitos, estão sendo realizadas em todos os estados.

Cabe esclarecer que o número de casos notificados nas últimas semanas no estado do Amazonas e Roraima diminuiu consideravelmente. No entanto, há casos que foram notificados em semanas anteriores e que ainda permanecem em investigação. Esses casos serão confirmados ou descartados nas próximas semanas, podendo aumentar o total casos confirmados no país. No estado de Roraima, a maior concentração de casos se deu entre fevereiro e abril deste ano. Já no estado do Amazonas, a queda no número de casos se dá a partir do início de agosto. O pico de casos no estado foi em meados de julho. Em ambos os estados, no momento a curva de novos casos é decrescente.

O Ministério da Saúde, de janeiro a outubro de 2018, encaminhou aos Estados de Rondônia, Amazonas, Roraima, Pará, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Sergipe e Distrito Federal o quantitativo de 13,9 milhões de doses da vacina tríplice viral, para atender a demanda dos serviços de rotina e a realização de ações de bloqueio, intensificação e campanha de vacinação para prevenção de novos casos de sarampo. Em relação à Campanha Nacional de Vacinação contra sarampo, todos os estados que apresentam casos confirmados de sarampo alcançaram a meta mínima de 95% de cobertura vacinal, com exceção do Distrito Federal.



SARAMPO

Local de ocorrência: Rio Grande do Sul

Data da informação: 12/11/2018

Fonte da informação: gauchazh.clicrbs.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Depois de 20 dias, Porto Alegre voltou a registrar casos de sarampo. Conforme o boletim mais recente do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), divulgado no último dia 8, a Capital teve dois novos casos, chegando a 38 neste ano. As duas pessoas infectadas, dois homens de 35 e 45 anos, trabalham na mesma empresa, o que facilitou o contágio.

Em todo o Rio Grande do Sul, são 45 casos. Além da Capital, foram três registros em Viamão, dois em Alvorada, um em São Luiz Gonzaga e um em Vacaria. A situação que mais preocupa, no entanto, é a de Porto Alegre, já que é a única cidade que registrou novos casos nos últimos três meses.

Apesar dos novos registros, a Secretaria Municipal de Saúde acredita que a circulação do vírus está diminuindo:

— Seguimos com o plano para a contenção do surto, mas estes são casos anteriores, de setembro, que só foram confirmados agora. O que está parecendo é que houve uma diminuição: tivemos um pico de notificações entre julho e agosto e, depois, começou a diminuir. Seguimos com a orientação de que as pessoas procurem as unidades de saúde para se vacinar — afirma a enfermeira Sônia Coradini, chefe da equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis da SMS.

A doença voltou a circular no Rio Grande do Sul este ano — até então, os últimos casos haviam sido registrados em 2011. Todos os registros até agora são considerados importados e associados, principalmente, ao vírus que circulou na Venezuela, país que enfrenta surto da doença desde 2017.

Em Porto Alegre, 97,6% das pessoas infectadas são consideradas não vacinadas ou não tinham o registro de vacinação. A faixa etária mais atingida é a de jovens entre 15 e 29 anos: 73,4% do total. Para tentar conter o surto e alcançar a população desta idade, a prefeitura faz vacinação em escolas da Capital.

A meta da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) é contemplar as 120 escolas pactuadas no Programa Saúde na Escola até final de dezembro. As instituições de ensino que integram a força-tarefa reúnem 48 mil alunos entre 15 e 19 anos.



Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 29/10/2018

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 43 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 27/10/2018.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 27,3% (4.158/15.258) para SG e de 36,9% (949/2.571) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 24,9% (6.593/26.460) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 27,7% (1.352/4.878) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09.

GRUPE PODE SER EVITADA COM MEDIDAS SIMPLES DE HIGIENIZAÇÃO

- EVITAR CONTATO PRÓXIMO A PESSOAS QUE APRESENTEM SINAIS/SINTOMAS DE GRUPE.
- UTILIZAR LENÇO DESCARTÁVEL PARA LIMPAR O NARIZ.
- NÃO COMPARTILHAR OBJETOS DE USO PESSOAL.
- LAVAR AS MÃOS.
- MANTER OS AMBIENTES BEM VENTILADOS.



INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 29/10/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

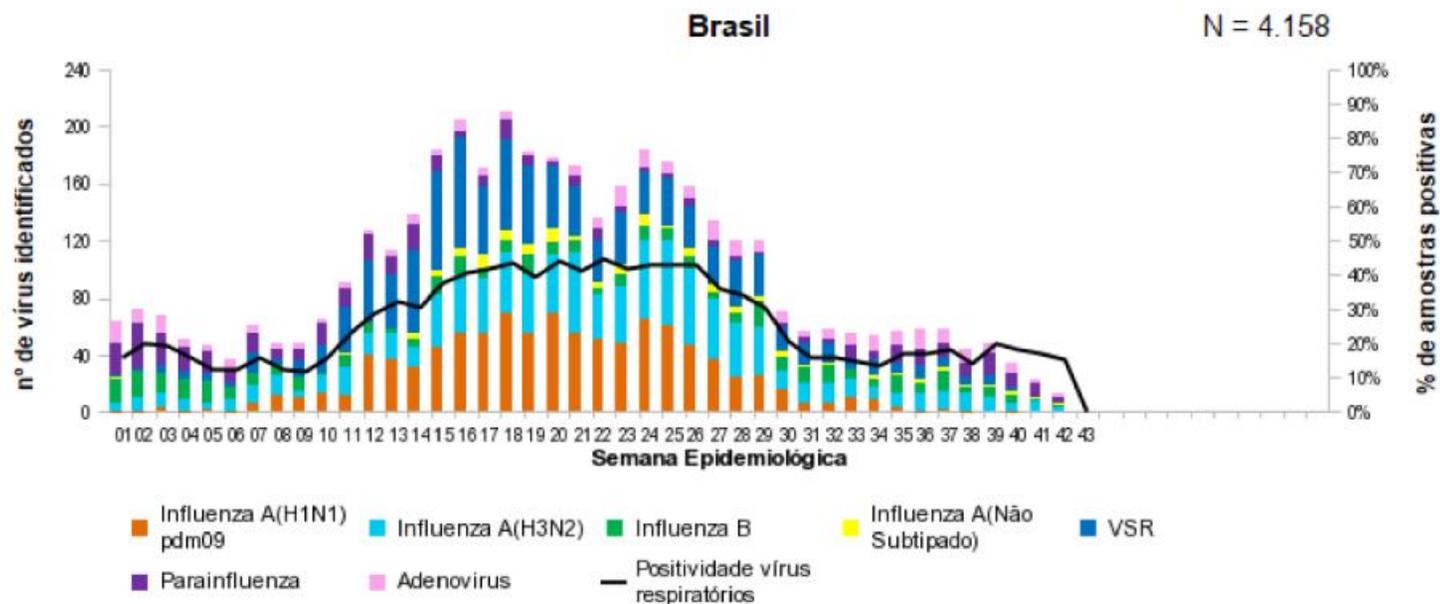
SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 43 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 18.186 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 15.258 (83,9%) possuem resultados inseridos no sistema e 27,3% (4.158/15.258) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 2.439 (58,7%) foram positivos para influenza e 1.719 (41,3%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 1.003 (41,1%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 384 (15,7%) de influenza B, 116 (4,8%) de influenza A não subtipado e 936 (38,4%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 985 (57,3%) de VSR (Figura1).

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

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

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 43.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 29/10/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 29/10/2018

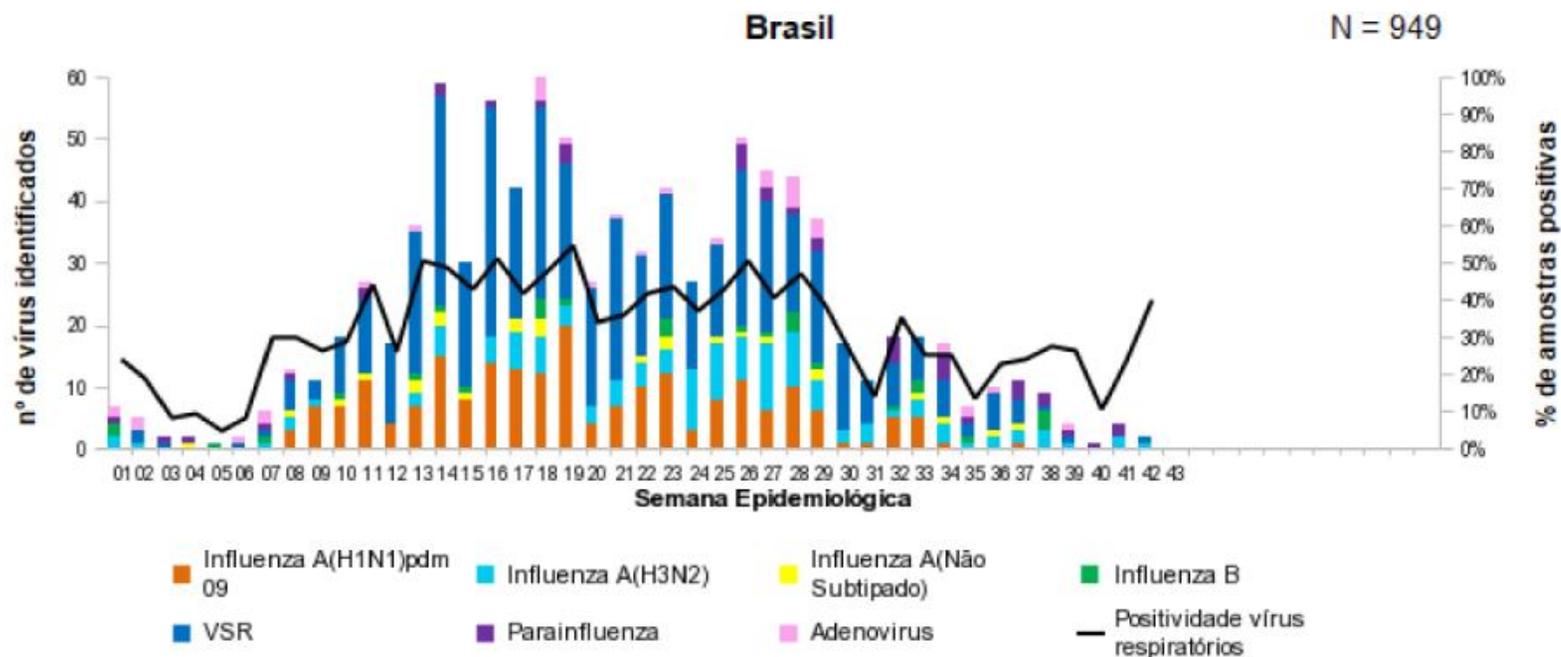
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 2.949 coletas, sendo 2.571 (87,2%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 949 (36,9%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 389 (41,0%) para influenza e 560 (59,0%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 212 (54,5%) para influenza A(H1N1)pdm09, 26 (6,7%) para influenza A não subtipado, 28 (7,2%) para influenza B e 123 (31,6%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 481 (85,9%) VSR (Figura 2).

Figura 2. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Respiratória Aguda Grave em Unidade de Terapia Intensiva, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 43.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 29/10/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

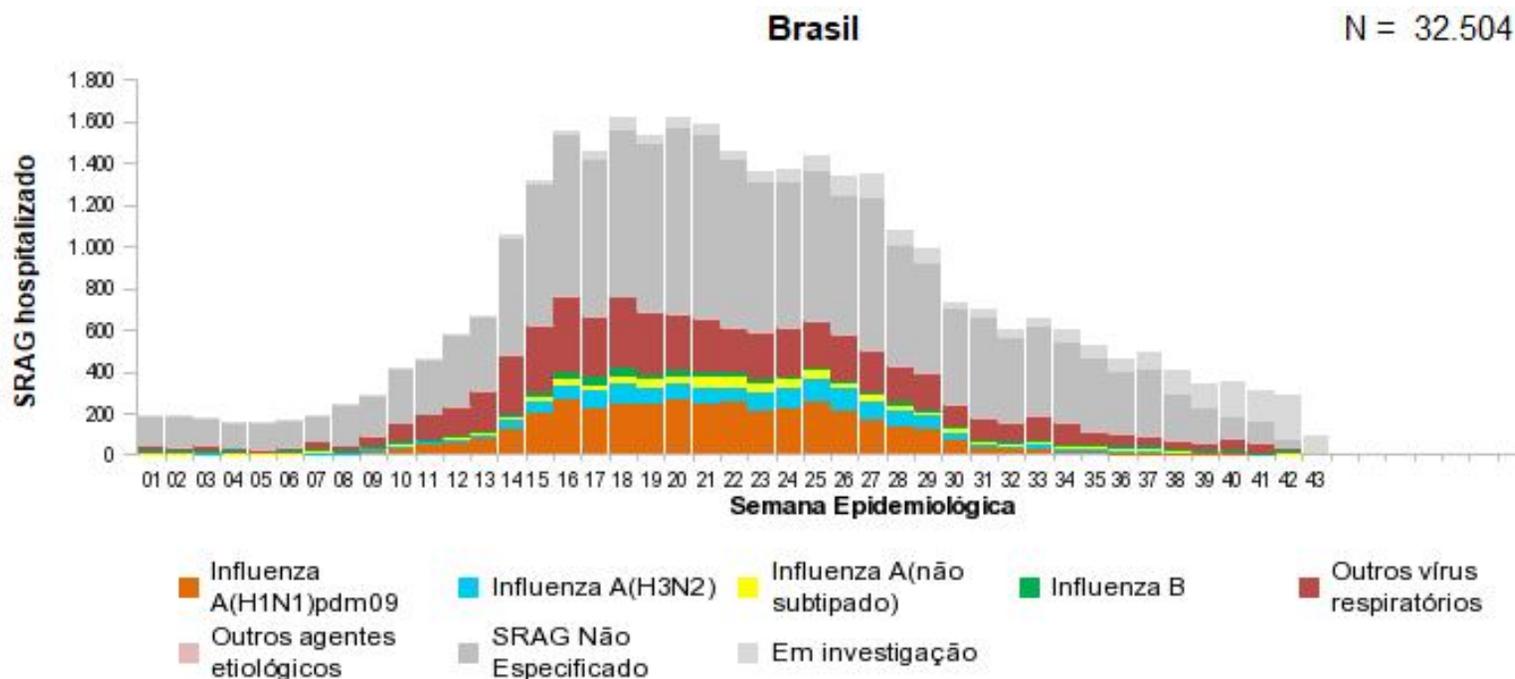
Data da informação: 29/10/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 43 de 2018 foram notificados 32.504 casos de SRAG, sendo 26.460 (81,4%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 24,9% (6.593/26.460) foram classificadas como SRAG por influenza e 21,9% (5.797/26.460) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 3.851 (58,4%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 637 (9,7%) influenza A não subtipado, 501 (7,6%) influenza B e 1.604 (24,3%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 37 anos, variando de 0 a 107 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região Sudeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 46,2% (3.047/6.593).

