

INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 49/2018 (02/12/2018 a 08/12/2018)

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 49/2018 (02/12/2018 a 08/12/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

DEFESA CIVIL

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 06/12/2018

Origem da informação: Coordenadoria Estadual de Proteção e Defesa Civil

COMENTÁRIOS:

Na sexta-feira, dia 30 de novembro, o município de Itaperuçu foi afetado por um tornado que causou grandes destruições. Foram 414 residências afetadas, doze delas destruídas, além de danos em prédios públicos e dois óbitos.

A Coordenadoria Estadual de Proteção e Defesa Civil acompanhou a situação desde os primeiros momentos através do Centro de Gerenciamento de Riscos e Desastres – CEGERD, que manteve contato com o município para ter informações sobre danos e prejuízos decorrentes do desastre e sobre as necessidades do município para que as famílias atingidas fossem atendidas com rapidez.

Uma vez que a magnitude do evento foi grande, foram enviadas equipes do Corpo de Bombeiros ao local e apoios materiais para resposta, atendendo às vítimas e distribuindo lonas para a cobertura emergencial das residências afetadas.

Além disso, já no sábado, foram disponibilizados kits de ajuda humanitária para atender as famílias afetadas, além de ser enviada equipe de técnicos para acompanhar a situação local e auxiliar na gestão do desastre.

Após o atendimento emergencial, as ações de auxílio ao município continuam com equipes de técnicos da Defesa Civil Estadual, engenheiros do COSEDI (Comissão de Segurança de Edificações e Imóveis da Prefeitura de Curitiba), voluntários dos Engenheiros Sem-Fronteiras, e alunos de engenharia na avaliação dos danos às residências, de maneira que a reestruturação e o retorno à normalidade no município se deem o mais rapidamente possível.

A governadora do Estado também autorizou o repasse de R\$ 2,1 milhões para auxiliar as famílias atingidas pelo desastre e recuperar os danos em edificações públicas. Toda a estrutura de governo, incluindo a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, a Secretaria de Estado da Saúde, a Companhia de Habitação do Paraná –COHAPAR, a Companhia Paranaense

de Energia – COPEL, a Companhia de Saneamento do Paraná – SANEPAR, além de outros órgãos de estado estão envolvidos nessa resposta, para que a resposta seja célere e efetiva.

A Coordenadoria Estadual de Proteção e Defesa Civil continuará a acompanhar e apoiar a situação no município até que a normalidade esteja restabelecida.



DEFESA CIVIL

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 04/12/2018

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

COMENTÁRIOS:

A cada 17 horas a Defesa Civil do Paraná registra um desastre ambiental no Estado, em média. É o que revela levantamento feito pela reportagem com base no Sistema de Defesa Civil (SISDC), o qual revela que desde o ano passado foram registradas 984 ocorrências no Estado, com 279 municípios atingidos (69,9% do total), 333.885 pessoas afetadas e 37 mortes.

As ocorrências mais comuns são tempestades com vendavais e granizo, mas o que tem chamado a atenção são os casos de tornado. Desde 2007, a Defesa Civil notificou sete casos desse tipo no Paraná, sendo que dois deles (28,6%) foram registrados apenas neste ano. Em 2017 e 2016 não houveram ocorrências de tornado no Paraná, enquanto em 2015 foram quatro e em 2007, um.

Neste ano, o primeiro relato de tornado ocorreu no dia 6 de janeiro, na região rural de Toledo, com duas pessoas afetadas. Contudo, a força do vento, que durou cerca de cinco minutos, derrubou um barracão onde estavam alojados 500 leitões (dois acabaram morrendo). O outro, e mais grave, aconteceu no final de semana, em Itaperuçu.

O Brasil é o 79º país do mundo, entre 168 países, mais impactado por eventos climáticos extremos, como tempestades e ciclones tropicais, em 2017. O país subiu 10 posições em relação ao ranking do ano anterior do chamado Índice Global de Risco Climático. A informação foi divulgada pela organização ambiental alemã Germanwatch durante a Conferência das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas. O evento está sendo realizado em Katowice, Polônia.

O tornado que atingiu Itaperuçu só foi confirmado na noite de segunda-feira, depois de análises e testemunhos feitos pelo Sistema Meteorológico do Paraná (Simepar). Até então, a hipótese era de "microexplosões", fortes ondas que atingiam o solo. Ventos de mais de 120 km/h danificaram quase 500 residências, afetaram 1.704 pessoas e provocaram duas mortes, além de um prejuízo preliminar de mais de R\$ 6 milhões. O Simepar classificou o

tornado como F1, com rajadas de ventos de até 120 quilomêtros por hora. Agentes da Coordenadoria Estadual da Defesa Civil, acompanhados de voluntários da organização Engenheiros Sem Fronteiras e da Comissão de Segurança de Edificações e Imóveis (Cosedi), estarão em Itaperuçu para visitar as residências e imóveis públicos danificados. Eles vão elaborar os projetos de recuperação para embasar o Plano de Trabalho que será encaminhado ao governo federal para conseguir recursos destinados à reconstrução da cidade.



Itaperuçu: prejuízos já passam dos R\$ 6 milhões, e devem aumentar (Foto: Franklin de Freitas)

ALCOOLISMO

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 06/12/2018

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

COMENTÁRIOS:

Final de ano. Época de festas, reunião com os amigos, dias de calor. Uma ótima pedida para uma cerveja ou até mesmo algo mais forte. Mas atenção: se for beber, o faça com moderação. Segundo informações do Ministério da Saúde, a cada 6 horas e 24 minutos uma pessoa morre no Paraná em decorrência do consumo inadequado de álcool. Além disso, a cada hora e meia uma pessoa é internada no Sistema Único de Saúde (SUS) por causa da droga

Os dados, levantados pelo Bem Paraná com base nas informações disponibilizadas pelos Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, revelam que entre 2012 e 2016 (último ano com dados disponíveis sobre mortalidade) foram registrados 6.834 óbitos relacionados ao consumo de álcool, no estado, enquanto o total de internações chegou a 28.608. E isso tudo apenas no Paraná.

Com relação às mortes, a grande maioria dos casos (60,2%) é referente à doença alcoólica do fígado. Em seguida aparecem os casos de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso da droga (38,7%) e, bem atrás, os casos de envenenamento acidental por exposição ao álcool (0,8%), de auto-intoxicação voluntária (0,2%) e de envenenamento alcoólico cuja intenção não pôde ser determinada (0,1%).

Para efeito de comparação, entre 2012 e 2016 o álcool matou, no Paraná, mais que o dobro do que doenças como o HIV (vírus da imunodeficiência humana), que vitimou 3.076 pessoas no período, e quase 10 vezes mais do que outras drogas como cocaína, canabinóides, solventes voláteis e alucinógenos, responsáveis por 703 óbitos nesses cinco anos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), não existe um nível seguro para o consumo de álcool. Ou seja, se a pessoa bebe, há risco de problemas de saúde. Por isso, para aqueles que não abrem mão de um happy hour, os especialistas alertam que o ideal é o consumo social, em pequenas quantidades, nos finais de semana e sem exageros. Em geral, o corpo leva cerca de uma hora para degradar 10 milílitros de bebida alcoólica, mas outros fatores, como o peso, sexo, idade, metabolismo, quantidade de alimentos ingeridos com a bebida, o tipo e a dose do drink podem fazer esse tempo de degradação do álcool variar.

No início o efeito é agradável. Você quer mais. Aos poucos, o corpo cria resistência e exige doses cada vez maiores para repetir a sensação de bem estar. É assim que se instala a doença do alcoolismo, que afeta 3% da população brasileira. Segundo o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, entre 50 e 60% dos pacientes com dependência tornam-se abstinentes ou têm melhora substancial após 1 ano de tratamento, que em sua maioria buscam como meta a abstinência, com poucas abordagens favorecendo o comportamento de beber controladamente. Isso acontece porque, menos de 10% dos pacientes com dependência alcoólica desenvolvem longos períodos de uso não problemático.

Para além dos problemas causados pelo consumo inadequado de álcool, o Paraná (e Curitiba) também encaram uma crescente dos problemas relacionados ao consumo de outras drogas.

Em todo o Paraná, por exemplo, as forças policiais registraram 8.550 ocorrências de uso/consumo de drogas entre janeiro e junho deste ano, com uma média de 48 registros por dia (ou ainda um caso a cada 30 minutos). Na comparação com 2017, houve crescimento de 18,8%. Em Curitiba, o número de flagrantes nesse mesmo período cresceu em proporção parecida, com alta de 18,4%. No 1º semestre deste ano foram 1.888 ocorrências, enquanto no mesmo período do ano passado haviam sido 1.595.

O abuso de álcool no Paraná

Mortes relacionadas ao consumo de álcool								
2016	1.268							
2015	1.333							
2014	1.434							
2013	1.422							
2012	1.377							
Internações	por							
transtornos	mentais e							
comportame	entais							
devido ao us	so de álcool							
2016	5.157							
2015	5.433							
2014	5.250							
2013	5.952							
2012	6.816							

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 06/12/2018

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 48/2018.

Foram notificados no referido período 3.480 casos suspeitos de dengue, dos quais 2.346 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 0,58 casos por 100.000 hab. (65/11.163.018 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 (755), Foz do Iguaçu (331) e Paranavaí (228). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Paranavaí (15), Londrina (11) e Foz do Iguaçu (10).

DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 48/2018*	PERÍODO 2018/2019
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	212
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	20
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	29
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	10
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	26
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (09ª,10ª,13ª,14ª, 15ª,16ª,17ª,18ª e 20ª)	9
15,10,17,16 620)	7
TOTAL DE CASOS	73
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	65
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	8
TOTAL DE NOTIFICADOS	3.480

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes. Paraná – semana 31/2018 a 48/2018.

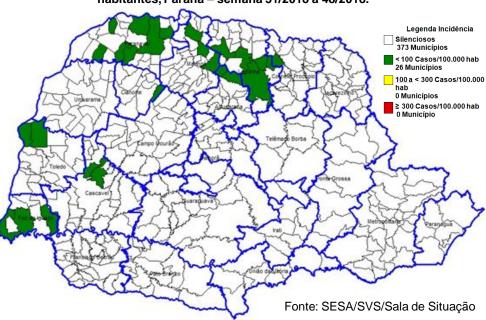


Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 48/2018.

	CRITÉRIO DE	RITÉRIO DE ENCERRAMENTO						
CLASSIFICAÇÃO FINAL Dengue Dengue com Sinais de Alarme (DSA) Dengue Grave (D G) Descartados Em andamento/investigação Total	Laboratorial (%)	Clínico- epidemiológico (%)	TOTAL					
Dengue	73 (100,0%)	0 (0,0%)	73					
<u> </u>	-	-	-					
Dengue Grave (D G)	-	-						
Descartados	-	-	2.346					
Em andamento/investigação	-	-	1.061					
Total	73 (2,1%)	0 (0,0%)	3.480					

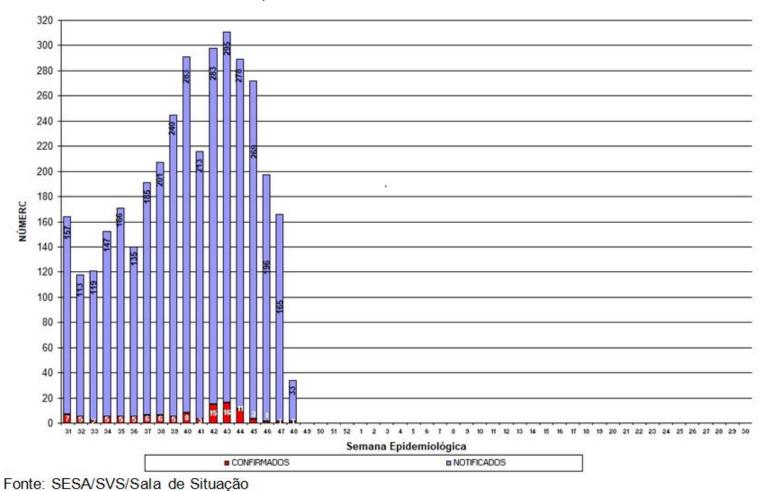
Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 06/12/2018

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 48/2018.



Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 06/12/2018

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

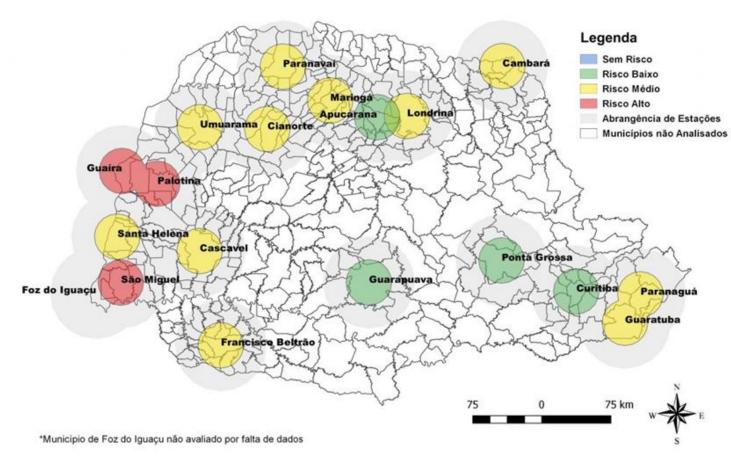
Risco climático para desenvolvimento de criadouros por Estações Meteorológicas. Paraná, 2018.

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (18/11/2018 - 24/11/2018)

Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 46/2018 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito Aedes aegypti:

- 00 (zero) sem risco;
- 04 (quatro) com risco baixo
- 11 (onze) com risco médio;
- 03 (três) com risco alto e;
- 01 (uma) não foi avaliada.

