INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 50/2018

(09/12/2018 a 15/12/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

EVENTOS ESTADUAIS

Semana Epidemiológica 50/2018

(09/12/2018 a 15/12/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

ÁGUAS-VIVAS / CARAVELAS

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 12/12/2018
Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Com a aproximação do período das férias e a elevação das temperaturas, aumenta o número de visitantes no Litoral paranaense e cresce a incidência de casos de acidentes envolvendo águas-vivas e caravelas. No verão, o número de acidentes com esses animais chega a triplicar. Por isso, a Secretaria de Estado da Saúde reforça a necessidade de os banhistas ficarem atentos.

Embora a maioria das ocorrências seja de baixa gravidade, é importante adotar algumas medidas preventivas e saber como proceder caso ocorra um acidente com águas-vivas. De acordo com o chefe da Divisão de Vigilância de Zoonoses e Intoxicações da Secretaria da Saúde, Francisco Gazola, a difusão de informações falsas ou o desconhecimento pode levar a pessoa a adotar procedimentos que podem agravar a lesão.

“Caso ocorra um acidente, o banhista deve evitar tratamentos caseiros, porque eles podem apenas mascarar os sintomas. Na praia, a orientação é que o banhista vá até um posto do Corpo de Bombeiros para receber os primeiros cuidados”, esclarece Francisco.

Ele ressalta que o atendimento feito pelos bombeiros, em que se aplica vinagre na lesão, é o ideal quando o caso não é grave. Outra ação é limpar o local, sem esfregar, com a água do próprio mar. Diferentemente da água salgada, água mineral ou água doce não devem ser utilizadas na lesão, já que ativam as micropartículas de veneno dos animais, agravando a lesão.

Embora a maioria das pessoas chame as lesões provocadas por contato da pele com as águas-vivas e caravelas de “queimadura”, o que ocorre é uma forma de envenenamento. Esses animais possuem células conhecidas como cnidócitos, com estruturas capazes de injetar toxinas na pele das pessoas, causando a sensação de dor intensa e queimação, podendo causar inflamação e mesmo necrose da área.

Em casos mais graves, o veneno pode provocar arritmias cardíacas, alteração no tônus vascular e insuficiência respiratória por congestão pulmonar. Há relatos ainda de dor de cabeça, náuseas, vômitos, febre e espasmos musculares.

PREVENÇÃO

Esteja sempre em área protegida por guarda-vidas;

Pergunte ao bombeiro sobre as condições da água e se há presença de águas-vivas;

Saia da água imediatamente ao avistar águas-vivas;

Evite entrar no mar sozinho ou à noite;

Não toque nos animais, mesmo aqueles que estejam aparentemente mortos na areia da praia.

TRATAMENTO

Em caso de contato com águas-vivas, busque atendimento em um posto de guarda-vidas;

Lave o local com água do mar. Nunca lave com água doce ou outra substância, como álcool e urina;

Não esfregue as mãos na área afetada;

Aplique vinagre na área atingida para neutralizar ação da toxina;

Casos mais graves, como grande área corporal atingida ou que envolvam pessoas alérgicas, devem ser encaminhados aos serviços de saúde para tratamento adequado;

Em caso de dúvidas, ligue para o Centro de Controle de Envenenamentos – telefone 0800 410148.

DENGUE

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

COMENTÁRIOS:

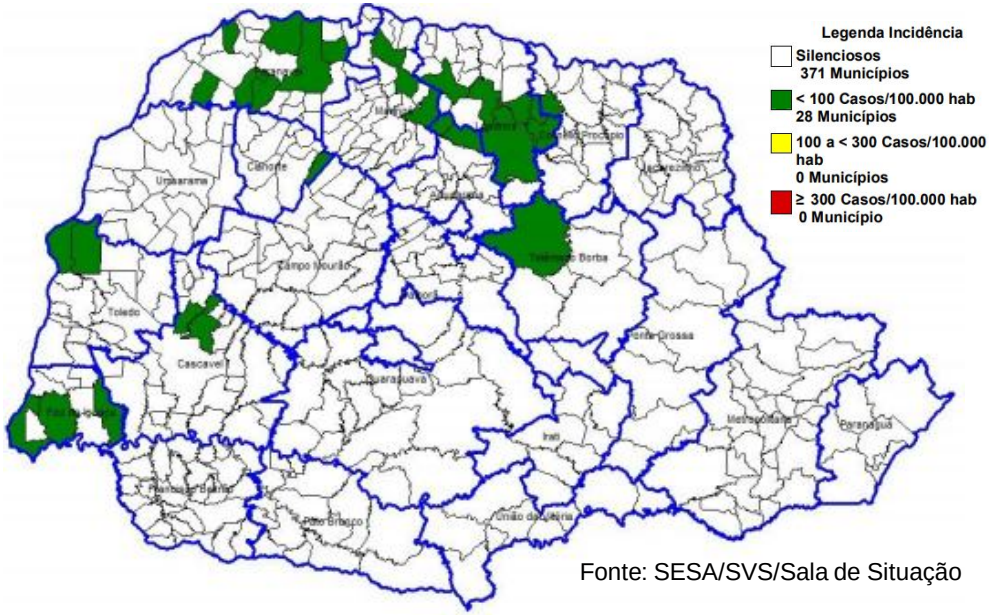
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2018 (primeira semana de agosto) a 49/2018.

Foram notificados no referido período 4.147 casos suspeitos de dengue, dos quais 2.807 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 0,80 casos por 100.000 hab. (89/11.163.018 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 (878), Foz do Iguaçu (520) e Paranavaí (246). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Foz do Iguaçu (25), Paranavaí (15), Londrina (11) e Uraí (11).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2018 a 49/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 49/2018*	PERÍODO 2018/2019
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	223
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	21
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	33
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	11
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	28
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (09ª,10ª,13ª,14ª, 15ª,16ª,17ª,18ª, 20ª e 21ª)	10
TOTAL DE CASOS	**101**
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	89
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	12
TOTAL DE NOTIFICADOS	**4.147**

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 49/2018.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	101 (100,0%)	0 (0,0%)	101
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	1	-	1
Dengue Grave (D G)	-	-	-
Descartados	-	-	2.807
Em andamento/investigação	-	-	1.238
Total	**102 (2,5%)**	**0 (0,0%)**	**4.147**