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 43.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 29/10/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

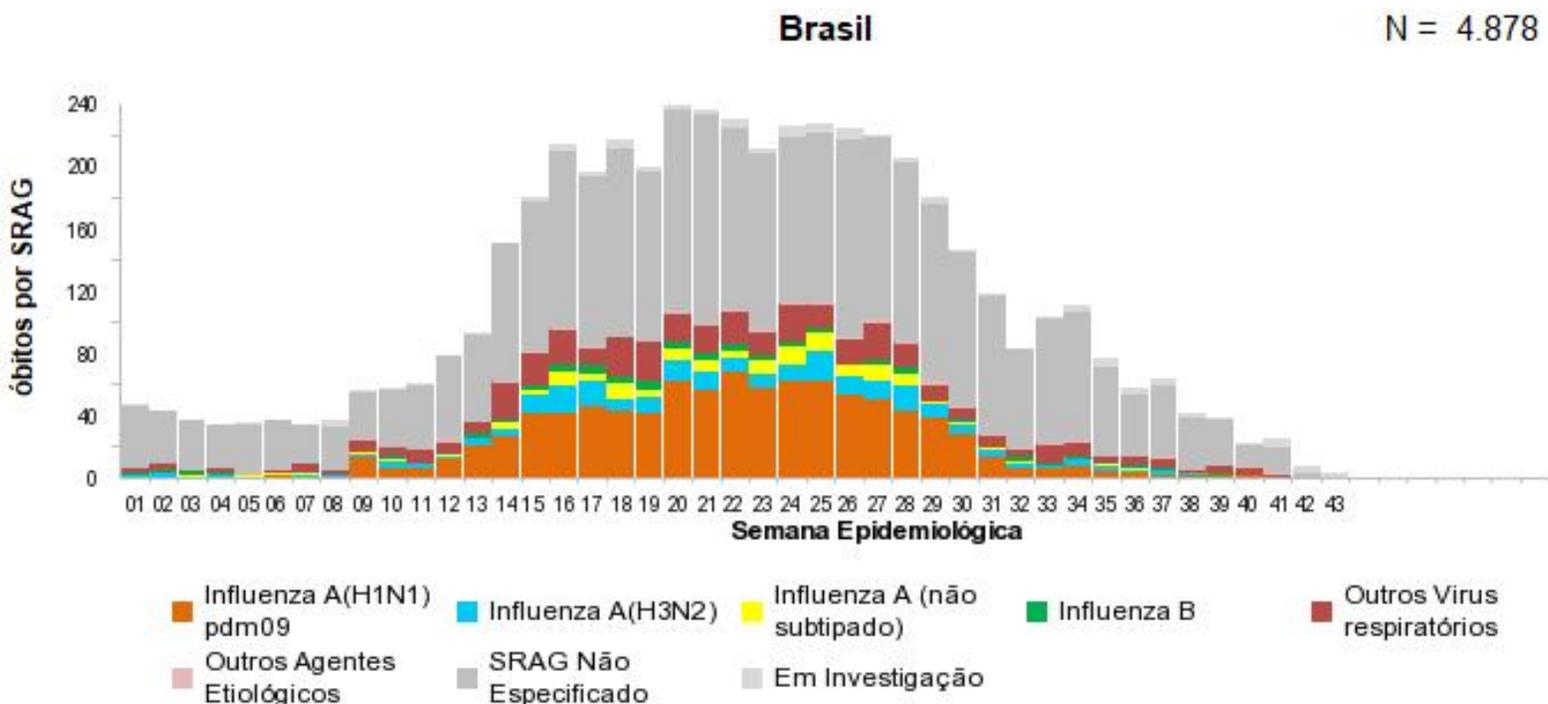
Data da informação: 29/10/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 43 de 2018 foram notificados 4.878 óbitos por SRAG, o que corresponde a 15,0% (4.878/32.504) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 1.352 (27,7%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 904 (66,9%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 129 (9,5%) influenza A não subtipado, 74 (5,5%) por influenza B e 245 (18,1%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 42,4% (573/1.352), 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 43.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 29/10/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 29/10/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 57 anos, variando de 0 a 107 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,65/100.000 habitantes. Dos 1.352 indivíduos que foram a óbito por influenza, 1.031 (76,3%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos \geq 60 anos, cardiopatas, pneumopatas e diabetes mellitus. Além disso, 1.053 (77,9%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 94 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas.

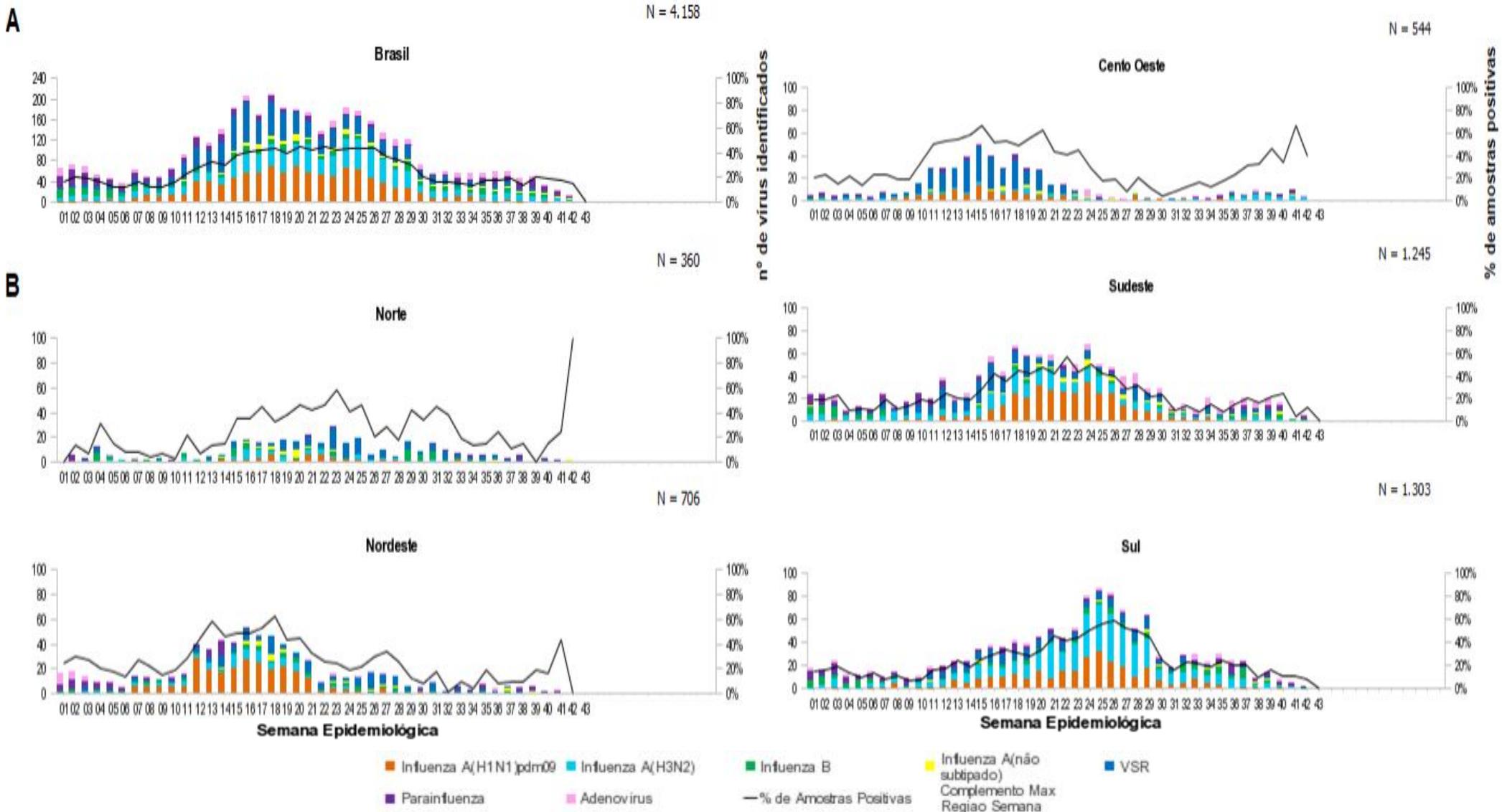
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 43.

Óbitos por Influenza (N = 1.352)	n	%
Com Fatores de Risco	1.031	76,3%
Adultos \geq 60 anos	569	55,2%
Doença cardiovascular crônica	327	31,7%
Pneumopatas crônicas	251	24,3%
Diabete mellitus	239	23,2%
Obesidade	151	14,6%
Doença Neurológica crônica	108	10,5%
Doença Renal Crônica	97	9,4%
Imunodeficiência/Imunodepressão	88	8,5%
Gestante	16	1,6%
Doença Hepática crônica	26	2,5%
Criança < 5 anos	94	9,1%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	0,3%
Indígenas	3	0,3%
Síndrome de Down	12	1,2%
Que utilizaram antiviral	1.053	77,9%

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 29/10/2018, 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 43.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 29/10/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

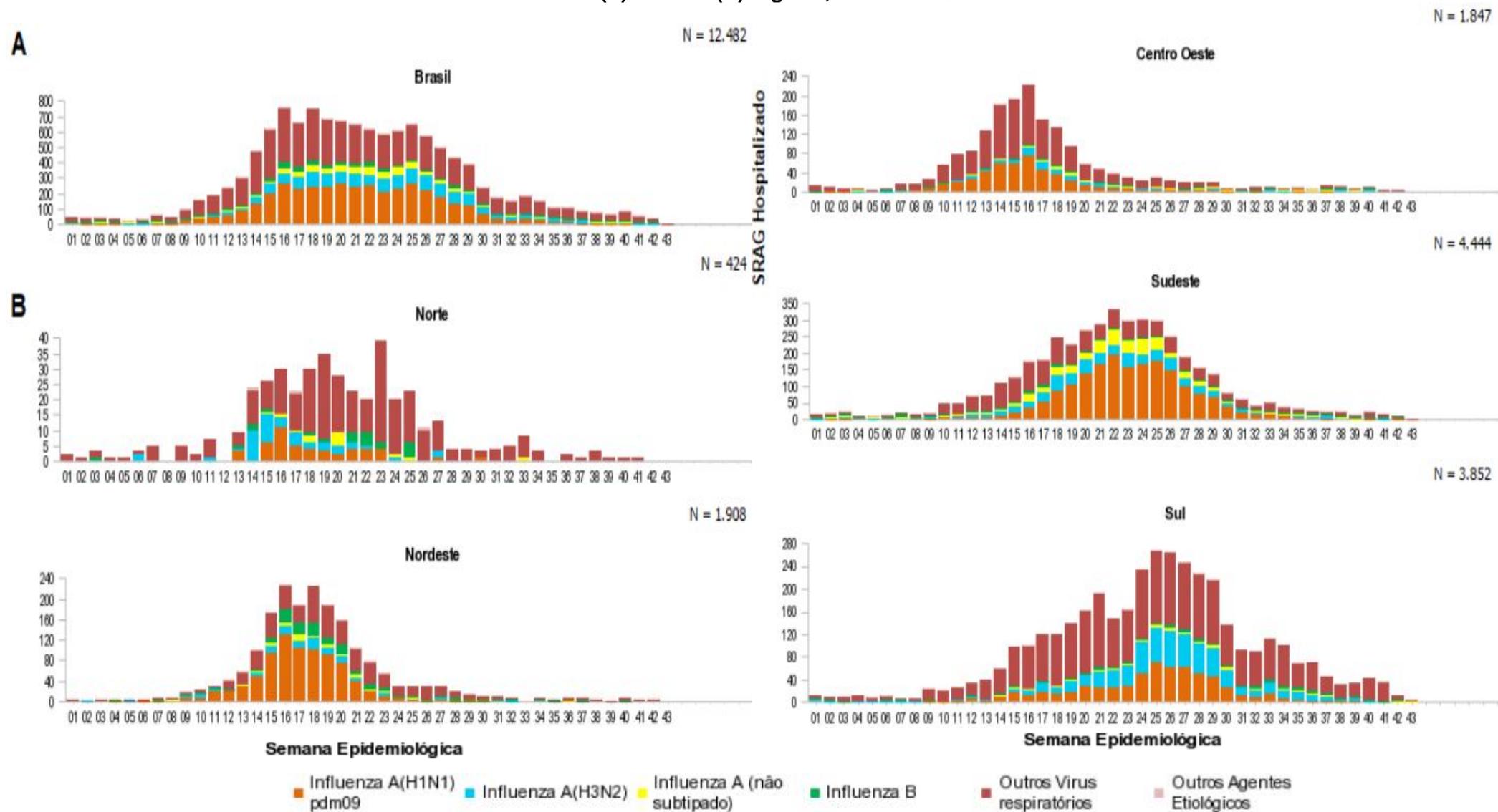
Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 43.

REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza										SRAG por outro vírus respiratório		SRAG por outro agente Etiológico		SRAG não Especificado		Em Investigação	
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtípado)		Influenza B		Total Influenza		Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos										
NORTE	1.430	184	48	11	44	10	12	1	21	3	125	25	296	31	3	1	879	125	127	2
RONDÔNIA	73	12	7	0	0	0	0	0	0	0	7	0	2	0	0	0	61	12	3	0
ACRE	238	41	13	3	4	0	0	0	1	1	18	4	33	3	0	0	158	34	29	0
AMAZONAS	164	15	1	1	6	1	2	0	7	1	16	3	75	8	0	0	68	4	5	0
RORAIMA	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0
PARÁ	828	91	15	3	30	8	7	1	11	0	63	12	165	18	2	1	516	60	82	0
AMAPÁ	15	2	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	9	2	0	0
TOCANTINS	109	22	10	4	3	1	3	0	2	1	18	6	18	2	1	0	64	12	8	2
NORDESTE	6.022	713	831	162	142	21	56	13	176	24	1.205	220	683	57	20	4	3.132	393	982	39
MARANHÃO	187	34	27	6	3	0	10	3	2	0	42	9	9	1	4	1	74	22	58	1
PIAUI	387	56	138	19	1	0	2	1	2	0	143	20	58	5	3	1	177	30	6	0
CEARÁ	1.251	157	257	58	20	4	11	2	90	11	378	75	15	0	2	1	819	75	37	6
RIO GRANDE DO NORTE	282	66	41	11	19	0	9	3	15	1	84	15	27	2	0	0	108	40	63	9
PARAIBA	239	97	17	10	10	4	0	0	5	2	32	16	10	3	0	0	182	77	15	1
PERNAMBUCO	1.759	81	95	18	49	8	1	0	11	1	156	27	2	0	1	0	899	40	701	14
ALAGOAS	184	37	32	3	3	0	10	3	5	0	50	6	3	0	5	1	122	28	4	2
SERGIPE	255	21	33	6	2	0	1	0	1	0	37	6	89	5	0	0	126	10	3	0
BAHIA	1.478	164	191	31	35	5	12	1	45	9	283	46	470	41	5	0	625	71	95	6
SUDESTE	13.029	2.269	1.844	499	575	95	456	95	166	27	3.041	716	1.353	114	49	20	7.828	1.360	758	59
MINAS GERAIS	1.906	385	83	34	80	18	99	36	13	5	275	93	148	24	8	1	1.382	251	93	16
ESPIRITO SANTO	477	72	71	16	30	3	2	1	5	2	108	22	0	0	0	0	301	44	68	6
RIO DE JANEIRO	1.192	173	83	20	19	4	26	1	45	3	173	28	335	48	5	3	541	90	138	4
SÃO PAULO	9.454	1.639	1.607	429	446	70	329	57	103	17	2.485	573	870	42	36	16	5.604	975	459	33
SUL	8.420	1.217	636	137	689	99	62	12	100	9	1.487	257	2.355	163	10	4	4.230	784	338	9
PARANÁ	4.379	678	234	43	374	58	19	5	25	1	652	107	1.586	130	7	4	2.008	433	126	4
SANTA CATARINA	1.354	232	151	32	155	20	10	1	17	2	333	55	352	25	0	0	649	151	20	1
RIO GRANDE DO SUL	2.687	307	251	62	160	21	33	6	58	6	502	95	417	8	3	0	1.573	200	192	4
CENTRO OESTE	3.579	487	489	93	152	20	51	8	37	11	729	132	1.108	71	10	3	1.647	272	85	9
MATO GROSSO DO SUL	899	118	50	12	62	11	22	4	11	4	145	31	305	16	7	0	426	70	16	1
MATO GROSSO	288	84	36	7	13	2	4	2	11	4	64	15	5	3	1	1	192	64	26	1
GOIÁS	1.485	237	344	68	45	5	9	1	9	3	407	77	400	44	2	2	654	107	22	7
DISTRITO FEDERAL	907	48	59	6	32	2	16	1	6	0	113	9	398	8	0	0	375	31	21	0
BRASIL	32.480	4.870	3.848	902	1.602	245	637	129	500	74	6.587	1.350	5.795	436	92	32	17.716	2.934	2.290	118
Outro País	23	8	3	2	2	0	0	0	1	0	6	2	2	1	0	0	14	5	1	0
TOTAL	32.504	4.878	3.851	904	1.604	245	637	129	501	74	6.593	1.352	5.797	437	92	32	17.731	2.939	2.291	118

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 29/10/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

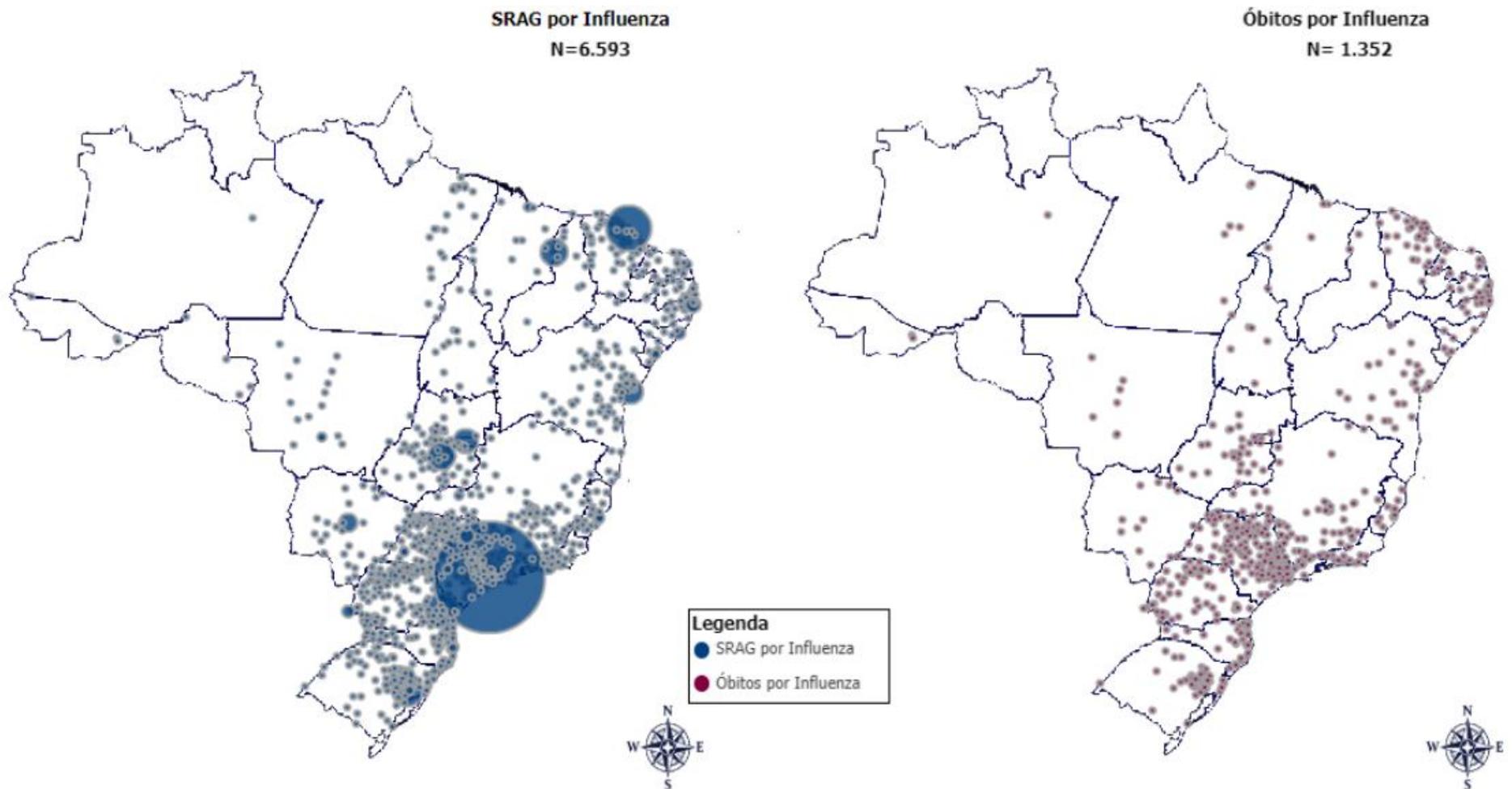
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 43.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 29/10/2018, 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 43.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 29/10/2018, sujeitos a alteração.

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



EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 45/2018

(04/11/2018 a 10/11/2018)

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

DECLARAÇÃO DE ASTANA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 25/10/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Países de todo o mundo assinaram em 25 de outubro, a Declaração de Astana, prometendo fortalecer seus sistemas de atenção primária de saúde como um passo essencial para alcançar a cobertura universal de saúde. O documento reafirma a histórica Declaração de Alma-Ata de 1978 – primeira vez que líderes mundiais se comprometeram com o tema.

"Hoje, em vez de saúde para todos, temos saúde para alguns", disse Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da Organização Mundial de Saúde (OMS). "Todos nós temos a responsabilidade solene de garantir que a declaração de hoje sobre cuidados primários de saúde permita que todas as pessoas, em todos os lugares, exerçam seu direito fundamental à saúde."

Embora a Declaração de Alma-Ata de 1978 tenha estabelecido uma base para os cuidados primários de saúde, o progresso nas últimas quatro décadas tem sido desigual. Pelo menos metade da população mundial não tem acesso a serviços essenciais de saúde – incluindo cuidados para doenças não transmissíveis e transmissíveis, saúde materno-infantil, saúde mental e saúde sexual e reprodutiva.

"Apesar de o mundo ser um lugar mais saudável para as crianças hoje, cerca de 6 milhões de crianças morrem todos os anos antes de completar seu quinto aniversário, principalmente por causas evitáveis, e mais de 150 milhões têm baixo peso em relação à estatura", disse Henrietta Fore, diretora executiva do UNICEF. "Nós, como comunidade global, podemos mudar isso, trazendo serviços de saúde de qualidade para perto daqueles que precisam deles. É disso que trata a atenção primária de saúde".

A Declaração de Astana surge em meio a um crescente movimento mundial por mais investimentos na atenção primária de saúde para alcançar a cobertura universal de saúde. Os recursos de saúde têm sido predominantemente focados em intervenções de algumas doenças e não em sistemas de saúde fortes e abrangentes – uma lacuna destacada por várias emergências de saúde nos últimos anos.



"A adoção da declaração nesta conferência global em Astana estabelecerá novos caminhos para o desenvolvimento da atenção primária de saúde como uma base dos sistemas de saúde", disse Bakytzhan Sagintayev, primeiro-ministro do Cazaquistão. "A nova declaração reflete as obrigações de países, pessoas, comunidades, sistemas de saúde e parceiros para alcançar vidas mais saudáveis por meio de cuidados de saúde primários sustentáveis."

O UNICEF e a OMS ajudarão os governos e a sociedade civil a agir de acordo com a Declaração de Astana e incentivá-los a apoiar o movimento. Ambas as agências apoiarão os países na revisão da implementação desta Declaração, em cooperação com outros parceiros.

A Conferência Global sobre Atenção Primária de Saúde está sendo realizada de 25 a 26 de outubro em Astana, Cazaquistão, coorganizada pela OMS, UNICEF e pelo Cazaquistão. Entre os participantes, estão ministros da saúde, finanças, educação e assistência social; trabalhadores de saúde e defensores dos pacientes; jovens delegados e ativistas; e líderes que representam instituições bilaterais e multilaterais, organizações mundiais de defesa da saúde, sociedade civil, academia, filantropia, mídia e setor privado.