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



Fonte: Laboclima/UFPR

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 06/12/2018

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 48/2018*

REGIONAL DE SAÚDE	POPU-		CASOS		NOTIFI-	DSA	DG	ÓBI-	INCI-
TEGION/IE DE O/IODE	LAÇÃO	AUTÓC	IMPORT	TOTAL	CADOS	DOM		TOS	DÊNCIA
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	121	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	0	5	5	135	0	0	0	-
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	4	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	12	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	0	0	0	75	0	0	0	-
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	11	1	12	438	0	0	0	2,71
10a RS - Cascavel	540.131	3	0	3	95	0	0	0	0,56
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	85	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	0	0	0	94	0	0	0	-
13ª RS - Cianorte	154.374	1	0	1	62	0	0	0	0,65
14ª RS - Paranavaí	274.257	23	0	23	340	0	0	0	8,39
15ª RS - Maringá	799.890	3	0	3	437	0	0	0	0,38
16ª RS - Apucarana	372.823	2	0	2	137	0	0	0	0,54
17ª RS - Londrina	935.904	14	1	15	1.205	0	0	0	1,50
18ª RS - Cornélio Procópio	230.231	4	0	4	71	0	0	0	1,74
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	35	0	0	0	_
20a RS - Toledo	385.916	4	1	5	109	0	0	0	1,04
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	0	0	9	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	0	0	0	10	0	0	0	-
TOTAL PARANA	11.163.018	65	8	73	3.480	0	0	0	0,58

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

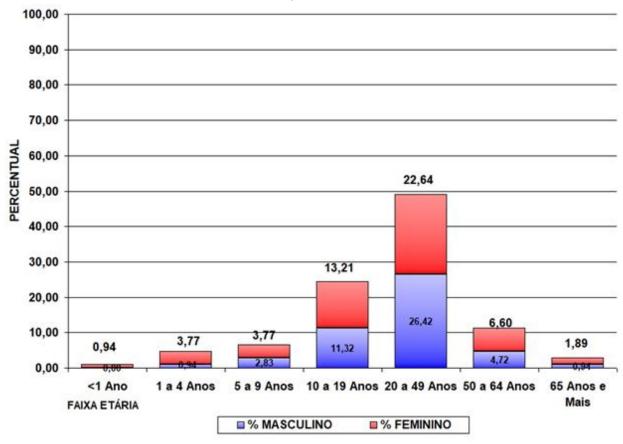
NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 - IBGE estimativa para TCU 2015.

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 06/12/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 49,06% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 10 a 19 anos (24,53%) e 11,32% 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 48/2018, Paraná – 2018/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 06/12/2018

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 48/2018*

RS	MUNICÍPIOS	Donulasii -	2	CH	IKUNGL	INYA	. 8		13	ZIKA VÍ	RUS	
200	MUNICIPIOS	População	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
2	Adrianópolis	6.333	0	0	0	0		0	0	0	5	-
2	Curitiba	1.879.355	0	1	1	6	34	0	0	0	0	-
2	Doutor Ulysses	5.808	0	0	0	0	100	0	0	0	3	-
2	São José dos Pinhais	297.895	0	0	0	7	-	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	-
4	Teixeira Soares	11.495	0	0	0	1	100	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	-
7	Honório Serpa	5.769	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
8	Salto do Lontra	14.539	0	0	0	1		0	0	0	0	1.7
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 Iguaçu	4.652	0	0	0	1	34	0	0	0	0	-
10	Cascavel	312.778	0	0	0	9	100	0	0	0	9	1.7
10	Formosa do Oeste	7.296	0	0	0	4	-	0	0	0	0	-
10	Três Barras do Paraná	12.227	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
11	Campo Mourão	92.930	0	0	0	1	34	0	0	0	0	-
12	Altônia	21.744	0	0	0	8	100	0	0	0	0	
12	Cafezal do Sul	4.288	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Icaraíma	8.641	0	0	0	3	2	0	0	0	0	-
12	Tapira	5.851	0	0	0	15	94	0	0	0	0	-
14	Alto Paraná	14.518	0	0	0	2	100	0	0	0	0	1.00
14	Marilena	7.134	0	0	0	3	-	0	0	0	3	-
14	Paranavaí	86.773	0	0	0	3	2	0	0	0	3	-
15	Astorga	25.976	0	0	0	1	34	0	0	0	0	-
15	Colorado	23.678	0	0	0	2	100	0	0	0	0	
15	Itambé	6.192	0	0	0	1		0	0	0	0	-
15	Mandaguari	34.289	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
15	Marialva	34.388	0	0	0	1	3-	0	0	0	0	-
15	Maringá	397.437	0	0	0	4	100	0	0	0	1	
15	Nova Esperança	27.886	0	0	0	0		0	0	0	1	-
15	Sarandi	90.376	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
16	Apucarana	130.430	0	0	0	1	34	0	0	0	0	-
16	Arapongas	115.412	0	0	0	1	1.0	0	0	0	0	1.7
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	Jaguapită	13.174	0	0	0	0	-	0	0	0	5	-
17	Londrina	548.249	0	0	0	4		0	0	0	0	100
19	Barra do Jacaré	2.821	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Ibaiti	30.678	0	0	0	1	2	0	0	0	0	-
19	Quatiguá	7.410	0	0	0	2	3-	0	0	0	0	-
19	Siqueira Campos	20.094	0	0	0	1		0	0	0	1	
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	111	34	0	0	0	37	-

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA

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

*Dados considerados até 03 de Novembro de 2018. Notas: 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 49/2018 (02/12/2018 a 08/12/2018)

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: 07/12/2018

Fonte da informação: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

COMENTÁRIOS:

** Na quinta-feira (6/12), a Anvisa suspendeu a fabricação, a distribuição, a divulgação, a comercialização e o uso do produto **Sanctio Tônico Capilar da Yeva Cosmetiques**, produzido pela empresa **Laccos Indústria de Cosméticos Ltda**. Tal medida ainda determina que a empresa realize o recolhimento do estoque existente no mercado.

Motivação

A suspensão foi motivada pela comprovação da fabricação e do comércio do produto cosmético em desacordo com o que está no registro da Anvisa. Após a análise, em testes de eficácia, a Agência constatou que o produto não estimula o crescimento dos fios capilares, o que contradiz a frase encontrada em sua rotulagem: "ESTIMULA O CRESCIMENTO CAPILAR".

Publicação

A Anvisa orienta os consumidores que fazem uso dos medicamentos citados a entrarem imediatamente em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente das empresas mencionadas, para instruções a respeito do recolhimento e da substituição dos produtos.

A medida, determinada pela Resolução-RE 3.331, de 6 de dezembro de 2018, publicada no Diário Oficial da União (DOU) de sexta-feira (7/12), possui caráter definitivo e validade em todo o território nacional, a partir da data da sua publicação.

** A Anvisa suspendeu, na sexta-feira (7/12), a importação dos medicamentos **Artelac**®; **Epitegel**®; **Liposic**® e **Vidisic**® pela empresa BL Indústria Ótica Ltda. Também foi proibida a distribuição, a divulgação, a comercialização e o uso do **lote 847** do produto **Epitegel**®, com data de fabricação 06/06/2017 e validade até 05/2019, fabricado pela mesma empresa. Além disso, foi determinado o recolhimento do estoque do produto em questão existente no mercado.

A medida foi determinada pela Resolução-RE 3.332, de 6 de dezembro de 2018, publicada no Diário Oficial da União (DOU). A suspensão foi motivada porque a empresa fabricante foi considerada insatisfatória em relação às considerações e avaliações dos resultados do monitoramento microbiológico ambiental das áreas

produtivas assépticas. Com isso, os produtos não cumpriram as exigências de boas práticas de fabricação.

Recolhimento Voluntário

A Agência também suspendeu, por meio da Resolução-RE 3.334, de 6 de dezembro de 2018, a distribuição, a comercialização e o uso do **lote 7040175 (Val 04/2019)** do medicamento **Levofloxacino 5 mg/ml**, solução injetável 100 ml, fabricado por Halex Istar Indústria Farmacêutica S.A. O motivo é o comunicado de recolhimento voluntário encaminhado pela empresa Halex, em razão de inconsistência no processo investigativo de dados analíticos.

Outro recolhimento voluntário encaminhado pela empresa Medley Farmacêutica Ltda. motivou a suspensão, através da Resolução-RE 3.337, de 6 de dezembro de 2018, da distribuição, da comercialização e do uso dos **lotes 8020304, 18020261, 18031258, 18040894, 18050065 e 18051195** do **medicamento Pyloripac Retrat**, fabricado pela empresa em questão. Neste caso, o problema foi um erro de embalagem.

As medidas de interesse sanitário determinam, ainda, que as empresas promovam o recolhimento dos estoques existentes no mercado dos referidos lotes.

Interdição

Já a Resolução-RE 3.338, de 6 de dezembro de 2018, determinou a interdição cautelar do **lote 74LK4171 (Val 09/2019)** do medicamento **Kabipac 5% (glicose)**, solução injetável 250 ml, fabricado pela empresa Fresenius Kabi Brasil Ltda. A medida foi tomada devido ao resultado insatisfatório no ensaio de rotulagem primária, por não apresentar a frase "Proibida venda ao comércio" e por não conter o conteúdo eletrolítico em mEg/L ou mmol/L no lote do produto.

Orientações ao consumidor

A Anvisa orienta os consumidores que fazem uso dos medicamentos citados a entrarem imediatamente em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente das empresas mencionadas, para instruções a respeito do recolhimento e da substituição dos produtos.

DOENÇA DE CHAGAS

Local de ocorrência: Tocantins Data da informação: 09/12/2018

Fonte da informação: soumaisnoticias.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Subiu para 13 o número de pessoas da mesma família infectadas com a doença de Chagas em Aparecida do Rio Negro, região central do Tocantins. Eles teriam sidos infectados após tomar um suco de bacaba durante uma festa que aconteceu na cidade.

Dos infectados, nove estão sendo atendidos no Hospital Geral de Palmas (HGP) e quatro no Hospital de Doenças Tropicais de Araguaína.

Um idoso de 76 anos também pode estar com a doença. Ele está no HGP e familiares temem que possa ser a 14ª vítima infectada.

A suspeita é de que o besouro Barbeiro, principal transmissor da doença, tenha se alojado na palmeira de bacaba, e que as fezes dele tenham ido parar no suco consumido pelas vítimas.

Conforme informações de familiares, a festa aconteceu no dia do segundo turno das eleições gerais, em 28 de outubro. A maioria dos infectados não residem em Aparecida do Rio Negro e estava reunida porque vota na cidade.

Os sintomas da doença teriam começado a aparecer logo depois, mas a princípio suspeitaram que fosse dengue e só procuraram o Hospital de Doenças Tropicais, após o tratamento não surtir efeito.

O Tocantins já tinha registrado dois casos da doença em 2018. Nos últimos três anos foram pelo menos 34 pessoas com diagnóstico de doença de Chagas em todo o estado.

A doença é silenciosa e os sintomas aparecem ao longo dos anos, que são: insuficiência cardíaca e problemas gastrointestinais. O tratamento é paliativo, mas a doença não tem cura.

A maioria dos casos se dá por transmissão direta e durante a noite, enquanto a pessoa está dormindo. A picada do inseto não dói, pois tem um componente anestésico que faz com que a vítima não sinta. Ela só perceberá depois de um tempo, quando notar uma coceira por causa da irritação no local.



Fonte: google.com.br

ARANHA-MARROM

Local de ocorrência: Nacional Data da informação: 10/12/2018

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

COMENTÁRIOS:

Ela é pequena, com um tamanho que varia de 0,6 mm a 2 cm, mas pode causar um estrago considerável. Todos os anos, a aranha-marrom (Loxosceles sp) pica cerca de 7 mil pessoas no Brasil – 7.441, em 2016, último dado disponível do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Ministério da Saúde.

O veneno dela pode causar necrose da pele, falência renal e até a morte das vítimas – seis, naquele ano.

Para diminuir esses problemas, cientistas do Instituto Butantan (IB) desenvolveram uma pomada, cujos efeitos curativos já foram comprovados em testes realizados em cultura celular e animais.

Segundo a pesquisadora do IB, Denise Tambourgi, principal responsável pelo trabalho, a pomada desenvolvida é feita à base de tetraciclina, substância conhecida e já usada como antibiótico. "Utilizamos numa concentração abaixo da que seria microbicida, no entanto", explica.

"Ou seja, menor do que a necessária para ser considerado antibiótico. Mas a empregamos em uma dosagem capaz de interferir na atividade da esfingomielinase D, proteína que é o componente principal do veneno da aranha e que está envolvida no processo de inflamação e de destruição do tecido (necrose) e outros efeitos."

Além de lesão cutânea – que ocorre em 80% dos casos e pode levar meses para ser curada -, a picada da Loxosceles também pode provocar, nos outros 20% das vítimas, efeitos sistêmicos, como hemólise (alteração, dissolução ou destruição dos glóbulos vermelhos do sangue), agregação plaquetária (que causa coágulos nos vasos sanguíneos, que dificultam ou impedem a circulação), inflamação e falência renal, que podem levar à morte.

A história das pesquisas de Denise que levaram à criação da pomada é longa. Ela começou o trabalho para decifrar os principais componentes da toxina da aranhamarrom em 1994. Para isso, ela e sua equipe lançaram mão da engenharia genética.

