INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 43/2018

(21/10/2018 a 27/10/2018)

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 43/2018

(21/10/2018 a 27/10/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

RAIVA ANIMAL

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 30/10/2018

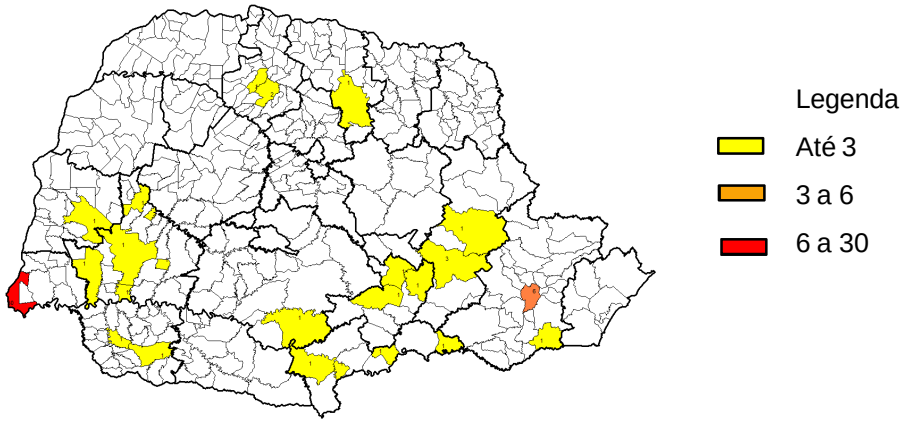
Fonte da informação: Programa Estadual de Controle da Raiva /DVVZI/CEVA/ SVS/SESA

COMENTÁRIOS:

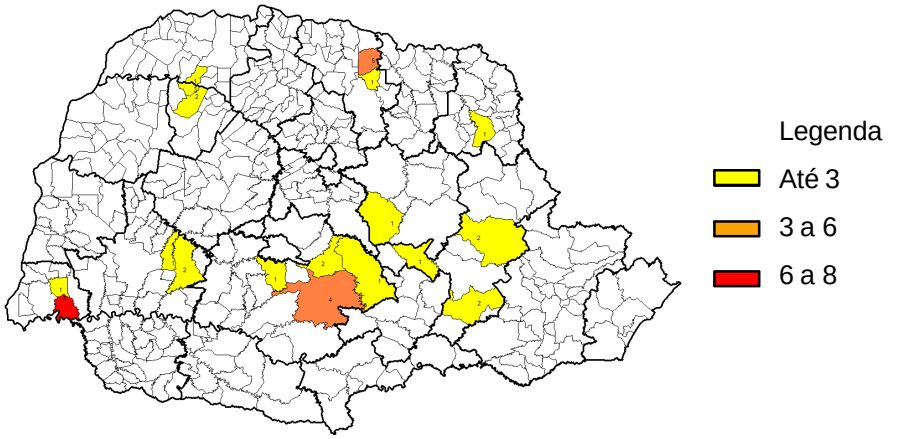
Os diagnósticos dos animais de interesse econômico ou de produção, são feitos pelo CDME/ADAPAR.

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

Morcegos não hematófagos, positivos para Raiva - 2018.



Herbívoros positivos para Raiva - 2018.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 23/10/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde – Sala de Situação em Saúde

COMENTÁRIOS:

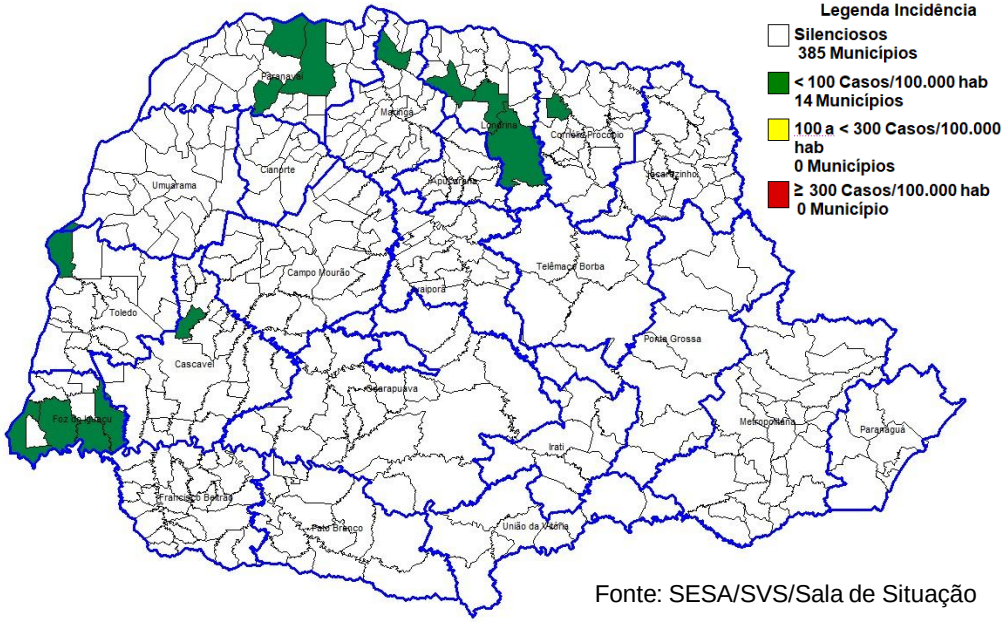
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2018 (primeira semana de agosto) a 42/2018.

Foram notificados no referido período 1.695 casos suspeitos de dengue, dos quais 888 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 0,20 casos por 100.000 hab. (22/11.163.018 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 (397), Foz do Iguaçu (214) e Paranavaí (105). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Londrina (5), Foz do Iguaçú (4), São José dos Pinhais (3), Guaíra (3).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2018 a 42/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 42/2018*	PERÍODO 2018/2019
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	150
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	19
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	17
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	8
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	14
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (09ª,10ª,14ª, 15ª,17ª,18ª e 20ª)	7
TOTAL DE CASOS	**29**
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	22
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	7
TOTAL DE NOTIFICADOS	**1695**

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 42/2018.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	29 (100,0%)	0 (0,0%)	29
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	0	-	0
Dengue Grave (D G)	1	-	1
Descartados	-	-	888
Em andamento/investigação	-	-	777
Total	**30 (1,8%)**	**0 (0,0%)**	**1.695**

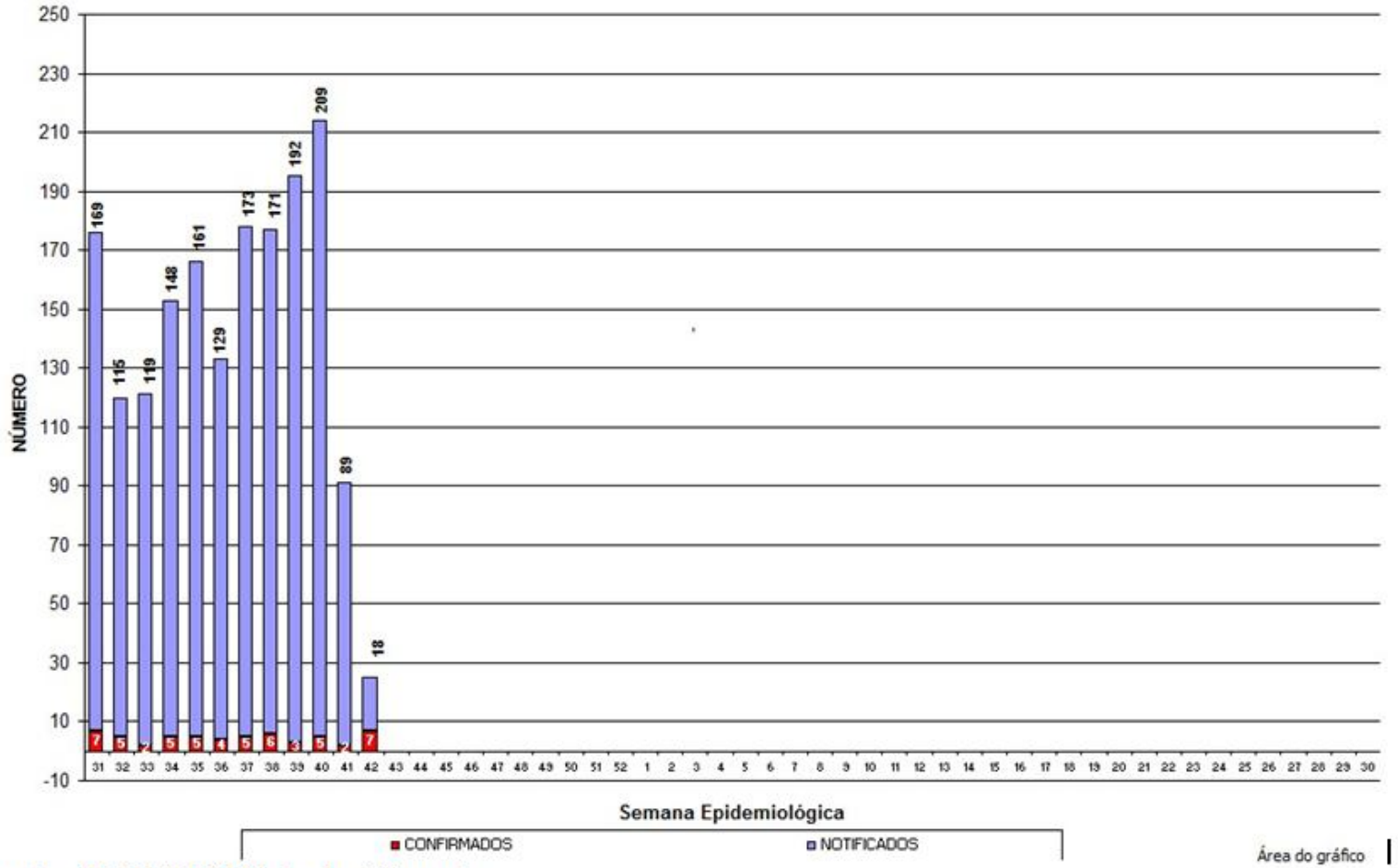
Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 23/10/2018
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 42/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

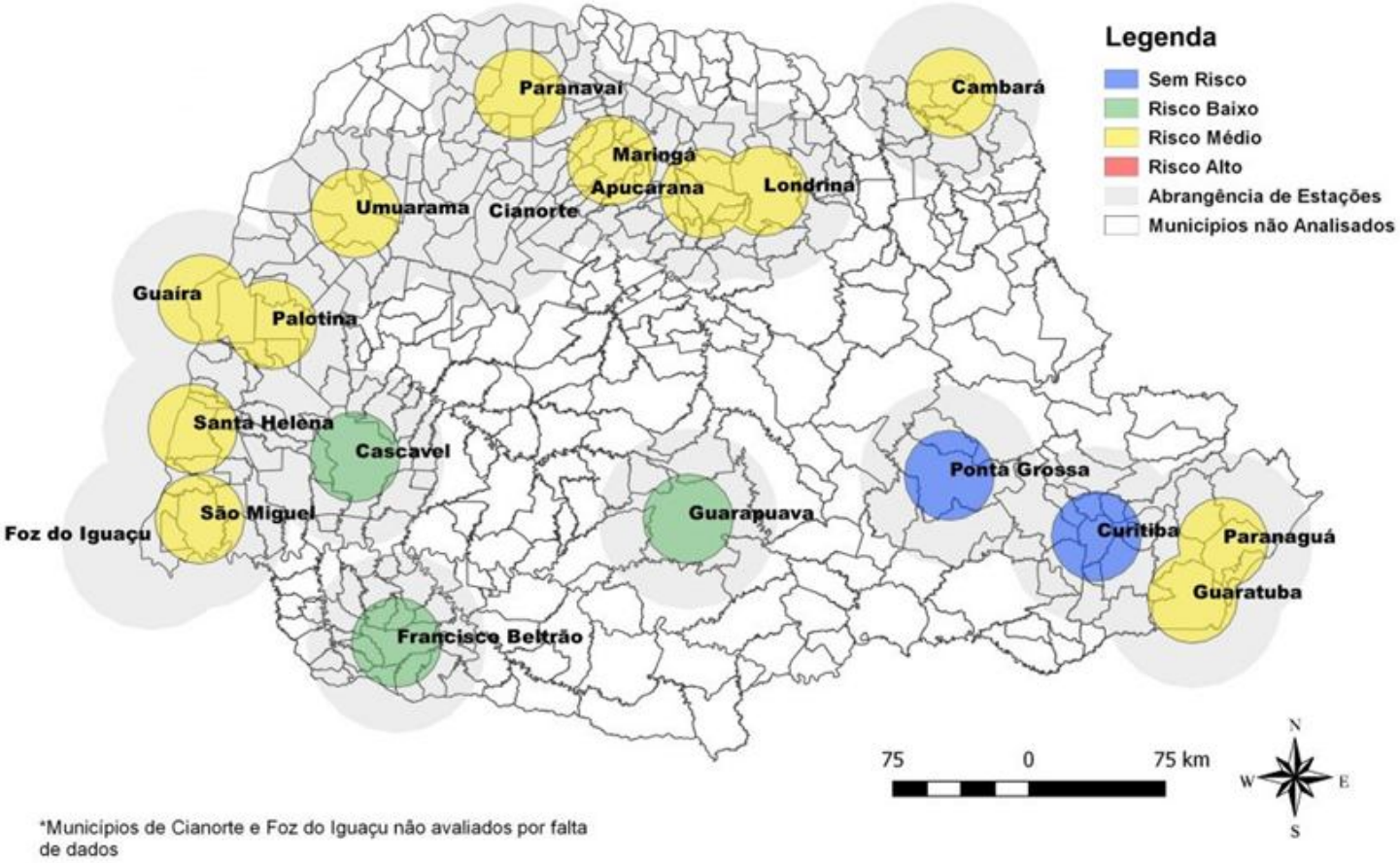
Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 23/10/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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

Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 39/2018 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti :*

- **02 (duas) sem risco;**
- **03 (três) com risco baixo**
- **12 (doze) com risco médio;**
- **00 (zero) com risco alto e;**
- **02 (duas) não foram avaliadas.**

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



Fonte: Laboclima/UFPR

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 23/10/2018
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 42/2018*

REGIONAL DE SAÚDE	POPU-LAÇÃO	CASOS			NOTIFI-CADOS	DSA	DG	ÓBI-TOS	INCI-DÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	50	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	0	5	5	60	0	0	0	-
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	3	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	0	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	6	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	0	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	7	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	0	0	0	29	0	0	0	-
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	7	0	7	277	0	1	0	1,72
10ª RS - Cascavel	540.131	1	0	1	48	0	0	0	0,19
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	48	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	0	0	0	29	0	0	0	-
13ª RS - Cianorte	154.374	0	0	0	30	0	0	0	-
14ª RS - Paranavaí	274.257	4	0	4	170	0	0	0	1,46
15ª RS - Maringá	799.890	1	0	1	126	0	0	0	0,13
16ª RS - Apucarana	372.823	0	0	0	69	0	0	0	-
17ª RS - Londrina	935.904	6	1	7	636	0	0	0	0,64
18ª RS - Cornélio Procópio	230.231	1	0	1	50	0	0	0	0,43
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	2	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	2	1	3	47	0	0	0	0,52
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	0	0	0	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	0	0	0	8	0	0	0	-
TOTAL PARANÁ	**11.163.018**	**22**	**7**	**29**	**1.695**	**0**	**1**	**0**	**0,20**

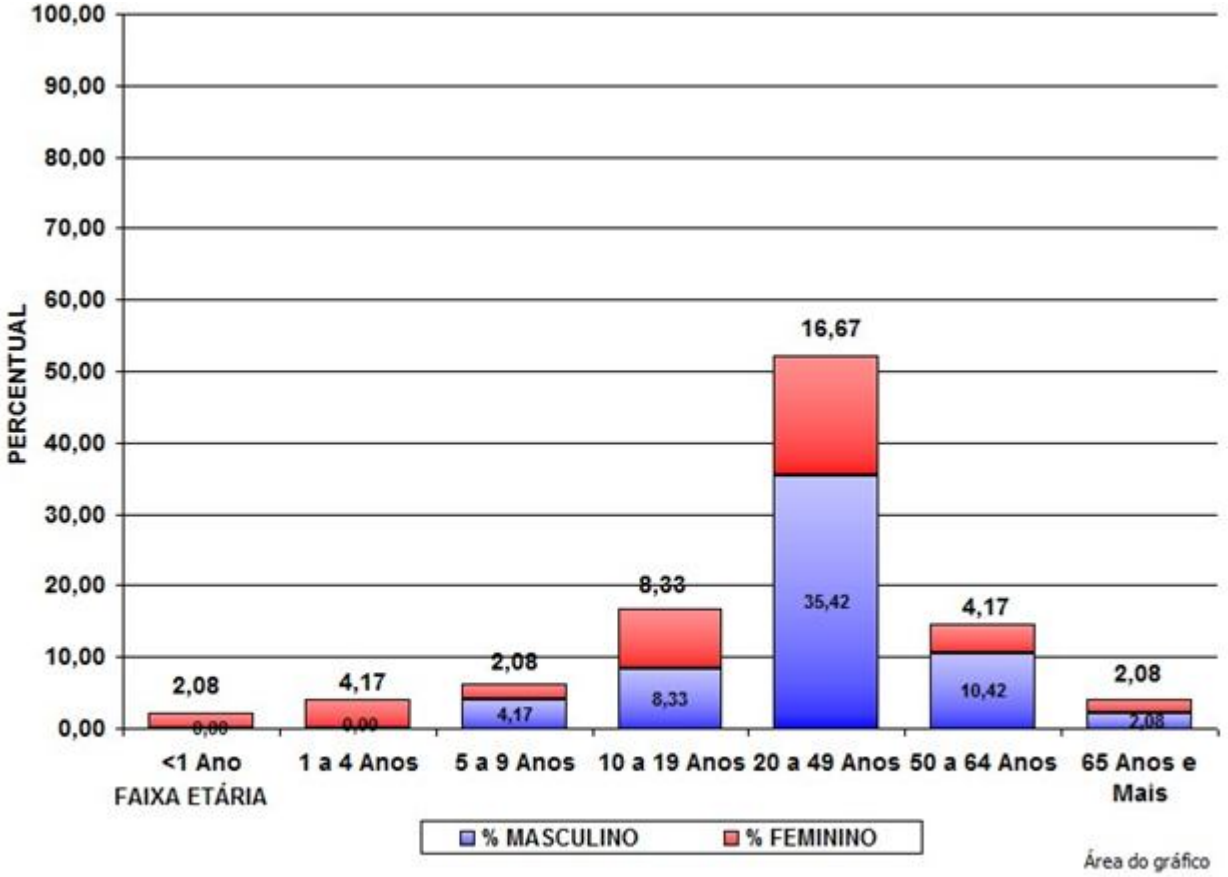
FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA
NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015.

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 23/10/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 52,08% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 10 a 19 anos (16,57%).

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2018 a 42/2018, Paraná – 2018/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 23/10/2018
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 42/2018*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
2	Curitiba	1.879.355	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	São José dos Pinhais	297.895	0	0	0	6	-	0	0	0	3	-
3	Palmeira	33.753	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
5	Laranjeiras do Sul	32.133	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
6	União da Vitória	56.265	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Foz do Iguaçu	263.782	0	0	0	12	-	0	0	0	0	-
10	Cascavel	312.778	0	0	0	5	-	0	0	0	5	-
10	Formosa do Oeste	7.296	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
10	Três Barras do Paraná	12.227	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
11	Campo Mourão	92.930	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
12	Altônia	21.744	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
12	Icaraíma	8.641	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
12	Tapira	5.851	0	0	0	7	-	0	0	0	0	-
14	Alto Paraná	14.518	0	0	0	2	-	0	0	0	1	-
14	Marilena	7.134	0	0	0	3	-	0	0	0	3	-
14	Paranavaí	86.773	0	0	0	3	-	0	0	0	3	-
15	Astorga	25.976	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Marialva	34.388	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Maringá	397.437	0	0	0	3	-	0	0	0	2	-
15	Sarandi	90.376	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
16	Apucarana	130.430	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
17	Cambe	103.822	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
17	Jaguapitã	13.174	0	0	0	0	-	0	0	0	5	-
17	Londrina	548.249	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Guaíra	32.591	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Palotina	30.859	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Toledo	132.077	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
	TOTAL	**11.163.018**	0	0	0	60	-	0	0	0	25	-

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA
NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015.
* Dados considerados até 23 de Outubro de 2018.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/10/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

A vigilância da Influenza e dos outros vírus respiratórios no Brasil é realizada pela Vigilância Sentinela, de Síndrome Gripal (SG) e da Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI (SRAG), e pela vigilância universal dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) dos internados e óbitos. O objetivo destas vigilâncias é identificar o comportamento do vírus Influenza para tomada de decisões necessárias.

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

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

Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas on-line: SIVEP-Gripe (Sistema das Unidades Sentinelas) e SINAN Influenza Web (Sistema dos casos internados ou óbitos por SRAG). As amostras são coletadas e encaminhadas para análise no Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR). As informações apresentadas neste informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 39 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 29/09/2018.

A partir de 2018, o número de casos contabilizados no SRAG universal será apenas para os que obedeçam a definição de caso, conforme solicitação do Ministério da Saúde, com exceção do gráfico 4 que foi mantido os mesmos critérios dos anos anteriores a fim de comparação. Nos anos anteriores, todos os casos hospitalizados e óbitos, entraram na contagem de SRAG.