A Declaração de Astana, adotada na conferência, compromete-se em quatro áreas-chave: fazer escolhas políticas ousadas para a saúde em todos os setores; construir cuidados de saúde primários sustentáveis; capacitar indivíduos e comunidades; e alinhar o apoio das partes interessadas às políticas, estratégias e planos nacionais.

SARAMPO



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 09/11/2018

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

COMENTÁRIOS:

Desde o relatório anterior sobre Ameaças às Doenças Transmissíveis (CDTR), publicado em 13 de outubro de 2018, são fornecidas atualizações para 21 Países da UE / EFTA: Áustria, Bulgária, República Checa (Praga), Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letônia, Lituânia, Holanda, Noruega, Polônia, Romênia, Eslováquia, Espanha, Suécia e Suíça.

Em 2018 até 7 de Novembro, a maioria dos casos na União Europeia foram notificados na Romênia (5.222), na França (2.727), na Grécia (2.290), e Itália (2.295). Trinta e três mortes foram relatadas em 2018 na Romênia (22), Itália (6), França (3) e Grécia (2).

Fora dos países da UE/EFTA, a Ucrânia está experimentando a continuação do maior surto com mais de 36.000 casos relatados em 2018, incluindo 15 mortes. Um grande surto em curso foi relatado pela Sérvia, com mais de 5.700 casos e 15 mortes.

Também são relatados na Bielorrússia, Geórgia, Israel, Américas, Ilhas Maurício, Rússia e Tailândia.

O relatório mensal do sarampo publicado no CDTR fornece os dados mais recentes sobre casos e surtos de sarampo com base em dados reportados em websites de autoridades nacionais ou através de relatórios de mídia. É complementar ao sarampo mensal do ECDC e Relatório de monitorização da rubéola baseado em dados submetidos rotineiramente por 30 países da UE/EEE ao Sistema Europeu de Vigilância (TESSy). Os dados apresentados em ambos os relatórios mensais podem ser diferentes.

Resumo epidemiológico para os países da UE/EFTA com atualizações desde o mês passado:

A **Áustria** comunicou 72 casos de sarampo em 2018 até 17 de outubro. Este é um aumento de 6 casos desde o final de agosto de 2018. Todos os estados federais são afetados e 14% dos casos são profissionais de saúde.

A **Bulgária** comunicou 8 casos de sarampo em 2018, até 4 de novembro. Não foram comunicados novos casos desde o CDTR em 13 de outubro de 2018.

A **República Checa**: em 5 de outubro de 2018, 94 casos de sarampo foram notificados em Praga em 2018.

A **Dinamarca** comunicou 7 casos de sarampo em 2018 até 31 de outubro. Não foram notificados novos casos desde 21 de setembro de 2018.

A **Finlândia** comunicou 7 casos de sarampo em 31 de outubro de 2018. Não foram notificados novos casos desde maio de 2018.

A **França** comunicou 2.727 casos em 2018, até de 14 de outubro, incluindo três mortes. Este é um aumento de 25 casos desde 19 de setembro de 2018. Desde o início do surto, em novembro de 2017, houve 2.805 casos, incluindo três mortes, relatado em todo o país.

A **Alemanha** comunicou 516 casos de sarampo em 2018, em 29 de setembro de 2018. Trata-se de um aumento de 23 casos desde o relatório de 19 de setembro de 2018.

A **Grécia** comunicou 2.290 casos em 2018 em 1º de novembro de 2018, incluindo duas mortes. Nenhum novo caso foi relatado desde o relatório grego anterior de 11 de outubro de 2018. Em 1º de novembro de 2018 e desde o início do surto de maio de 2017, a Grécia registrou 3.258 casos de sarampo, dos quais 1.885 foram confirmados laboratorialmente. Entre os casos confirmados por laboratório, quatro mortes foram reportadas.

A **Hungria** comunicou 18 casos de sarampo em 2018, até 14 de outubro de 2018. Não foram notificados novos casos desde 10 de junho de 2018, de acordo com os relatórios nacionais.

A **Irlanda** comunicou 86 casos de sarampo em 2018 até 20 de outubro de 2018. Não foram comunicados novos casos desde o relatório anterior nacional em 6 de outubro de 2018.

A **Itália** comunicou 2.295 casos de sarampo, incluindo seis mortes, entre 1º de janeiro e 30 de setembro de 2018. Trata-se de um aumento de 47 casos desde 31 de agosto de 2018. Entre esses casos, 100 eram profissionais de saúde.

A **Letônia** notificou 22 casos de sarampo entre janeiro e agosto de 2018. Este é um aumento de dois casos desde o relatório anterior em 13 de outubro de 2018.

A **Lituânia** comunicou dois casos em 2018, até 30 de setembro de 2018. Trata-se de um aumento de um caso desde o relatório anterior em outubro de 2018.

Os **Países Baixos** comunicaram 0,1 casos de sarampo por 100.000 habitantes em 2018, em 29 de outubro de 2018. Segundo relatórios foram 22 casos relatados em 2018.

A **Noruega** comunicou 10 casos de sarampo em 2018 até 31 de outubro de 2018. Nenhuma alteração desde o relatório anterior.

A **Polônia** comunicou 128 casos de sarampo em 2018, até 15 de outubro de 2018. Trata-se de um aumento de cinco casos desde o relatório nacional anterior em 30 de setembro de 2018.

SARAMPO



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 09/11/2018

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

COMENTÁRIOS:

A **Romênia** comunicou 5.222 casos de sarampo, incluindo 22 mortes, em 2018, até 2 de novembro de 2018. Trata-se de um aumento de 122 casos desde o relatório anterior em 13 de outubro de 2018. Desde o início do surto em outubro de 2016 até 2 de novembro de 2018, a Romênia notificou 15.446 casos confirmados de sarampo, incluindo 59 mortes.

A **Eslováquia** comunicou 446 casos de sarampo desde o início de maio de 2018 até 17 de outubro de 2018. Destes, 428 foram notificados no distrito de Michalovce. Este é um aumento de 18 casos desde o relatório publicado em 14 de setembro de 2018. O surto começou no início de maio na aldeia de Drahnov com três casos importados da Grã-Bretanha.

A **Espanha** comunicou 216 casos confirmados de sarampo em 2018, em 30 de outubro de 2018. Desde o relatório anterior, em 13 de outubro de 2018, isso representa um aumento de três casos.

A **Suécia** comunicou 39 casos de sarampo desde o início de 2018 até 31 de outubro de 2018. Trata-se de um aumento de quatro casos desde o relatório anterior em 13 de outubro de 2018.

A **Suíça** comunicou 41 casos até 23 de outubro de 2018. Trata-se de um aumento de um caso desde o relatório em 13 de outubro de 2018.

Resumo epidemiológico relevante para países fora da UE / EFTA

Belarus relatou 241 casos em 2018, de acordo com a mídia citando o Ministério da Saúde em 6 de novembro de 2018.

A **Geórgia** comunicou 1.400 casos em 2018, incluindo duas mortes, de acordo com relatos da imprensa, citando autoridades da saúde em 14 de outubro de 2018.

Israel: De acordo com relatos da mídia citando autoridades de saúde, em 24 de outubro de 2018, o número de casos de sarampo chegou a 882 em 2018. Este é um aumento de mais de 400 casos desde o relatório anterior em 13 de outubro de 2018.

A **Sérvia** comunicou 5.764 casos, incluindo 15 mortes, entre outubro de 2017 e 2 de novembro de 2018, incluindo os casos notificados do Kosovo. Este é um aumento de 23 casos desde a publicação do relatório em 13 de outubro de 2018. Dos casos notificados, 2.912 foram confirmados.

A **Ucrânia** informou 36.455 casos de sarampo em 2018, até 6 de novembro de 2018, incluindo 15 mortes. Este é um aumento de 3.290 casos e um óbito desde o relatório anterior em 13 de outubro de 2018. Entre os casos, 14.111 eram adultos e 2.234 crianças. A maioria dos casos foi notificada em Lviv, Ivano-Frankivsk, Zakarpatie, Odessa, Kiev e na região de Ternopil.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, até 27 de outubro de 2018, 11 países relataram 8.471 casos confirmados de sarampo. A maioria dos casos é relatada pela Venezuela (5.525) e pelo Brasil (2.564).

As **Maurícias** comunicaram 1.167 casos confirmados de sarampo, incluindo quatro mortes até 21 de outubro de 2018. Este é um aumento de 230 casos desde o relatório publicado em 13 de outubro de 2018. Os distritos mais afetados são Port Louis e Black River.

A **Rússia**, de acordo com um relatório da mídia em 4 de novembro de 2018, relatou cerca de 4 mil casos de sarampo de janeiro a setembro de 2018. Trata-se de um aumento de cerca de 2.000 casos desde o relatório em 11 de agosto de 2018.

A **Tailândia** relatou um aumento de casos de sarampo na província de Narathiwat (71 casos), de acordo com um relatório da mídia em 30 de outubro de 2018. A epidemia continua nas províncias de Pattani (200 casos) e Yala (500 casos). As crianças pequenas são as mais afetadas.



Fonte: google.com.br

TOXOPLASMOSE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 11/11/2018

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

COMENTÁRIOS:

Pesquisa mostra como protozoário da toxoplasmose pode interferir no funcionamento do cérebro. Doença está associada à esquizofrenia, à depressão e ao autismo. Ratos infectados com o parasita que causa toxoplasmose se comportam de maneira estranha, perdendo o medo natural de gatos, os hospedeiros definitivos do protozoário que provoca essa doença. Pesquisas mostram que, quando expostos ao cheiro da urina do felino, eles parecem se sentir atraídos pelo próprio predador.

E assim como nos ratos, pesquisas mostram que o protozoário da toxoplasmose pode causar mudanças comportamentais também em humanos. O parasita é associado à esquizofrenia, à depressão, ao autismo e até ao aumento do risco de envolvimento em acidentes de trânsito.

Uma nova pesquisa revelou como esse protozoário pode interferir no funcionamento do cérebro. Cientistas da Universidade Otto von Guericke, de Magdeburgo, e do Instituto Leibniz para Neurobiologia (LIN) conseguiram descobrir como esse parasita influencia o metabolismo do cérebro de seu hospedeiro.

A toxoplasmose é causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, que existe em todo o mundo. Ele infecta aves e mamíferos, inclusive humanos. O parasita, porém, só pode se reproduzir de forma sexuada no sistema digestivo de gatos e felinos, seus hospedeiros definitivos.

O patógeno da toxoplasmose é eliminado junto com as fezes do gato. A transmissão da doença ocorre pelo contato com fezes contaminadas ou pela ingestão de alimentos e água contaminados.

Estima-se que metade de toda a população adulta do planeta esteja infectada por esse protozoário, mas na maioria dos casos, a presença dele passa despercebida e apresenta sintomas semelhantes aos da gripe, como febre, fadiga e dores musculares, além de diarreia. A toxoplasmose é perigosa, porém, para pessoas com um sistema imunológico enfraquecido e também durante a gravidez.

Uma vez infectado, o parasita se hospeda em tecidos musculares e no cérebro e fica dormente para o resto da vida, no que é chamado por médicos de infecção oculta.

De acordo com o estudo alemão publicado na revista especializada Journal of Neuroinflammation, o parasita altera a composição molecular das sinapses, que são responsáveis pela transmissão de sinais cerebrais.

"Toxoplasma gondii é absorvido por humanos por meio da digestão, entra na corrente sanguínea e também migra para o cérebro, entrando nas células nervosas para o resto de suas vidas", afirmou Karl-Heinz Smalla, do Laboratório Especial de Técnicas de Biologia Molecular do LIN.

Em cooperação com o Centro Helmholtz para Pesquisa sobre Infecções, os pesquisadores conseguiram comprovar que a infecção altera as quantidades de 300 proteínas sinápticas no cérebro de ratos.

Os animais apresentaram, em particular, menos proteínas nas proximidades de receptores excitatórios que liberam glutamato. Ao mesmo tempo, ocorre um aumento das proteínas envolvidas em respostas imunes.

"O mau funcionamento de sinapses glutamatérgicas é associado à depressão, à esquizofrenia e ao autismo. Componentes da resposta imune também estão relacionados a essas doenças", afirma Ildiko Rita Dunay, que trabalhou no estudo. "Isso sugere que as reações imunes podem causar mudanças na sinapse que podem levar a distúrbios neurológicos", acrescenta.

Os pesquisadores descobriram também que a sulfadiazina, um antibiótico usado no tratamento da toxoplasmose, pode normalizar o metabolismo no cérebro de ratos infectados. "Todas as proteínas analisadas responsáveis pela transmissão do sinal glutamatérgico voltaram ao normal. A atividade inflamatória também diminuiu de forma mensurável", afirmou o cientista Björn Schott, que trabalhou na pesquisa.