Como cada Loxosceles produz muito pouco veneno – apenas cerca de 30 microgramas – seria muito difícil conseguir a quantidade necessária para os estudos. Então, os pesquisadores inseriram um gene dela na bactéria Escherichia coli, criando assim uma biofábrica da esfingomielinase D, passando a produzi-la em volume suficiente para as pesquisas.

Ao longo do trabalho, Denise e sua equipe descobriram que o veneno da aranhamarrom pode causar, além de efeitos já conhecidos, reações secundárias, que são desencadeadas principalmente pela proteína esfingomielinase D.

"Costumo dizer que o veneno só dá o 'start' e a proteína altera as células", explica. "Depois, ocorre uma desregulação do organismo, que leva à produção de proteases – enzimas cuja função é quebrar as ligações químicas de outras proteínas, o que, por sua vez, causa a morte celular e a necrose. São essas proteases, portanto, que devem ser inibidas pela pomada."

Resumindo, o estudo coordenado por Denise decifrou o mecanismo de ação do veneno lançado pela aranha-marrom e também a forma sistêmica e cutânea da doença.

Os primeiros testes, realizados em cultura de células de pele humana, mais especificamente queratinócitos e fibroblastos, e em animais começaram a ser feitos em 2005 e se estenderam até agosto de 2018.

"Realizamos vários experimentos, aplicando o veneno da aranha-marrom nas culturas", explica Denise. "Como esperávamos, as células morriam. Depois, as expomos à toxina e à tetraciclina, em várias dosagens, ao mesmo tempo. Constatamos, então, que o veneno não era mais capaz de matar as células."

Os pesquisadores passaram, então, para o passo seguinte do trabalho, que foi o teste em animais. "Os coelhos foram escolhidos por serem um bom modelo para o estudo da necrose de pele causada pela toxina da Loxosceles", explica Denise. "A lesão deste animal é parecida com a que se forma no ser humano. Injetamos o veneno na pele deles e depois de algumas horas começamos a tratá-los com uma pomada que continha tetraciclina e lanolina. Esta última entrou na composição porque é capaz de levar a droga para as camadas mais profundas da pele."

Os resultados foram animadores. Nos coelhos tratados com tetraciclina, a lesão regrediu rapidamente. "A pomada reduziu o tamanho da lesão em cerca de 80%", conta Denise. "Diante desses resultados, partimos para os testes clínicos em seres humanos."

ARANHA-MARROM

Local de ocorrência: Nacional Data da informação: 10/12/2018

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

COMENTÁRIOS:

Como a tetraciclina é uma droga já testada para várias infecções e, por isso, usada comercialmente, não é necessário passar pelas várias fases de ensaios exigidos pelos protocolos de pesquisa para a liberação de medicamentos. Ela pode ser testada diretamente em humanos. "Na verdade, estamos apenas dando uma nova aplicação a esta substância", diz a pesquisadora.

Essa fase começou em outubro. Serão tratados no total 240 pacientes, 120 com a pomada e 120 com placebo, de 61 hospitais de Santa Catarina, estado onde ocorre o maior número de picadas e no qual Denise tem várias parcerias, inclusive com a Universidade Federal de lá (UFSC), além de médicos, enfermeiros e profissionais da área de farmácia e de saúde. Até o momento, 20 pacientes já estão sendo tratados.

Aqueles que recebem placebo não ficarão sem tratamento. Eles receberão o que é usado hoje para a picada, que é o soro específico antiveneno da aranha-marrom ou um inespecífico, contra toxinas de aracnídeos em geral. As picadas também podem ser tratadas com medicamentos chamados corticosteróides, mais conhecidos com corticóides.

Se os resultados dos testes clínicos forem os esperados, a pomada poderá chegar às farmácias. Mas não há prazo para isso. Depois de aprovada nos ensaios, ela ainda precisa ser liberada para uso em humanos e comercialização pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Se e quando isso ocorrer, seu mercado poderá ser maior que apenas o do Brasil.

Além de acidentes com Loxosceles nas Américas do Sul, Central e do Norte, nos últimos anos, ocorreram também picadas na Europa, com relatos de casos em países como Espanha, França, Portugal e Itália – este chegou a registrar um caso de morte.





Fonte: google.com.br

PESTE SUÍNA

Local de ocorrência: Rio Grande do Norte

Data da informação: 10/12/2018

Fonte da informação: canalrural.uol.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O Instituto de Defesa e Inspeção Agropecuária do Rio Grande do Norte (Idiarn) realizou uma operação para evitar a entrada da peste suína clássica, com o abate de 35 animais provenientes do Ceará. A medida, adotada na última semana, foi tomada "respeitando as normas sanitárias vigentes", informou o Idiarn em nota. No estado do Ceará há casos confirmados da doença e o trânsito de suínos para outras regiões está proibido.

Atividades complementares de pulverização de toda a propriedade e dos materiais utilizados no abate também fizeram parte da operação. Desta forma, o instituto acredita que foi promovida uma barreira sanitária mais completa contra a peste suína.

A ação foi coordenada pela Diretoria de Defesa, Inspeção e Sanitária Animal do Idiarn, com a Coordenação Estadual de Sanidade Suína e a Unidade Local de Saúde Animal e Vegetal (Ulsav) de Mossoró (RN).



Fonte: google.com.br

LEISHMANIOSE

Local de ocorrência: São Paulo Data da informação: 03/12/2018

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

COMENTÁRIOS:

Uma menina de 10 meses de vida, que mora com a família no bairro Amizade, em Araçatuba, está internada na Santa Casa local para tratamento de leishmaniose.

Segundo a assessoria de imprensa do hospital, ela deu entrada na unidade no último dia 26 com sintomas da doença. Na ocasião, a equipe médica colheu material para sorologia e encaminhou ao Instituto Adolf Lutz para análise. Ainda de acordo com a Santa Casa, o resultado do exame foi divulgado no dia seguinte e deu positivo para leishmaniose.

"Diante o diagnóstico, a equipe médica da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) Neonatal iniciou de imediato o tratamento específico e a paciente segue internada na unidade. O quadro clínico dela na manhã de sexta-feira era estável", informou em nota emitida.

Segundo a Prefeitura de Araçatuba, neste ano já foram confirmados 14 casos de leishmaniose em humanos na cidade e, desses casos, três pessoas morreram. A última morte ocorreu em 23 de novembro, mas a causa foi confirmada apenas na terça-feira passada pela Secretaria Municipal de Saúde. A vítima é uma mulher de 29 anos, que morava no bairro Jardim do Trevo.

A leishmaniose é transmitida pelo mosquito palha que pica cães ou outros animais infectados e depois pica o homem, transmitindo o protozoário. A administração municipal afirma ainda que tem tomado as medidas de prevenção contra a doença, que consistem em bloqueio e manejo.

ENTENDA A DOENÇA

Leishmaniose visceral é uma doença que, se não tratada, afeta os órgãos viscerais como fígado, baço e medula óssea, fazendo com que aumentem de tamanho. Provoca febre, mal-estar, dor de cabeça, perda de apetite e deixa o indivíduo com a imunidade baixa, podendo até causar a morte



Contágio

■ É uma doença transmitida ao humano pela picada da

fêmea do mosquito-palha

O inseto só transmite a doença se estiver contaminado, o que ocorre geralmente quando ele pica animais infectados. Os mosquistos preferem os cães. A doença não é contagiosa



Tratamento

Existe vacina apenas para os cães. Neles, a doença não tem cura

■ No homem, o tratamento é feito com dois tipos de remédios endovenosos

Quando descoberta cedo, na maioria dos casos a medicação é eficaz, porém a doença pode reaparecer seis meses depois



Cuidados

Evitar que o cachorro fique dentro de casa

Manter a casa e o quintal limpos

Colocar coleira à base de deltometrina

nos cães para proteger o animal da picada de mosquitos

■ Não criar galinha e porco em ambiente urbano

Realizar poda da árvores deixando que a luz entre nas raízes, já que o inseto gosta de ambientes úmidos

Usar telas nas janelas e inseticidas comuns

Fonte: google.com.br

ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Alagoas Data da informação: 04/12/2018

Fonte da informação: op9.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

As gestantes de Alagoas terão que passar pelo teste rápido para a detecção do zika vírus. Agora, a medida é obrigatória no estado. O exame estará disponível nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) dos 102 municípios e deve ser feito durante o pré-natal, conforme protocolo criado pela Secretaria de Estado da Saúde (Sesau). Rápido, o resultado sai em 20 minutos. Antes, ele era oferecido apenas para as grávidas que apresentavam algum sintoma da doença.

A Sesau explica que todas as secretarias municipais devem solicitar ao Estado os kits do tipo IgM/IgG. Para isso, basta acessar o Sistema de Insumos Estratégicos em Saúde (SIES) e, em seguida, se dirigir ao Laboratório Central de Alagoas (Lacen-AL), no bairro Jatiúca, em Maceió, onde haverá a distribuição da quantidade necessária.

"Durante a realização do teste, se a gestante for diagnosticada com o zika vírus, apresentando sintoma ou não, ela vai ser acompanhada conforme o Protocolo Integrado para Vigilância, Atenção à Saúde e Prevenção da Síndrome Congênita do Zika Vírus, conforme prevê o Ministério da Saúde", explicou a gerente estadual de vigilância e controle das doenças transmissíveis, Danielle Castanha. Ela lembra que estudos comprovam que o zika pode provocar a microcefalia nos bebês cujas mães tiveram a doença durante a gestação. A realização do exame tem eficácia superior a 90%, podendo ajudar na prevenção.

As gestantes que apresentarem resultado positivo passarão a seguir o protocolo do Ministério da Saúde e serão orientadas a fazer exames de imagem para acompanhar o desenvolvimento do bebê. Já para as que apresentarem resultado negativo, receberão informações para evitar o contágio pelo zika vírus, serão orientadas a utilizar o preservativo durante as relações sexuais e receberão repelente, que até então era exclusivo para as gestantes cadastradas no Programa Bolsa Família.

"Com o teste, a gestante vai ser acompanhada no pré-natal, com a orienta-

ção de mais um ultrassom no terceiro trimestre da gestação, para avaliar a criança. Depois, ao nascer, será avaliado o grau de comprometimento que o vírus pode ter causado, passando a ser acompanhada pela rede de atendimento, conforme o Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Síndrome Congênita do Zika Vírus", ressaltou Danielle Castanha.

O Protocolo orienta o atendimento desde o pré-natal até o desenvolvimento da criança com síndrome congênita do zika vírus. O planejamento prevê a mobilização de gestores, especialistas e profissionais de saúde para promover a identificação precoce e os cuidados especializados da gestante e do bebê.

Panorama dos casos confirmados

De janeiro a outubro de 2018 foram registrados 119 casos de zika em Alagoas contra 153 no mesmo período do ano passado. Outras doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, como a dengue e a febre chikungunya, também tiveram uma redução: foram 1.718 casos de dengue de janeiro a outubro de 2018 contra 2.492 no mesmo período do ano passado, e 150 casos de chikungunya este ano contra 352 de janeiro a outubro de 2017.



Fonte: google.com.br

DENGUE / ZIKA / CHIKUNGUNYA

Local de ocorrência: Minas Gerais Data da informação: 05/12/2018

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

COMENTÁRIOS:

O inimigo é antigo e as formas de prevenção são velhas conhecidas. Mesmo assim, Minas Gerais entra em mais um período propício à disseminação da dengue em situação crítica. Resultados do Levantamento de Índice Rápido para Aedes aegypti (Liraa) mostram que pelo menos 40,7% dos municípios que informaram ao estado o resultado do estudo estão em situação de risco ou em alerta para a possibilidade de surto da doença. Um dos principais problemas encontrados nos imóveis visitados em diversas cidades mineiras foram recipientes destinados ao armazenamento de água – um dos reflexos da crise hídrica enfrentada pelo estado a partir de 2014.

Neste ano, há uma preocupação ainda maior com a dengue. Depois de oito anos, voltou a circular o vírus do tipo Denv 2. Como boa parte da população não teve contato com essa cepa, a chance de contaminação é maior. E autoridades de saúde alertam: uma das características do sorotipo que novamente é detectado no estado é atingir, de forma mais grave, menores de 15 anos.

Os resultados do Liraa realizado em outubro são preocupantes. Dos 853 municípios mineiros, 819 enviaram informações para a Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG). Em 60 deles, o índice foi superior a 4%, o que é considerado situação de risco para surto. A porcentagem indica que, de cada 100 imóveis pesquisados, em quatro foram encontrados focos do mosquito Aedes aegypti, que, além da dengue, transmite os vírus da zika e da febre chikungunya. Em outros 288 municípios, o índice ficou entre 1% e 3,9%, o que indica situação de alerta. Nos 478 restantes o levantamento indicou condições satisfatórias.

O Liraa mostrou aumento considerável em relação ao último estudo, realizado em agosto. Na época, 816 municípios enviaram informações ao estado, sendo que oito estavam em situação de risco para a ocorrência de surto, 170 estavam em alerta e 638 em situação satisfatória. "Nesta época, espera-se um índice de infestação um pouco maior. Mas 60 municípios em risco para o surto de arbovírus e outros 288 em situação de alerta é algo preocupante", afirma Márcia Ootemam, coordenadora do Programa Estadual das Doenças Transmitidas pelo Aedes Aegypti.