Foram confirmados para Influenza 16,2% (638/3.945) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H3) Sazonal. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 16,8% (106/630) foram confirmados para influenza, com predomínio de Influenza A(H3) Sazonal.

A positividade para Influenza, outros vírus e outros agentes etiológicos entre as amostras processadas em unidades sentinelas foi de 47,3% (1.833/3.874) para SG e de 50,4% (320/635) para SRAG em UTI.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 39 foram notificados 4.075 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 15,7% (638) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 633 óbitos notificados por SRAG, 16,7% (106) foram confirmados para o vírus Influenza (Tabela 1).

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

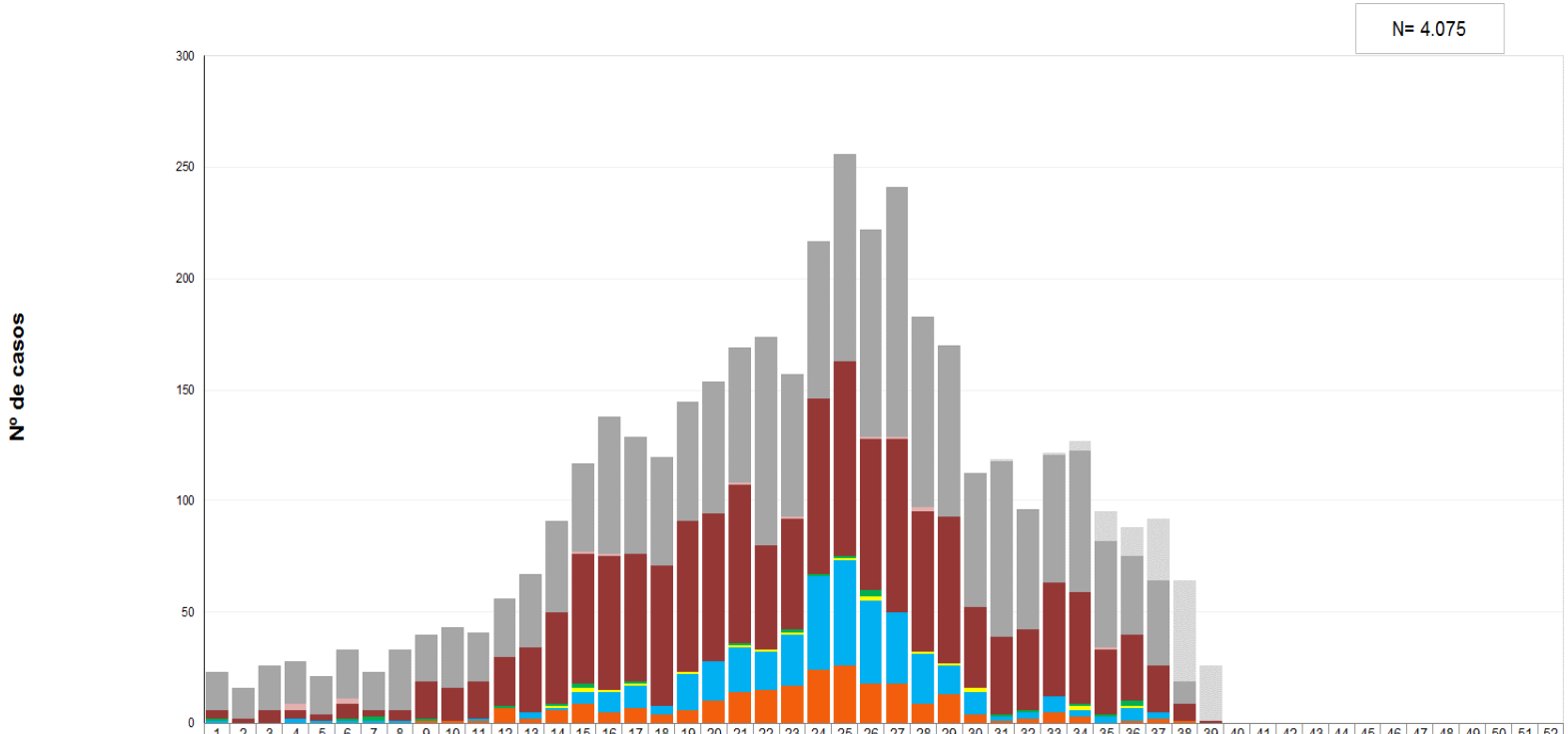
Classificação Final	Casos		Óbitos	
	n	%	n	%
SRAG por Influenza	638	15,7	106	16,7
Influenza A(H1N1)pdm09	232	36,4	43	40,6
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	364	57,1	58	54,7
Influenza A não subtipado	19	3,0	4	3,8
Influenza B	23	3,6	1	0,9
SRAG não especificada	1.839	45,1	397	62,7
SRAG por outros vírus respiratórios	1.454	35,7	123	19,4
SRAG por outros agentes etiológicos	14	0,3	4	0,6
Em investigação	130	3,2	3	0,5
TOTAL	**4.075**	**100**	**633**	**100**

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/10/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

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



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
Em Investigação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4	13	13	28	45	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SRAG não especificada	17	14	20	19	17	22	17	27	21	27	22	26	33	41	40	62	53	49	54	60	61	94	64	71	93	93	112	86	77	61	79	54	58	64	48	35	38	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SRAG por outros agentes etiológicos	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SRAG por outros vírus respiratórios	4	2	6	4	3	7	3	5	17	15	17	22	29	41	58	60	57	63	68	66	71	47	50	79	88	68	78	63	66	36	35	36	51	50	29	30	21	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1	0	1	2	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	3	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A não subtipado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	2	0	1	1	2	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	1	0	0	2	1	1	1	1	0	0	1	0	3	1	5	9	10	4	16	18	20	17	23	42	47	37	32	22	13	10	2	3	7	3	3	6	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H1) Sazonal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	7	2	6	9	5	7	4	6	10	14	15	17	24	26	18	18	9	13	4	1	2	5	3	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/10/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

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

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
1. Reg. Saúde Paranaguá	2	1	1	0	0	0	0	0	**3**	**1**
Antonina	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Paranaguá	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Pontal do Paraná	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
2. Reg. Saúde Metropolitana	64	8	165	11	6	0	6	0	**241**	**19**
Almirante Tamandaré	1	1	4	0	0	0	0	0	5	1
Araucária	1	0	12	1	0	0	0	0	13	1
Campina Grande do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Largo	1	0	3	0	0	0	1	0	5	0
Colombo	2	0	10	0	0	0	0	0	12	0
Curitiba	43	5	101	9	6	0	5	0	155	14
Fazenda Rio Grande	0	0	5	0	0	0	0	0	5	0
Itaperuçu	1	0	2	0	0	0	0	0	3	0
Lapa	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Mandirituba	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pinhais	5	2	4	0	0	0	0	0	9	2
Piraquara	1	0	5	0	0	0	0	0	6	0
Quitandinha	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Rio Branco do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Rio Negro	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
São José dos Pinhais	8	0	14	1	0	0	0	0	22	1
3. Reg. Saúde Ponta Grossa	2	0	7	1	0	0	1	0	**10**	**1**
Carambeí	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Castro	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Jaguariaíva	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Palmeira	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Ponta Grossa	2	0	4	0	0	0	0	0	6	0
4. Reg. Saúde Irati	3	1	7	0	1	0	2	0	**13**	**1**
Imbituva	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Irati	3	1	5	0	0	0	0	0	8	1
Rebouças	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Rio Azul	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Teixeira Soares	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
5. Reg. Saúde Guarapuava	0	0	13	9	0	0	0	0	**13**	**9**
Guarapuava	0	0	7	5	0	0	0	0	7	5
Laranjeiras do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pinhão	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2
Pitanga	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Prudentópolis	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Turvo	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
6. Reg. Saúde União da Vitória	2	0	4	2	0	0	3	0	**9**	**2**
São Mateus do Sul	2	0	4	2	0	0	2	0	8	2
União da Vitória	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
7. Reg. Saúde Pato Branco	0	0	12	1	0	0	0	0	**12**	**1**
Coronel Vivida	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Palmas	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Pato Branco	0	0	7	0	0	0	0	0	7	0
8. Reg. Saúde Francisco Beltrão	28	4	17	4	3	1	1	0	**49**	**9**
Ampere	5	1	1	0	0	0	0	0	6	1
Barracão	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1
Bela Vista da Caroba	4	0	1	0	0	0	0	0	5	0
Capanema	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Dois Vizinhos	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Flor da Serra do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Francisco Beltrão	1	0	2	0	1	0	0	0	4	0
Marmeleiro	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pérola d'Oeste	1	0	1	0	1	1	0	0	3	1
Pinhal de São Bento	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Planalto	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1
Pranchita	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Realeza	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Renascença	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Salto do Lontra	0	0	2	1	1	0	0	0	3	1
Santa Izabel d'Oeste	12	1	1	0	0	0	1	0	14	1
Santo Antônio do Sudoeste	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Verê	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	14	2	23	10	1	0	6	1	**44**	**13**
Foz do Iguaçu	13	2	17	6	1	0	6	1	37	9
Matelândia	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Medianeira	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Santa Terezinha de Itaipu	1	0	4	2	0	0	0	0	5	2
10. Reg. Saúde Cascavel	7	2	10	2	0	0	1	0	**18**	**4**
Anahy	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Cascavel	6	1	10	2	0	0	1	0	17	3
11. Reg. Saúde Campo Mourão	10	2	7	1	2	1	0	0	**19**	**4**
Araruna	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Mourão	4	0	5	1	1	0	0	0	10	1
Engenheiro Beltrão	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Goioerê	2	1	1	0	0	0	0	0	3	1
Janiópolis	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Juranda	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Nova Cantu	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Roncador	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12. Reg. Saúde Umuarama	7	2	5	1	0	0	0	0	**12**	**3**
Cafezal do Sul	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Cruzeiro do Oeste	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Douradina	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Iporã	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Umuarama	5	0	3	0	0	0	0	0	8	0
13. Reg. Saúde Cianorte	7	0	8	1	1	0	0	0	**16**	**1**
Cianorte	2	0	4	1	0	0	0	0	6	1
Cidade Gaúcha	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Japurá	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Jussara	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0
Rondon	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Tapejara	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Tuneiras do Oeste	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
14. Reg. Saúde Paranavaí	1	0	2	0	0	0	0	0	**3**	**0**
Amaporã	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Santa Isabel do Ivaí	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
15. Reg. Saúde Maringá	37	10	16	3	2	1	0	0	**55**	**14**
Astorga	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Colorado	1	1	2	1	0	0	0	0	3	2
Marialva	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Maringá	27	4	11	1	1	1	0	0	39	6
Nova Esperança	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Paiçandu	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Santa Fé	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Sarandi	4	2	2	0	1	0	0	0	7	2
16. Reg. Saúde Apucarana	2	1	5	0	0	0	0	0	**7**	**1**
Apucarana	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Arapongas	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Califórnia	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Cambira	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Jandaia do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Marilândia do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0

(Continua na próxima página)

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/10/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

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

(Continuação da página anterior)

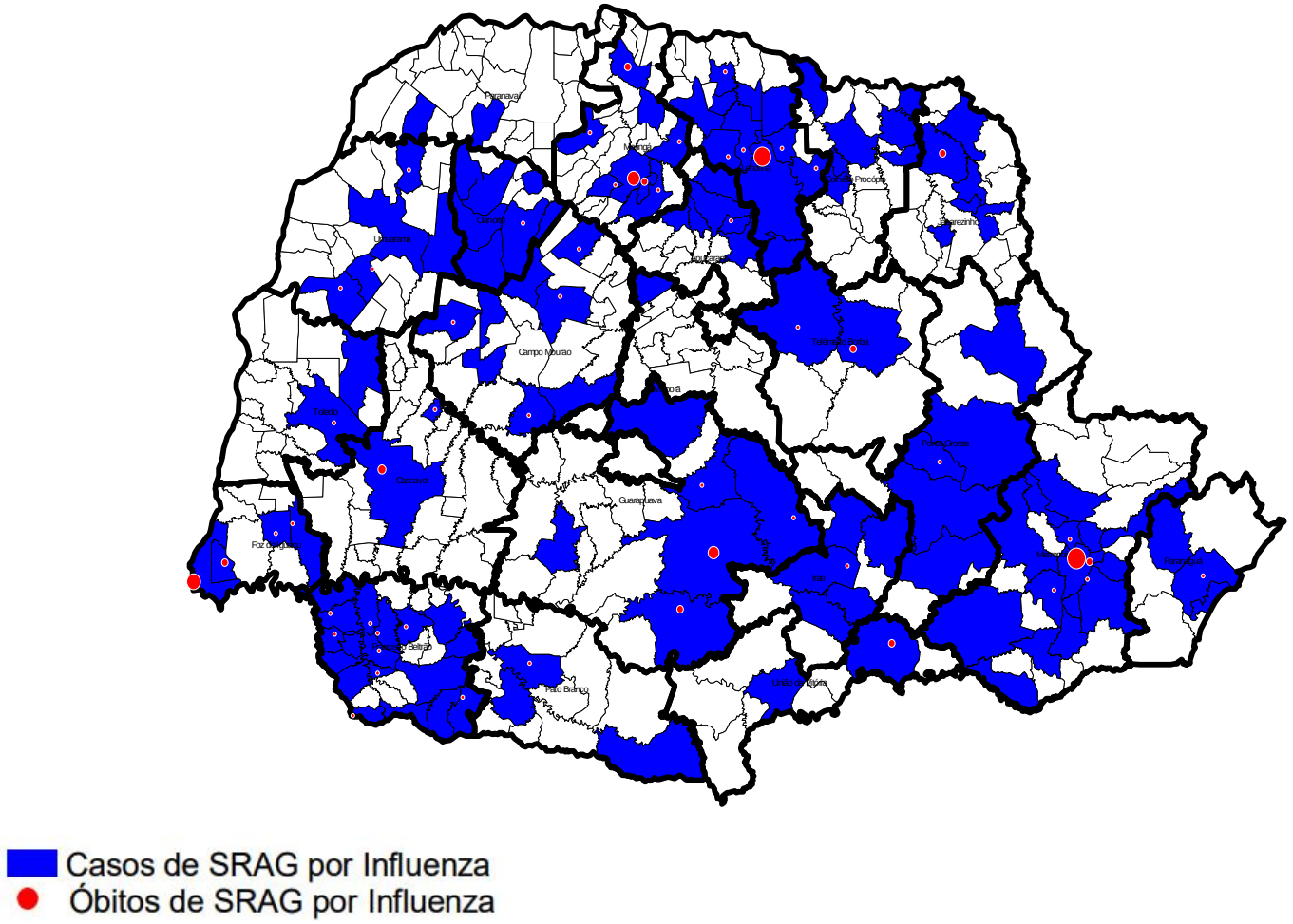
RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
17. Reg. Saúde Londrina	29	0	31	9	3	1	2	0	**65**	**17**
Assaí	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Bela Vista do Paraíso	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cambé	1	0	2	1	1	0	0	0	4	1
Florestópolis	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Ibiporã	0	0	2	1	0	0	1	0	3	1
Jaguapitã	7	0	0	0	0	0	0	0	7	0
Londrina	13	5	23	6	2	1	1	0	39	12
Prado Ferreira	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Rolândia	1	0	3	1	0	0	0	0	4	1
Sertanópolis	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tamarana	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
18. Reg. Saúde Cornélio Procópio	7	0	11	0	0	0	0	0	**18**	**0**
Abatiá	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Andirá	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Bandeirantes	1	0	5	0	0	0	0	0	6	0
Cornélio Procópio	3	0	2	0	0	0	0	0	5	0
Nova América da Colina	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
São Sebastião da Amoreira	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Sertaneja	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
19. Reg. Saúde Jacarezinho	7	2	12	0	0	0	1	0	**20**	**2**
Jaboti	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Jacarezinho	0	0	2	0	0	0	1	0	3	0
Joaquim Távora	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Quatiguá	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santo Antônio da Platina	4	2	7	0	0	0	0	0	11	2
Siqueira Campos	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
20. Reg. Saúde Toledo	2	0	2	1	0	0	0	0	**4**	**1**
Assis Chateaubriand	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0
Toledo	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
21. Reg. Saúde Telêmaco Borba	1	1	5	2	0	0	0	0	**6**	**3**
Ortigueira	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1
Telêmaco Borba	1	1	3	1	0	0	0	0	4	2
22. Reg. Saúde Ivaiporã	0	0	1	0	0	0	0	0	**1**	**0**
São João do Ivaí	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Total	**232**	**43**	**364**	**58**	**19**	**4**	**23**	**1**	**638**	**106**

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/10/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/10/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/ Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

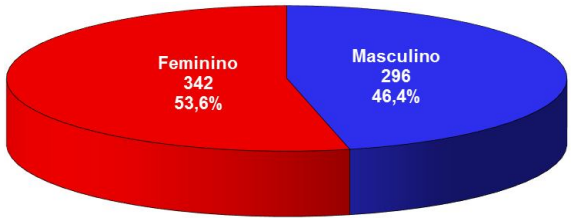
Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, foi observada diferença entre eles. Nos casos: o gênero feminino apresentou 53,6% (342/638) dos casos e o gênero masculino 46,4% (296/638) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 36,8% (39/106) dos casos e o gênero masculino 63,2% (67/106) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi dos ≥60 anos, com 31,2% (199/638) e 60,4% (64/106) respectivamente (Tabelas 3 e 4).

Os casos de SRAG por Influenza apresentaram no Paraná uma mediana de idade de 37 anos, variando de 0 a 105 anos e, no Brasil, mediana de idade de 37 anos, variando 0 a 107 anos.

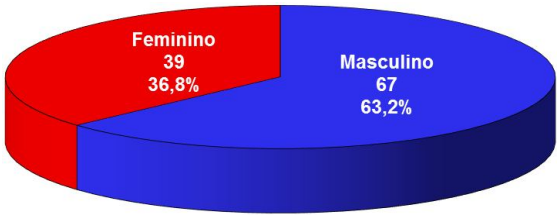
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 66 anos, variando de 0 a 98 anos e no Brasil a mediana foi de 57 anos, variando de 0 a 107 anos.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 5 anos	34	14,7	83	22,8	3	15,8	7	30,4	127	19,9
5 a 9 anos	17	7,3	41	11,3	1	5,3	1	4,3	60	9,4
10 a 19 anos	13	5,6	25	6,9	0	0,0	2	8,7	40	6,3
20 a 29 anos	20	8,6	31	8,5	1	5,3	1	4,3	53	8
30 a 39 anos	21	9,1	23	6,3	4	21,1	5	21,7	53	8,3
40 a 49 anos	20	8,6	13	3,6	2	10,5	3	13,0	38	6,0
50 a 59 anos	46	19,8	19	5,2	2	10,5	1	4,3	68	10,7
≥ 60 anos	61	26,3	129	35,4	6	31,6	3	13,0	199	31,2
TOTAL	232	100	364	100	19	100	23	100	638	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
< 5 anos	0	0,0	6	10,3	0	0,0	0	0,0	6	5,7
5 a 9 anos	1	2,3	0	0,0	1	25,0	0	0,0	2	1,9
10 a 19 anos	0	0,0	3	5,2	0	0,0	0	0,0	3	2,8
20 a 29 anos	3	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,8
30 a 39 anos	2	4,7	1	1,7	0	0,0	0	0,0	3	2,8
40 a 49 anos	6	14,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	7	6,6
50 a 59 anos	15	34,9	2	3,4	1	25,0	0	0,0	18	17,0
≥ 60 anos	16	37,2	45	77,6	2	50,0	1	100,0	64	60,4
TOTAL	43	100,0	58	100,0	4	100,0	1	100	106	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/10/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 72,7% (464/638) tinham pelo menos um fator de risco para complicação, predominando os Adultos ≥ 60 anos, Pneumopatias crônicas, Crianças < 5 anos e Doença cardiovascular crônica (tabela 5).

Entre os óbitos por Influenza, no Paraná 87,7% (93/106) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 28,3% (30/106) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 76,2% (1.006/1.320) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para adultos ≥ 60 anos, cardiopatias, pneumopatias e diabetes mellitus.

No Paraná dos 77,4% (82/106) indivíduos que foram a óbito por Influenza que fizeram uso do antiviral, a mediana foi de 3 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 54 dias e no Brasil, dos 1.320 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 1.027 (77,8%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 94 dias.

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

Casos por Influenza (N=638)	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	**464**	**72,7**	**178**	**38,4**
Adultos ≥ 60 anos	199	31,2	93	46,7
Pneumopatias crônicas	130	20,4	57	43,8
Crianças < 5 anos	127	19,9	36	28,3
Doença cardiovascular crônica	114	17,9	57	50,0
Diabetes mellitus	62	9,7	30	48,4
Gestantes	46	7,2	21	45,7
Doença neurológica crônica	42	6,6	21	50,0
Doença renal crônica	33	5,2	18	54,5
Imunodeficiência/Imunodepressão	30	4,7	9	30,0
Obesidade	24	3,8	9	37,5
Doença hepática crônica	5	0,8	1	20,0
Síndrome de Down	4	0,6	3	75,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	1	0,2	0	0,0
Indígenas	1	0,2	0	0,0
Que utilizaram antiviral	**468**	**73,4**		
Vacinados	**204**	**32,0**		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.
Obs: Um mesmo caso pode ter mais de um fator de risco.