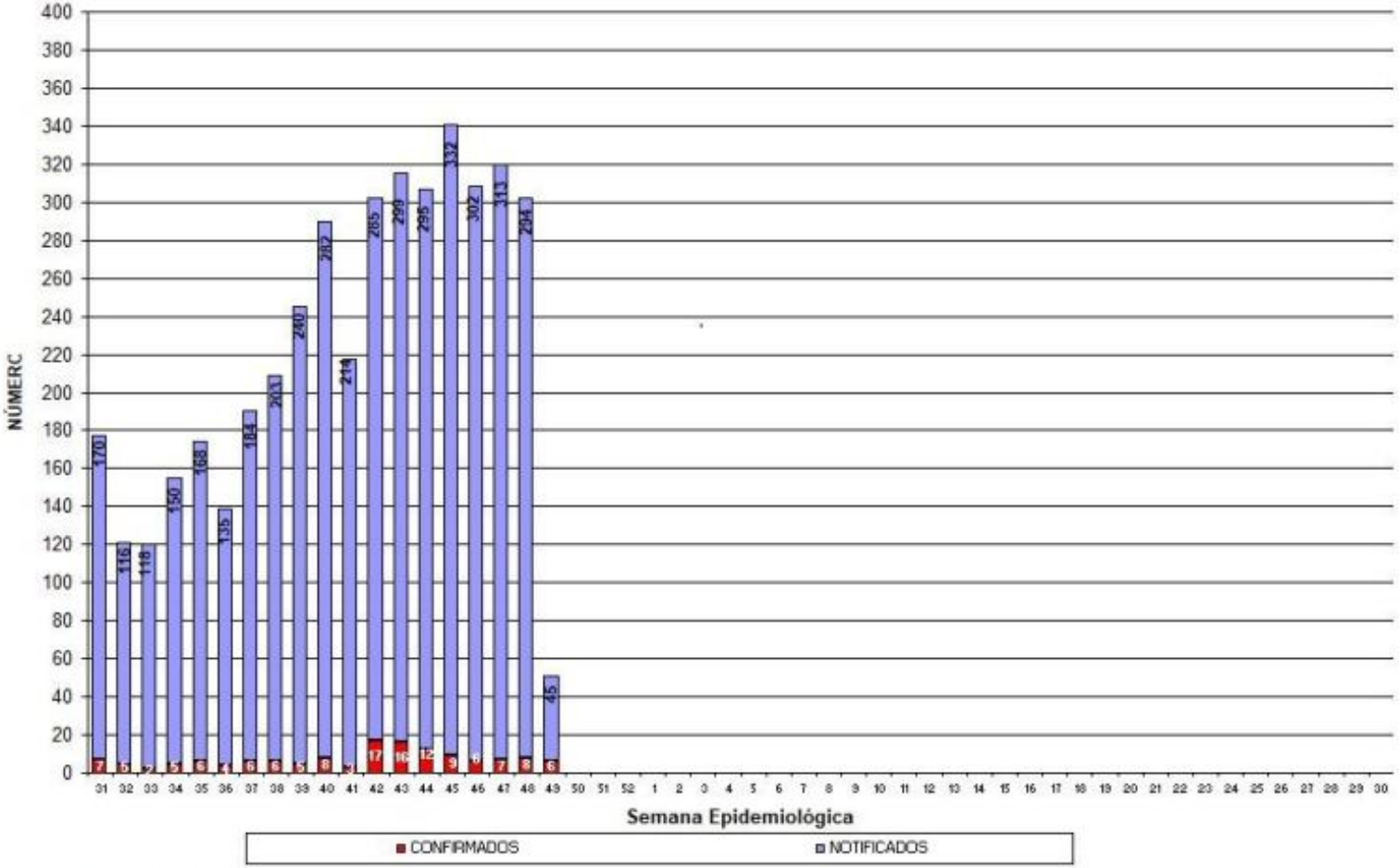
Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

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

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

Figura 1. Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2018 a 49/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