MERS-CoV



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 09/11/2018

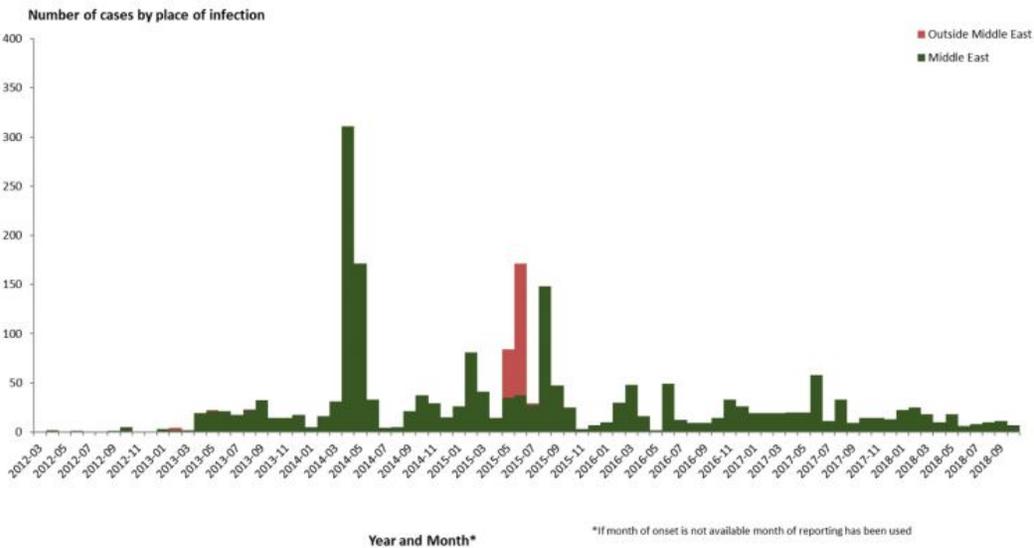
Fonte da informação: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

COMENTÁRIOS:

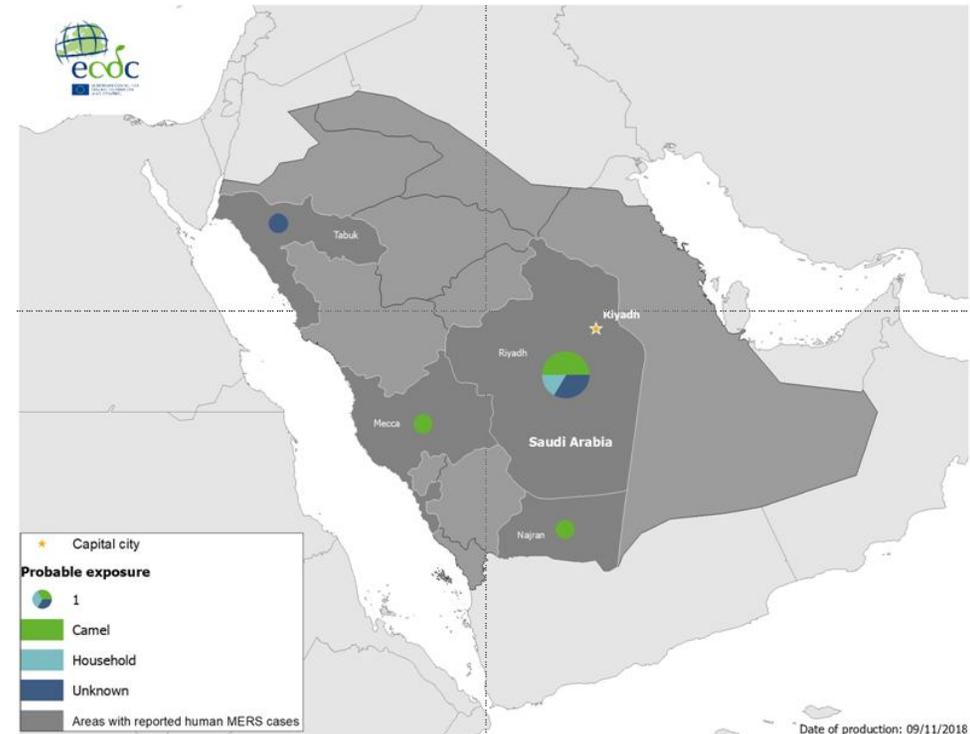
Desde abril de 2012 até 31 de outubro de 2018, 2.283 casos de MERS-CoV, incluindo cerca de 850 mortes, foram notificados por autoridades de saúde em todo o mundo.

O risco de transmissão sustentada de humano para humano na Europa continua a ser muito baixo. A conclusão do CEPDC continua a ser a de que o surto de MERS-CoV representa um risco baixo para a União Europeia, conforme indicado na avaliação rápida dos riscos publicada em 29 de agosto de 2018, que também fornece detalhes sobre o último caso relatado na Europa.

Em 2 de agosto de 2018, o ECDC publicou uma avaliação de risco relativa aos riscos para a saúde pública relacionados com as doenças transmissíveis durante o Hajj de 2018, na Arábia Saudita, 19 a 24 de agosto de 2018, onde é discutida a MERS-CoV.



Distribuição dos casos confirmados de MERS-CoV pelo primeiro mês e região disponíveis, de Março de 2012 e em 31 de outubro de 2018



Distribuição geográfica dos casos de MERS-CoV confirmados por provável região de infecção e tipo de exposição, mês de outubro de 2018

FEBRE DO NILO OCIDENTAL



Local de ocorrência: Europa

Data da informação: 09/11/2018

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

COMENTÁRIOS:

Entre 31 de outubro e 8 de novembro de 2018, os Estados-Membros da União Europeia comunicaram 23 infecções por vírus do Nilo Ocidental (FNO) na Itália (16), a República Checa (3), a Grécia (2), a Áustria (1) e Chipre (1). As datas de início mais recentes são da semana 43, 22 a 28 de outubro.

Países vizinhos da UE não relataram casos nesta semana.

Todos os casos humanos foram relatados em áreas que foram afetadas durante as temporadas de transmissão anteriores.

Nesta semana, 3 mortes foram registradas, todas pela Grécia.

Na mesma semana, 9 surtos entre equídeos foram relatados na Itália (5), França (2), Hungria (1) e Espanha (1).

Em 2018, até 8 de novembro de 2018, os Estados-Membros da União Europeia comunicaram 1.489 casos humanos em Itália (569), na Grécia (309), Romênia (276), Hungria (214), Croácia (53), França (24), Áustria (20), Bulgária (15), República Checa (5), Eslovênia (3) e Chipre (1).

Os países vizinhos da União Europeia comunicaram 534 casos humanos na Sérvia (410), Israel (110) e Kosovo (14). Até o momento, 171 mortes devido a infecção pelo vírus do Nilo Ocidental foi notificada pela Grécia (45), Itália (42), Romênia (42), Sérvia (35), Kosovo (3), Bulgária (2), República Checa (1) e Hungria (1).

Em setembro de 2018, um veterinário foi diagnosticado com suspeita de infecção pelo FNO após realizar uma autópsia em uma coruja falecida encontrada em um parque dos animais selvagens perto de Poing, Ebersberg, Baviera, Alemanha. FNO foi detectado na coruja por PCR em amostras de tecido recuperada durante a autópsia.

Durante a atual temporada de transmissão, 276 surtos entre equídeos foram relatados pela Itália (144), Hungria (90), Grécia (15), França (13), Espanha (7), Romênia (2), Alemanha (2), Áustria (1), Eslovênia (1) e Portugal (1).

De acordo com a Diretiva 2014/110/EU da Comissão Europeia, as futuras doações de sangue devem ser adiadas por 28 dias por pessoas que deixaram alguma área com evidência de circulação de FNO entre os humanos, a menos que os resultados de um teste individual sejam negativos.

Avaliação do ECDC

A temporada de transmissão de 2018 começou mais cedo do que o normal e números de casos mais altos foram relatados em comparação com o mesmo período em anos anteriores. A Alemanha detectou a primeira infecção humana autóctone do vírus do Nilo Ocidental em 2018, provavelmente infectados através da transmissão de contato durante a autópsia de uma ave morta e não através de uma picada de mosquito. Todos os outros casos humanos autóctones foram relatados em países anteriormente afetados. Medidas de precaução para viajantes e residentes, principalmente os idosos e indivíduos imunocomprometidos, para áreas afetadas devem ser destacadas. Como esperado nesta época do ano, o número semanal de casos começou a diminuir.

Ações

Durante a estação de transmissão, o ECDC publica mapas de febre do Nilo Ocidental juntamente com um resumo epidemiológico todas as sextas-feiras.

O ECDC publicou uma avaliação de risco rápida sobre o grande aumento precoce das infecções por vírus do Nilo Ocidental na UE / EEE e países vizinhos em 13 de agosto de 2018 e a mais recente atualização epidemiológica em 24 de setembro de 2018.

INFLUENZA A (H5N6)



Local de ocorrência: China

Data da informação: 09/11/2018

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

COMENTÁRIOS:

Desde 2014 até 8 de novembro de 2018, de acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde), foram notificados 22 casos humanos de gripe A (H5N6) na China. Os casos ocorreram em Anhui (1), Fujian (1), Guangdong (8), Hubei (1), Jinan (4), Sichuan (1) e Yunnan (2), Províncias e Região Autônoma de Guangxi Zhuang (4). Dos casos, pelo menos 13 morreram. Todos os casos tiveram exposição a aves vivas ou mercados de aves vivas, exceto em quatro casos em que a fonte de exposição não foi relatada. Nenhum agrupamento de casos foi relatado.

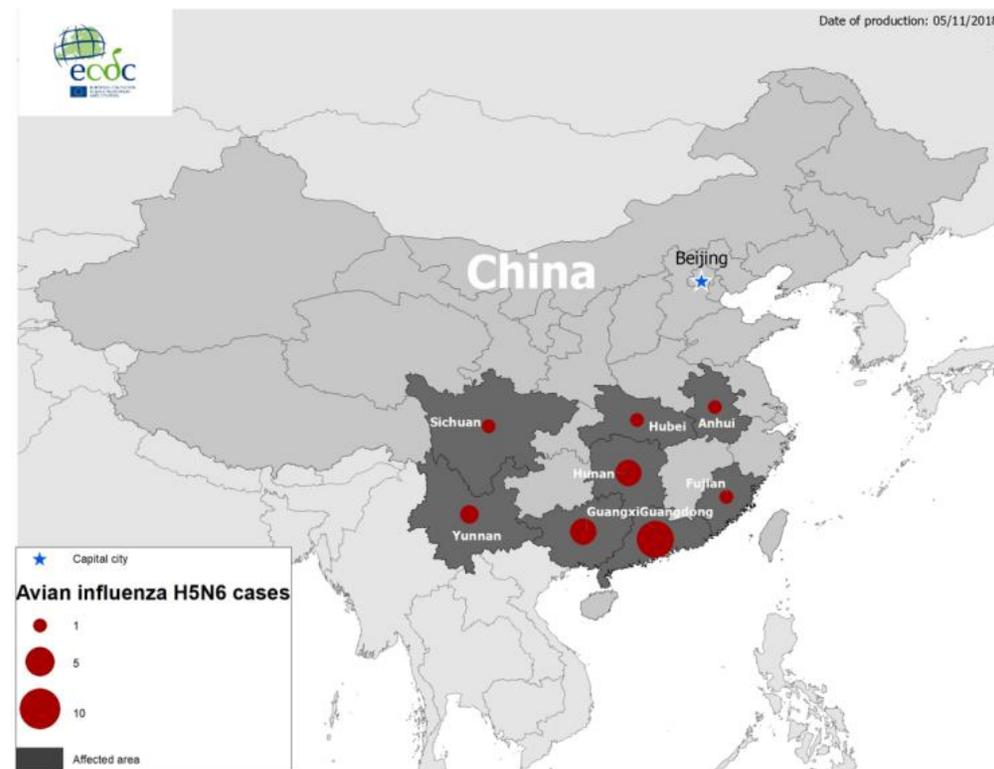
Além disso, um caso com ano de início em 2015 foi relatado na literatura. O caso não está incluído nos dados da OMS.

Embora a gripe aviária A (H5N6) tenha causado uma infecção grave em seres humanos, as infecções humanas permanecem raras e nem uma transmissão foi relatada. No entanto, a caracterização desse vírus está em andamento e sua implicação para o evolução e potencial surgimento de uma cepa pandêmica é desconhecida. Segundo a OMS, o risco de propagação internacional de doenças é considerado baixo.

O risco de transmissão da gripe zoonótica ao público em geral nos países da UE/EEE é considerado muito baixo. Enquanto a probabilidade de transmissão zoonótica de vírus da gripe aviária recombinantes recém-introduzidos ou emergentes é desconhecida, o uso de medidas de proteção pessoal para pessoas expostas aos vírus da gripe aviária minimizarão o risco remanescente.

A Organização Mundial da Saúde Animal / Organização para a Alimentação e a Agricultura / laboratório de referência da UE para a gripe aviária e a Agência de Saúde Animal e Vegetal Weybridge realizou uma análise genética detalhada de um pequeno número de vírus H5N6, vírus da gripe aviária patogênica (GAAP) recentemente detectados na Europa e na Ásia. As estirpes europeias podem ser diferenciadas daqueles associados à infecção zoonótica na Ásia. Além disso, não possuem marcadores de virulência

fortemente associados com risco de infecção humana. Além disso, não houve infecções humanas relatadas com esta sub-linhagem genética particular de H5N6 influenza aviária altamente patogênica até o momento.