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

Óbitos por Influenza (N=106)	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	**93**	**87,7**	**30**	**32,3**
Adultos ≥ 60 anos	64	60,4	24	37,5
Pneumopatias crônicas	43	40,6	14	32,6
Doença cardiovascular crônica	42	39,6	15	35,7
Diabetes mellitus	25	23,6	11	44,0
Doença neurológica crônica	21	19,8	11	52,4
Doença renal crônica	18	17,0	10	55,6
Obesidade	9	8,5	2	22,2
Imunodeficiência/Imunodepressão	7	6,6	1	14,3
Crianças < 5 anos	6	5,7	2	33,3
Doença hepática crônica	5	4,7	1	20,0
Síndrome de Down	1	0,9	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	**82**	**77,4**		
Vacinados	**30**	**28,3**		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.
Obs: Um mesmo óbito pode ter mais de um fator de risco.

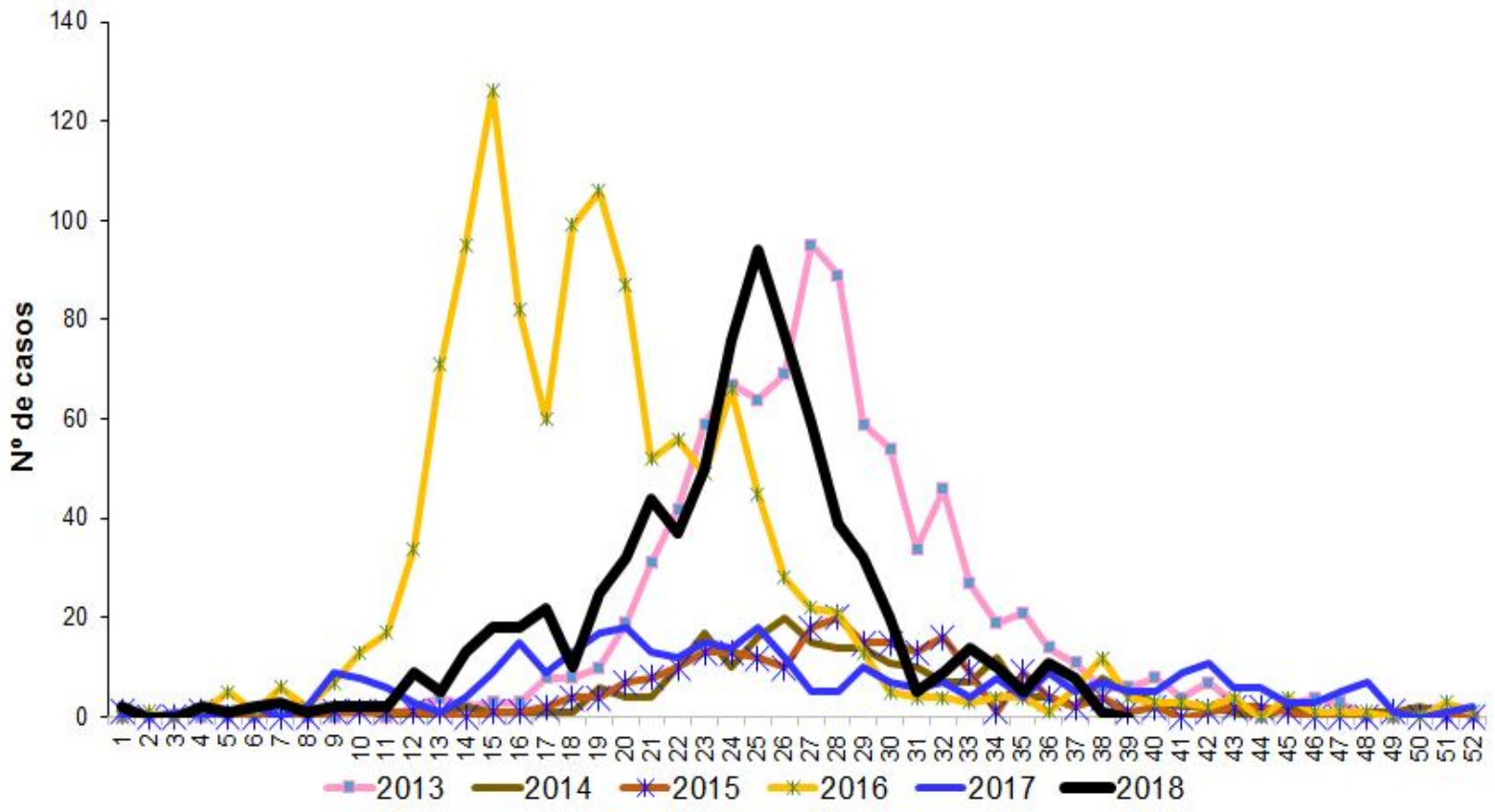
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/10/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

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

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/10/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Em relação aos tipos de vírus Influenza no Paraná, em 2013 houve um predomínio dos casos de SRAG por Influenza B, com 44,2% (401/908) e Influenza A(H1N1)pdm09 com 42,3% (384/908) e 71,2% (47/66) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2014 houve um predomínio da Influenza A(H3N2) com 72,4% (165/228) dos casos e 50,0% (8/16) dos óbitos entre os vírus: Influenza A(H3) Sazonal e o Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2015 também predominou a Influenza A(H3) Sazonal com 54,4% (124/228) dos casos e 44,0% (11/25) dos óbitos por este vírus. Em 2016, predominou a Influenza A(H1N1)pdm09, com 88,9% (1087/1223) dos casos e 90,8% (218/240) dos óbitos. Em 2017, houve predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 61,2% (210/343) dos casos e, ocorrência de 66,7% (36/54) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal. Já em 2018, continua a predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 57,1% (364/638) dos casos e, ocorrência de 54,7% (58/106) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal(Tabela 7).

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

Classificação Final	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Influenza A(H1N1)pdm09	384	47	48	8	37	4	1.087	218	1	0	232	43
Influenza A(H1) Sazonal*	6*	0	0	0	4*	1*	1*	1*	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	114	6	165	8	124	11	4	1	210	36	364	58
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	19	4
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	132	18	23	1
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1.223	240	343	54	638	106

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.
*Obs: Resultados provenientes de laboratórios particulares, prováveis Influenza A(H1N1)pdm09.

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

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

Síndrome Gripal

Até a SE 39 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 4.142 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 3.874 amostras.

Das amostras processadas, 47,3% (1.833/3.874) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 708 (18,3%) foram positivas para Influenza e 1.125 (29,0%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para Influenza, 204 (28,8%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 394 (55,6%) de Influenza A(H3) Sazonal, 12 (1,7%) de Influenza A (não subtipado) e 98 (13,8%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de 570 (50,7%) amostras de Rinovírus (Gráfico 5).

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

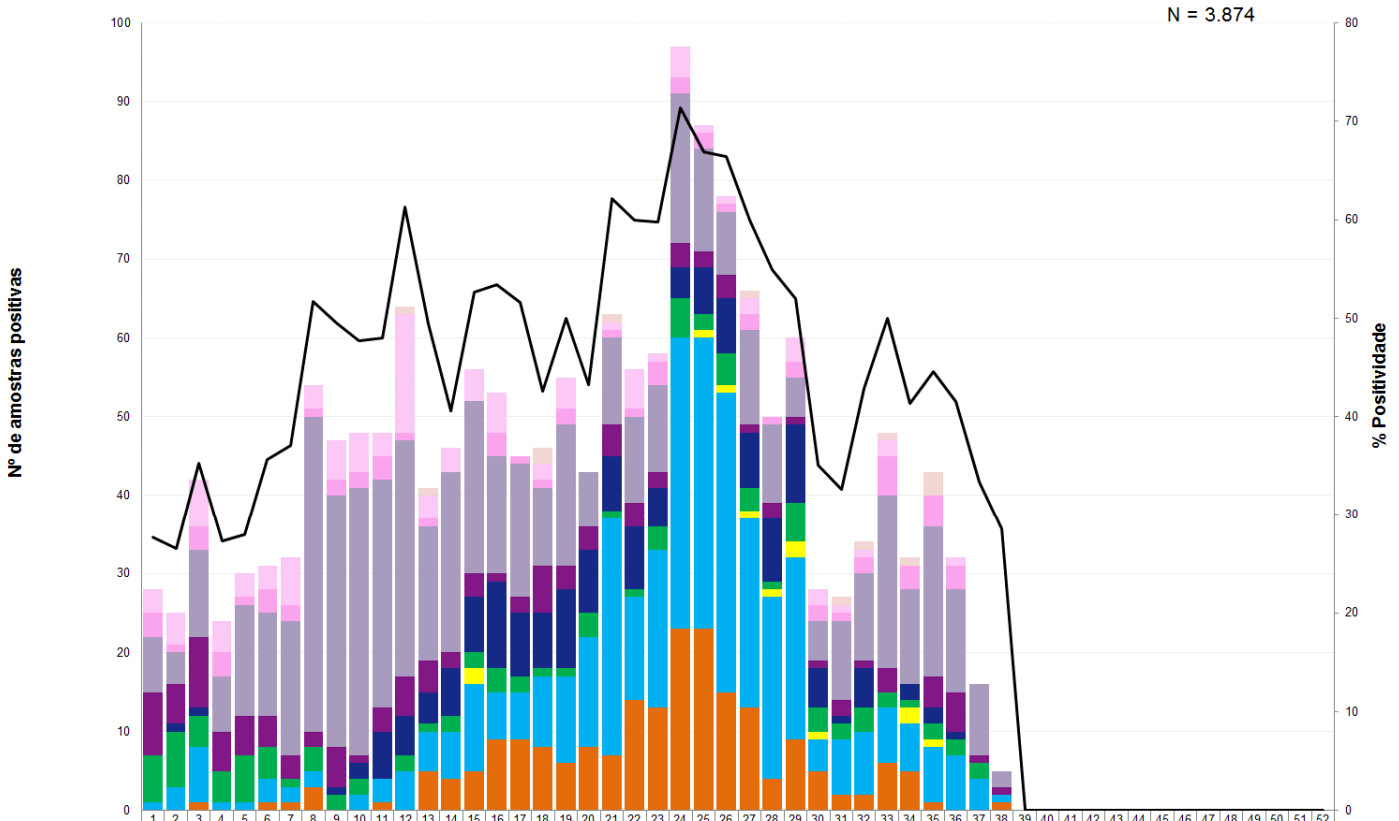
Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza		Total Coletas	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Num	%
0 a 4 anos	21	10,3	28	7,1	1	8,3	2	2,0	52	7,3	568	13,7
5 a 9 anos	21	10,3	27	6,9	1	8,3	11	11,2	60	8,5	201	4,9
10 a 19 anos	25	12,3	88	22,3	0	0,0	26	26,5	139	19,6	571	13,8
20 a 29 anos	43	21,1	86	21,8	2	16,7	21	21,4	152	21,5	890	21,5
30 a 39 anos	33	16,2	64	16,2	3	25,0	17	17,3	117	16,5	607	14,7
40 a 49 anos	23	11,3	36	9,1	0	0,0	11	11,2	70	9,9	431	10,4
50 a 59 anos	15	7,4	28	7,1	5	41,7	6	6,1	54	7,6	377	9,1
≥ 60 anos	23	11,3	37	9,4	0	0,0	4	4,1	64	9,0	497	12,0
TOTAL	204	100,0	394	100	12	100,0	98	100	708	100	4.142	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/10/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

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



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
Bocavírus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Metapneumovírus	3	4	6	4	3	3	6	3	5	5	3	15	3	3	4	5	0	2	4	0	1	5	1	4	1	1	2	0	3	2	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adenovírus	3	1	3	3	1	3	2	1	2	2	3	1	1	0	0	3	1	1	2	0	1	1	3	2	2	1	2	1	2	2	1	2	5	3	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rinovírus	7	4	11	7	14	13	17	40	32	34	29	30	17	23	22	15	17	10	18	7	11	11	11	19	13	8	12	10	5	5	10	11	22	12	19	13	9	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza	8	5	9	5	5	4	3	2	5	1	3	5	4	2	3	1	2	6	3	3	4	3	2	3	2	3	1	2	1	1	2	1	3	0	4	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VRS	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	6	5	4	6	7	11	8	7	10	8	7	8	5	4	6	7	7	8	10	5	1	5	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	6	7	4	4	6	4	1	3	2	2	0	2	1	2	2	3	2	1	1	3	1	1	3	5	2	4	3	1	5	3	2	3	2	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A (não subtipado)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A(H3) Sazonal	1	3	7	1	1	3	2	2	0	2	3	5	5	6	11	6	6	9	11	14	30	13	20	37	37	38	24	23	23	4	7	8	7	6	7	7	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H1N1)pdm -9	0	0	1	0	0	1	1	3	0	0	1	0	5	4	5	9	9	8	6	8	7	14	13	23	23	15	13	4	9	5	2	2	6	5	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Positividade	28	27	35	27	28	36	37	52	50	48	48	61	49	41	53	53	52	43	50	43	62	60	60	71	67	66	60	55	52	35	33	43	50	41	45	42	33	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

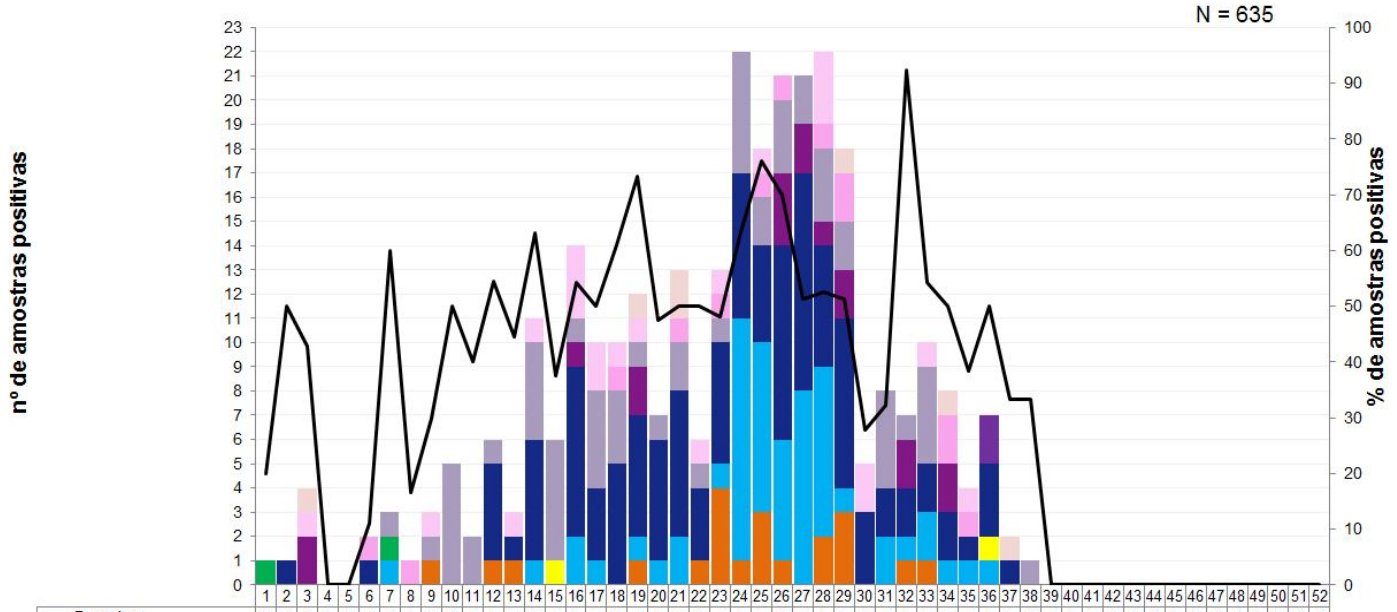
Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/10/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

SRAG em UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 682 coletas, sendo 635 (93,1%) processadas. Dentre estas, 320 (50,4%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios. Das amostras positivas para Influenza, foram detectados 21 (25,9%) para Influenza A(H1N1)pdm 09, 56 (69,1%) para Influenza A(H3) Sazonal, 2 (2,5%) para Influenza A (não subtipado) , 2 (2,5%) para Influenza B. Entre os outros vírus evidenciam-se: 106 (44,4%) de VRS, 17 (7,1%) de Parainfluenza, 62 (25,9%) de Rinovírus, 21 (8,8%) de Metapneumovírus, 13 (5,4%) de Adenovírus, 7 (2,9%) de Bocavírus (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Respiratória Aguda Grave em Unidade de Terapia Intensiva, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas, Paraná, 2018.



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
Bocavírus	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Metapneumovírus	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	3	2	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	3	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adenovírus	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rinovírus	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5	2	1	0	4	5	1	4	3	1	1	2	1	1	5	2	3	2	3	2	0	4	1	4	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	3	2	1	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VRS	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	4	1	5	0	7	3	5	5	5	6	3	5	6	4	8	9	5	7	3	2	2	2	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A (não subtipado)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A(H3) Sazonal	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1	1	2	0	1	10	7	5	8	7	1	0	2	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H1N1)pdm 09	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4	1	3	1	0	2	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Positividade	20	50	42	0,	0,	11	60	16	30	50	40	54	44	63	37	54	50	61	73	47	50	50	48	63	76	70	51	52	51	27	32	92	54	50	38	50	33	33	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,

Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 02/10/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/10/2018
Fonte da informação: Centro de Epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Medidas Preventivas para Influenza

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

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

Outras medidas são:

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

Utilizar lenço descartável para higiene nasal.

Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.

Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.

Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.

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

Manter os ambientes bem ventilados.

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

Evitar sair de casa em período de transmissão da doença.

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

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

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

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

EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 43/2018

(21/10/2018 a 27/10/2018)

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: Ceará
Data da informação: 29/10/2018
Fonte da informação: Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COMENTÁRIOS:

A Anvisa realizou, entre os dias 16 e 19/10, em Fortaleza (CE), o primeiro simulado de mesa de evento em saúde pública (ESP) destinado a equipes de pontos de entrada selecionados. O evento escolhido foi um caso de vírus Ebola, de pessoa procedente de um país afetado, envolvendo as áreas de portos e aeroportos.

O objetivo foi avaliar a capacidade de resposta das equipes frente a um possível evento dessa natureza em pontos de entrada, além dos seguintes objetivos específicos:

Identificação das fragilidades locais frente a um ESP.

Avaliação e integração entre portos e aeroportos frente ao evento.

Avaliação das capacidades básicas de tratamento e resposta.

Avaliação das medidas de controle adotadas.

Avaliação do fluxo de comunicação com os atores envolvidos e capacitação dos profissionais sobre a metodologia de simulados de mesa.

A atividade, realizada na Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados do Estado do Ceará (CVPAF/CE), reuniu representantes de 13 portos e 17 aeroportos, além de colaboradores das áreas do Centro de Gerenciamento de Informações sobre Emergências em Vigilância Sanitária (e-Visa) da Anvisa e da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Assessoria Internacional, ambas do Ministério da Saúde.

Durante a atividade, os representantes foram divididos em quatro grupos – dois de portos e dois de aeroportos –, o que ampliou a discussão durante o simulado. Foram abordados temas como as diretrizes do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), elaboração de planos de contingência e o papel do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs/SVS/MS) em situações de ESPs no Brasil.

Fonte: google.com.br

Os participantes também conheceram experiências em ESP da CVPAF/MG (Aeroporto de Confins), CVPAF/CE (Porto de Fortaleza), CVPAF/RJ (Porto do Rio de Janeiro) e CVPAF/SP (Aeroportos de Guarulhos e de Campinas).

O simulado foi organizado pela Coordenação de Saúde dos Viajantes (Cosvi) da Gerência de Infraestrutura, Meios de Transporte e Viajantes em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (GIMTV) da Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (GGPAF), juntamente com servidores dos pontos de entrada selecionados.

A organização do treinamento também envolveu a SVS/MS e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Segundo os organizadores da atividade, o simulado teve um excelente nível de debate, com vistas ao aperfeiçoamento das capacidades básicas instaladas para atendimento das respostas aos ESPs nos principais pontos de entrada selecionados.

A área técnica informa que está programando a realização de outros simulados para os demais pontos de entrada no país e incentivando a implementação de planos de contingência que possam aplicar a metodologia utilizada no ponto de entrada, envolvendo outros atores locais.

A iniciativa está em sintonia com as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, com base nas diretrizes estabelecidas no Regulamento Sanitário Internacional.

MENINGITE

Local de ocorrência: Pará
Data da informação: 23/10/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O Hospital Municipal de Santarém (HMS), no oeste do Pará, registrou cinco casos confirmados de meningite nos últimos 10 meses. Segundo o hospital, mais três casos ainda estão sob análise. Na semana passada, uma criança morreu com a suspeita da doença.

O pai da criança de 6 meses, que preferiu não ser identificado, ainda se recupera da perda do filho. Os outros dois filhos, de 9 e 14 anos, estão internados no HMS com os mesmos sintomas do que morreu. “Vômito, diarreia, febre alta, dor de cabeça”, disse.

Ele disse que aguarda o laudo médico que deve apontar a causa da morte. Ainda segundo o pai, no filho de 9 anos, a possibilidade de meningite foi descartada. O de 14 também espera diagnóstico. Os três pacientes deram entrada no hospital na quinta-feira (18/10).

A demora no socorro ainda gera insatisfação. A família mora na zona rural, na região ribeirinha. A viagem da Vila Gorete, no rio Arapiuns, até a cidade é feita apenas pelo rio. O pai teve que tirar dinheiro do bolso e pagar o transporte, por falta de ambulancha.