Diante dos resultados, um dos alertas feitos pela Secretaria de Estado da Saúde é em relação ao armazenamento de água por moradores de cidades mineiras. Em 233 delas, esse tipo de depósito servia de criadouro para o mosquito. Em outros 153, os principais focos estavam em depósito domiciliares, e em 138 cidades, o acúmulo de

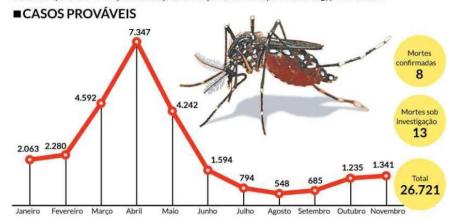
lixo, pneus e depósitos naturais continham larvas do inseto. "O controle do Aedes deve ser feito o tempo todo, mas neste momento temos que intensificar as ações. Os moradores devem ter um olhar atento nas residências e cuidar dos depósitos de água", convocou Márcia Ootemam.

O alerta em relação à volta do vírus do tipo 2 é outro motivo de preocupação. "O vírus circula no estado desde 2011, mas nunca predominou, o domínio sempre foi do tipo 1. Mas, neste ano, o Denv2 está predominando, e ele acomete menores de 15 anos de forma mais grave. Por isso o estado está em alerta", comentou a coordenadora.

(Continua na próxima página)

DENGUE NO RADAR

Confira o quadro em relação à ameaça da doença transmitida pelo Aedes aegypti no estado



■LEVANTAMENTO DE ÍNDICE RÁPIDO PARA AEDES AEGYPTI (Liraa)



288 municípios em ituação de alerta 478 municípios em situação satisfatória Dos
853
municípios mineiros
819
enviaram informações
para a SES/MG



DENGUE / ZIKA / CHIKUNGUNYA

Local de ocorrência: Minas Gerais Data da informação: 05/12/2018

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

COMENTÁRIOS:

Em 2018, os casos prováveis de dengue em 11 meses já superaram os de todo o ano passado. Boletim epidemiológico divulgado pela Secretaria de Estado de Saúde mostra que já são 26.721 notificações, o que engloba diagnósticos confirmados e suspeitos. O número representa 3% a mais que em todo o ano passado, quando foram 25.933 registros

O ano também pode terminar com número de mortes maior. Já foram confirmados oito óbitos pela doença, entre moradores de Araújos, Arcos, Conceição do Pará, Lagoa da Prata e Moema, no Centro-Oeste de Minas; Ituiutaba e Uberaba, no Triângulo; além de Contagem, na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Ainda há 13 casos sendo investigados. No ano passado foram 19 casos fatais da doença.

Em relação à febre chikungunya, Minas Gerais registrou 11.697 casos prováveis da doença, a maioria na região do Vale do Aço. Este ano não foi confirmada morte pela doença, mas há duas em investigação. No caso da zika, foram registrados 163 casos prováveis da doença, sem registro de óbito.

Com a ameaça da dengue voltando a assombrar municípios em todo o estado, Belo Horizonte sedia um encontro, ao lado de representantes da Organização Panamericana de Saúde e Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), para a elaboração de um estudo-piloto para controle do Aedes aegypti. Apesar de não soar como uma estratégia inovadora, dar prioridade às características de cada área em situação de risco é o foco das autoridades sanitárias. Com isso, as ações rotineiras podem sofrer ajustes e, se a estratégia for bem-sucedida, tende a se tornar recomendação internacional.

A Organização Pan-americana de Saúde está apoiando estudos sobre o combate ao mosquito em cidades das Américas. De acordo com o assessor do Programa Regional de Entomologia em Saúde Pública e Controle de Vetores da Opas, Giovanini Coelho, com a elaboração de nova metodologia haverá um novo olhar para o problema – destacando as diferenças sociais de cada regional nos diferentes municípios.

A capital mineira foi escolhida, ao lado de Natal e de Foz do Iguaçu (PR), para colocar em prática os testes. "O modelo proposto, desde a década de 50, trata a cidade de forma igual e recomenda intervenções similares em todo o ambiente

urbano. Isso teve valor no passado, quando cidades eram pequenas e tinham índices de complexidade inferiores aos grandes centros. O que estamos propondo é um estudo para apresentar a efetividade do combate, de acordo com a situação de vulnerabilidade de cada região", explicou Giovanni.

Ainda segundo o assessor, será elaborado um protocolo de referência a ser apresentado nesses encontros e com isso, propostas serão traçadas para iniciar as ações. "A depender dos resultados, esse piloto se constituirá em uma diretriz que será proposta pela Organização Pan-americana aos países de forma geral", completou.

Atualmente, as visitas de agentes são feitas a cada dois meses, independentemente da região. O subsecretário municipal de Promoção e Vigilância em Saúde de Belo Horizonte, Fabiano Pimenta, explica que vai usar a estratificação de risco para dar prioridade a determinadas ações de combate. "Serão ações mais rápidas, com maior concentração de esforços e de recursos humanos, em uma determinada área, a partir da interpretação desses indicadores — tanto de presença do vetor como da ocorrência da doença. Nosso esforço é para tentar prevenir ao máximo possível as epidemias", pontuou.

Em 2018, foram confirmados 402 casos de dengue. Há 467 pendentes de resultados, enquanto foram investigados e descartados 5.055. A maioria dos diagnósticos está na Região Oeste, com 60 casos confirmados e 78 suspeitos.

Outro empenho do estudo é a ampliação e incorporação de novas tecnologias para o combate ao transmissor. "Muitas estão sendo testadas pelo Brasil, como o uso da bactéria Wolbachia em mosquitos Aedes. O micro-organismo é inofensivo aos humanos, mas impede o vetor de transmitir os vírus", explicou o representante da Opas, Giovanini Coelho

Em BH, desde o ano passado foram implantadas armadilhas de teste para o combate do mosquito na Região Noroeste. "Desde o fim do ano passado, estamos fazendo acompanhamentos e ajustes para a evolução dessa estratégia. Faremos uma sinalização mais concreta da sua efetividade até o fim do primeiro quadrimestre de 2019 e, dependendo do resultado, vamos expandir", disse o subsecretário Fabiano Pimenta.

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional Data da informação: 06/12/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Até o momento, no Brasil, além dos surtos de sarampo nos estados do Amazonas e Roraima, nove Unidades Federadas também confirmaram casos de sarampo: 45 casos no Rio Grande do Sul, 44 no Pará, 19 no Rio de Janeiro, quatro casos em Pernambuco e Sergipe, três casos em São Paulo, dois em Rondônia e Bahia e um caso no Distrito Federal, totalizando 10.197 casos confirmados de sarampo no Brasil.

Em relação à caracterização viral, no Rio de Janeiro, Rondônia, São Paulo, Pará, Rio Grande do Sul e Bahia o genótipo identificado foi o D8 idêntico ao que está circulando na Venezuela, Amazonas e Roraima, com exceção de dois casos: um caso do Rio Grande do Sul, que viajou para a Europa e importou o genótipo B3, e outro caso de São Paulo com genótipo D8, mas que tem história de viagem ao Líbano, sem qualquer relação com os surtos da Venezuela e Brasil.

Até o momento, no Brasil, foram confirmados 12 óbitos por sarampo em três Unidades Federadas. Em Roraima, foram confirmados quatro óbitos, todos em menores de 5 anos, sendo um brasileiro, dois venezuelanos e um coreano. No Amazonas, foram confirmados seis óbitos por sarampo, sendo três residentes em Manaus, dois em Autazes, e um em Manacapuru. Em relação aos óbitos do estado do Amazonas, quatro ocorreram em menores de um ano de idade, um na faixa etária de 40 a 49 anos e outro maior de 50 anos.

Já no Pará, foram confirmados dois óbitos ocorridos no município de Belém, em venezuelanos/indígenas, menores de um ano de idade.

As ações de vacinação têm sido intensificadas nos locais de ocorrência dos casos para interromper a cadeia de transmissão do sarampo, desde a identificação dos casos da doença. No entanto, na rotina dos serviços, todos os estados que apresentam casos confirmados de sarampo têm cobertura vacinal abaixo de 95%, em 2018.

As baixas coberturas no sistema de informação podem estar relacionadas aos seguintes fatores: não registro ou atraso no registro dos boletins no SIPNI de doses aplicadas; erro de digitação dos boletins de doses aplicadas; não transmissão para a base de dados nacional dos dados registrados; não processamento pelo Datasus dos dados transmitidos, devido a incompatibilidade de versão do SIPNI e ainda, processo de movimentação populacional entre municípios.

Unidade Federada	Casos Confirmados*
Amazonas	9.724
Roraima	349
Rio Grande do Sul	45
Pará	44
Rio de Janeiro	19
Sergipe	4
Pernambuco	4
São Paulo	3
Rondônia	2
Bahia	2
Distrito Federal	1
Brasil	10.197



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do AM, RR, RS, RJ, PA, SE, PE, SP, RO, BA e DF. Data: 04/12/2018. *Dados sujeitos a alterações.

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 03/12/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

A vigilância sentinela conta com uma rede de unidades distribuídas em todas as regiões geográficas do país e tem como objetivo principal identificar os vírus respiratórios circulantes, além de permitir o monitoramento da demanda de atendimento por essa doença. Atualmente estão ativas 224 Unidades Sentinelas, sendo 131 de SG; 110 de SRAG em UTI; e 17 sentinelas mistas de ambos os tipos.

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

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

As informações apresentadas nesse informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 48 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 01/12/2018.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 26,5% (4.544/17.156) para SG e de 36,2% (979/2.708) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 23,9% (6.684/27.954) 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, 26,9% (1.372/5.108) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09.



Fonte: google.com.br

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 03/12/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 48 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 20.141 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 17.156 (85,2%) possuem resultados inseridos no sistema e 26,5% (4.544/17.156) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 2.588 (57,0%) foram positivos para influenza e 1.956 (43,0%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 1.023 (39,5%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 466 (18,0%) de influenza B, 120 (4,6%) de influenza A não subtipado e 979 (37,8%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 1.025 (52,4%) de VSR (Figura1).

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

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

N = 4.544Brasil 240 100% 90% n° de vírus identificados 200 80% de amostras positiva 70% 160 60% 120 50% 40% 80 30% 20% 10% Semana Epidemiológica Influenza A(H1N1) Influenza A(Não Influenza A(H3N2) Influenza B VSR pdm09 Subtipado) Positividade vírus Parainfluenza Adenovirus respiratórios

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 48.

Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 3/12/2018, sujeitos a alteração.

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 03/12/2018

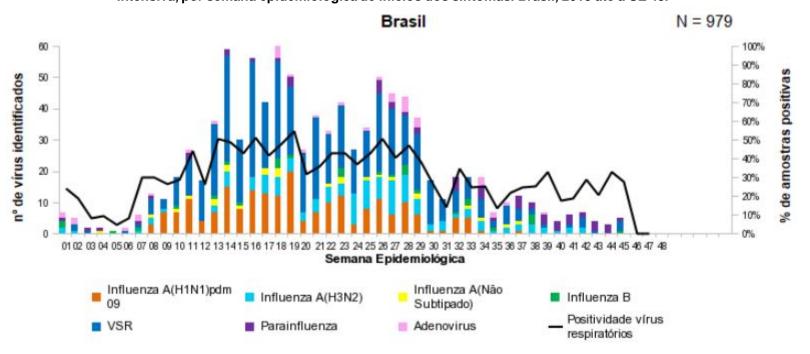
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 3.105 coletas, sendo 2.708 (87,2%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 979 (36,2%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 395 (40,3%) para influenza e 584 (59,7%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 212 (53,7%) para influenza A(H1N1)pdm09, 26 (6,6%) para influenza A não subtipado, 29 (7,3%) para influenza B e 128 (32,4%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 489 (83,7%) 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 48.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 3/12/2018, sujeitos a alteração.

Local de ocorrência: Brasil – atualização

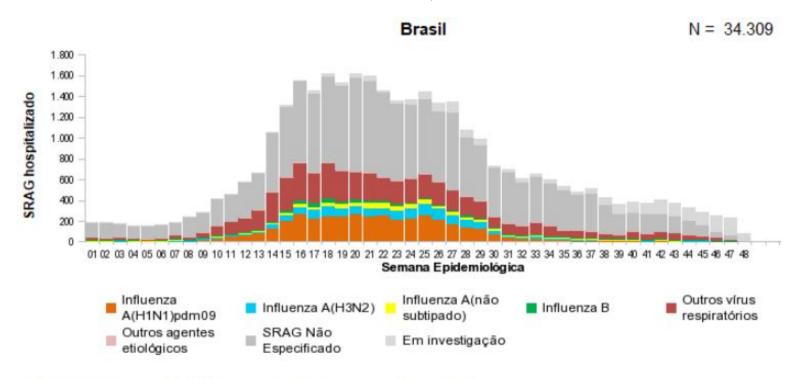
Data da informação: 03/12/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 48 de 2018 foram notificados 34.309 casos de SRAG, sendo 27.954 (81,5%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 23,9% (6.684/27.954) foram classificadas como SRAG por influenza e 22,1 (6.164/27.954) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 3.869 (57,9%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 641 (9,6%) influenza A não subtipado, 539 (8,1%) influenza B e 1.635 (24,5%) 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 46,4% (3.100/6.684).

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 48.



Local de ocorrência: Brasil – atualização

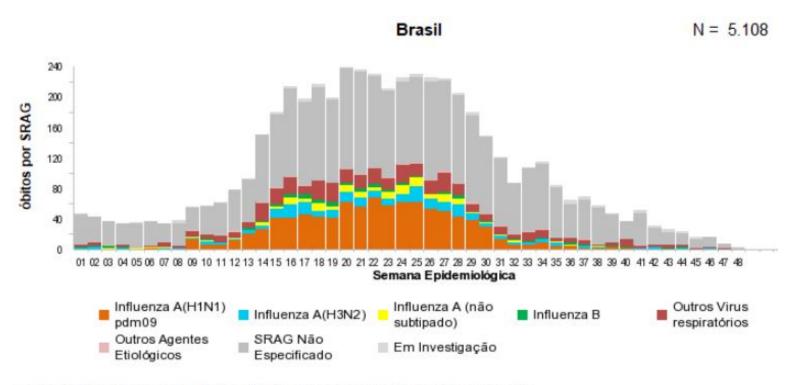
Data da informação: 03/12/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 48 de 2018 foram notificados 5.108 óbitos por SRAG, o que corresponde a 14,9% (5.108/34.309) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 1.372 (26,9%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 912 (66,5%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 129 (9,4%) influenza A não subtipado, 77 (5,6%) por influenza B e 254 (18,5%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 42,2% (579/1.372), 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 48.



Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 03/12/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

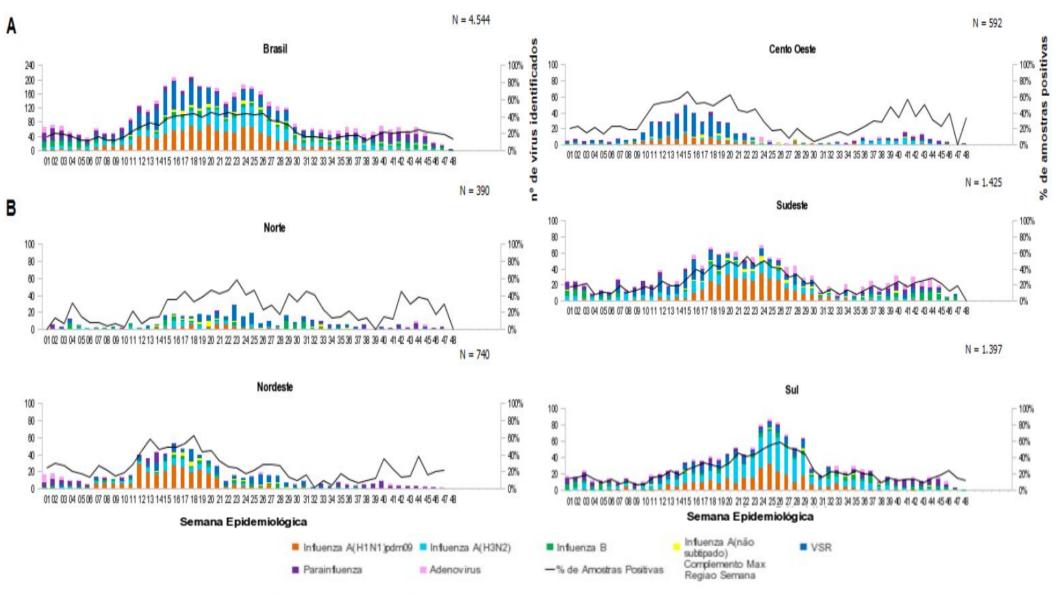
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

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 0,66/100.000 habitantes. Dos 1.372 indivíduos que foram a óbito por influenza, 1.050 (76,5%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, cardiopatas, pneumopatas e diabetes mellitus. Além disso, 1.069 (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 48.

Obitos por Influenza (N = 1.372)	n	%
Com Fatores de Risco	1.050	76,5%
Adultos ≥ 60 anos	577	55,0%
Doença cardiovascular crônica	332	31,6%
Pneumopatias crônicas	259	24,7%
Diabete mellitus	241	23,0%
Obesidade	154	14,7%
Doença Neurológica crônica	111	10,6%
Doença Renal Crônica	98	9,3%
Imunodeficiência/Imunodepressão	88	8,4%
Gestante	16	1,5%
Doença Hepática crônica	26	2,5%
Criança < 5 anos	97	9,2%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	0,3%
Indígenas	3	0,3%
Síndrome de Down	13	1,2%
Que utilizaram antiviral	1.069	77,9%

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 48.

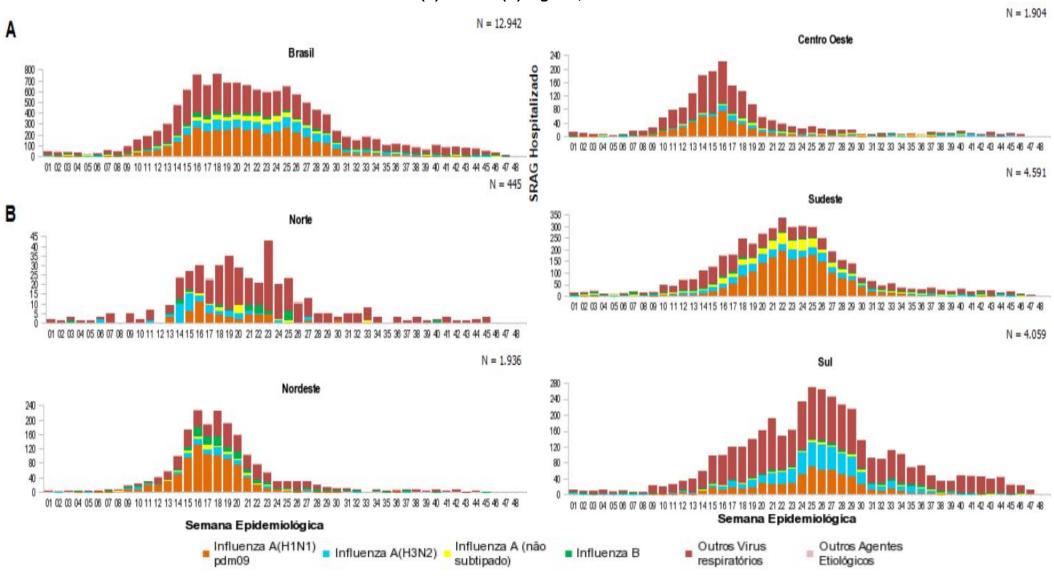


Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 3/12/2018, sujeitos a alteração.

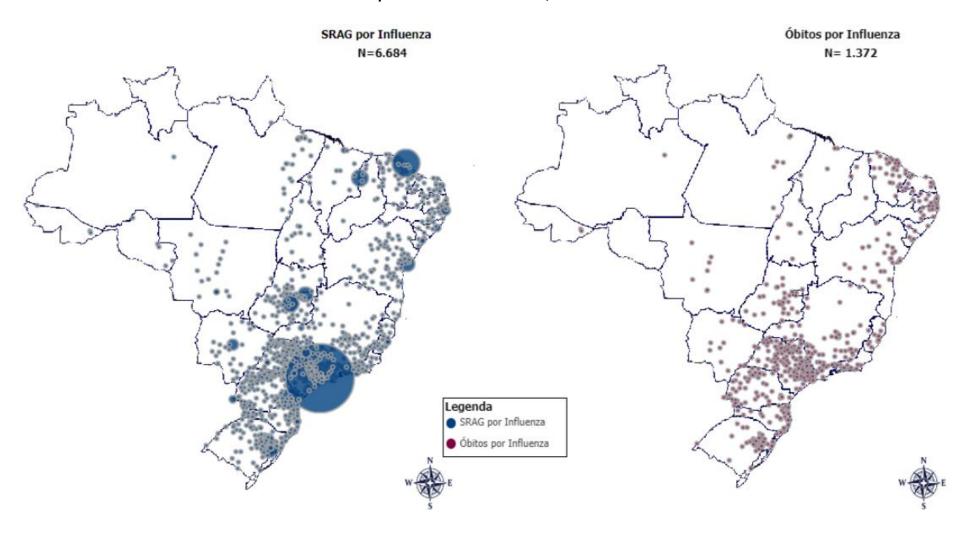
Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 48.

	1000			SRAG por Influenza												or outro	SRAG não			
REGIÃO/UF	SR	AG	A(H1N1)pdm09		A(H3N	(2)	A(não su	(não subtipado)		Influenza B		fluenza	vírus res	piratório	agente Etiológico		Especificado		Em Investigação	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos		Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
NORTE	1.531	195	48	11	44	10	12	1	22	3	126	25	316	32	3	1	964	135	122	2
RONDÔNIA	74	12	7	0	0	0	0	0	- 1	0	8	0	3	0	0	0	63	12	0	0
ACRE	260	47	13	3	4	0	0	0	1	1	18	4	36	3	0	0	170	40	36	.0
AMAZONAS	171	16	1	-1	6	1	2	0	7	- 1	16	3	78	8	0	0	72	5	5	0
RORAIMA	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0
PARÁ	895	93	15	3	30	8	7	1	11	0	63	12	178	19	2	1	577	61	75	0
AMAPÁ	15	2	2	0	1	0"	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	9	2	0	0
TOCANTINS	113	24	10	4	3	1	3	0	2	1	18	6	18	2	1	0	70	14	6	2
NORDESTE	6.332	726	833	162	144	21	56	14	177	24	1.210	221	705	59	21	4	3.335	407	1.061	35
MARANHÃO	190	35	27	6	3	0	10	3	2	0	42	9	9	1	4	1	74	22	61	
PIAUÍ	396	59	138	19	1	0	2	1	2	0'	143	20	58	5	3	1	180	33	12	0
CEARÁ	1.257	158	257	58	20	4	11	2	90	11	378	75	15	0	2	- 1	822	75	40	7
RIO GRANDE DO NORTE	290	66	41	11	19	0"	9	3	15	1	84	15	27	2	0	0	108	40	71	9
PARAÍBA	255	97	17	10	10	4"	0	0	5	2	32	16	10	3	0	0	188	77	25	1
PERNAMBUCO	1.964	83	97	18	50	8"	- 1	1	11	1	159	28	3	1	1	0	1.057	45	744	9
ALAGOAS	185	37	32	3	3	0	10	3	5	0	50	6	4	0	5	1	122	29	4	1
SERGIPE	263	21	33	6	2	0 "	1	0	- 1	0	37	6	89	5	0	0	128	10	9	0
BAHIA	1.532	170	191	31	36	5	12	1	46	9	285	46	490	42	6	0	656	76	95	6
SUDESTE	13.760	2.385	1.852	503	586	97	463	95	193	29	3.094	724	1.449	123	47	19	8.393	1.465	777	54
MINAS GERAIS	2.008	411	86	36	82	18	100	36	14		282	95	150	24	8	1	1.467	275	101	16
ESPÍRITO SANTO	497	7.4	71	16	30	3	2	1	5	2	108	22	0	0	0	0	311	46	78	6
RIO DE JANEIRO	1.229	181	84	20	19	4	28	1	46	3	177	28	358	51	4	3	591	96	99	3
SÃO PAULO	10.026	1.719	1.611	431	455	72	333	57	128	19	2.527	579	941	48	35	15	6.024	1.048	499	29
SUL	8.919	1.290	643	141	693	105	59	11	108	9	1.503	266	2.543	177	13	4	4.486	833	374	10
PARANÁ	4.707	730	235	45	377	61	18	4	31	- 1	661	111	1.743	141	9	3	2.178	470	116	5
SANTA CATARINA	1.405	243	157	34	155	20	8	1	18	2	338	57	353	25	0	0	707	160	7	1
RIO GRANDE DO SUL	2.807	317	251	62	161	24	33	6	59	6	504	98	447	11	4	1	1.601	203	251	4
CENTRO OESTE	3.741	504	490	93	166	21	51	8	38	12	745	134	1.149	74	10	3	1.740	284	97	9
MATO GROSSO DO SUL	954	126	50	12	62	12	22	4	12	5	146	33	327	18	7	0	453	74	21	1
MATO GROSSO	293	85	36	7	13	2	4	2	11	4	64	15	5	3	1	1	201	65	22	1
GOIÁS	1.532	241	345	68	54	5	9	1	9	3	417	77	406	45	2	2	679	110	28	7
DISTRITO FEDERAL	962	52	59	6	37	2	16	1	6	0	118	9	411	8	0	0	407	35	26	0
BRASIL	34.283	5.100	3.866	910	1.633	254	641	129	538	77	6.678	1.370	6.162	465	94	31	18.918	3.124	2.431	110
Outro Pais	25	8	3	2	2	0	0	0	1	0	6	2	2	1	0	0	15	5	2	0
TOTAL	34.309	5.108	3.869	912	1.635	254	641	129	539	77	6.684	1.372	6.164	466	94	31	18.934	3.129	2.433	110

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 48.



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 48.



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



EVENTOS INTERNACIONAIS Semana Epidemiológica 49/2018 (02/12/2018 a 08/12/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

SARAMPO

Local de ocorrência: Américas Data da informação: 05/12/2018 Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

Desde o início do ano até 30 de novembro de 2018 foram relatados 16.766 casos confirmados de sarampo, incluindo 86 mortes, em 12 países da Região das Américas: Antígua e Barbuda (1 caso), Argentina (14 casos), Brasil (9.898 casos, incluindo 13 mortes), Canadá (27 casos), Chile (2 casos), Colômbia (171 casos), Equador (19 casos), Estados Unidos da América (220 casos), Guatemala (1 caso), México (5 casos), Peru (38 casos) e República Bolivariana da Venezuela (6.370 casos, incluindo 73 óbitos). O Chile se juntou à lista de países que relataram casos confirmados de sarampo em 2018.

Desde a última atualização publicada em 24 de Outubro 2018, 8.675 casos de sarampo adicionais e 1 morte em 6 países da região (Brasil 7.706 casos e 1 morte, Canadá 2 casos, Chile 2 casos confirmados, foram notificados 42 casos na Colômbia, Estados Unidos 78 casos e Venezuela 845 casos).

Genótipo D8, MV linhagem / HuluLangat.MYS / 26.11, que inicialmente foi identificada em casos da Venezuela, posteriormente, foi reportado em casos confirmados da Argentina, Brasil, Colômbia, Equador e Peru (os países estão listados em ordem alfabética e não por data de início do surto).