Distribuição geográfica de casos confirmados de Influenza A (H5N6), China, 2014 - 2018

RUBÉOLA

Local de ocorrência: Japão

Data da informação: 07/11/2018

Fonte da informação: portalmie.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

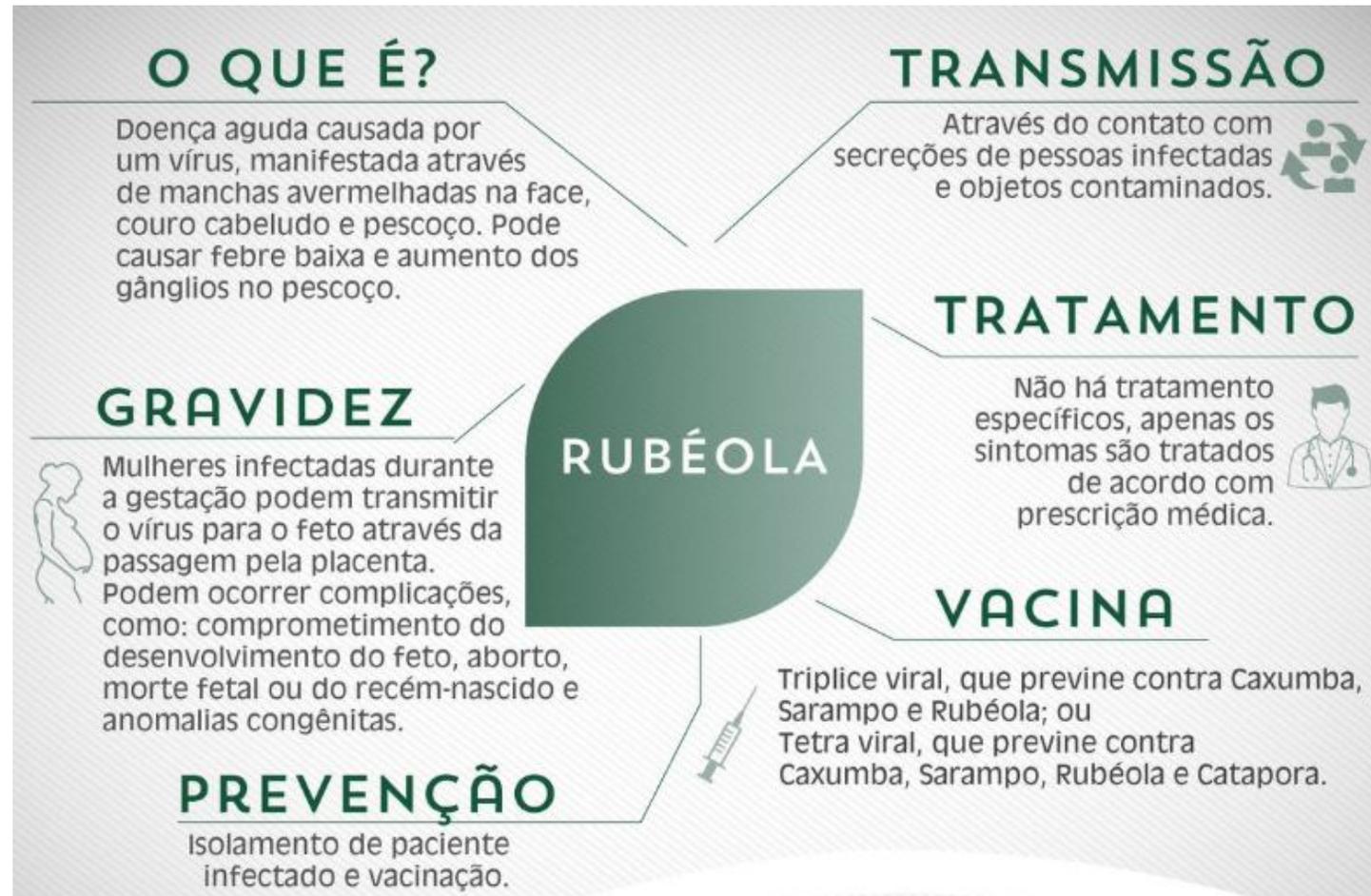
De acordo com informações de terça-feira (6/11) do Instituto Nacional de Doenças Infecciosas do Japão, foram 170 novos casos de rubéola em uma semana, até 28 de setembro deste ano.

O total acumulado do ano é de 1.692 casos. A incidência dos casos é superior a 100 por semana, durante 8 semanas consecutivas. O quadro da epidemia é preocupante.

Apesar da região Kanto apresentar maior número, a rubéola se espalhou por todo o país, exceto em 4 províncias, Aomori, Kochi, Saga e Oita.

Os mais afetados são homens, na faixa dos 30 aos 50 anos. As mulheres têm idade entre 20 a 30 anos.

Segundo levantamento do instituto 90% não tomaram vacina ou não se lembra de ter recebido. O Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar pede às pessoas que não sabem qual seu estado vacinal ou não tomaram, que procurem um estabelecimento de saúde para providenciar a atualização das vacinas.



ÉBOLA



Local de ocorrência: República Democrática do Congo

Data da informação: 09/11/2018

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

COMENTÁRIOS:

Até 7 de novembro de 2018, havia 312 casos de doença pelo vírus Ébola (277 confirmados, 35 prováveis), incluindo 191 mortes.

Doze zonas de saúde em duas províncias relataram casos confirmados e prováveis da doença do vírus Ebola: Beni, Butembo, Zonas de saúde de Kalungata, Mabalako, Masereka, Musienene, Mutwanga, Oicha e Vuhovi na província do Kivu do Norte e Komanda, áreas de saúde de Mangina e Tchomia na província de Ituri.

De acordo com o relatório do Escritório Regional da OMS para a Situação na África, até 6 de Novembro de 2018, 5.430 contatos foram identificados: em Beni (3.851), Butembo (596), Kalunguta (618), Mabalako (155), Mandima (1), Musienene (84) e Vuhovi (125). Um total de 91,9% desses contatos foram acompanhados.

De acordo com a última atualização do Ministério da Saúde, em 5 de novembro de 2018, 26.724 pessoas foram vacinadas: em Beni (14.160), Bunia (434), Butembo (1.435), Kalunguta (507), Katwa (2.152), Komanda (240), Mabalako (4.436), Mandima (1.663), Masereka (690), Musienene (160), Mutwanga (184), Oicha (178), Tchomia (355) e Vuhovi (130).

Viagens: O Ministério da Saúde de Uganda, com o apoio da OMS, começou a vacinar os profissionais de saúde da linha de frente contra o vírus Ebola. O exercício começou no distrito de Ntoroko e será inicialmente implementado nos distritos com alto risco, vizinhos a República Democrática do Congo. Outras atividades preparatórias para a doença do vírus Ebola estão em andamento.

O Sudão do Sul é um dos países de alto risco priorizados pela OMS para melhorar a prontidão operacional e ativou um grupo de trabalho multissetorial da doença causada pelo vírus Ebola para coordenar as atividades de prontidão e resposta. Em parceria com a Organização Internacional para as Migrações, dois novos postos fronteiriços na fronteira entre o Sudão do Sul e Uganda foram abertos.

Além disso, a OMS está apoiando o Ministério da Saúde do Sudão do Sul, para treinar um total de 214 membros da Comissão de Resposta Rápida.

Burundi, Ruanda e Zimbabuê estabeleceram o rastreamento de entrada. Segundo a OMS, a partir de 30 de outubro de 2018, o exame de saúde foi estabelecido em 65 pontos de entrada.

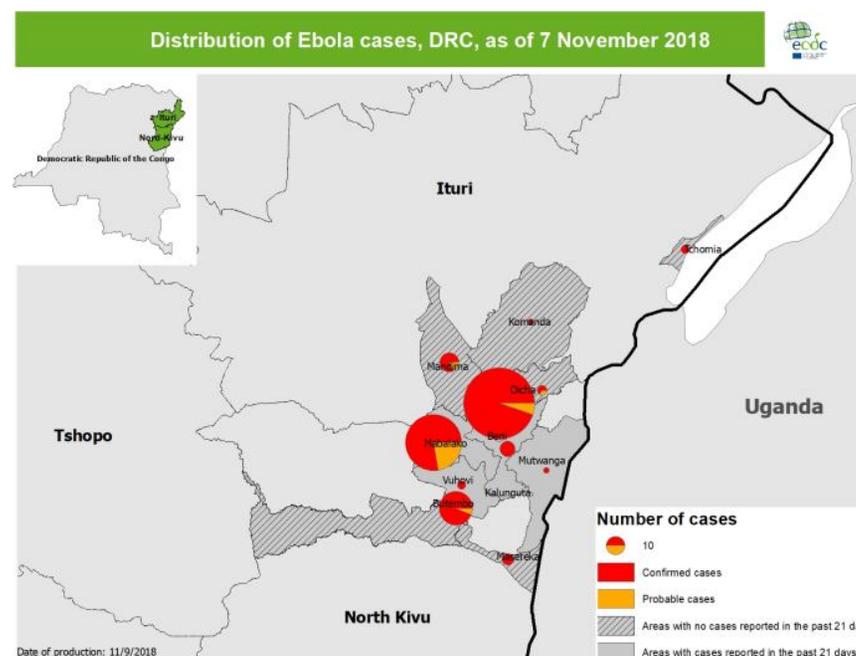
A Bélgica, a Alemanha, a Itália, a Espanha e o Reino Unido emitiram pareceres contra deslocamentos para a região do Kivu do Norte. Além disso, o CDC e a OMS emitiram recomendações de viagem.

Avaliação do ECDC: Embora não tenham sido documentados casos confirmados em países vizinhos até 23 de outubro de 2018, o fato que o surto está em curso em áreas com um

importante fluxo populacional transfronteiriço com Ruanda e Uganda permanece preocupante. Além disso, a implementação de medidas de resposta no terreno continua a ser um desafio porque o surto ocorre em áreas afetadas por crises humanitárias prolongadas e uma situação de segurança instável decorrente de um complexo conflito.

A probabilidade de exposição à doença para os cidadãos da UE/EEE que vivem ou viajam em zonas afetadas pela doença do vírus ebola é baixa, desde que adote medidas preventivas recomendadas. O risco global de introdução e propagação do vírus do Ébola na UE/EEE é muito baixa. No entanto, o risco só pode ser eliminado quando a transmissão for eliminada em nível local.

Até 25 de outubro de 2018, a avaliação da OMS declara que o risco de propagação é baixo a nível mundial, mas permanece muito alto a nível nacional e regional.



Distribuição geográfica dos casos confirmados e prováveis da doença pelo vírus Ebola, Norte - Províncias de Kivu e Ituri, República Democrática do Congo, em 7 de novembro de 2018

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 06/11/2018

Origem da informação: The Global Polio Eradication Initiative e OPAS

COMENTÁRIOS:

Para alcançar a meta de erradicação, a parceria GPEI trabalha incansavelmente para fortalecer a vigilância, melhorar as atividades de imunização e garantir uma resposta rápida e eficaz ao surgimento de qualquer vírus polio. Este trabalho é essencial para interromper a transmissão e erradicar tanto o vírus da poliomielite selvagem (WPV) quanto o poliovírus derivado da vacina (VDPV) do mundo. Existem 3 cepas do WPV, tipo 1, tipo 2 e tipo 3. O tipo 2 já foi erradicado, o tipo 3 não é visto no mundo desde 2012 e o tipo 1 permanece apenas em três países endêmicos, Afeganistão, Nigéria e Paquistão. Os VDPVs também ocorrem em três tipos, como o WPV. O grupo de países do G20 mantém a erradicação da poliomielite em suas prioridades: em sua declaração após a reunião ministerial de saúde do G20, os ministros reconhecem “a importância de erradicar a pólio” e planejam um mundo sustentável livre da pólio.

Resumo de novos vírus nesta semana: Afeganistão - Não há novos casos de poliovírus selvagem (WPV1) ou WPV1 amostras ambientais positivas. **Paquistão** - Dois novos casos de poliovírus selvagem (WPV1) e duas amostras ambientais positivas para WPV1. **Papua Nova Guiné** - nenhum novo caso relatado esta semana. **República Democrática do Congo** - dois novos casos de poliovírus tipo 2 derivados da vacina circulantes (cVDPV2). **Nigéria** - quatro novos casos de poliovírus tipo 2 derivados da vacina circulantes (cVDPV2). **Somália** - nenhum novo caso relatado esta semana. **Níger** - um novo caso de poliovírus tipo 2 circulante por vacina (cVDPV2).