A respeito da falta de ambulancha, a Prefeitura de Santarém declarou em nota que as duas embarcações que prestam serviço de atendimento móvel na região estão funcionando normalmente desde a última quarta-feira (17/10).

As meninges são as membranas que envolvem todo o sistema nervoso central. A meningite ocorre quando há alguma inflamação desse revestimento. Ela pode ser causada, principalmente, por bactérias, vírus, fungos e parasitas.

A meningite é transmitida quando pequenas gotas de saliva da pessoa infectada entram em contato com as mucosas do nariz ou da boca de um indivíduo saudável. Pode ser por meio de tosse, espirro ou pelo contato com barras de apoio dos ônibus, por exemplo.

Os principais sintomas da meningite são dor de cabeça, febre e confusão mental. Nem sempre há rigidez na nuca, e o teste não pode ser feito por um leigo apenas ao baixar a cabeça - só um médico pode avaliar o quadro corretamente.

Por isso, ambientes com muita gente e pouca circulação de ar são ideais para o contágio, e a doença costuma se espalhar muito no inverno. Aos primeiros sintomas, é preciso procurar o médico. Quando a doença é grave, a meningite pode matar em até 12h.

Segundo o infectologista João Assy, é importante ficar atento a eventuais sintomas e sempre manter a caderneta de vacinação em dia. “Quanto antes faz o diagnóstico, maior é o desfecho, melhor é o resultado do tratamento”, afirma.

Fonte: google.com.br

FEBRE MACULOSA

Local de ocorrência: São Paulo
Data da informação: 24/10/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A Secretaria Municipal de Saúde confirmou mais um caso de morte por febre maculosa em Limeira (SP) este ano. A vítima é um jovem de 26 anos que morreu no dia 15 de setembro e o exame laboratorial confirmou a doença na terça-feira (23/10). Com este caso, a cidade soma quatro mortes pela doença e dois que evoluíram para cura.

Ainda de acordo com a Saúde, o jovem morava no bairro Abílio Pedro, local onde viviam outras duas pessoas que morreram vítimas de febre maculosa na cidade, uma menina de 4 anos e uma mulher de 47 anos. As mortes aconteceram nos dias 30 de junho e 28 de julho, respectivamente. Segundo a Saúde, a investigação apontou que as três vítimas foram contaminadas no bairro.

O quarto caso, um menino de 4 anos que morreu no dia 24 de maio, a investigação da Saúde concluiu que foi importado de Americana (SP).

Os dois casos que evoluíram para cura, um menino de dois anos e uma mulher de 71 anos, também foram registrados no bairro Abílio Pedro. Limeira tem também outro caso confirmado, de um homem de 35 anos, mas a contaminação ocorreu no Campo Marrafon, em Iracemápolis (SP).

A cidade ainda tem 10 casos suspeitos da doença que aguardam resultado de exame, mas nenhum evoluiu a morte, segundo a Saúde.

Investigação no Abílio Pedro

Com os casos de contaminação registrados no Parque Residencial Abílio Pedro, o setor de Serviços Públicos da Prefeitura de Limeira informou que instalou, no final de agosto, placas informativas na área, alertando a população sobre a presença do carrapato-estrela. Também foi feito o corte do mato de todas as áreas públicas e pulverização.

A Saúde investiga a fonte de contaminação na área, já que não há indícios da presença de capivaras no local, que são o vetor do carrapato que transmite a doença.

"A pesquisa acarológica demonstrou presença do carrapato-estrela apenas nas áreas de preservação ambiental. Foi descartada a presença de caparrato no campo de futebol e nas áreas residenciais", diz a nota da Saúde.

O setor acionou a Superintendência de Controle de Endemias (Sucen) do Estado de São Paulo, para investigar o que estaria provocando a presença dos carrapatos. Uma das hipóteses são cavalos que ficam na região. A Vigilância ainda aguarda o resultado.

Na região

Com os casos de Limeira, a região de Piracicaba (SP) soma nove casos confirmados da doença, e seis que evoluíram para morte.

Santa Bárbara d'Oeste (SP) confirmou dois casos de febre maculosa este ano, um deles de morte. A vítima era um homem de 38 anos que morreu no dia 7 de junho, segundo a Saúde do município.

São Pedro (SP) também confirmou uma morte por febre maculosa na cidade esse ano. Segundo a Saúde do município, a vítima é um homem de 36 anos que morava no bairro Horto Florestal.

Em Cordeirópolis (SP), foi confirmado um caso de morte pela doença, um rapaz de 23 anos que morreu no dia 29 de maio. Ele morava na região central da cidade.

A Prefeitura de Piracicaba (SP) informou que a cidade teve um caso confirmado de febre maculosa este ano, que evoluiu para cura, mas não deu detalhes sobre a vítima.

DOENÇA DE CHAGAS

Local de ocorrência: Amapá
Data da informação: 24/10/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Santana já registrou 17 casos confirmados de doença de chagas, entre janeiro e setembro deste ano. Os dados são da Secretaria de Saúde do município, que fica a 17 quilômetros de Macapá. Enquanto que em agosto foram 10 pessoas infectadas, no mês seguinte foram 2 diagnosticados, no bairro Remédios.

Em todos os casos, segundo a secretaria, as pessoas foram infectadas após consumirem o suco do açaí contaminado produzido em batedeiras.

Em agosto, foi registrado um surto de doença de Chagas no Amapá, com mais de 26 casos diagnosticados em Santana, Macapá e Laranjal do Jari. Após os números de agosto, a Superintendência de Vigilância da Saúde aumentou as fiscalizações e campanhas de combate e prevenção nos empreendimentos.

“A gente trabalhou desde o início com a suposição de transmissão por meio de batedeiras de açaí. Coletando informações, a gente conseguiu confirmar isso. Tomamos todos os cuidados necessários com relação às batedeiras na proximidade das localidades [onde houve infecção], com orientação em relação à manipulação do produto”, falou Rosivano Albuquerque, secretário de Saúde de Santana.

A secretaria explicou que nesta época do ano aumenta o número de casos da doença por causa da safra do açaí, período em que há a maior oferta do produto no mercado a um preço mais barato. Uma família, por exemplo, teve 5 casos confirmados.

Os pacientes com a doença recebem acompanhamento médico no Centro de Referência de Doenças Tropicais (CRDT). Infectologista e cardiologista, além de exames foram colocados à disposição também dos diagnosticados.

Em sete batedeiras de açaí foi constatado um grande risco de contaminação do produto. Diante do cenário, a secretaria reforça a aquisição do açaí de estabelecimentos que prezam por seguir os padrões de higienização do produto, como a catação e o branqueamento.

Fonte: google.com.br

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 29/10/2018
Fonte da informação: oglobo.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Em outubro, o Brasil chegou a mais de 2 mil novos casos de sarampo em 2018, segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde. A volta da doença, que já havia sido eliminada no país, acendeu um alerta. Apesar dos esforços do governo federal, dados disponíveis no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) mostram que os indicadores de coberturas vacinais têm apresentado queda nos últimos anos, acentuando-se em 2017, comparados aos anos anteriores.

Isso corre, em parte, pelo crescimento do movimento antivacina no país. Ao optar por não imunizar as crianças ou não aderir às campanhas nacionais, parte dos brasileiros acaba colocando a população em risco quanto à transmissão de doenças imunopreveníveis.

Diversos fatores contribuem para a redução da cobertura vacinal no país. Um deles é o sucesso das campanhas de vacinação do passado. Os pais e responsáveis da geração atual, que foram beneficiados com a vacinação no passado e não conviveram com essas doenças, começaram a achar que não precisam vacinar seus filhos. São gerações que não vivenciaram os casos de paralisia infantil, sarampo, varíola e difteria. Somado a isso, os próprios profissionais de saúde não recomendam, de maneira tão enfática, a vacinação e não cobram dos usuários do SUS a caderneta de vacinação atualizada.

Outro fator é que o funcionamento da unidade de saúde não é acessível a todos por conta do horário de trabalho da população em geral. Apesar de a vacina ser segura, o movimento antivacina, aliado às fake news, podem contribuir para a redução da cobertura da imunização.

Quando uma parte da população deixa de ser vacinada, criam-se grupos de pessoas suscetíveis, que possibilitam a circulação de agentes infecciosos. Eles trafegam e se multiplicam, afetando os que escolheram não se vacinar, mas também aqueles que não podem ser imunizados, seja porque ainda não têm idade suficiente para entrar no calendário nacional, ou porque sofrem de algum comprometimento imunológico.

A vacinação dificilmente chega a 100% da população. Mas, quanto maior for o contingente vacinado, maior a proteção conferida inclusive aos não vacinados. É a chamada imunidade de rebanho. No site do Ministério da Saúde é possível acessar o calendário nacional de vacinação, que disponibiliza doses de imunização contra mais de 20 doenças, em todas as faixas etárias.

Fonte: google.com.br

DENGUE

Local de ocorrência: Minas Gerais
Data da informação: 24/10/2018
Fonte da informação: jornaldeuberaba.com.br (fonte informal)

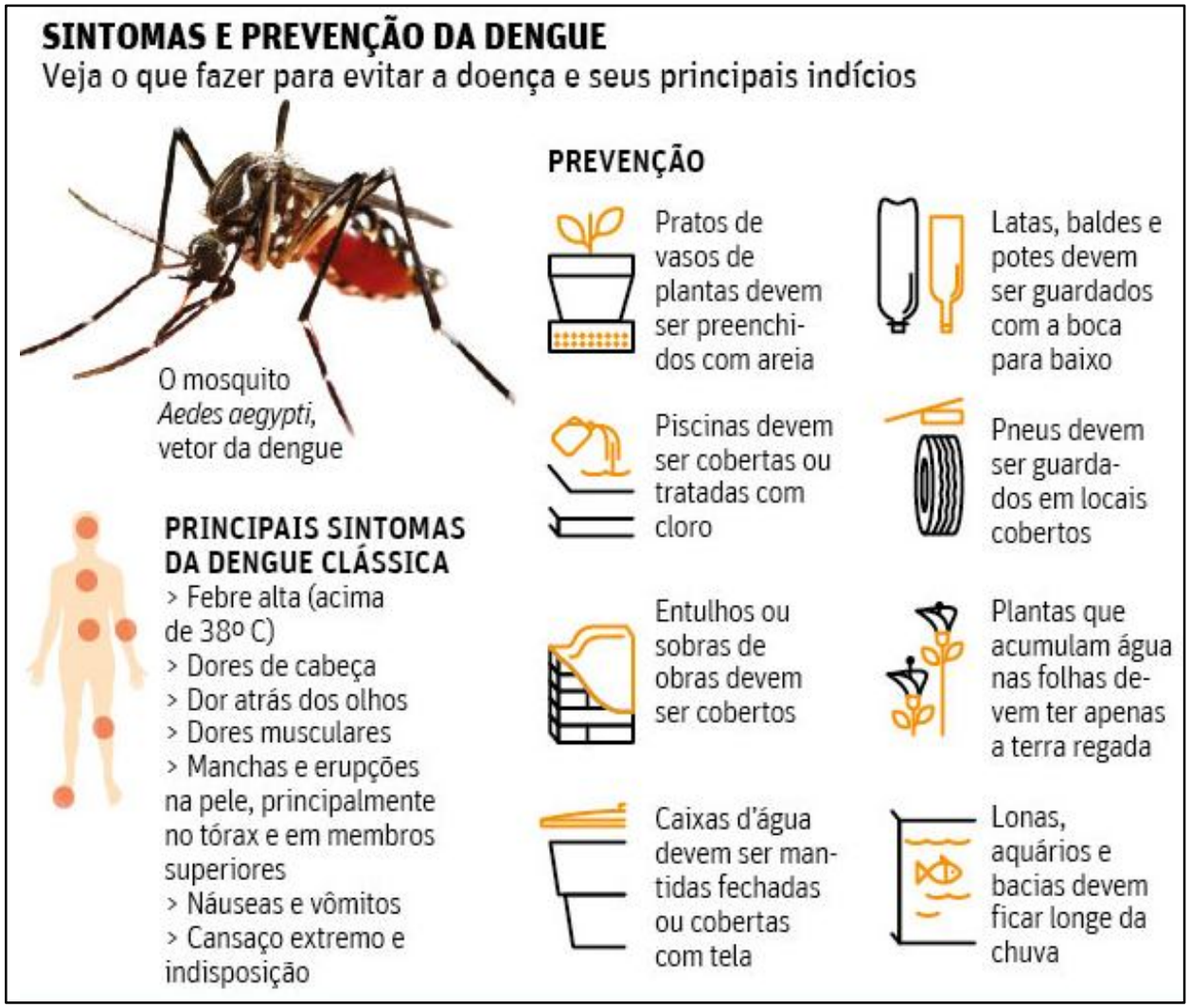
Comentários:

Boletim Epidemiológico de Monitoramento dos casos de dengue, chikungunya e zika vírus divulgado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), nesta semana, indica que até o momento foi registrado no estado 24.917 casos prováveis (casos confirmados + suspeitos) de dengue. Em Uberaba, em 2018, foram registrados 319 casos prováveis da doença.

Conforme os dados da SES/MG, foram confirmados este ano, até o momento, oito óbitos por dengue, sendo residentes nos municípios de Araújos, Arcos, Conceição do Pará, Contagem, Ituiutaba, Lagoa da Prata, Moema e Uberaba. Além disso, há dez óbitos em investigação para dengue.

O Boletim de monitoramento aponta que em relação à febre chikungunya, Minas Gerais registrou 11.712 casos prováveis da doença, concentrados na região do Vale do Aço. Deste total, 108 são gestantes, sendo que 43 foram confirmadas pelo critério laboratorial. Até o momento, foi confirmado um óbito por chikungunya no município de Coronel Fabriciano em 2018 e ainda há dois óbitos em investigação. Em Uberaba foram registrados três casos prováveis de chikungunya

Ainda conforme a SES/MG, foram registrados, até o momento, 164 casos prováveis de zika, sendo 48 em gestantes e destas 13 com confirmação laboratorial. Os casos prováveis de zika em gestantes foram registrados em 23 municípios, com destaque para: Ipatinga (8 gestantes), Coronel Fabriciano (7 gestantes), Belo Horizonte e Janaúba (4 gestantes cada). Em Uberaba, foram registrados, em 2018, três casos prováveis de zika.



Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 22/10/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

As informações apresentadas neste informe referem-se ao período entre as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 42 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 20/10/2018.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 27,5% (4.090/14.891) para SG e de 37,3% (943/2.528) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 25,1% (6.565/26.124) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 27,9% (1.348/4.834) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09.

Fonte: google.com.br

INFLUENZA

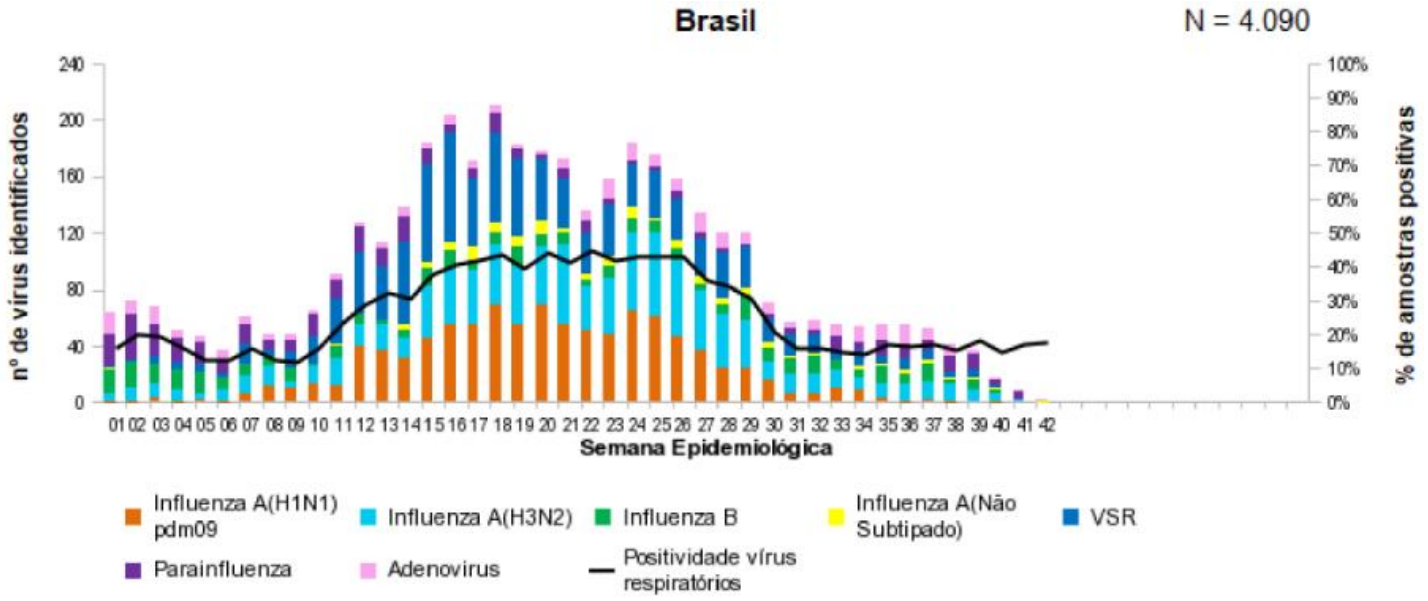
Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 22/10/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 42 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 17.809 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 14.891 (83,6%) possuem resultados inseridos no sistema e 27,5% (4.090/14.891) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 2.415 (59,0%) foram positivos para influenza e 1.675 (41,0%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 1.001 (41,4%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 376 (15,6%) de influenza B, 114 (4,7%) de influenza A não subtipado e 924 (38,3%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 977 (58,3%) de VSR (Figura1).

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 42.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 22/10/2018, sujeitos a alteração.

As regiões Sul, Sudeste apresentam respectivamente as maiores quantidades de amostras positivas, com destaque para a maior circulação de Influenza A(H3N2), A(H1N1)pdm09 e VSR. A região Nordeste apresenta uma maior circulação de Influenza A(H1N1)pdm09 e as regiões Centro-Oeste e Norte de VSR (Anexo 1 – B). Quanto à distribuição dos vírus por faixa etária, entre os indivíduos a partir de 10 anos predomina a circulação dos vírus Influenza A(H1N1)pdm09 e A(H3N2). Entre os indivíduos menores de 10 anos ocorre uma maior circulação de VSR e Influenza A(H1N1)pdm09.

INFLUENZA

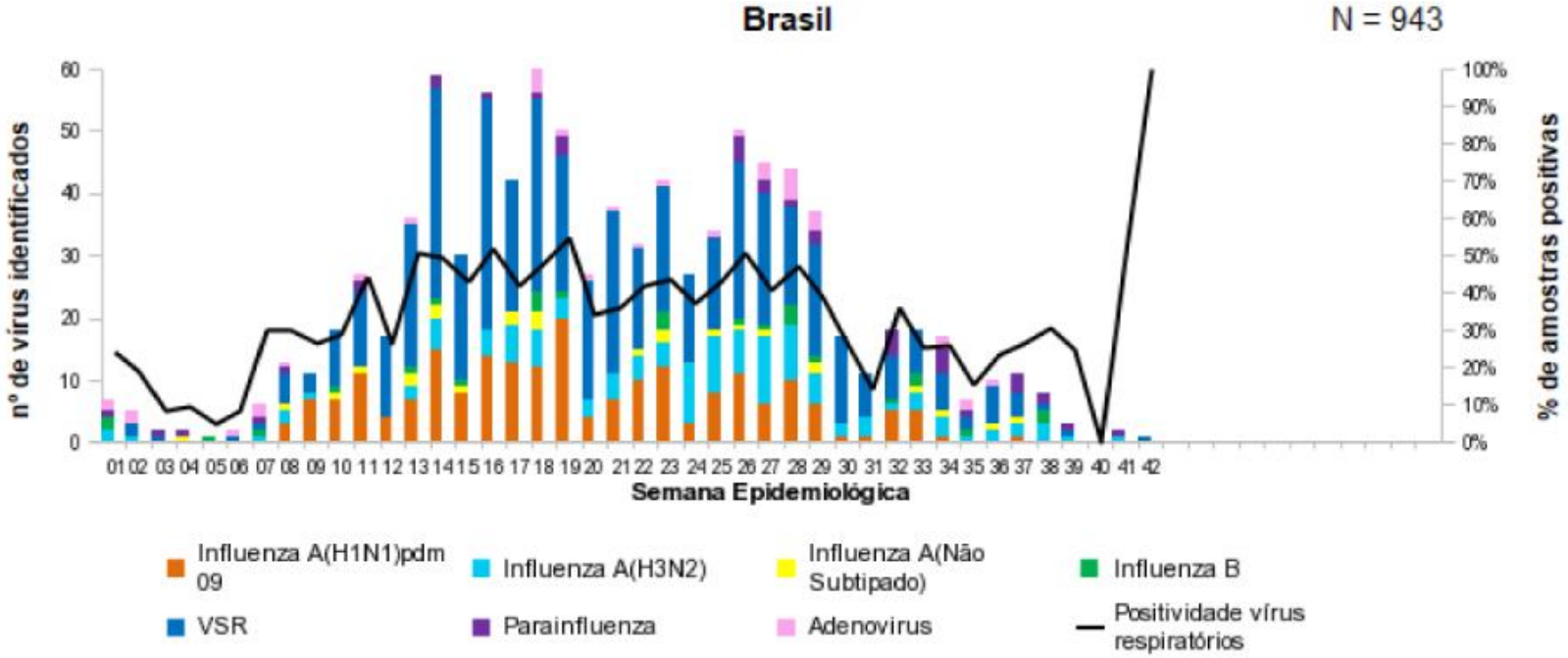
Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 22/10/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 2.904 coletas, sendo 2.528 (87,1%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 943 (37,3%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 386 (40,9%) para influenza e 557 (59,1%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 212 (54,9%) para influenza A(H1N1)pdm09, 26 (6,7%) para influenza A não subtipado, 27 (7,0%) para influenza B e 121 (31,3%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 481 (86,4%) 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 42.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 22/10/2018, sujeitos a alteração.