Argentina

Desde Atualização Epidemiológica OPAS / OMS lançado em 24 de outubro de 2018 não foram confirmados novos casos de sarampo entre SE 11 e 38 2018, permanecendo em 14 casos.

Brasil

O surto começou na SE 6 de 2018 no estado de Roraima e três semanas depois foi estendido para o Amazonas. Casos posteriores foram notificadas em 7 estados e no Distrito Federal, Pará, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, São Paulo e Sergipe (colocados em ordem alfabética e não por data de ocorrência dos casos).

Foi identificado D8 genótipo, com os casos idênticos de Venezuela (2017 e 2018) nos estados do Amazonas, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Pará, Rondônia, Roraima, São Paulo e Sergipe.

Entre a SE 6 e SE 46 2018, 9.898 casos foram confirmados, incluindo 13 mortes,



Amazonas (9.447 casos, 6 mortes), Distrito Federal (1 caso), Pará (26 casos, 3 mortes), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (45 casos), Rio de Janeiro (19 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (347 casos, 4 mortes), São Paulo (3 casos), Sergipe (4 casos).

A seguir, uma breve descrição da situação epidemiológica nos estados do Amazonas e Roraima.

-Amazonas:

O surto começou na SE 9 e continua ativo e, na SE 46 2018, foram relatados 10.904 casos suspeitos, incluindo 6 mortes. Do total de casos suspeitos, 9.477 foram confirmados, 1.418 descartados e 9 ainda estão sob investigação.

Dos 62 municípios do estado, 51 casos confirmados foram relatados. No entanto, 91,7% dos casos estão concentrados nos municípios de Manaus e Manacapuru.

- Roraima:

O surto começou na SE 6 e a partir da SE 19 registrou um decréscimo de casos suspeitos e confirmados, entre SE 29 e 35 mais um aumento nos casos, em detrimento dos municípios de Boa Vista e Amajari foi relatado.

A partir da SE 46 de 2018, foram notificados 554 casos, incluindo 4 óbitos. Destes, 347 foram confirmados, 157 descartados e 50 ainda estão sob investigação.

A média semanal de casos suspeitos nas últimas oito semanas (SE 39 a SE 46), é de 1 caso, a menor desde o início do surto; e apenas 2 casos foram confirmados no mesmo período.

Chile

Entre a SE 45 e 48 de 2018, o Instituto de Saúde Pública do Chile (ISP) confirmou dois casos de sarampo importado.

O primeiro caso corresponde a uma mulher de 42 anos, de nacionalidade colom-

(Continua na próxima página)

SARAMPO

Local de ocorrência: Américas Data da informação: 05/12/2018 Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

-biana, com uma data de início estimada em 8 de novembro de 2018, moradora do Chile há mais de 10 anos. O provável local de infecção poderia ser o Equador ou a Colômbia, já que o caso permaneceu nesses países nos dias anteriores ao início dos sintomas. Nenhum caso secundário foi confirmado. A genotipagem realizada indicou que é o genótipo D8, os resultados da linhagem estão pendentes.

O segundo caso é de nacionalidade venezuelana, 4 anos de idade, a data de início do exantema em 23 de Novembro de 2018, entrou no Chile em 18 novembro, por estrada a partir da cidade de Maracaibo, Estado de Zulia, Venezuela. O menor tinha trânsito terrestre entre a Colômbia, o Equador e o Peru, entrando no Chile pela zona norte. Nenhum caso secundário foi confirmado.

Colômbia

Entre SE 11 e 47 de 2018, foram notificados 171 casos confirmados de sarampo entre as idades de 2 meses e 49 anos (mediana = 1 ano), 74 dos quais são do sexo feminino. O início do exantema dos casos foi registrado entre 8 de março e 11 de novembro de 2018.

Dos 171 casos confirmados, 50 são importados, 101 relacionados à importação (27 casos de transmissão secundária em pessoas da Venezuela e 74 casos relacionados à importação em colombianos) e 20 casos de fonte de infecção na investigação. Nenhuma morte foi registrada.

Os casos foram relatados nos departamentos de Antioquia, Arauca, Atlântico, Bolívar, Cauca, César, Cundinamarca, Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Risaralda, Sucre; e nos distritos de Barranquilla, Bogotá, Cartagena e Santa Marta. O distrito de Cartagena, Barranquilla e o Departamento Norte de Santander respondem por 71% do total de casos confirmados.

Equador

A partir do Boletim Epidemiológico da OPAS / OMS publicado em 24 de outubro de 2018, nenhum novo caso de sarampo foi confirmado e o número total de casos confirmados entre a SE 13 e a SE 33 de 2018 é mantido em 19.



Estados Unidos

Entre 1º de janeiro e 3 de novembro, 220 casos de sarampo foram confirmados em 26 estados e no Distrito de Columbia.

As informações são atualizadas periodicamente no site do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), disponível em: https://bit.ly/2iMFK71.

Peru

Uma vez que as atualizações epidemiológicas da OMS publicada em 24 de outubro de 2018 não foram confirmados novos casos de sarampo e o total confirmado entre a SE 8 e SE 41 2018, permanece 38.

Venezuela

Desde a confirmação do primeiro caso de sarampo na SE 26 de 2017 e SE 46 de 2018, 8.943 casos suspeitos, destes 6.370 foram confirmados (727 em 2017 e 5.643 em 2018) foram relatados.

As autoridades de saúde da Venezuela têm implementado uma série de estratégias de vacinação destinadas a interromper a circulação do vírus, incluindo a vacinação indiscriminada de crianças de 6 meses a 15 anos com sarampo-rubéola (MR) e contatos de casos suspeito e confirmado seletivamente até os 39 anos de idade.

Sarampo nas comunidades indígenas

No Brasil, foram notificados 183 casos suspeitos em indígenas, dos quais 145 foram confirmados no Estado de Roraima. A maioria dos casos corresponde ao Distrito Indígena de Saúde de Auaris que limita com a Venezuela.

- Venezuela, onde comunidades indígenas foram detectados a partir da SE 1, 2018 a SE 46, 535 casos de sarampo foram confirmados em populações indígenas. Outras mortes pertencentes a essas comunidades indígenas estão atualmente sob investigação.

CÓLERA

Local de ocorrência: Mundial Data da informação: 30/11/2018

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

COMENTÁRIOS:

ELROPEAN CENTRE FOR DIREAS PRÉVENTION AND CONTROL

Américas

República Dominicana: Em 2018 até 10 de novembro, a República Dominicana registrou 117 casos de cólera e um óbito. Não foram relatados novos casos desde a atualização anterior em 26 de outubro de 2018. Durante o mesmo período em 2017, a República relatou 109 casos de cólera.

Haiti: Em 2018 até 17 de novembro, o Haiti registrou 3.597 casos, incluindo 40 mortes. Isso representa um aumento de 247 casos e dois óbitos desde a atualização anterior em 26 de outubro de 2018. Em 2017, o Haiti registrou 13.681 casos de cólera, incluindo 159 mortes. Desde o início do surto em 2010 até 17 de novembro de 2018, o Haiti relatou 819.597 casos suspeitos de cólera, incluindo 9.788 mortes.

África

Angola: Em 12 de novembro de 2018, foi notificado um novo surto de cólera com 139 casos, incluindo dois óbitos. Este surto afeta principalmente a província do Uíge.

Camarões: Até 23 de novembro de 2018, Camarões registrou 942 casos de cólera, incluindo 57 mortes. O surto mostra uma tendência geral decrescente. Esta atualização representa um aumento de 435 casos e 21 mortes desde a atualização anterior em 26 de outubro de 2018.

República Democrática do Congo: desde janeiro de 2017 até 11 de novembro de 2018, a República Democrática do Congo registrou 87.697 suspeitas de cólera, incluindo 2.205 mortes. Isto representa um aumento de 4.905 casos e 187 mortes desde o relatório anterior em 26 de outubro de 2018.

Etiópia: desde janeiro de 2017 até 5 de novembro de 2018, a Etiópia registrou 51.905 casos de diarreia aquosa aguda, representando um aumento de 55 casos desde a atualização anterior em 26 de outubro de 2018. Segundo a OMS, uma reclassificação de casos está em progresso.

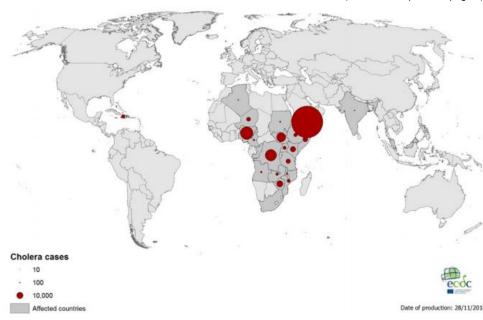
Quênia: O surto declarado em 8 de setembro de 2018 é considerado sob controle. Desde o início do surto, 40 casos e nenhuma morte foi relatada nos condados de Turkana, Embu e Isiolo. Entre os casos, oito foram confirmados laboratorialmente. Não há casos adicionais relatados desde 23 de outubro de 2018.

Níger: Até 19 de novembro de 2018, o Níger registrou 3.824 casos suspeitos, incluindo 78 mortes, desde o início do surto em julho de 2018. Isto representa um aumento de 60 casos e 4 mortes desde a atualização anterior em 26 de outubro de 2018.

O surto está localizado em quatro regiões, Maradi, Dosso, Tahoua e Zinder, todas na fronteira com a Nigéria e Benin.

Nigéria: em 2018 até 28 de outubro, a Nigéria registrou 42.466 casos suspeitos de cólera, incluindo 830 mortes. Isto representa um aumento de 14.539 casos e 313 mortes desde a atualização do relatório anterior em 21 de setembro de 2018.

(Continua na próxima página)



Distribuição geográfica dos casos de cólera notificados em todo o mundo entre janeiro e Novembro de 2018

CÓLERA

Local de ocorrência: Mundial Data da informação: 30/11/2018

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

COMENTÁRIOS:

foi em 11 de julho de 2017.

cólera também foram notificados na parte ocidental da África. Apesar do número de surtos de cólera notificados em todo o mundo, muito poucos casos são notificados todos os anos entre os viajantes que regressam da UE / EEE. Neste contexto, o risco de infecção por cólera em viajantes que visitam esses países permanece baixo, embora a probabilidade de ocorrência esporádica possa aumentar na UE / EEE.

tendência de queda de casos suspeitos nas últimas 17 semanas. **Tanzânia**: em 2018, até 18 de novembro, a Tanzânia registrou 4.389 casos de cólera, incluindo 83 mortes. Isto é um aumento de 153 casos e um óbito desde a atualização anterior em 26 de outubro de 2018. O último caso relatado em Zanzibar

Somália: Em 22 de novembro de 2018, a OMS relatou 6.560 casos suspeitos de

cólera, incluindo 44 mortes. Isto representa um aumento de 114 casos e um óbito desde a atualização anterior em 26 de outubro de 2018. Segundo a OMS, houve uma

Segundo a OMS, a vacinação deve ser considerada para os viajantes de maior risco, como os trabalhadores de emergência e pessoas que sejam diretamente expostas. A vacinação geralmente não é recomendada para outros viajantes.

Uganda: Segundo a OMS, o recente surto de cólera relatado em outubro de 2018 está agora sob controle. Desde o início do surto, oito casos, incluindo uma morte, foram relatados em Mubalak, Hoima e Kikuube.

Viajantes em áreas endêmicas de cólera devem procurar orientação de clínicas de saúde em viagens para avaliar seu risco pessoal e aplicar precaução sanitária e medidas de higiene para prevenir a infecção. Estes podem incluir beber água engarrafada ou água tratada com cloro, lavar cuidadosamente frutas e legumes com água engarrafada ou clorada antes do consumo, lavar regularmente mãos com sabão, comendo alimentos bem cozidos e evitando o consumo de produtos de frutos do mar crus.

África do Sul: Até 13 de novembro de 2018, a África do Sul notificou um terceiro caso confirmado de cólera. Investigações sobre este caso estão em andamento, pois acredita-se que pode ser um caso importado do Zimbábue. Os dois casos anteriores foram relatados na província de Gauteng e estavam epidemiologicamente ligados. Entre eles, o caso do índice teve uma história recente de viagens para o Zimbábue.

Ações

Zimbabué: Até 21 de novembro de 2018, 10.202 casos, incluindo 55 mortes, foram notificados no país. Isto representa um aumento de 798 casos e um óbito desde a atualização anterior em 26 de outubro de 2018. Segundo a OMS, o surto tem mostrado uma tendência de queda desde a semana 39. A maioria dos casos (97%) foi relatada na capital, Harare.

O ECDC monitoriza globalmente os surtos de cólera através das suas atividades de informação epidemiológica, a fim de identificar epidemiologia e informar as autoridades de saúde pública. Os relatórios são publicados mensalmente.

Ásia

lêmen: Desde o início do surto até 11 de novembro de 2018, o lêmen registrou 1.299.263 casos de cólera e 2.611 mortes. Isto representa um aumento de 45.163 casos e 39 mortes desde a última atualização em 26 de outubro de 2018.

Avaliação do ECDC

Houve um aumento incomum no número de casos de cólera no sul da África, no Chifre da África e no Golfo de Áden nos últimos meses. Mais recentemente, surtos de

SURTO DE E.coli

Local de ocorrência: Estados Unidos Data da informação: 06/12/2018

Fonte da informação: Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

COMENTÁRIOS:

Atualização do CDC: surto de *E. coli*: Infecções relacionadas à alface romana.

Nove pessoas adicionais foram relatadas desde a última atualização em 26 de novembro de 2018. Isso eleva o total para 52 casos de 15 estados.