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	27	82	14	73	22	96
- in endemic countries	27	23	14	0	22	0
- in non-endemic countries	0	59	0	73	0	96

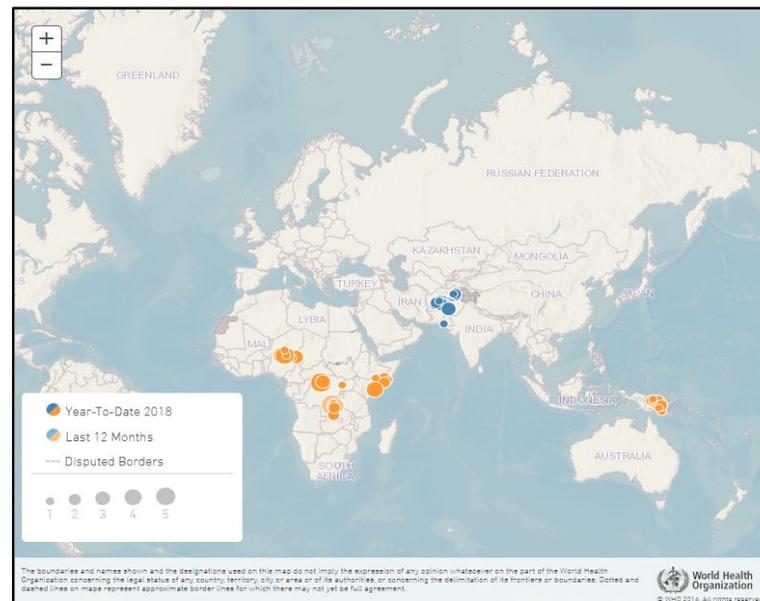
<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍSES

Countries	Year-to-date 2018		Year-to-date 2107		Total in 2017		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afeganistão	19	0	9	0	14	0	2-Oct-2018	NA
Rep Dem Congo	0	18	0	10	0	22	NA	13-Sep-2018
Níger	0	7	0	0	0	0	NA	9-Sep-2018
Nigéria	0	23	0	0	0	0	NA	7-Oct-2018
Paquistão	8	0	5	0	8	0	7-Oct-2018	NA
Papua Nova Guiné	0	21	0	0	0	0	NA	7-Sep-2018
Somália	0	13	0	0	0	0	NA	7-Sep-2018
Síria	0	0	0	63	0	74	NA	21-Sep-2017

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

Poliovírus selvagem global e casos de poliovírus circulantes derivados da vacina - últimos 12 meses - em 06 de novembro de 2018



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 29/10/2018

Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)



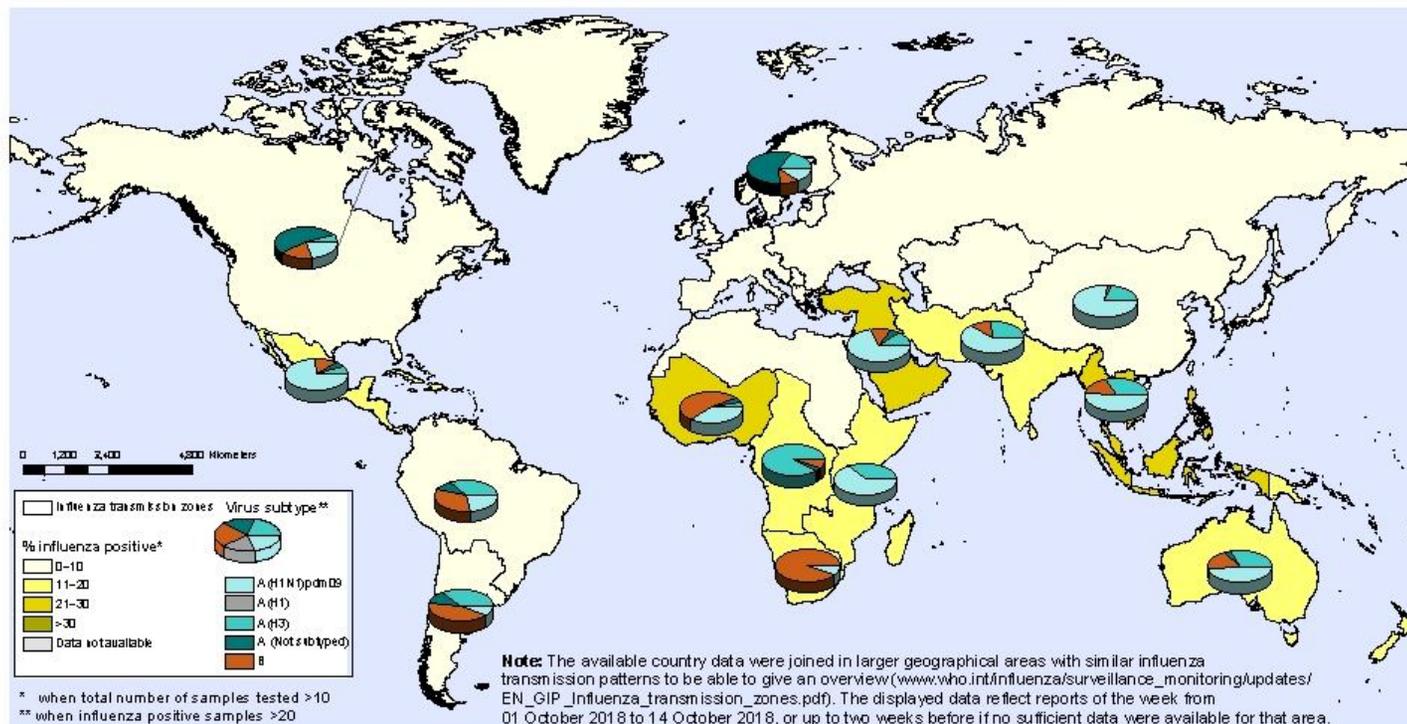
COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

Na zona temperada do hemisfério norte, a atividade da gripe permaneceu em níveis inter-sazonais. Detecções de gripe aumentadas foram relatadas em alguns países do sul e sudeste da Ásia. Nas zonas temperadas do hemisfério sul, a atividade da influenza pareceu diminuir em geral. Em todo o mundo, os vírus do subtipo A da gripe sazonal foram responsáveis pela maioria das detecções.

Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de influenza de 114 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 01 a 14 de outubro de 2018 (dados de 2018-10-26 05:19:52 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 89.996 amostras durante esse período de tempo. 2.890 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 2.432 (84,2%) foram tipificados como influenza A e 458 (15,8%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 1.559 (80,1%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 387 (19,9%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 67 (62%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 41 (38%) à linhagem B-Victoria.

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

Status as of 26 October 2018

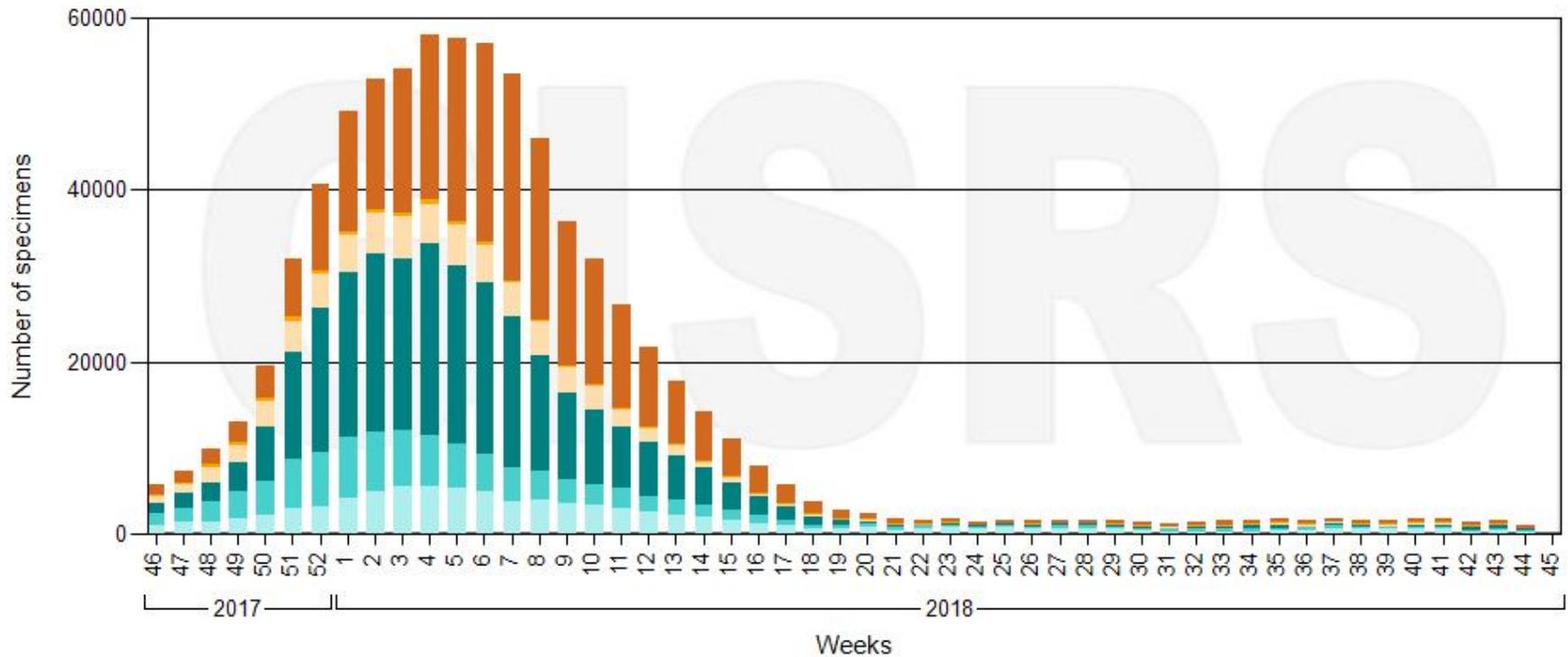


The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers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