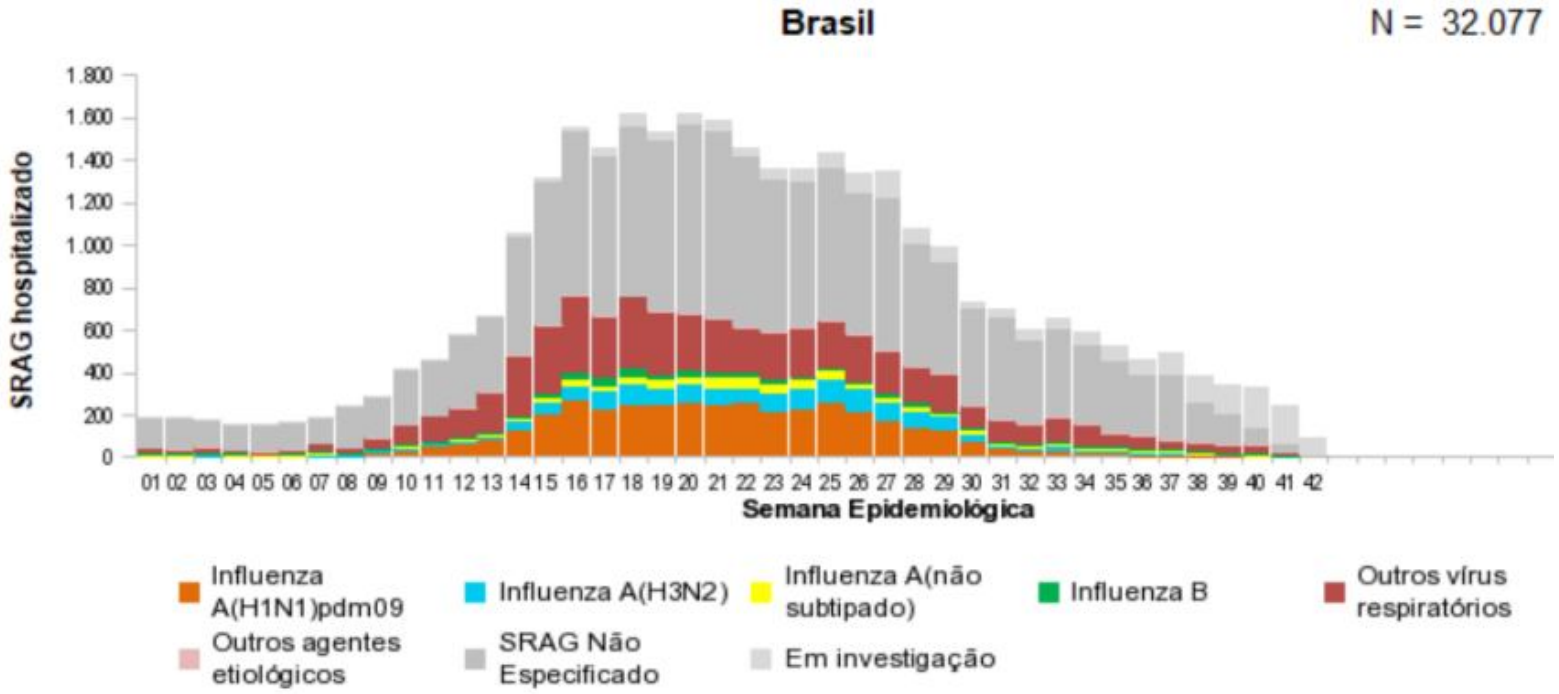
INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 22/10/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 42 de 2018 foram notificados 32.077 casos de SRAG, sendo 26.124 (81,4%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 25,1% (6.565/26.124) foram classificadas como SRAG por influenza e 21,9% (5.713/26.124) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 3.844 (58,6%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 638 (9,7%) influenza A não subtipado, 491 (7,5%) influenza B e 1.592 (24,2%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 37 anos, variando de 0 a 107 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região Sudeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 46,2% (3.033/6.565).

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 42.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 22/10/2018, sujeitos a alteração.

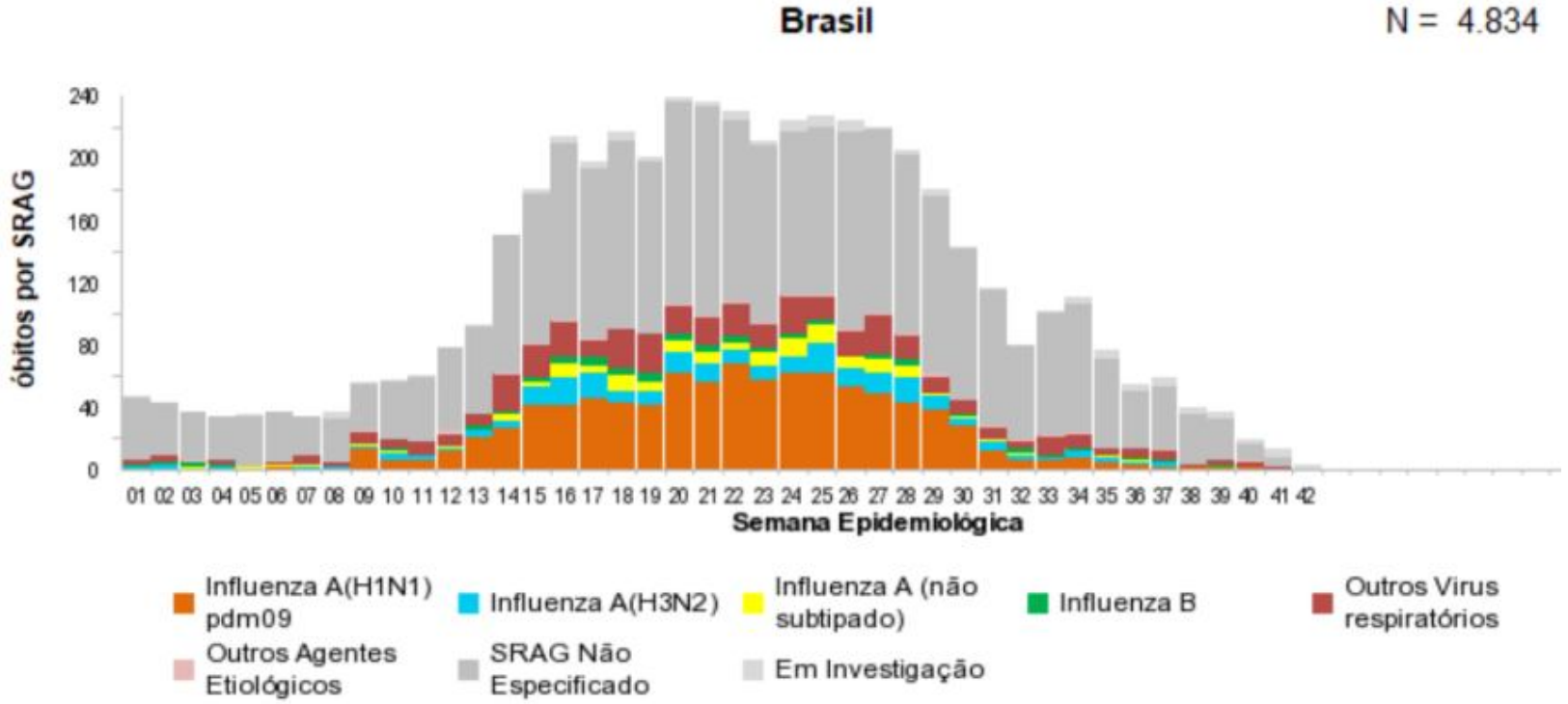
INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 22/10/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 42 de 2018 foram notificados 4.834 óbitos por SRAG, o que corresponde a 15,1% (4.834/32.077) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 1.348 (27,9%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 898 (66,6%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 131 (9,7%) influenza A não subtipado, 74 (5,5%) por influenza B e 245 (18,2%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 42,4% (571/1.348), 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 42.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 22/10/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 22/10/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 57 anos, variando de 0 a 107 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,64/100.000 habitantes. Dos 1.348 indivíduos que foram a óbito por influenza, 1.028 (76,3%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, cardiopatas, pneumopatas e diabetes mellitus. Além disso, 1.049 (77,8%) 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.

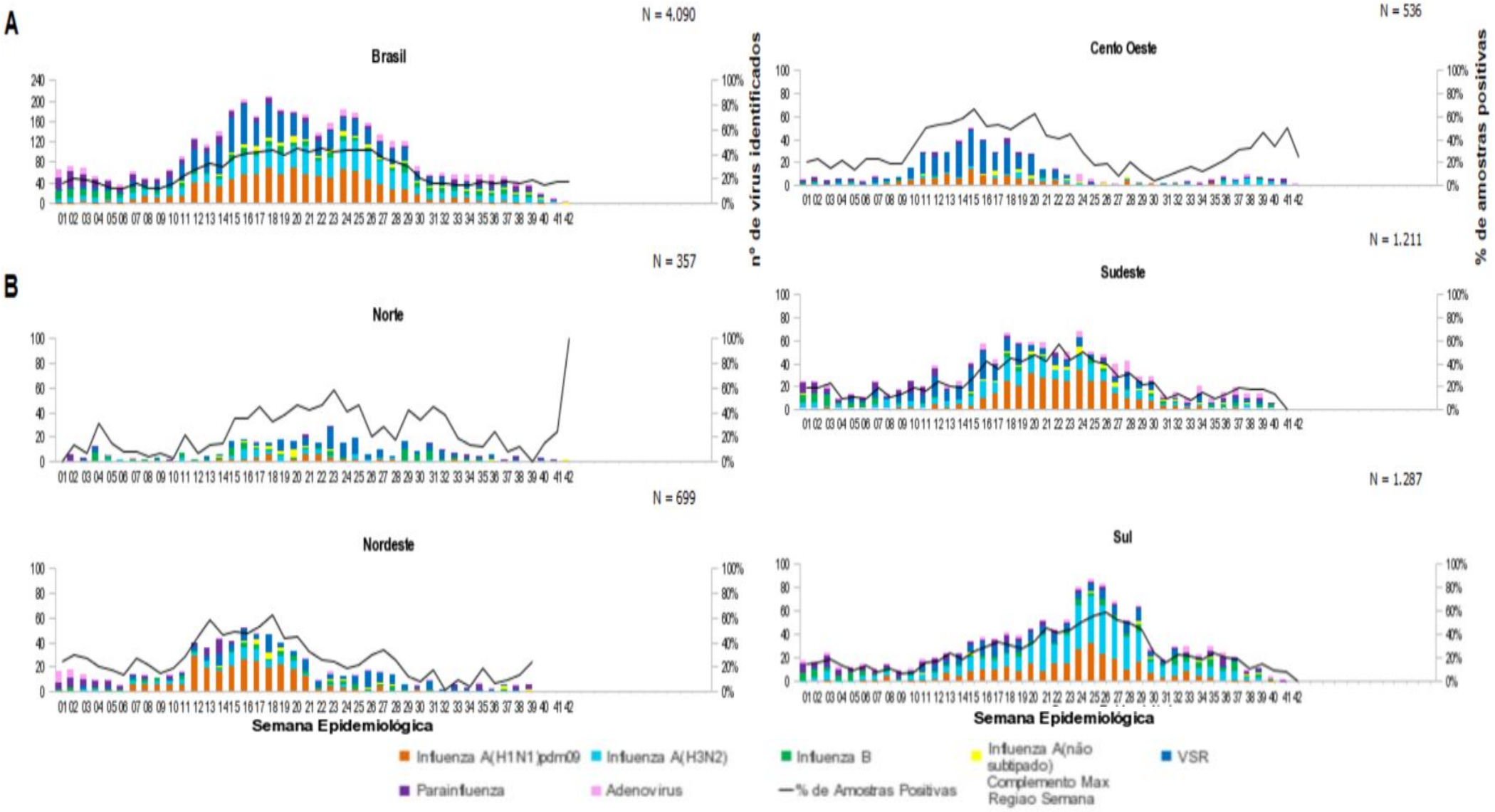
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 42.

Óbitos por Influenza (N = 1.348)	n	%
Com Fatores de Risco	**1.028**	**76,3%**
Adultos ≥ 60 anos	568	55,3%
Doença cardiovascular crônica	326	31,7%
Pneumopatias crônicas	249	24,2%
Diabete mellitus	238	23,2%
Obesidade	151	14,7%
Doença Neurológica crônica	108	10,5%
Doença Renal Crônica	97	9,4%
Imunodeficiência/Imunodepressão	88	8,6%
Gestante	16	1,6%
Doença Hepática crônica	26	2,5%
Criança < 5 anos	94	9,1%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	0,3%
Indígenas	3	0,3%
Síndrome de Down	12	1,2%
Que utilizaram antiviral	**1.049**	**77,8%**

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 22/10/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal por semana epidemiológica do início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 42.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 22/10/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

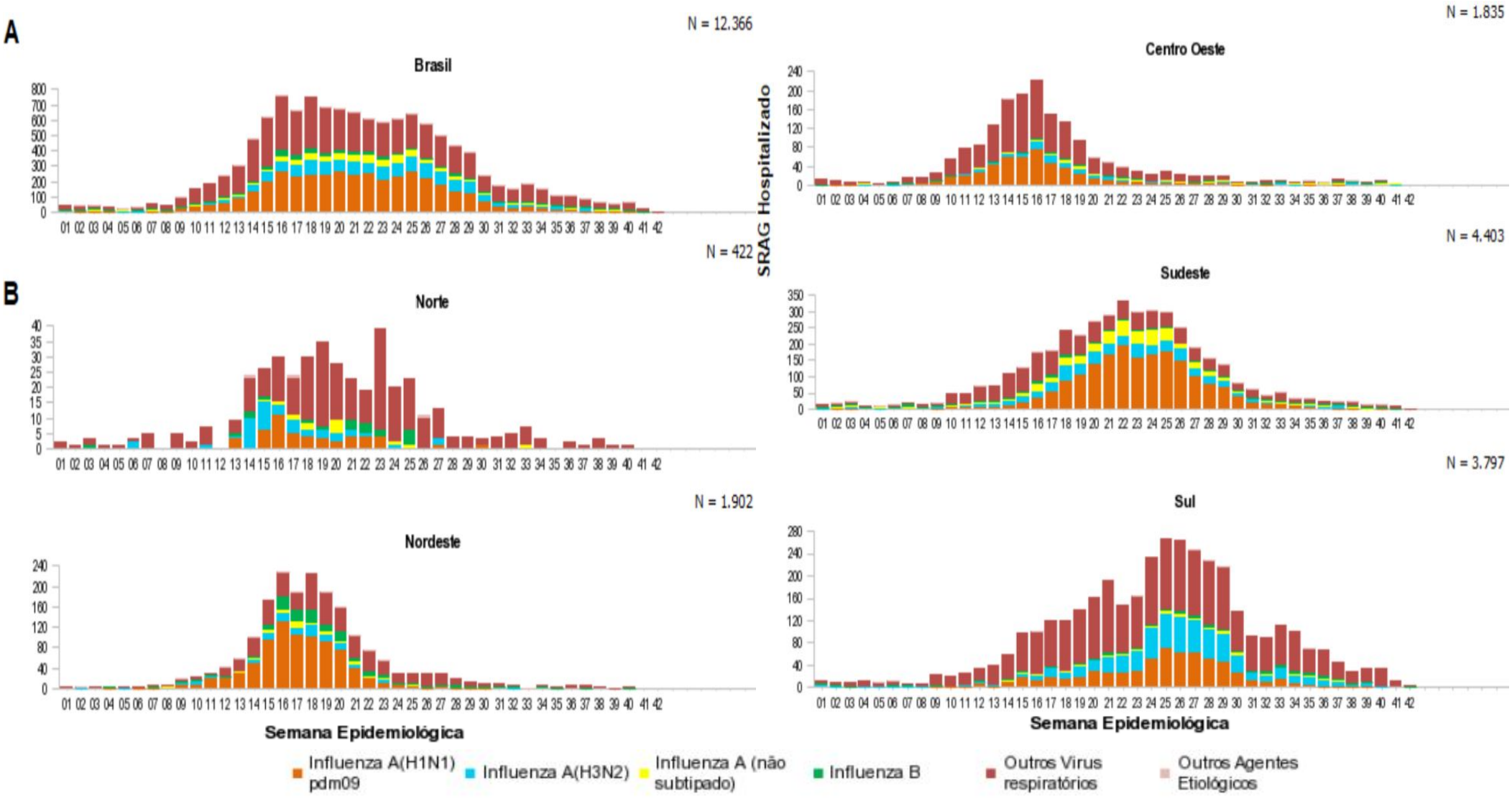
Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 42.

REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza										SRAG por outro vírus respiratório		SRAG por outro agente Etiológico		SRAG não Especificado		Em Investigação	
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtipado)		Influenza B		Total Influenza									
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
NORTE	**1.419**	**183**	**48**	**11**	**44**	**10**	**13**	**1**	**20**	**3**	**125**	**25**	**294**	**31**	**3**	**1**	**865**	**123**	**132**	**3**
RONDÔNIA	73	12	7	0	0	0	0	0	0	0	7	0	2	0	0	0	61	12	3	0
ACRE	238	39	13	3	4	0	0	0	1	1	18	4	32	3	0	0	156	32	32	0
AMAZONAS	163	15	1	1	6	1	2	0	7	1	16	3	75	8	0	0	68	4	4	0
RORAIMA	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0
PARÁ	820	92	15	3	30	8	8	1	10	0	63	12	164	18	2	1	506	61	85	0
AMAPÁ	15	2	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	9	2	0	0
TOCANTINS	107	22	10	4	3	1	3	0	2	1	18	6	18	2	1	0	62	11	8	3
NORDESTE	**5.939**	**709**	**831**	**162**	**142**	**21**	**55**	**13**	**175**	**24**	**1.203**	**220**	**679**	**57**	**20**	**4**	**3.099**	**388**	**938**	**40**
MARANHÃO	186	34	27	6	3	0	10	3	2	0	42	9	9	1	4	1	74	22	57	1
PIAUÍ	384	55	138	19	1	0	2	1	2	0	143	20	58	5	3	1	174	29	6	0
CEARÁ	1.248	157	257	58	20	4	11	2	90	11	378	75	15	0	2	1	819	75	34	6
RIO GRANDE DO NORTE	278	66	41	11	19	0	9	3	15	1	84	15	26	2	0	0	107	40	61	9
PARAÍBA	236	96	17	10	10	4	0	0	5	2	32	16	10	3	0	0	180	75	14	2
PERNAMBUCO	1.702	81	95	18	49	8	0	0	11	1	155	27	3	0	1	0	877	40	666	14
ALAGOAS	184	37	32	3	3	0	10	3	5	0	50	6	3	0	5	1	122	28	4	2
SERGIPE	253	20	33	6	2	0	1	0	1	0	37	6	89	5	0	0	125	9	2	0
BAHIA	1.468	163	191	31	35	5	12	1	44	9	282	46	466	41	5	0	621	70	94	6
SUDESTE	**12.878**	**2.247**	**1.837**	**493**	**571**	**95**	**459**	**97**	**160**	**27**	**3.027**	**712**	**1.329**	**113**	**46**	**19**	**7.717**	**1.345**	**759**	**58**
MINAS GERAIS	1.886	377	79	30	80	18	103	38	11	5	273	91	143	23	7	1	1.368	248	95	14
ESPÍRITO SANTO	471	72	71	16	30	3	2	1	4	2	107	22	0	0	0	0	300	44	64	6
RIO DE JANEIRO	1.181	169	81	20	18	4	26	1	45	3	170	28	331	48	4	2	537	87	139	4
SÃO PAULO	9.340	1.629	1.606	427	443	70	328	57	100	17	2.477	571	855	42	35	16	5.512	966	461	34
SUL	**8.269**	**1.202**	**636**	**137**	**688**	**99**	**61**	**12**	**98**	**9**	**1.483**	**257**	**2.305**	**160**	**9**	**3**	**4.157**	**772**	**315**	**10**
PARANÁ	4.276	664	234	43	373	58	19	5	24	1	650	107	1.542	127	6	3	1.953	422	125	5
SANTA CATARINA	1.337	232	151	32	155	20	10	1	16	2	332	55	349	25	0	0	637	151	19	1
RIO GRANDE DO SUL	2.656	306	251	62	160	21	32	6	58	6	501	95	414	8	3	0	1.567	199	171	4
CENTRO OESTE	**3.549**	**486**	**489**	**93**	**145**	**20**	**50**	**8**	**37**	**11**	**721**	**132**	**1.104**	**71**	**10**	**3**	**1.626**	**271**	**88**	**9**
MATO GROSSO DO SUL	890	117	50	12	62	11	22	4	11	4	145	31	303	16	7	0	420	69	15	1
MATO GROSSO	288	84	36	7	13	2	4	2	11	4	64	15	5	3	1	1	192	64	26	1
GOIÁS	1.477	237	344	68	44	5	9	1	9	3	406	77	400	44	2	2	649	107	20	7
DISTRITO FEDERAL	894	48	59	6	26	2	15	1	6	0	106	9	396	8	0	0	365	31	27	0
BRASIL	**32.054**	**4.827**	**3.841**	**896**	**1.590**	**245**	**638**	**131**	**490**	**74**	**6.559**	**1.346**	**5.711**	**432**	**88**	**30**	**17.464**	**2.899**	**2.232**	**120**
Outro País	**22**	**7**	**3**	**2**	**2**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**6**	**2**	**2**	**1**	**0**	**0**	**13**	**4**	**1**	**0**
TOTAL	**32.077**	**4.834**	**3.844**	**898**	**1.592**	**245**	**638**	**131**	**491**	**74**	**6.565**	**1.348**	**5.713**	**433**	**88**	**30**	**17.478**	**2.903**	**2.233**	**120**