Dezenove pessoas foram hospitalizadas, incluindo duas pessoas que desenvolveram um tipo de insuficiência renal chamada síndrome urêmica hemolítica. Nenhuma morte foi relatada.

As doenças começaram em datas que variam de 5 de outubro a 18 de novembro de 2018. Espera-se ver casos adicionais relatados, devido ao período de 2 a 3 semanas, a partir do momento em que uma pessoa fica doente quando é relatada ao CDC.

Nenhum cultivador comum, fornecedor, distribuidor ou marca de alface romana foi identificado.

O CDC continua a aconselhar os consumidores a não comerem, e varejistas e restaurantes a não servir ou vender qualquer alface romana das regiões de crescimento da região central do norte e do centro da Califórnia.

O CDC coletou amostras de água para testar a *E. coli*, como parte da investigação da FDA sobre fazendas e instalações de resfriamento na Califórnia que foram identificadas como produtoras da alface. Esses resultados do teste estão pendentes.

Pessoas com sintomas de uma infecção por *E. coli*, como cólicas estomacais graves, diarreia (geralmente com sangue) e vômitos, que acham que podem ter ficado doentes ao ingerir alface, devem conversar com seu médico e relatar sua doença ao departamento de saúde.

Esta investigação está em andamento e o CDC fornecerá mais informações assim que estiverem disponíveis.





Fonte: google.com.br

ÉBOLA

Local de ocorrência: República Democrática do Congo

Data da informação: 07/12/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Responder ao surto da doença do vírus Ebola (DVE) em partes do nordeste da República Democrática do Congo continua a ser um desafio multifacetado. Ao utilizar medidas comprovadas de saúde pública (rastreamento de contatos, envolvimento de comunidades), bem como novas ferramentas disponíveis (vacinas e terapias), a OMS continua confiante de que o surto pode ser contido e encerrado.

Durante o período de referência (28 de novembro a 4 de dezembro de 2018), 35 novos casos foram notificados em nove zonas de saúde nas províncias de Kivu do Norte e Ituri: Beni (8), Komanda (oito), Katwa (oito), Vuhovi (três), Kalunguta (dois), Butembo (dois), Mabalako (dois), Masereka (um) e Mutwanga (um). Casos recentes nas zonas de saúde de Komanda e Mabalako seguem um período prolongado (excedendo dois períodos de incubação) sem a detecção de novos casos; destacando o risco de reintrodução do vírus e a necessidade de manter uma vigilância reforçada. Casos no Komanda originaram-se de uma infecção de uma mãe e seus filhos em Beni. Enquanto a insegurança em Komanda desafia as atividades de resposta, medidas de controle incluindo rastreamento de contato e vacinação foram iniciadas logo após a detecção dos casos.

Centros de saúde públicos e privados com práticas inadequadas de prevenção e controle de infecções continuam sendo a principal fonte de amplificação do surto. Durante o período do relatório, duas novas infecções foram relatadas em profissionais de saúde, e pelo menos um novo caso provavelmente adquiriu DVE de um profissional de saúde infectado durante uma visita de rotina. Ao todo, 44 agentes de saúde (41 enfermeiros e três médicos) foram infectados até o momento, dos quais 59% (26) eram do sexo feminino.

A partir do período de referência, 21 pacientes receberam alta dos Centros de Tratamento do Ebola (ETCs) em Beni (12) e Butembo (nove) e reintegraram-se em suas comunidades. Um total de 142 pacientes se recuperaram até o momento.

Até 4 de dezembro, foram notificados 458 casos de DVE (410 confirmados e 48 prováveis), incluindo 271 mortes, em 11 zonas de saúde na província de Kivu do Norte e três zonas de saúde na província de Ituri (Figura 1). A curva epidemiológica do surto mostra duas fases distintas. A primeira fase foi centrada em Mangina e foi amplamente controlada no prazo de um mês. A segunda onda, dispersa por



muitas áreas, continuou por mais de dois meses, com aproximadamente cinco novos casos por dia. Dados os atrasos esperados na detecção e divulgação de casos nas últimas semanas, as tendências gerais da incidência semanal de casos devem ser interpretadas com cautela.

O risco do surto se espalhar para outras províncias da República Democrática do Congo, bem como para os países vizinhos, continua muito alto. Ao longo da semana passada, foram comunicados alertas de várias províncias da República Democrática do Congo, do Sul do Sudão e do Uganda; A DVE foi descartada para todos os alertas até o momento.

(Continua na próxima página)

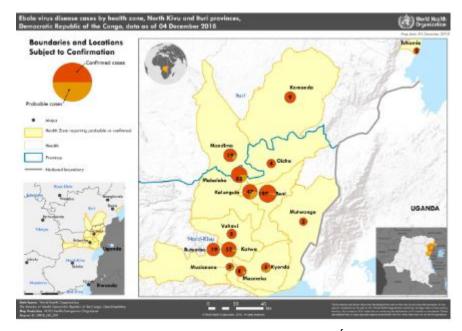


Figura 1: Casos confirmados e prováveis da doença do vírus Ébola por zona de saúde nas províncias de Kivu do Norte e Ituri, República Democrática do Congo, dados de 4 de dezembro de 2018

ÉBOLA

Local de ocorrência: República Democrática do Congo

Data da informação: 07/12/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Doença do vírus Ebola em mulheres e crianças

Preocupações foram levantadas em relação ao número desproporcional de mulheres e crianças infectadas durante esse surto. Até o momento, as mulheres foram responsáveis por 62% (280/450) dos casos em que o sexo foi relatado. De todos os casos femininos, 83% (230/277) tinham idade ≥15 anos. Destas mulheres, pelo menos 18 estavam grávidas, e outras sete estavam amamentando ou recémnascidas no momento da infecção. Houve 27 casos entre crianças com menos de um ano de idade, sendo 70% (19) meninos e 21 fatalidades (fatalidade de 78% por idade). Também houve nove casos em bebês com menos de um mês. Crianças com menos de 15 anos representaram 24% (106/447) dos casos.

É provável que haja uma infinidade de fatores que contribuem para essa carga de doenças desproporcional observada em mulheres e crianças. Estes incluem: exposição em instalações de saúde formais e informais, envolvimento em práticas funerárias tradicionais, transmissão dentro de grupos familiares (incluindo transmissão entre mães que cuidam de crianças), diferenças no comportamento de procura de saúde, bem como o impacto de conflitos contínuos na estrutura populacional subjacente nas áreas afetadas. Entre aqueles com informações disponíveis, os fatores de risco comumente identificados relatados pelos casos incluem: ter contato com um caso conhecido (224/320, 70%), ter comparecido a funerais (121/299, 40%) e ter visitado / internado em uma unidade de saúde antes do início da DVE (46/139, 33%). De notar que 46% dos casos femininos (84/181) relataram ter comparecido aos funerais, em contraste com 31% dos casos masculinos (37/118).

Um aumento simultâneo de casos de malária e o acompanhamento inadequado do IPC em contextos de saúde também contribuem para as altas taxas de DVE entre crianças. A recente conclusão de uma campanha de controle de malária de quatro dias em Beni, em 2 de dezembro, objetivou prevenir novas mortes por malária, bem como diminuir o ônus sobre os centros de saúde, a fim de abordar essa fonte potencial de transmissão.

O Ministério da Saúde, OMS, está trabalhando ativamente com o UNICEF e outros parceiros para abordar o aumento dos riscos observados em mulheres (incluindo mulheres grávidas ou amamentando) e crianças pequenas, e fortalecer ainda mais as



medidas para prevenir e gerenciar infecções nesses grupos.

Avaliação de risco da OMS

Este surto de DVE está afetando as províncias do nordeste do país na fronteira com Uganda, Ruanda e Sudão do Sul. Os potenciais fatores de risco para a transmissão de DVE nos níveis nacional e regional incluem: viagens entre as áreas afetadas, o resto do país e os países vizinhos; o deslocamento interno das populações. O país está experimentando simultaneamente outras epidemias (por exemplo, cólera, poliomielite derivada da vacina, malária) e uma crise humanitária de longo prazo. Além disso, a situação de segurança em Kivu do Norte e Ituri às vezes limita a implementação de atividades de resposta. A avaliação de risco da OMS para o surto é atualmente muito alta nos níveis nacional e regional; o nível de risco global permanece baixo. A OMS continua a aconselhar contra qualquer restrição de viagem e comércio com a República Democrática do Congo com base nas informações atualmente disponíveis.

Como o risco de disseminação nacional e regional é muito alto, é importante que as províncias e países vizinhos melhorem as atividades de vigilância e preparação. O Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) recomendou que a falha em intensificar essas atividades de preparação e vigilância levaria ao agravamento das condições e à disseminação. A OMS continuará a trabalhar com os países e parceiros vizinhos para garantir que as autoridades de saúde sejam alertadas e estejam operacionalmente preparadas para responder.

Conselho da OMS

Tráfego internacional: A OMS adverte contra qualquer restrição de viagem e comércio para a República Democrática do Congo com base nas informações atualmente disponíveis. Não existe atualmente nenhuma vacina licenciada para proteger as pessoas contra o vírus Ebola. Por conseguinte, quaisquer requisitos para os certificados de vacinação contra o Ébola não constituem uma base razoável para restringir o movimento através das fronteiras ou a emissão de vistos para os passageiros que deixam a República Democrática do Congo. Atualmente, nenhum país implementou medidas de viagem que interfiram significativamente no tráfego internacional para a República Democrática do Congo. Os viajantes devem procurar aconselhamento médico antes de viajar e devem praticar uma boa higiene.

FEBRE DO NILO OCIDENTAL

Local de ocorrência: Mundial Data da informação: 07/12/2018

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

COMENTÁRIOS:

Entre 30 de novembro e 6 de dezembro de 2018, os Estados-Membros da UE comunicaram uma infecção pelo vírus do Nilo Ocidental na Hungria.

A data de início mais recente comunicada pela Hungria foi na semana 45, de 5 a 11 de novembro de 2018. Dezoito casos foram notificados pela UE e países vizinhos, todos pela Turquia, com a data mais recente de início relatada na semana 38, 17 a 23 de setembro de 2018.

Em três áreas na Turquia, casos humanos foram relatados pela primeira vez. Três mortes foram relatadas esta semana, duas na Turquia e uma na Itália.

Na mesma semana, nenhum surto entre os equídeos foi relatado.

Em 2018, até de 6 de dezembro de 2018, os Estados-Membros da UE comunicaram 1.503 casos em seres humanos, Itália (576), na Grécia (311), Romênia (277), Hungria (215), Croácia (53), França (27), Áustria (20), Bulgária (15), República Checa (5), Eslovênia (3) e Chipre (1).

Os países vizinhos da UE comunicaram 579 casos humanos, Sérvia (415), Israel (128), Turquia (22) e Kosovo (14). Até o momento, 180 mortes causadas pela infecção pelo vírus do Nilo Ocidental foram notificadas pela Grécia (47), Itália (46), Romênia (43), Sérvia (35), Kosovo (3), Bulgária (2), Turquia (2), República Checa (1) e Hungria (1).

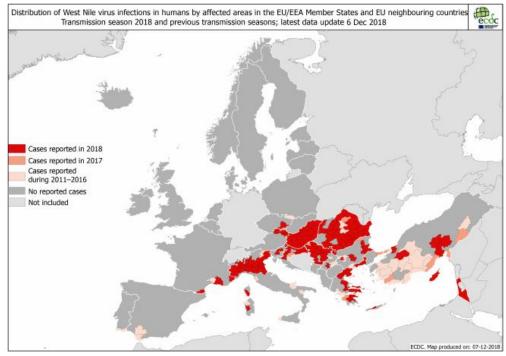
Durante a atual estação de transmissão, 285 surtos entre equídeos foram relatados, Itália (149), Hungria (91), Grécia (15), França (13), Espanha (9), Áustria (2), Romênia (2), Alemanha (2), Eslovênia (1) e Portugal (1).

De acordo com a Diretiva 2014/110 / EU da Comissão Europeia, as doações de sangue devem ser adiadas por 28 dias, por pessoas que estejam deixando uma área com evidência de circulação do vírus do Nilo Ocidental entre os humanos, a menos que os resultados de um teste individual seja negativo.

A temporada de transmissão de 2018 começou mais cedo do que o normal e



maior número de casos foram relatados em comparação com o mesmo período em anos anteriores. Casos humanos autóctones transmitidos por mosquitos foram relatados em países anteriormente afetados. Como esperado nesta época do ano, apenas poucos casos estão sendo relatados. No entanto, a última data de início foi relatada na semana 46, 12 a 18 de novembro, o que representa uma data extraordinariamente tardia de início, uma vez que em épocas de transmissão na UE/EEE e países vizinhos da UE, a data mais recente do início ocorreu tipicamente entre as semanas 39 e 42.



Distribuição de infecções por vírus humanos do Nilo Ocidental pelas áreas afetadas até 6 de dezembro 2018

MERS-CoV

Local de ocorrência: Mundial Data da informação: 07/12/2018

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

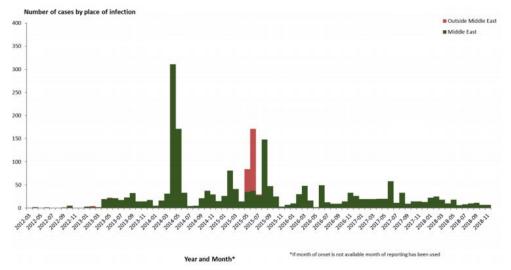
COMENTÁRIOS:

Desde abril de 2012 até 30 de novembro de 2018, 2.290 casos de MERS-CoV, incluindo 850 mortes, foram relatados pelas 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 UE, 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.