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

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype

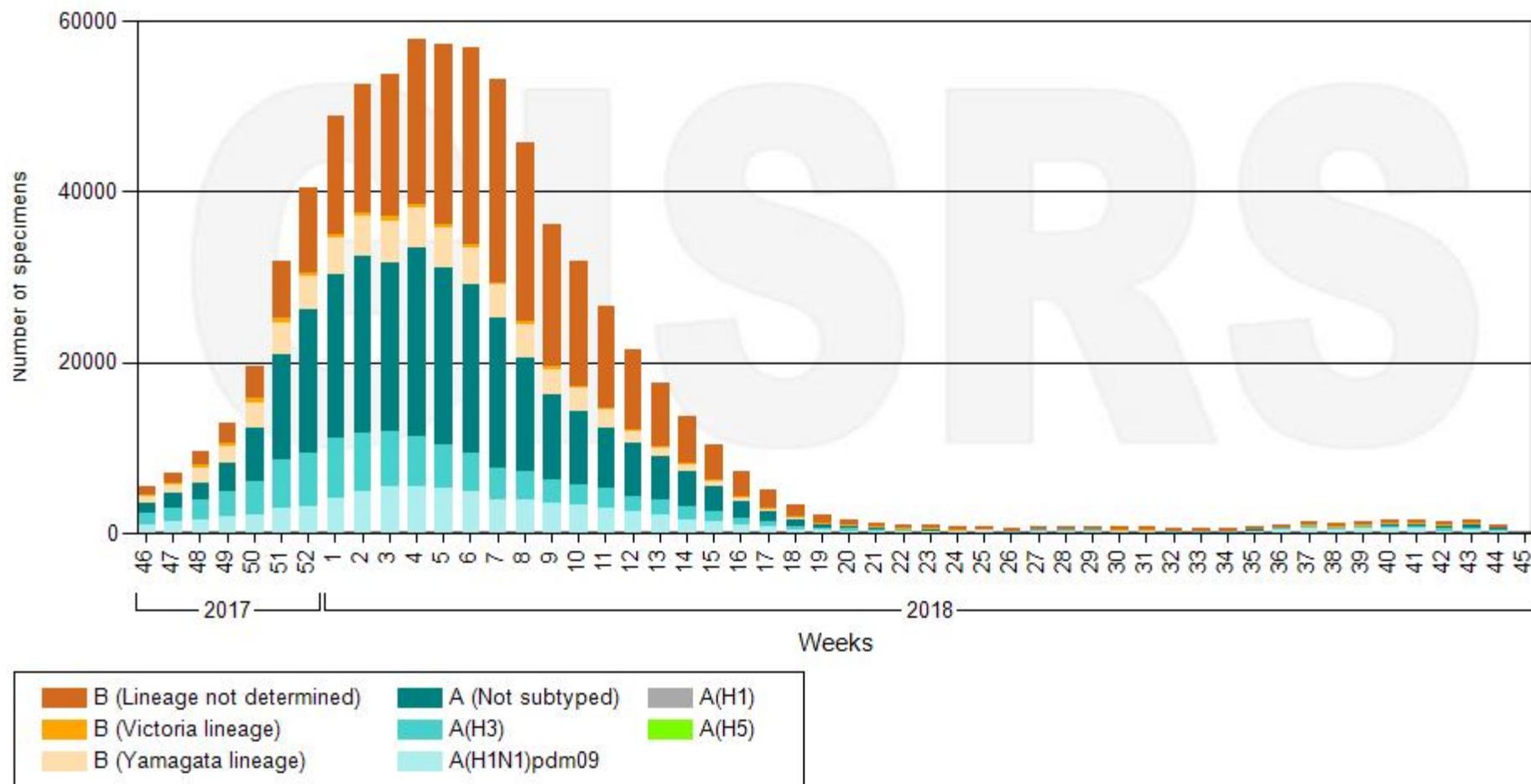


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 12/11/2018 17:13:24 UTC

Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype

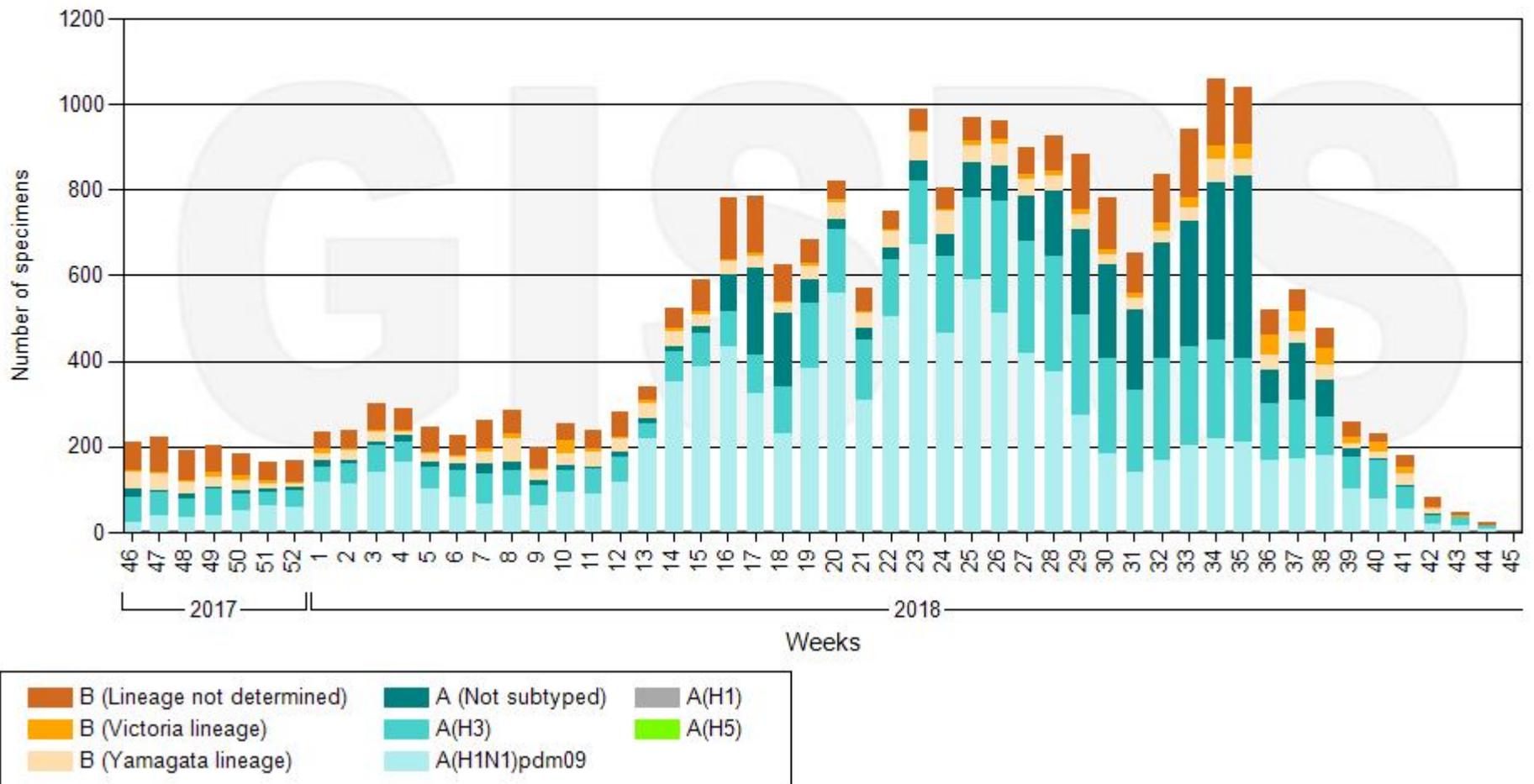


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 12/11/2018 17:14:06 UTC

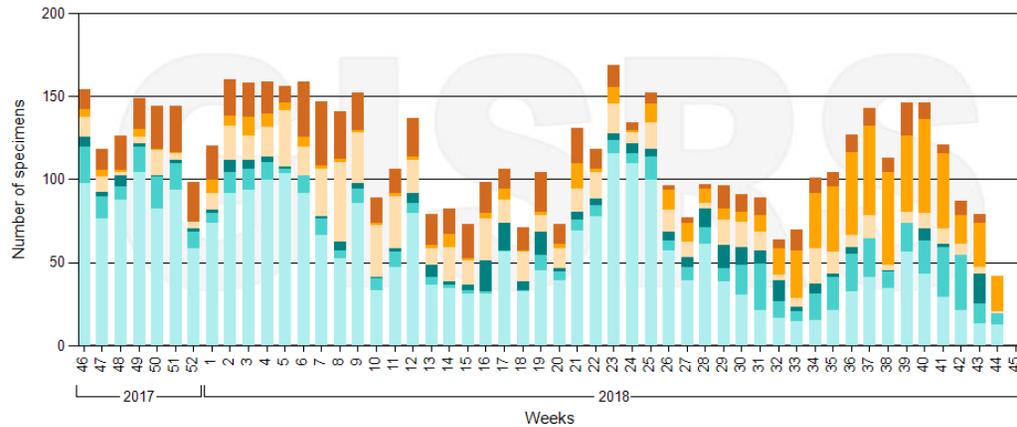
Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

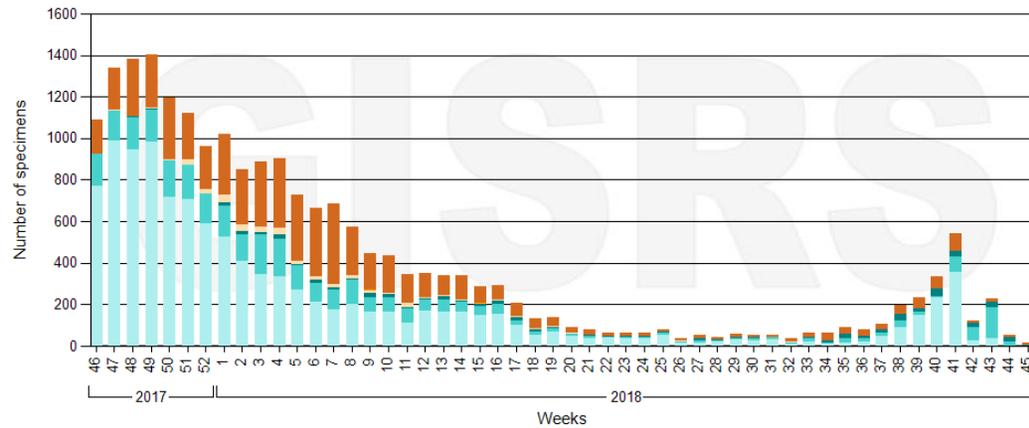


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

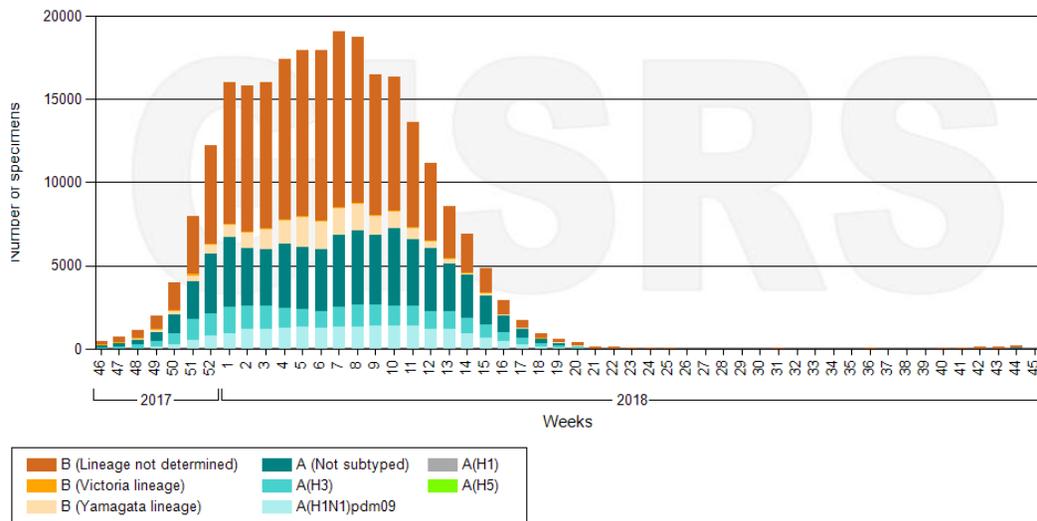


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

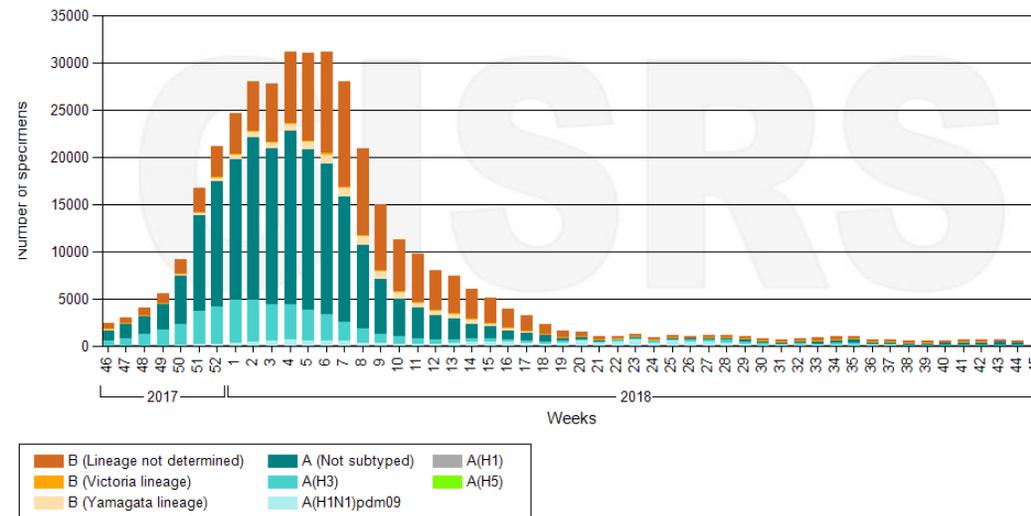


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



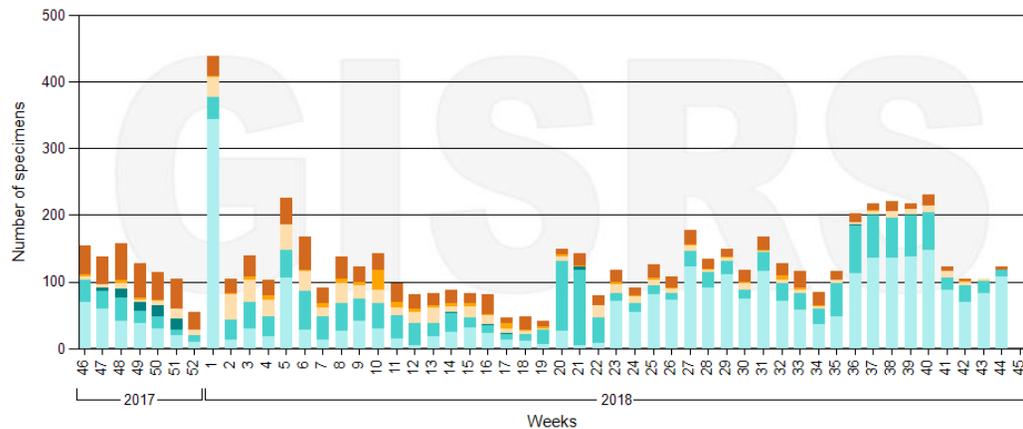
Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018



South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

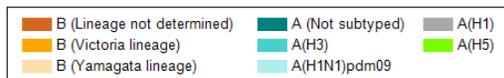
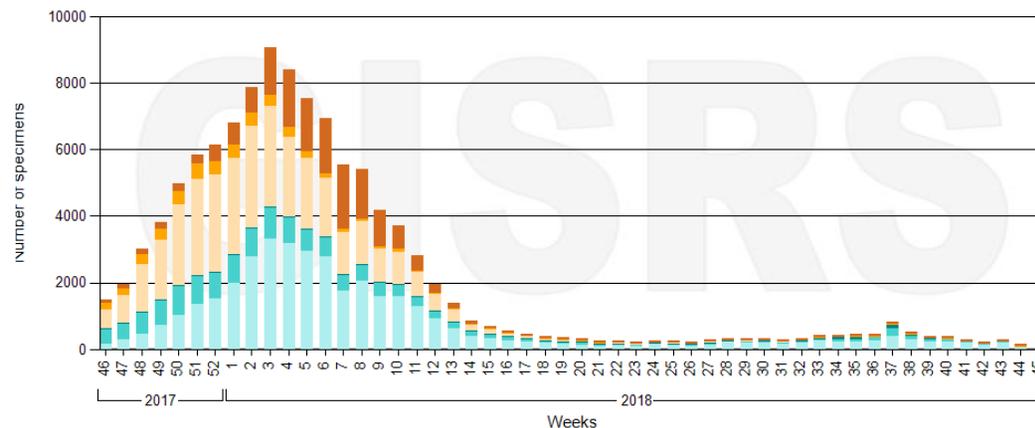


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

Fontes utilizadas na pesquisa

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