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 22/10/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

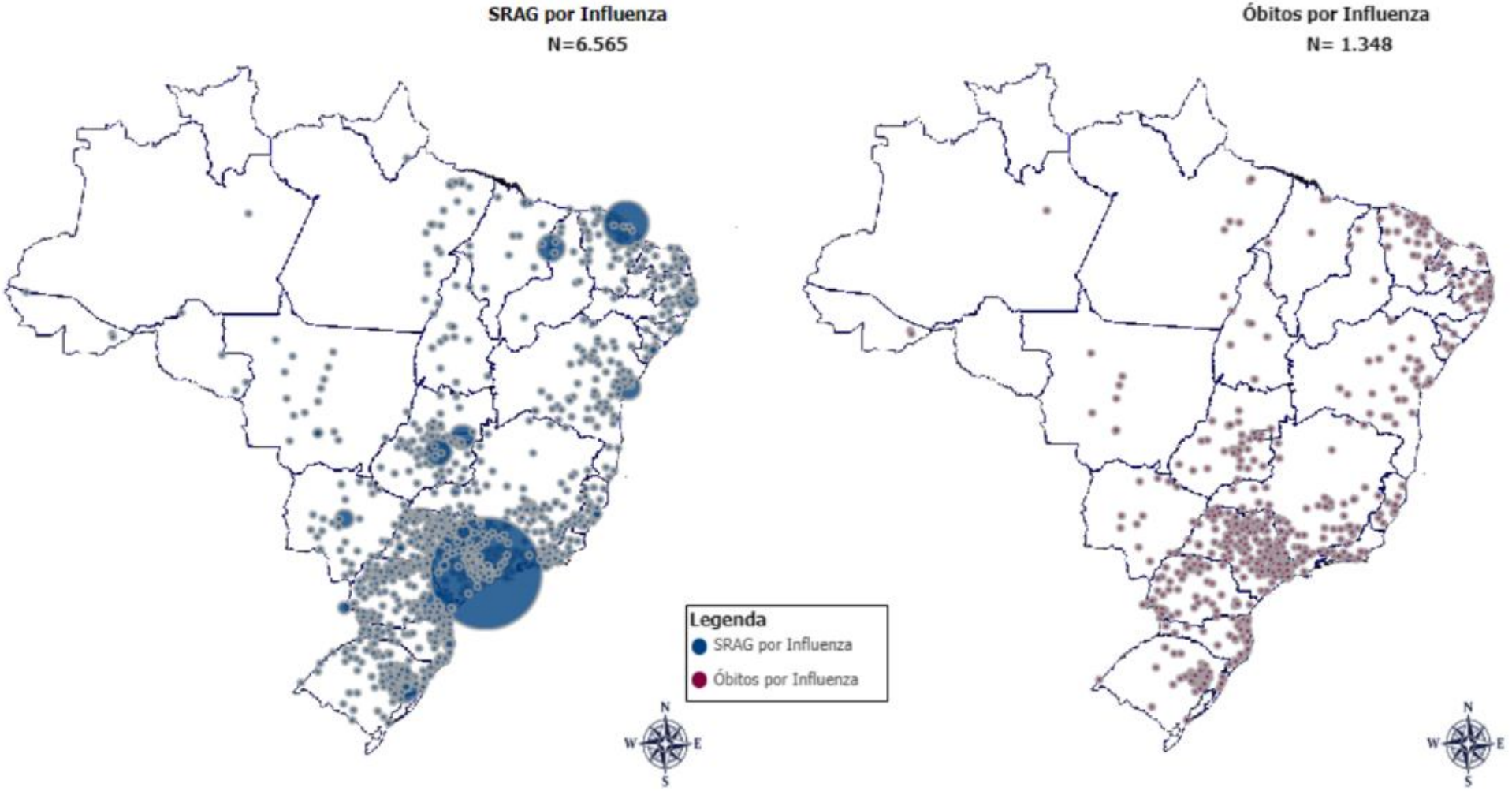
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 42.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 15/10/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 4. Distribuição espacial dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave confirmados para influenza por município de residência. Brasil, 2018 até a SE 42.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 22/10/2018, sujeitos a alteração.

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

EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 43/2018

(21/10/2018 a 27/10/2018)

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: 25/10/2018
Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

O número de casos confirmados de sarampo na Região das Américas cresceu 22% em um mês, conforme a mais recente atualização epidemiológica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com dados fechados no dia 24 de outubro. Os números são motivo de preocupação, uma vez que o vírus causador do sarampo se espalha muito rapidamente. Por isso, é importante manter e fortalecer as atividades de resposta na Região.

Ao todo, onze países das Américas notificaram 8.091 casos confirmados de sarampo em 2018: Antígua e Barbuda (1), Argentina (14), Brasil (2.192, incluindo 12 mortes), Canadá (25), Colômbia (129), Equador (19), Estados Unidos (142), Guatemala (1), México (5), Peru (38) e Venezuela (5.525, incluindo 73 óbitos).

Em 24 de setembro, esses mesmos Estados Membros haviam confirmado 6.629 casos. Em 21 de agosto, eram 5.004 casos confirmados. Em 20 de julho, eram 2.472. Em 8 de junho, 1.685. Em 6 de abril, 385.

Para controlar a propagação da doença nas Américas, a OPAS recomenda aos países que mantenham a cobertura vacinal em ao menos 95% e fortaleçam a vigilância epidemiológica, a fim de aumentar a imunidade da população e detectar/responder rapidamente a casos suspeitos de sarampo.

Além disso, o organismo internacional orienta que, durante surtos, seja estabelecido um manejo correto de casos para evitar a transmissão dentro de serviços de saúde, com um fluxo adequado de pacientes para salas de isolamento (evitando o contato com outros pacientes em salas de espera e/ou locais de internação), assim como a vacinação dos profissionais de saúde.

A OPAS também tem trabalhado diretamente, inclusive em atividades de campo, com vários dos países afetados. No Brasil, por exemplo, o organismo internacional apoiou as ações, nos estados do Amazonas e Roraima, de vacinação, vigilância, gestão, planejamento, educação, comunicação de risco, resposta rápida, compra de insumos, contratação de vacinadores, aluguel de veículos para transporte de equipes de saúde, entre outros, em coordenação com as autoridades de saúde nacionais, estaduais e municipais.

A OPAS também organizou recentemente, junto com o Ministério da Saúde do Brasil, um treinamento de resposta rápida a surtos de sarampo e rubéola para cerca de 70 profissionais das áreas de vigilância epidemiológica, imunização e laboratório dos 27 estados brasileiros.

Além disso, ambas as instituições organizaram com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) três simulados – no Amazonas, Paraná e Ceará – para aperfeiçoar as ações locais de resposta diante de situações de emergência de saúde pública.

Fonte: google.com.br

COQUELUCHE

Local de ocorrência: República Dominicana

Data da informação: 20/10/2018

Fonte da informação: Ministerio de Salud Pública (República Dominicana)

COMENTÁRIOS:

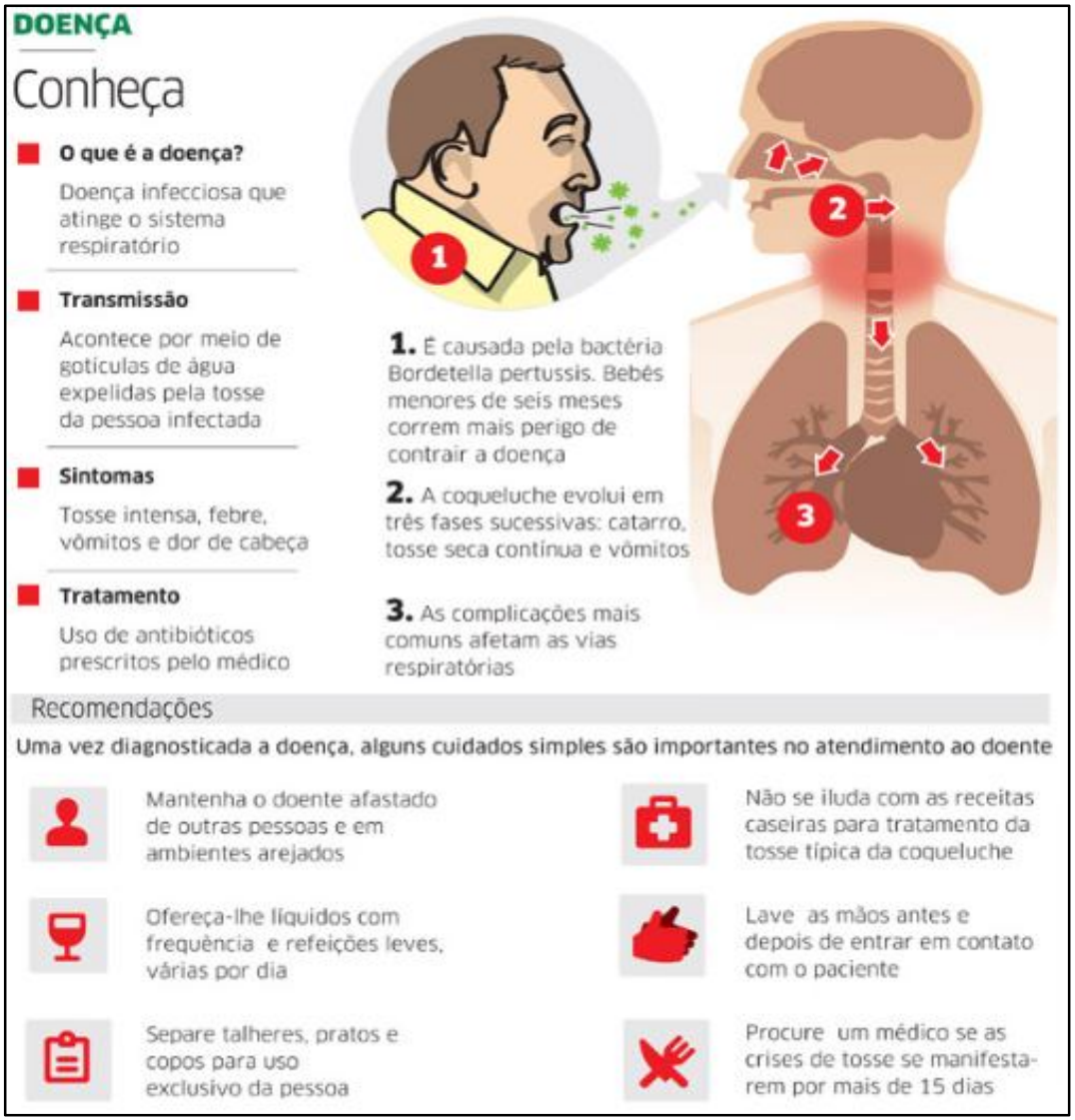
Até o momento neste ano e até a semana epidemiológica (SE) 40, 102 casos prováveis foram relatados de coqueluche (15 nas últimos quatro semanas). No ano de 2017, 35 casos haviam sido registrados no momento.

Há três mortes por essa causa: duas na província de San Cristóbal e uma em La Romana. 96% dos casos (98/102) correspondem a crianças com menos de 1 ano de idade.

O maior número de casos está registrado em Santo Domingo (29 casos), Santiago (18), Distrito Nacional (15) e San Cristóbal (11). As províncias com as maiores taxas de incidência cumulativa são Santiago Rodríguez (3,49 por 100.000 habitantes), Azua (2,26) e Barahona (2,12).

A cobertura da vacina tripla bacteriana relatada pelo Programa Ampliado de Imunizações nessas províncias durante o ano de 2017 foi de 118%, 81% e 85%, respectivamente.

As direções provinciais e de saúde (especialmente nos territórios afetados) devem intensificar ações de fortalecimento da vigilância e controle da doença, dando maior ênfase à adequada investigação e resposta rápida a casos de doenças evitáveis por vacinas, incluindo a confirmação de laboratório, monitoramento rápido da cobertura de vacinação e conclusão do esquema de vacinação em menores de 5 anos.



Fonte: google.com.br

POLUIÇÃO DO AR ⟶ DOENÇAS

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 29/10/2018
Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Todos os dias, aproximadamente 93% das crianças do mundo com menos de 15 anos (1,8 bilhão) respiram ar tão poluído que têm sua saúde e desenvolvimento expostos a graves riscos. Tragicamente, muitas delas morrem: a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em 2016, 600 mil crianças perderam a vida devido a infecções respiratórias agudas causadas por ar poluído.

Um novo relatório da OMS, intitulado "*Air pollution and child health: prescribing clean air*", examina a pesada carga tanto da poluição atmosférica (exterior) e interior, ou seja, no domicílio, para a saúde de crianças de todo o mundo, particularmente em países de baixa e média renda. O documento está sendo lançado à véspera da primeira Conferência Global da OMS sobre Poluição do Ar e Saúde.

O relatório revela que, quando mulheres grávidas são expostas ao ar poluído, têm mais propensão a dar à luz prematuramente e ter filhos pequenos, com baixo peso ao nascer. A poluição do ar também afeta o neurodesenvolvimento e a capacidade cognitiva e pode desencadear asma e câncer infantil. As crianças que foram expostas a altos níveis de poluição do ar podem estar em maior risco de desenvolver doenças crônicas no futuro, como as cardiovasculares.

“O ar poluído está envenenando milhões de crianças e arruinando suas vidas”, diz Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da OMS. “Isso é imperdoável. Toda criança deve ser capaz de respirar ar puro para que possa crescer e realizar todo o seu potencial”, complementa.

Uma das razões pelas quais as crianças estão particularmente vulneráveis aos efeitos da poluição do ar se deve ao fato de elas respiram mais rapidamente que os adultos, absorvendo assim mais poluentes. Elas também vivem mais perto do solo, onde alguns poluentes atingem picos de concentração – no momento em que seus cérebros e corpos ainda estão em desenvolvimento.

Recém-nascidos e crianças pequenas também são mais suscetíveis à poluição do ar em residências que usam regularmente combustíveis poluentes e tecnologias para cozinhar, aquecer e iluminar.

A Primeira Conferência Global da OMS sobre Poluição do Ar e Saúde, que terá início em Genebra nesta terça-feira (30), proporcionará a oportunidade para os líderes mundiais; ministros da saúde, energia e meio ambiente; prefeitos; chefes de organizações intergovernamentais; cientistas; e outros a se comprometerem a agir contra essa grave ameaça à saúde, que encurta a vida de cerca de sete milhões de pessoas a cada ano.

Fonte: google.com.br

FEBRE DO NILO OCIDENTAL

Local de ocorrência: Europa
Data da informação: 26/10/2018
Fonte da informação: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

COMENTÁRIOS:

Entre 19 e 25 de outubro de 2018, os Estados-Membros da União Europeia comunicaram 24 infecções por vírus do Nilo Ocidental (FNO) na Croácia (8), Romênia (8), Grécia (5) e Bulgária (3). Os países vizinhos da União Europeia comunicaram 24 casos da Sérvia (13) e do Kosovo (11).

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

Esta semana, 8 mortes foram notificadas pela Romênia (4), Kosovo (2), Bulgária (1) e Grécia (1).

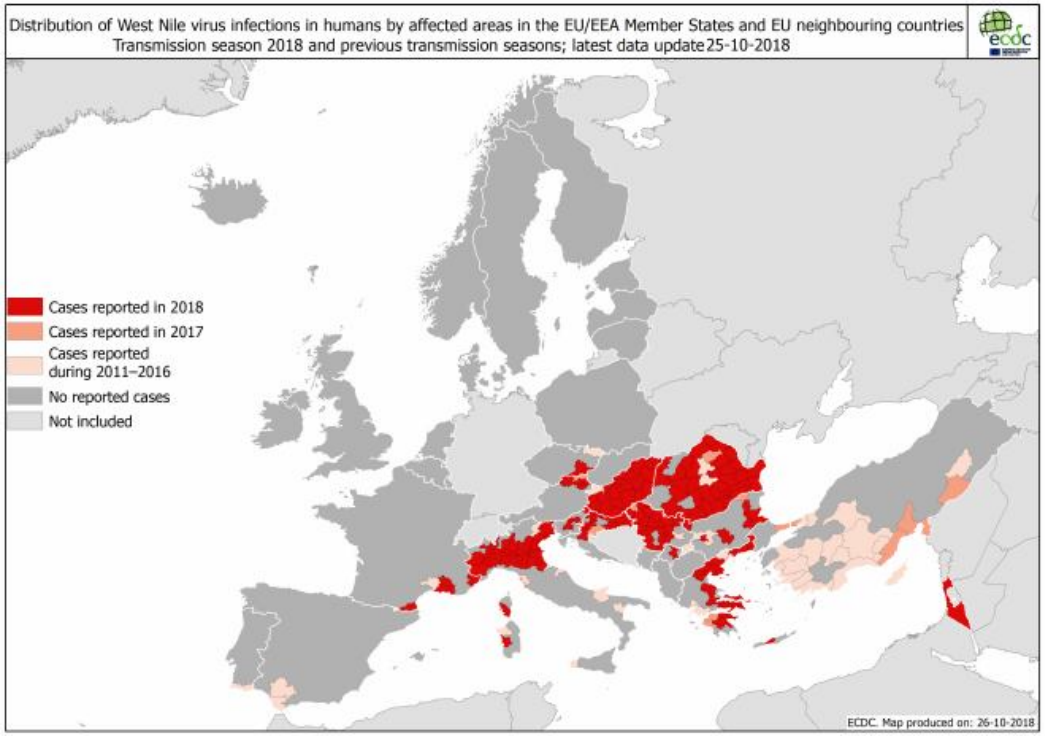
Na mesma semana, 18 surtos entre equídeos foram reportados pela Itália (8), França (3), Hungria (3), Espanha (3) e Grécia (1).

Em 2018, até 25 de outubro de 2018, os Estados-Membros da UE comunicaram 1.460 casos humanos na Itália (550), na Grécia (307) e na Romênia (276), Hungria (212), Croácia (53), França (24), Áustria (19), Bulgária (14), Eslovênia (3) e República Checa (2). Os países vizinhos relataram 522 casos humanos na Sérvia (398), Israel (110) e Kosovo (14). Até o momento, 170 mortes devido a infecção pelo vírus do Nilo Ocidental foi comunicada pela Itália (44), Grécia (42), Romênia (42), Sérvia (35), Kosovo (3), Bulgária (2), República Checa (1) e Hungria (1).

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

Durante a atual temporada de transmissão, 261 surtos entre equídeos foram relatados pela Itália (136), Hungria (87), Grécia (15), França (11), Espanha (5), Romênia (2), Alemanha (2), Áustria (1), Eslovênia (1) e Portugal (1).

De acordo com a Diretiva 2014/110 / EU da Comissão Europeia, os futuros doadores de sangue devem adiar por 28 dias após a saída de uma área com evidência de circulação de FNO entre humanos, a menos que os resultados de um teste individual sejam negativos.



Distribuição de infecções por vírus humanos do Nilo Ocidental pelas áreas afetadas até 25 de outubro 2018

CÓLERA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 26/10/2018

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

COMENTÁRIOS:

Américas

República Dominicana: Em 2018 até 7 de outubro de 2018, a República Dominicana registrou 117 casos e um óbito. Representando um aumento de 70 casos e uma morte desde a atualização anterior do relatório em 21 de setembro de 2018. Em 2017, a República Dominicana registrou 105 casos.

Haiti: em 2018 e em 13 de outubro de 2018, o Haiti registrou 3.350 casos, incluindo 38 mortes. Isso representa um aumento de 239 casos e um óbito desde a atualização do relatório anterior em 21 de setembro de 2018. Em 2017, o Haiti relatou 13.681 casos de cólera, incluindo 159 mortes. Desde o início do surto em 2010 até 13 de outubro de 2018, Haiti relatou 819.350 casos suspeitos de cólera, incluindo 9.786 mortes.

África

Argélia: Na semana 42, o surto de cólera na Argélia foi declarado terminado. Desde o início do surto em 7 de agosto de 2018 até 6 de setembro de 2018, 217 casos, incluindo 2 mortes, foram relatados na parte norte do país, incluindo a cidade capital de Argel.

Camarões: Até 16 de outubro de 2018, Camarões registrou 507 casos de cólera, incluindo 36 mortes, início do surto em maio de 2018. O surto está mostrando uma tendência decrescente. Esta atualização representa um aumento de 270 casos e 19 mortes desde a atualização do relatório anterior em 21 de setembro de 2018.