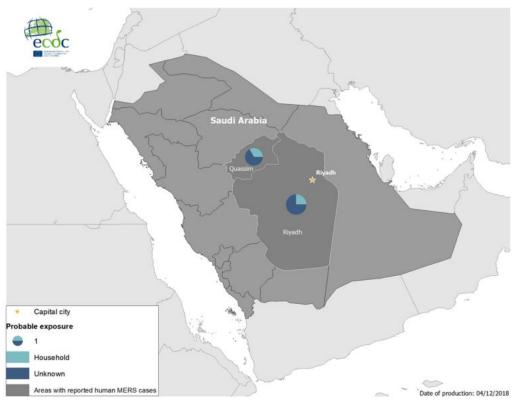
Em 2 de agosto de 2018, o ECDC publicou uma avaliação dos riscos relativos à saúde pública relacionada com doenças transmissíveis na Arábia Saudita, abordando MERS-CoV.

O ECDC monitoriza esta ameaça através de informações epidemiológicas e relatórios mensais.



Distribuição dos casos confirmados de MERS-CoV pelo primeiro mês e região disponíveis, de Março de 2012 até 30 de novembro de 2018





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

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial Data da informação: 04/12/2018

Origem da informação: The Global Polio Erradication Initiative e OPAS

COMENTÁRIOS:

O surto de poliovírus tipo 2 (cVDPV2) derivado da vacina circulante na Síria, detectado pela primeira vez em 2017, foi interrompido com sucesso. O anúncio veio na esteira de uma avaliação oficial de resposta a surtos, composta por especialistas em saúde pública, epidemiologia e virologia, que revisaram as evidências e concluíram que o surto foi encerrado.

O relatório da GPEI para o próximo Conselho Executivo da OMS (em janeiro) foi publicado. O relatório fornece uma atualização de status sobre a erradicação da pólio, resumindo os desafios programáticos, epidemiológicos e financeiros para garantir um mundo livre da pólio, e introduz o conceito de um novo plano estratégico estendido para alcançar a certificação global até 2023, levando em conta o fato de que de poliovírus selvagem ainda não foi interrompido.

Resumo de novos vírus nesta semana: Afeganistão - um caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) e duas amostras ambientais de WPV1 positivas. Paquistão - nove amostras ambientais positivas para WPV1. RDC - dois casos de poliovírus tipo 2 derivados da vacina circulantes (cVDPV2). Nigéria - quatro casos de cVDPV2. Somália - uma amostra ambiental cVDPV2 positiva.

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

Total acces	Year-to-	date 2018	Year-to-	date 2017	Total in 2017	
Total cases	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	28	98	16	80	22	96
- in endemic countries	28	31	16	0	22	0
- in non-endemic countries	0	67	0	80	0	96

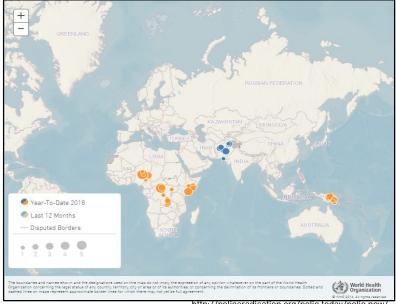
http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS

Countries	Year-to-date 2018		Year-to-date 2107		Total in 2017		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afeganistão	20	0	11	0	14	0	9-Oct-2018	NA
Rep Dem Congo	0	21	0	10	0	22	NA	7-Oct-2018
Niger	0	8	0	0	0	0	NA	14-Oct-2018
Nigeria	0	31	0	0	0	0	NA	6-Nov-2018
Paquistão	8	0	5	0	8	0	7-Oct-2018	NA
Papua Nova Guiné	0	25	0	0	0	0	NA	30-Sep-2018
Somália	0	13	0	0	0	0	NA	7-Sep-2018
Síria	0	0	0	70	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 10 de dezembro de 2018



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial Data da informação: 26/11/2018

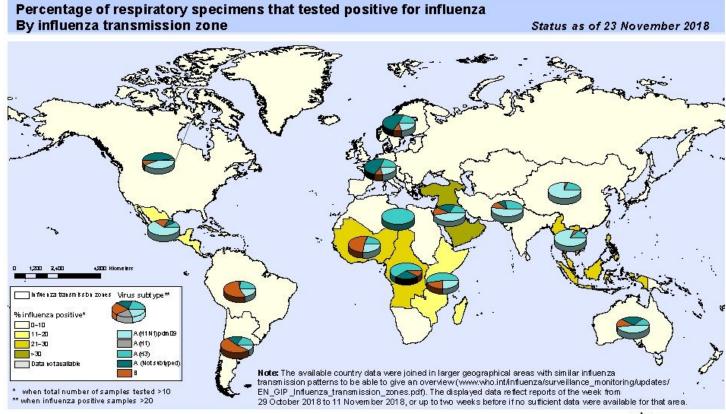
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)



COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

Na zona temperada do hemisfério norte, a atividade da influenza começou a aumentar, embora a atividade geral da gripe permanecesse baixa. Detecções de gripe aumentadas foram relatadas em alguns países do Sudeste Asiático e na América Central. Nas zonas temperadas do hemisfério sul, a atividade da gripe retornou aos níveis inter-sazonais. Em todo o mundo, os vírus do subtipo A da gripe sazonal foram responsáveis pela maioria das detecções.

Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) outros laboratórios nacionais de influenza de 114 áreas territórios países, ou informaram dados para a FluNet para o período de 29 de outubro de 2018 a 11 de novembro de 2018 (dados em 2018-11-23 04:11:01 UTC) . Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 116728 espécimes durante esse período de tempo. 5534 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 4894 (88,4%) foram tipificados como influenza A e 640 (11,6%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 2695 (85%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 475 (15%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados. 53 (43,1%)pertenciam à linhagem B-Yamagata e 70 (56,9%) à linhagem B-Victoria.



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, tentory, 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 agreeneed.

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

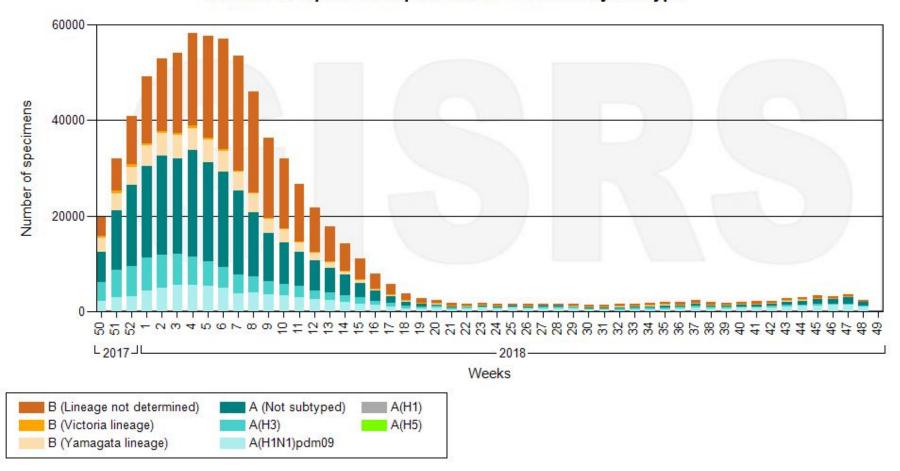




Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

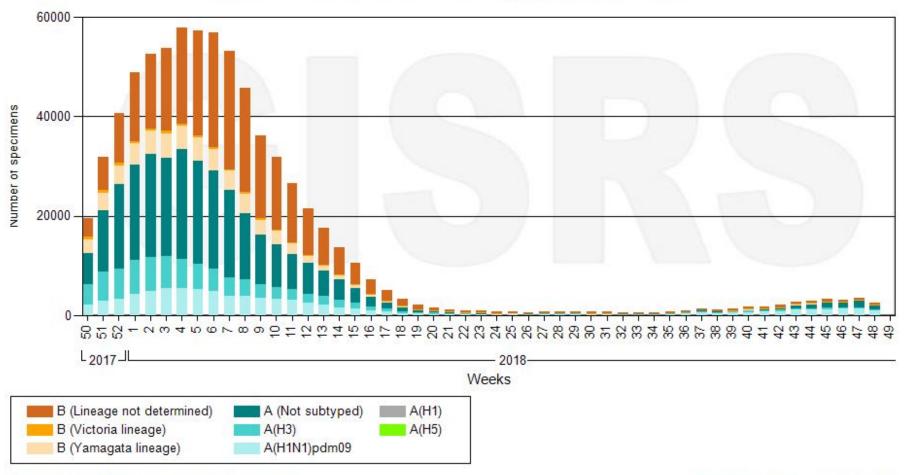
Global circulation of influenza viruses





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

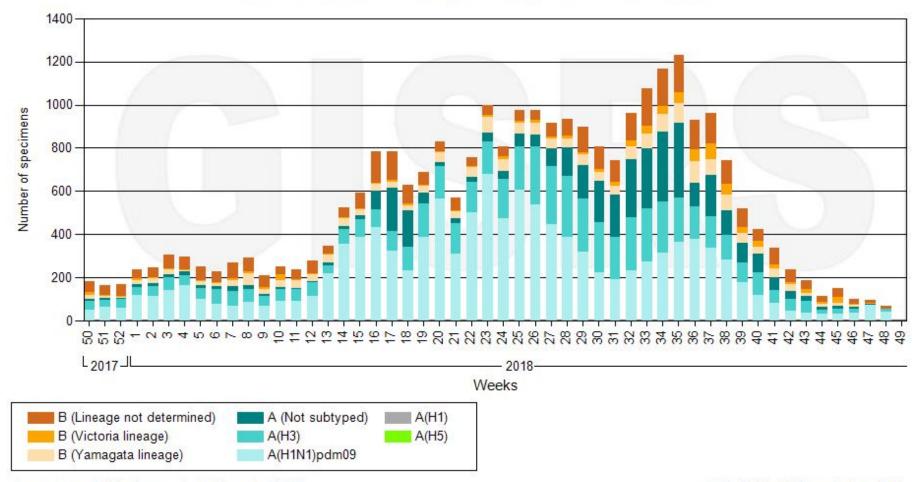
Northern hemishere





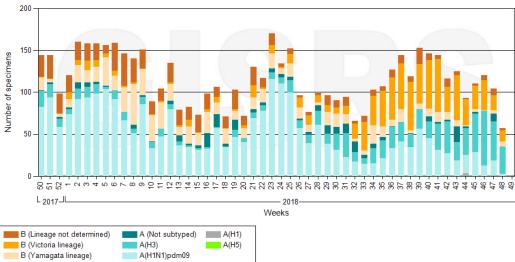
Influenza Laboratory Surveillance Information by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Southern hemisphere



African Region of WHO



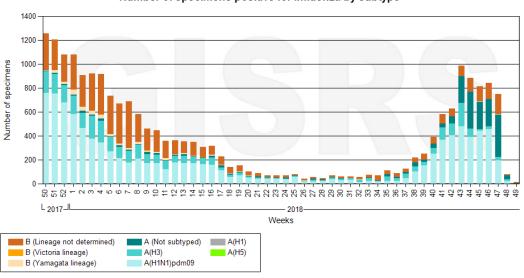


Data source: FluNet (www.who.int/flunet), GISRS

© World Health Organization 2018 Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

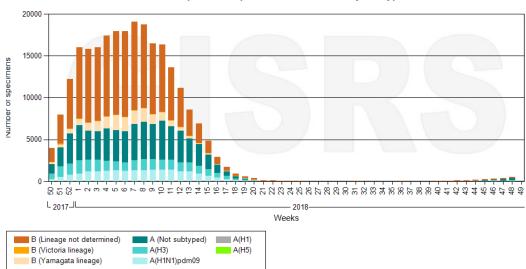
generated on 10/12/2018 11:54:46 UTC

Eastern Mediterranean Region of WHO



European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



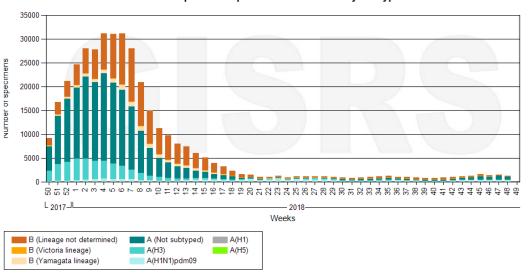
Data source: FluNet (www.who.int/flunet), GISRS

© World Health Organization 2018

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

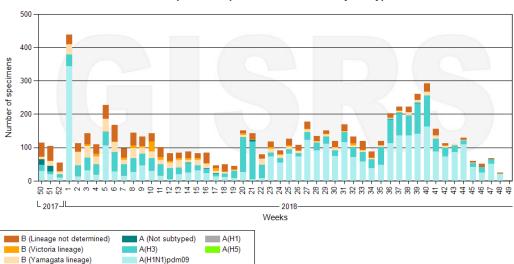
generated on 10/12/2018 12:14:50 UTC

Region of the Americas of WHO



South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

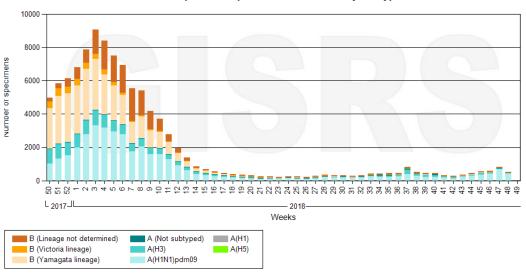
© World Health Organization 2018

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

generated on 10/12/2018 12:16:40 UTC

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



© 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