República Democrática do Congo: desde janeiro de 2017 até 23 de setembro de 2018, a RDC comunicou 82.792 casos de cólera casos, incluindo 2.018 mortes. Isto representa um aumento de 2.332 casos e 68 mortes desde o relatório anterior em 21 de setembro de 2018.

Etiópia: desde janeiro de 2017 até 14 de outubro de 2018, a Etiópia registrou 51.850 casos agudos de diarreia aquosa, incluindo 898 mortes. Isso representa um aumento de 699 casos desde a atualização anterior do relatório em 21 de setembro de 2018.

Quênia: Um novo surto de cólera foi confirmado no Quênia. Entre o início do surto de 8 de setembro de 2018 até 9 de outubro de 2018, cinco casos foram notificados nos condados de Turkana e Embu.

Níger: Até 18 de outubro de 2018, o Níger comunicou 3.764 casos suspeitos, incluindo 74 mortes, desde o início do surto em julho de 2018. Isso representa um aumento de 683 casos e 12 mortes desde a atualização do relatório anterior em 21 de Setembro de 2018. O surto está mostrando uma tendência de queda desde a semana 37. O surto está localizado em quatro regiões: Maradi, Dosso, Tahoua e Zinder, todos na fronteira com a Nigéria e Benin.

Somália: Em 2018 até 21 de outubro, a OMS notificou 6.446 casos suspeitos de cólera, incluindo 43 mortes, desde dezembro de 2017. Isso representa um aumento de 201 casos e um óbito desde a atualização do relatório anterior em 21 Setembro de 2018.

Tanzânia: em 2018, até 14 de outubro, a Tanzânia registrou 4.236 casos de cólera, incluindo 82 mortes. Isso é um aumento de 497 casos e 14 mortes desde a atualização do relatório anterior em 21 de setembro de 2018. O último caso relatado em Zanzibar foi em 11 de Julho de 2017. Segundo a OMS, o número de casos reportados em 2018 aumentou em comparação com o mesmo período de 2017, quando 3.081 casos foram relatados.

Uganda: em 11 de outubro de 2018, um novo surto de cólera foi notificado em Uganda. Até agora, oito casos, incluindo uma morte, foram notificados nos distritos de Mubalak, Hoima e Kikuube.

África do Sul: Até 9 de outubro de 2018, a África do Sul notificou dois casos confirmados de cólera na província de Gauteng. Ambos os casos são ligados epidemiologicamente e o caso-índice teve uma história recente de viagens para o Zimbábue.

Zimbábue: em 6 de setembro de 2018, um surto de cólera foi declarado no país pelo Ministério da Saúde. Desde o começo do surto até 19 de outubro de 2018, 9.404 casos, incluindo 54 mortes, foram notificados no país.

Isto representa um aumento de 6.055 casos e 22 mortes desde o relatório anterior em 21 de setembro. O surto é uma tendência decrescente desde a semana 39. A maioria dos casos (98%) são relatados na capital e província de Harare.

(Continua na próxima página)

CÓLERA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 26/10/2018

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

COMENTÁRIOS:

Ásia

Índia: De acordo com fontes da mídia e desde a última atualização do relatório em 21 de setembro de 2018, 17 casos adicionais de cólera foram relatados na Índia. Os casos foram notificados em Ahmedabad (7) e Gurdaspur (10).

Iêmen: Desde o início do surto até 18 de outubro de 2018, o Iêmen registrou 1.254 de casos suspeitos de cólera e 2.572 mortes. Isto representa um aumento de 71.807 casos e 133 mortes desde a última atualização do relatório em 21 Setembro de 2018.

Fonte: google.com.br

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 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 União Europeia.

Neste contexto, o risco de infecção por cólera em viajantes que visitam esses países permanece baixo, embora a probabilidade de ocorrência esporádica a importação de casos pode aumentar na União Europeia.

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

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 as mãos com sabão, comendo alimentos bem cozidos e evitando o consumo de produtos de frutos do mar crus.

ÉBOLA

Local de ocorrência: República Democrática do Congo

Data da informação: 26/10/2018

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

COMENTÁRIOS:

Até 24 de outubro de 2018, houve 251 casos de doença pelo vírus Ebola (216 confirmados, 35 prováveis), incluindo 162 mortes (127 casos confirmados), desde o início do surto.

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

Atividades de resposta: De acordo com o Escritório Regional da OMS para o Relatório de Situação da África, em 23 de outubro de 2018, 5.486 contatos foram identificados em Beni (4.288), Masereka (459), Butembo (286), Mabalako (161), Kalunguta (159), Musienene (81) e Mandima (52). Um total de 88,9% desses contatos foram acompanhados.

De acordo com a última atualização do Ministério da Saúde, até 24 de outubro de 2018, 22.326 pessoas foram vacinadas em Beni (10.945), Mabalako (4.391), Katwa (1.847), Mandima (1.663), Butembo (1.195), Maserka (690), Bunia (434), Tchomia (355), Komanda (240), Kalunguta (185), Musienene (160), Oicha (121) e Mutwanga (100).

Viagens: Uganda, com alta mobilidade transfronteiriça com a República Democrática do Congo, colocou em prática um plano de prevenção de doenças com o apoio da OMS que abrange as seguintes áreas: coordenação, investigações e vigilância, comunicação de risco, rastreio de entrada transfronteiriça em todos os principais pontos de fronteira em todos os distritos de muito alto risco, diagnósticos laboratoriais e gerenciamento de casos.

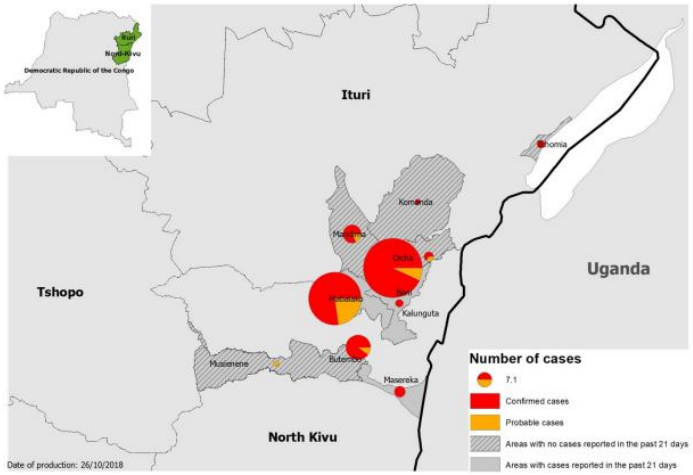
O Sudão do Sul é um dos quatro países de alto risco priorizados pela OMS para melhorar a prontidão operacional e ativou um grupo de trabalho multissetorial da doença causada pelo vírus Ebola para coordenar as atividades de prontidão e resposta.

Além disso, o Burundi, o Ruanda e o Zimbabué estabeleceram o rastreio de entrada. Segundo a OMS, até 23 de outubro 2018, o exame de saúde foi estabelecido em 64 pontos de entrada.

A Bélgica, a Alemanha, a Itália e a Espanha emitiram pareceres contra o deslocamento para a região de Kivu do Norte, devido ao surto de Ebola.

Embora não tenham sido documentados casos confirmados em países vizinhos até 23 de outubro de 2018, o fato do surto em curso em áreas com um importante fluxo de população transfronteiriça com Ruanda e Uganda continua a ser uma preocupação especial. Além disso, a implementação de medidas de resposta no campo continua a ser um desafio, porque o surto ocorre em áreas afetadas por crises humanitárias prolongadas e uma situação de segurança instável decorrente de um conflito armado complexo.

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



Distribuição geográfica dos casos confirmados e prováveis da doença pelo vírus Ebola, Norte - Províncias de Kivu e Ituri, República Democrática do Congo, até 24 de outubro de 2018

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 23/10/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Os países das Américas devem tomar medidas imediatas para aumentar a cobertura da vacinação contra a pólio para 95%, aconselha a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Esse chamado, feito após relatos de que a cobertura em muitos países das Américas está abaixo dos níveis recomendados, ocorre pouco antes do Dia Mundial Contra a Pólio, que é marcado todo ano no dia 24 de outubro.

As Américas têm permanecido livres de casos de poliovírus selvagem por 27 anos, sendo o último caso detectado em 23 de agosto de 1991, no Peru. Os países da região conseguiram eliminar a pólio alcançando altas taxas de cobertura vacinal de crianças e por meio de uma vigilância epidemiológica continuada para garantir a detecção precoce de surtos.

“A Região das Américas não tem pólio, mas enquanto houver até um caso de poliomielite em qualquer parte do mundo, ainda estamos em risco”, disse Jarbas Barbosa, subdiretor da OPAS. “Ao alcançar e manter uma alta cobertura vacinal e ao fortalecer a vigilância epidemiológica, podemos transformar em realidade o sonho de um futuro livre da pólio no mundo”, acrescentou.

Relatórios recentes, no entanto, mostram que os países não estão mantendo a taxa de cobertura de vacinação de 95% – exigida em todos os níveis para prevenir a transmissão da pólio. Isso significa que algumas comunidades estão em risco de serem incapazes de prevenir um surto no caso de um caso importado ocorrer ou se houver um caso de poliovírus derivado da vacina.

A poliomielite é uma doença altamente contagiosa causada por um vírus que invade o sistema nervoso, resultando em paralisia em questão de horas. Afeta principalmente crianças menores de 5 anos e é transmitida de pessoa para pessoa. Embora não haja cura, o vírus é evitável pela vacina. A vacina contra a poliomielite, administrada várias vezes, pode proteger a criança por toda a vida.

Em 1975, quase 6.000 casos de pólio foram notificados na Região das Américas e, em 1991, foram detectados os últimos seis casos. Três anos depois, em 1994, a doença foi formalmente declarada eliminada da Região. Desde então,

nenhuma criança no continente ficou paralisada por conta do poliovírus selvagem.

Como a primeira Região do mundo a eliminar a pólio, a OPAS e as Américas lideraram o caminho para um mundo livre da doença.

A OPAS está atualmente trabalhando com os países para garantir que, a cada ano, mais de 95% das crianças menores de um ano de idade sejam vacinadas contra a pólio em todos os municípios dos países das Américas. Os esforços também se concentram no aumento do monitoramento de casos de paralisia flácida aguda e no cumprimento dos requisitos da Iniciativa de Erradicação Global da Pólio, do Plano Estratégico para Erradicação da Poliomielite e a Fase Final e da Comissão Global de Certificação da Erradicação da Poliomielite.

“Quando se trata de manter as Américas livres da pólio não há lugar para a complacência”, disse Cuauhtémoc Ruiz Matus, chefe da Unidade de Imunização Integral da Família da OPAS. “As taxas de cobertura de vacinação devem ser aumentadas imediatamente para proteger as crianças de nossa Região desta doença mortal. Enquanto a poliomielite existir em qualquer lugar, é uma ameaça para as crianças em todos os lugares”.

(Continua na próxima página)

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 23/10/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Embora os casos de pólio no mundo tenham diminuído em mais de 99% desde 1988 (saindo de uma estimativa de mais de 350.000 casos para apenas 20 casos notificados em outubro deste ano), se uma única criança estiver infectada com o poliovírus, crianças em todos os países estarão em risco. O poliovírus pode ser facilmente importado para um país livre da pólio e pode se espalhar rapidamente entre as populações não imunizadas, razão pela qual a manutenção de uma alta taxa de cobertura vacinal é tão importante.

Hoje, o mundo está mais perto do que nunca de alcançar o objetivo de erradicar a pólio. A nível mundial, há menos casos agora do que em qualquer outro momento da História. Quatro das seis regiões da OMS foram certificadas como livres da pólio e apenas um dos três tipos de poliovírus selvagem (tipo 1) continua circulando no mundo.

A frente do árduo trabalho que resultou nessas conquistas está a Iniciativa Global de Erradicação da Pólio, liderada pela OMS, Rotary Internacional, os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), UNICEF e a Fundação Bill e Melinda Gates, além do compromisso e esforço dos próprios países.

A erradicação global da poliomielite significará um mundo sem essa doença para as futuras gerações, bem como uma economia de entre 40 bilhões e 50 bilhões de dólares estadunidenses. A falha em atingir a meta de erradicação resultaria em um ressurgimento da doença e se estima que haveria cerca de 200.000 casos por ano no mundo.

“Com o compromisso de todos, a poliomielite será a primeira doença a ser erradicada no século 21”, disse Jarbas Barbosa. “Todos nós devemos agir agora para proteger nossos filhos”.

O Dia Mundial Contra a Pólio foi criado pela Rotary Internacional há uma década para comemorar o nascimento de Jonak Salk, que liderou a primeira equipe a desenvolver uma vacina contra a poliomielite. Desde então, o dia tem sido usado para aumentar a conscientização sobre a importância da vacinação na erradicação do vírus. O dia é comemorado todos os anos em 24 de outubro.

Fonte: google.com.br

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 23/10/2018
Origem da informação: The Global Polio Erradication Initiative e OPAS

COMENTÁRIOS:

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

Resumo dos vírus recém-relatados nesta semana: Afeganistão - uma amostra ambiental positiva para o poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1); Paquistão - dois casos de WPV1 e quatro amostras ambientais positivas para WPV1; e Nigéria - um caso de cVDPV2 e três amostras ambientais positivas para cVDPV2.

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

Total cases	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	22	69	12	62	22	96
- in endemic countries	22	17	12	0	22	0
- in non-endemic countries	0	52	0	62	0	96

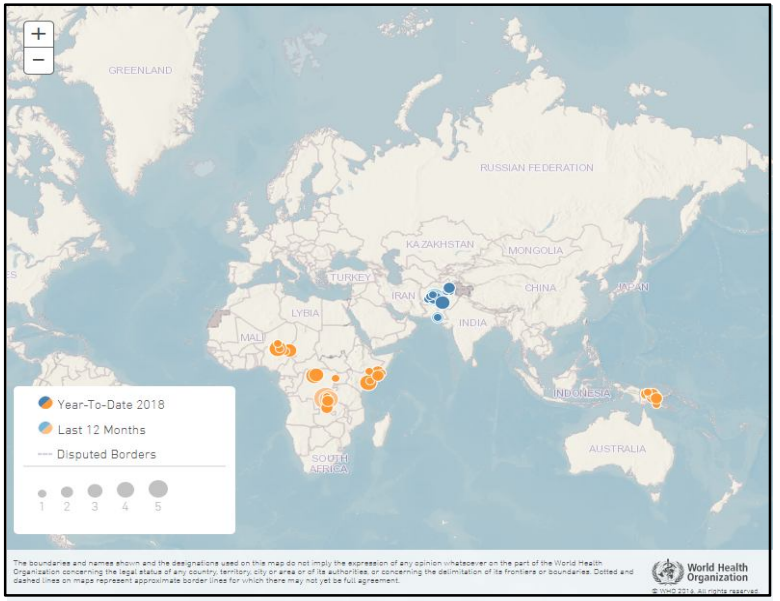
http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/

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	16	0	7	0	14	0	1-Sep-2018	NA
Rep Dem Congo	0	15	0	10	0	22	NA	5-Aug-2018
Niger	0	6	0	0	0	0	NA	7-Sep-2018
Nigeria	0	17	0	0	0	0	NA	16-Sep-2018
Paquistão	6	0	5	0	8	0	25-Sep-2018	NA
Papua Nova Guiné	0	18	0	0	0	0	NA	6-Sep-2018
Somália	0	13	0	0	0	0	NA	7-Sep-2018
Síria	0	0	0	52	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 30 de outubro de 2018



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

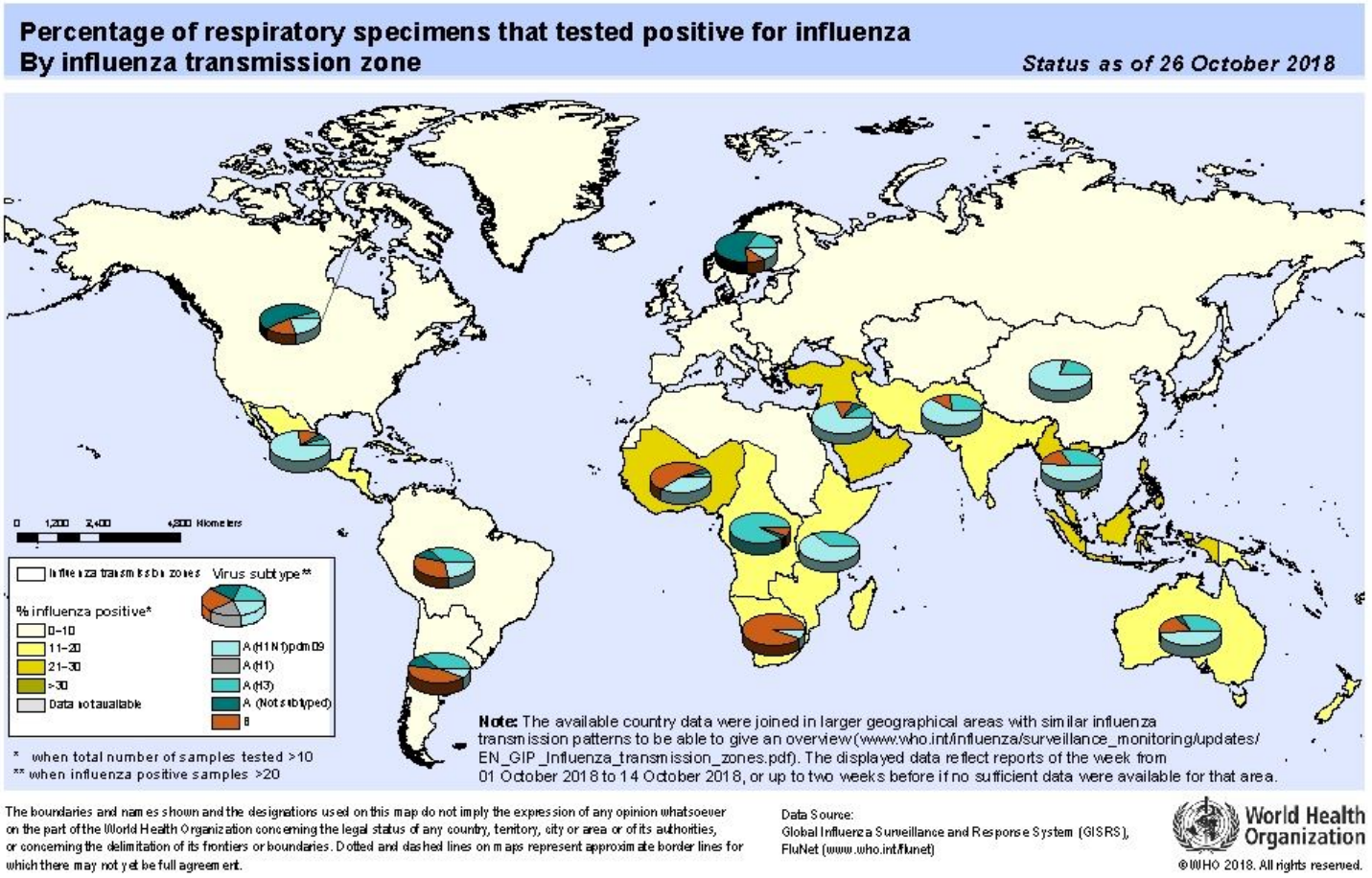
INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 29/10/2018
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

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

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



World Health Organization

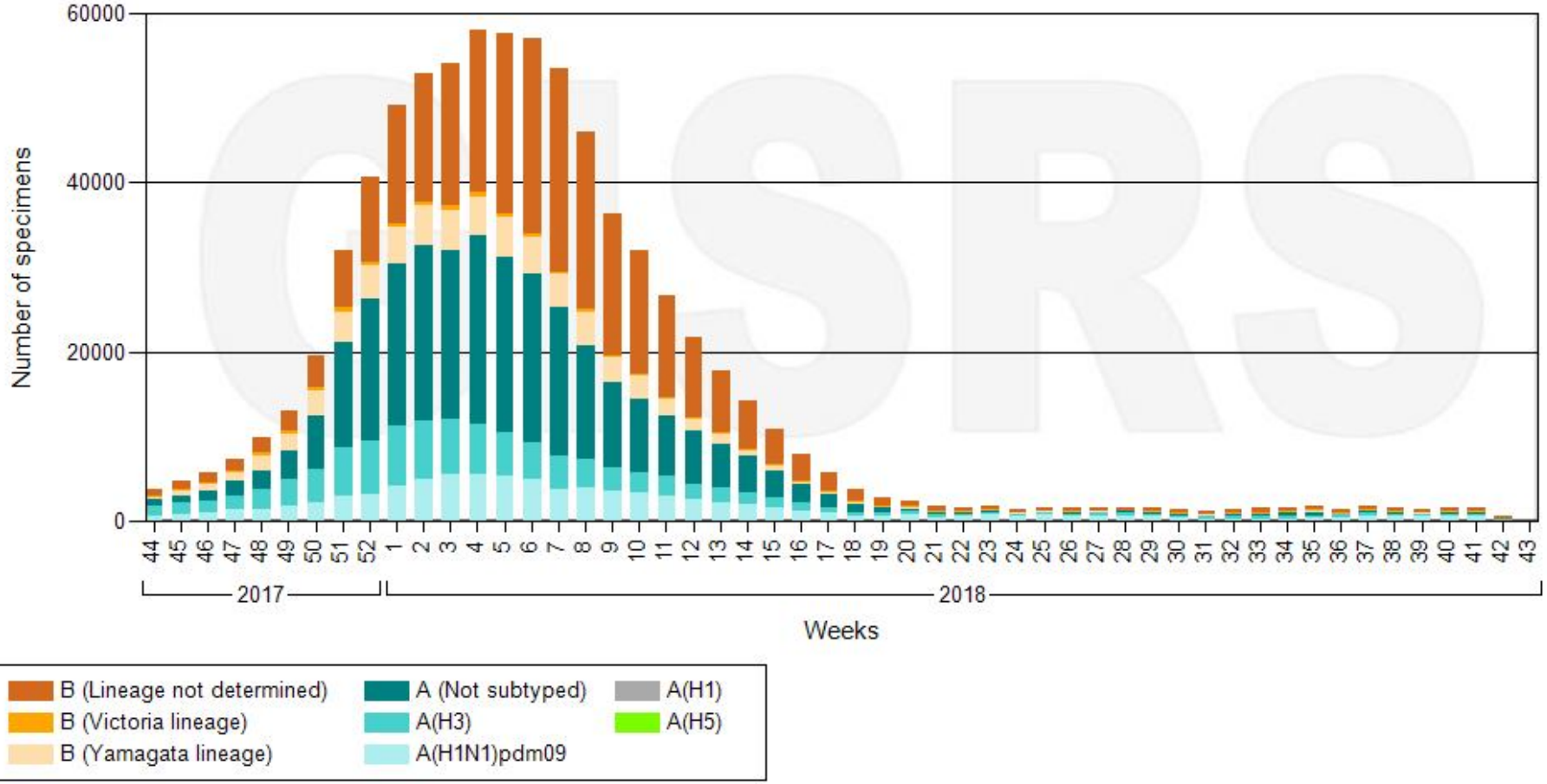
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 30/10/2018 18:36:15 UTC

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

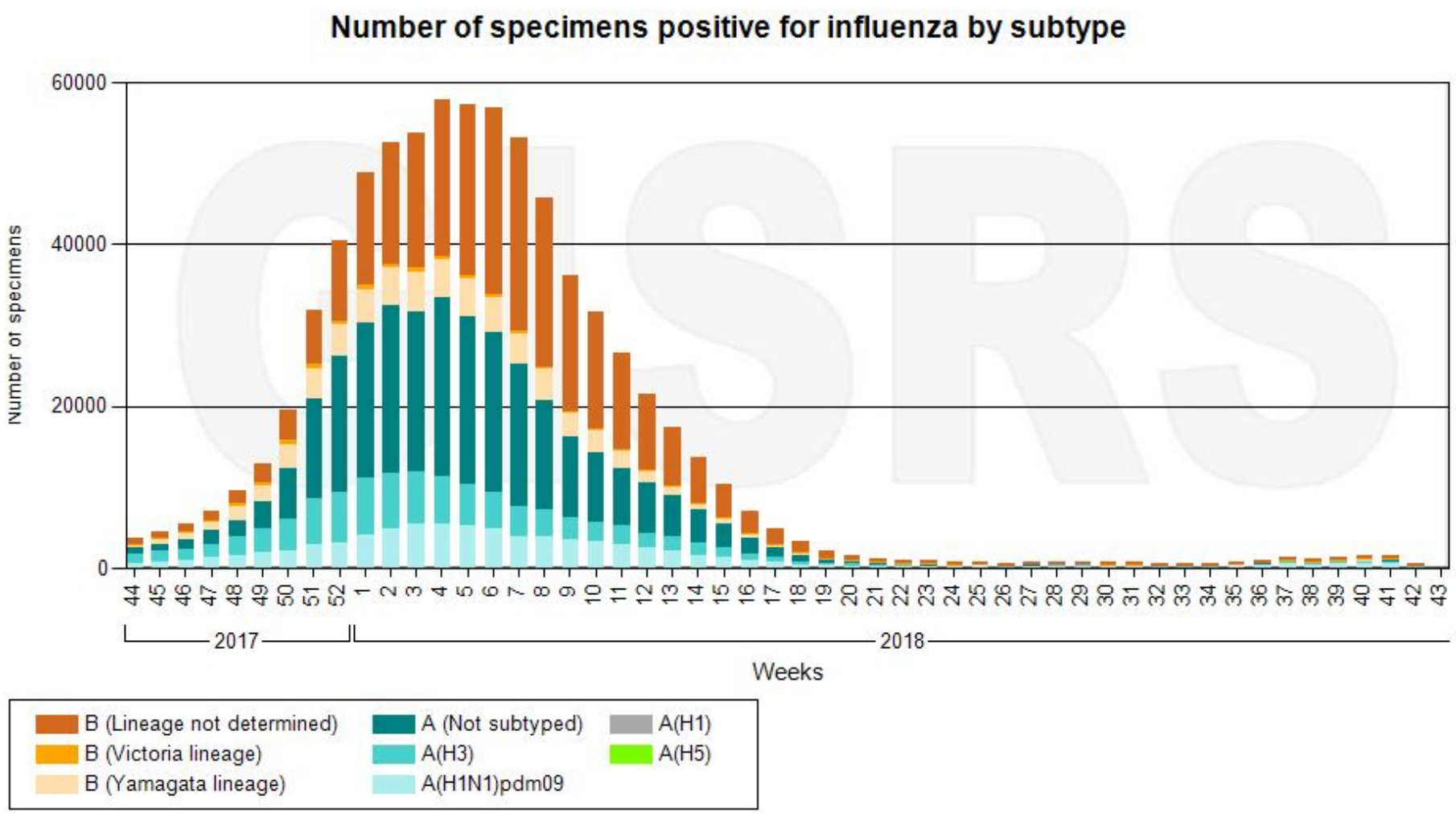
World Health Organization

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 30/10/2018 18:37:45 UTC

Northern hemishere



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

© World Health Organization 2018

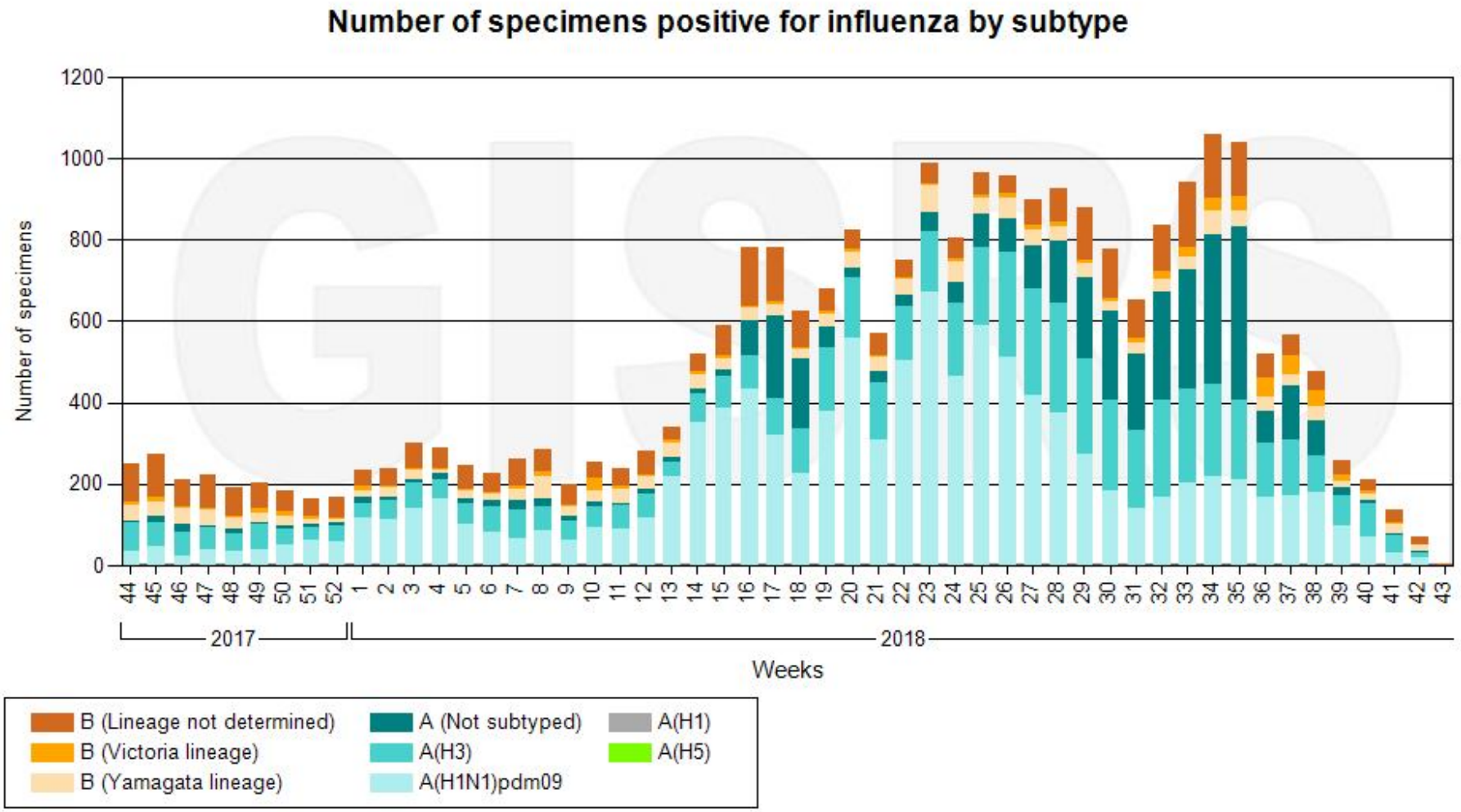
World Health Organization

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 30/10/2018 18:38:47 UTC

Southern hemisphere



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

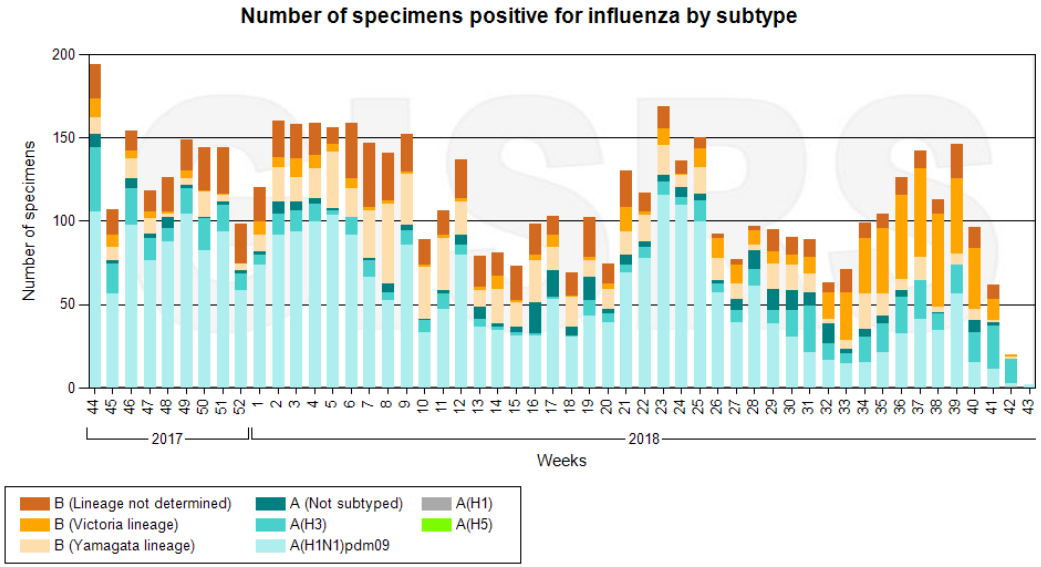
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 30/10/2018 18:39:41 UTC

African Region of WHO



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

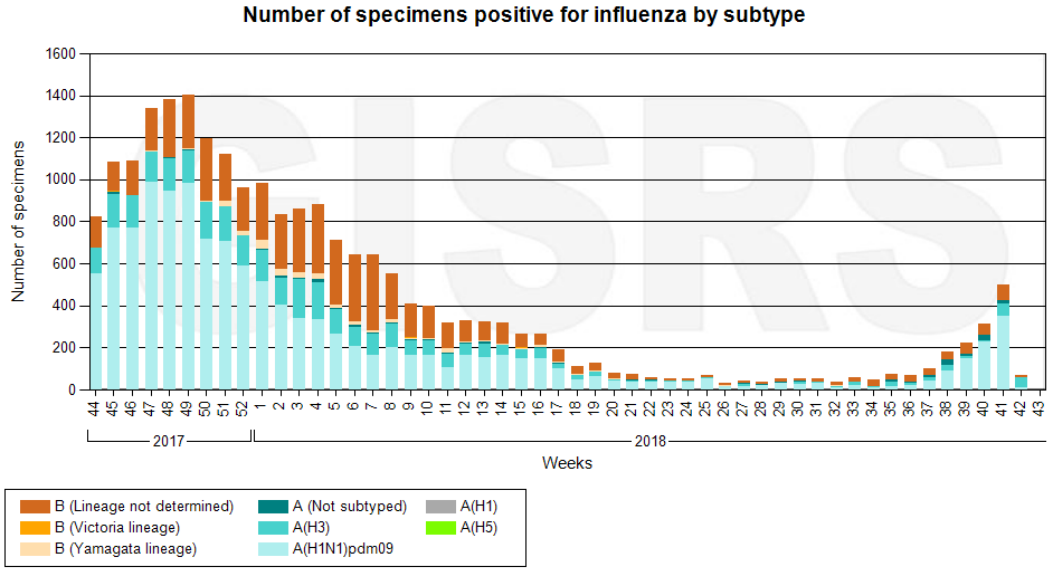
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 30/10/2018 18:40:24 UTC

Eastern Mediterranean Region of WHO



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

© World Health Organization 2018

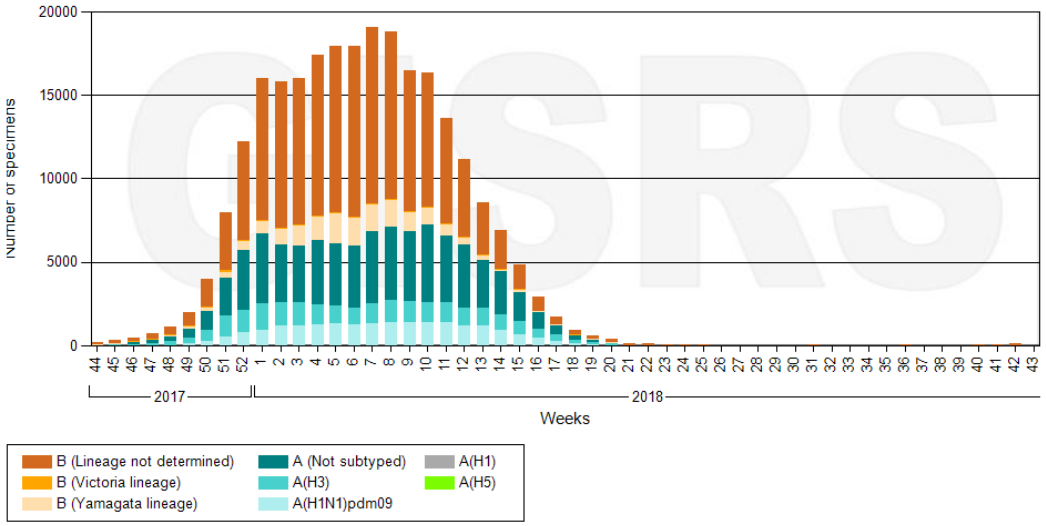
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 30/10/2018 18:41:15 UTC

European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

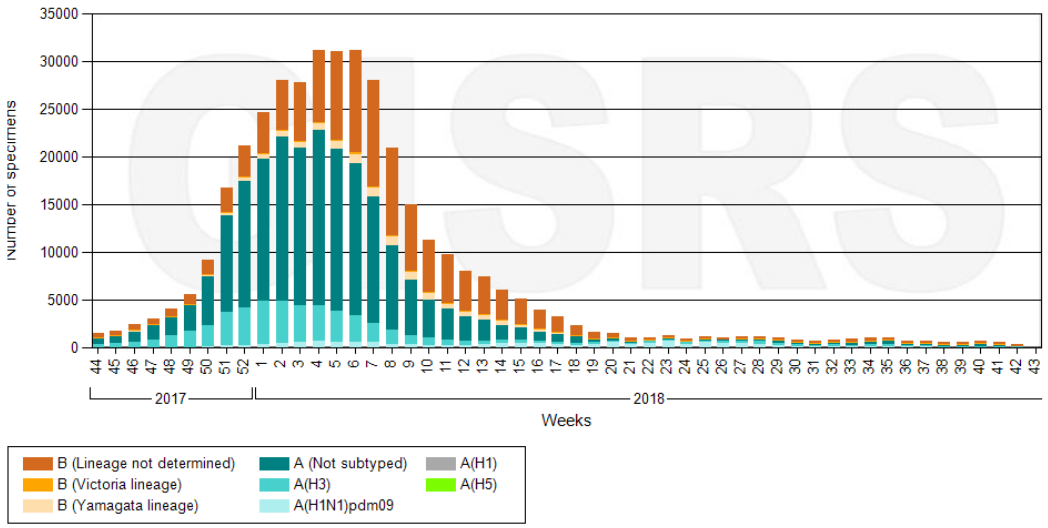
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 30/10/2018 18:41:54 UTC

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

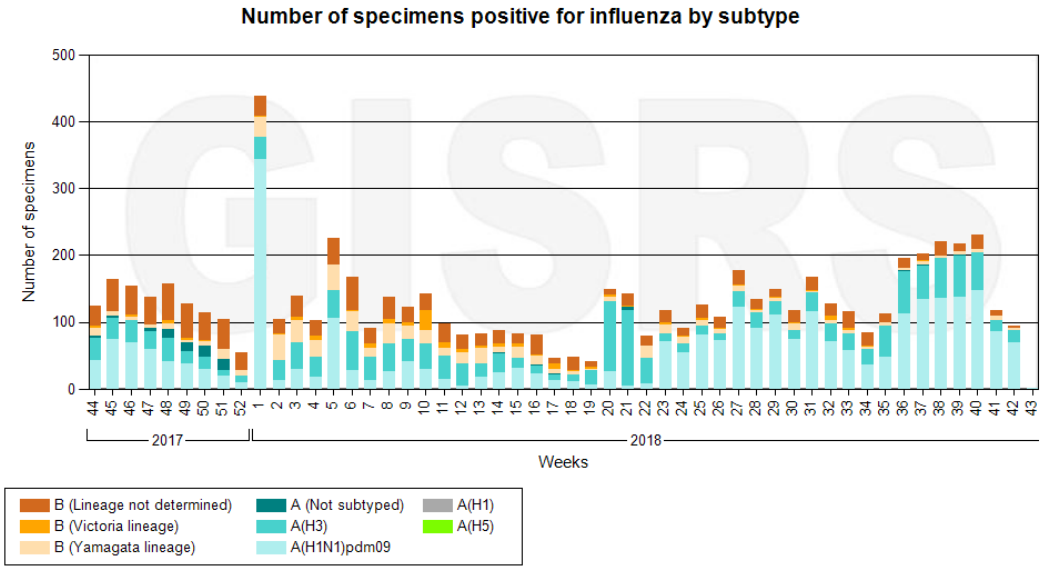
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 30/10/2018 18:42:37 UTC

South-East Asia Region of WHO



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

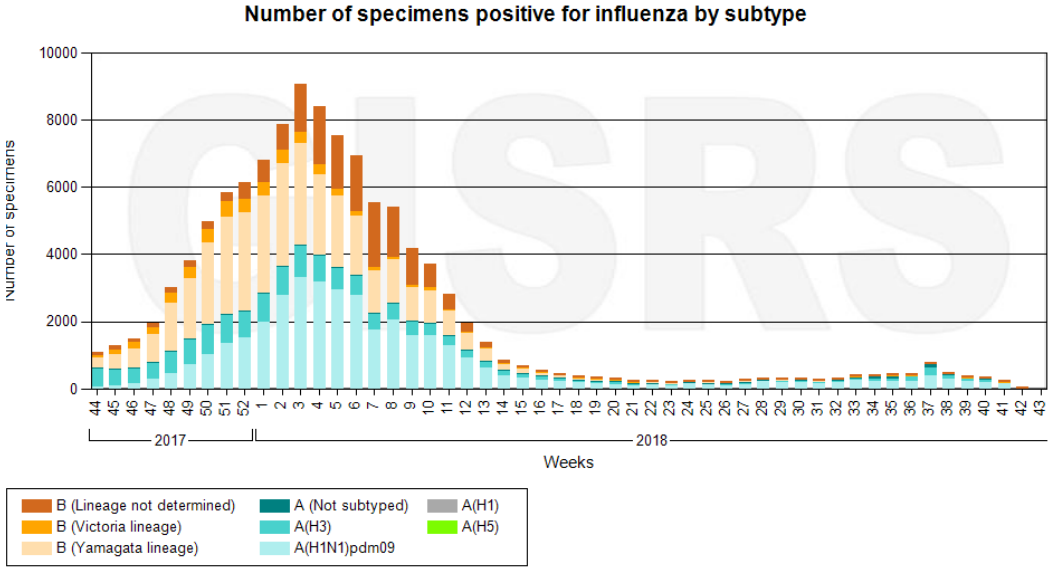
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 30/10/2018 18:43:17 UTC

Western Pacific Region of WHO



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

© World Health Organization 2018

Fontes utilizadas na pesquisa

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