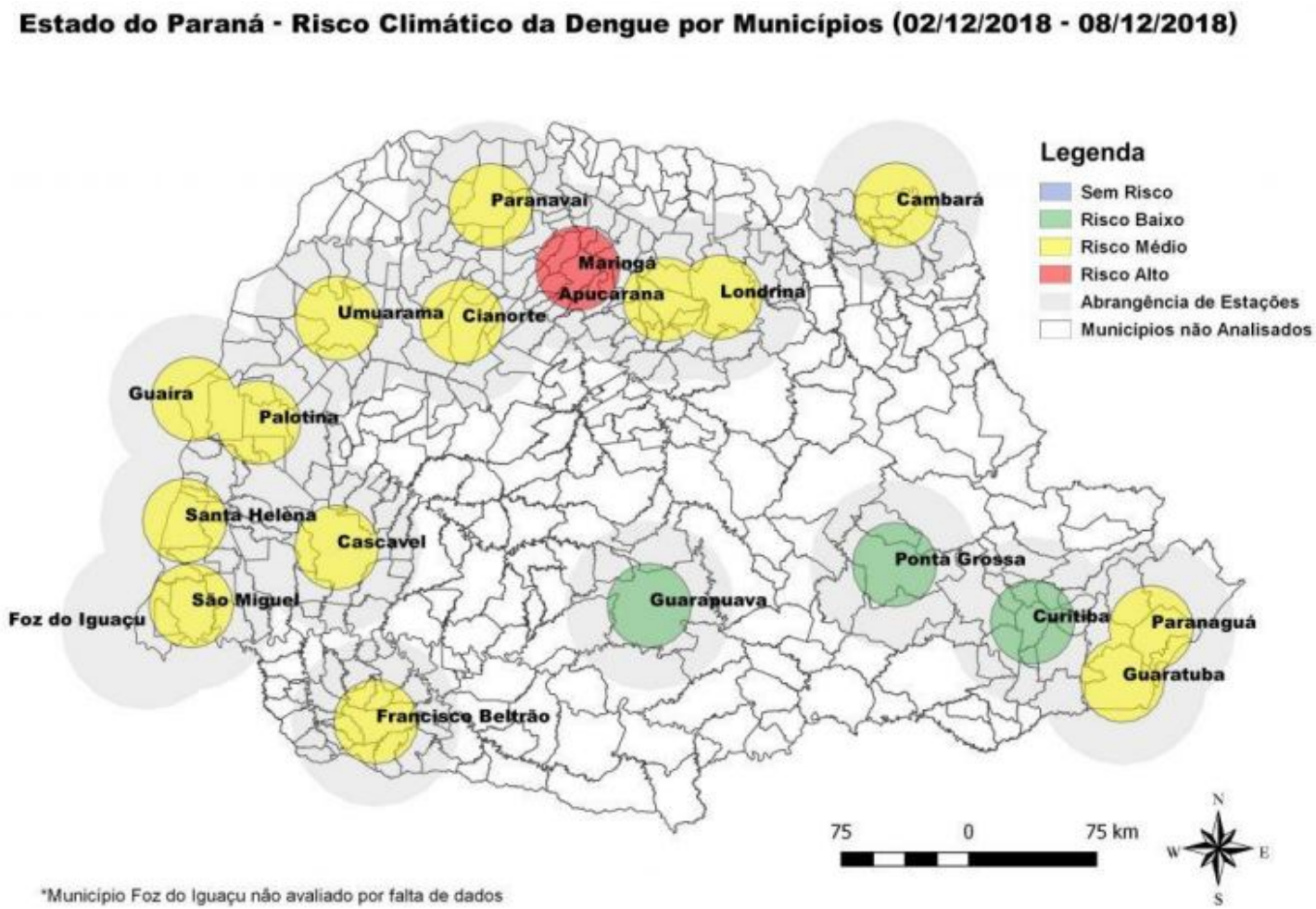
Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 12/12/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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

Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 48/2018 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti :*

- **00 (zero) sem risco;**
- **03 (três) com risco baixo**
- **14 (quatorze) com risco médio;**
- **01 (uma) com risco alto e;**
- **01 (uma) não foi avaliada.**

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



Fonte: Laboclima/UFPR

DENGUE

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

Tabela 2 – Número de casos de dengue, notificados, dengue grave (DG), dengue com sinais de alarme (DSA), óbitos e incidência por 100.000 habitantes por Regional de Saúde, Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 49/2018*

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	163	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	0	6	6	148	0	0	0	-
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	4	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	0	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	6	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	3	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	19	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	0	0	0	88	0	0	0	-
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	25	3	28	665	1	0	0	6,16
10ª RS - Cascavel	540.131	3	0	3	95	0	0	0	0,56
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	106	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	0	0	0	99	0	0	0	-
13ª RS - Cianorte	154.374	1	0	1	71	0	0	0	0,65
14ª RS - Paranavaí	274.257	23	0	23	361	0	0	0	8,39
15ª RS - Maringá	799.890	3	0	3	477	0	0	0	0,38
16ª RS - Apucarana	372.823	3	0	3	146	0	0	0	0,80
17ª RS - Londrina	935.904	15	1	16	1.415	0	0	0	1,60
18ª RS - Cornélio Procópio	230.231	11	0	11	117	0	0	0	4,78
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	35	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	4	1	5	109	0	0	0	1,04
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	1	1	2	9	0	0	0	0,54
22ª RS - Ivaiporã	138.130	0	0	0	11	0	0	0	-
TOTAL PARANÁ	**11.163.018**	**89**	**12**	**101**	**4.147**	**1**	**0**	**0**	**0,80**

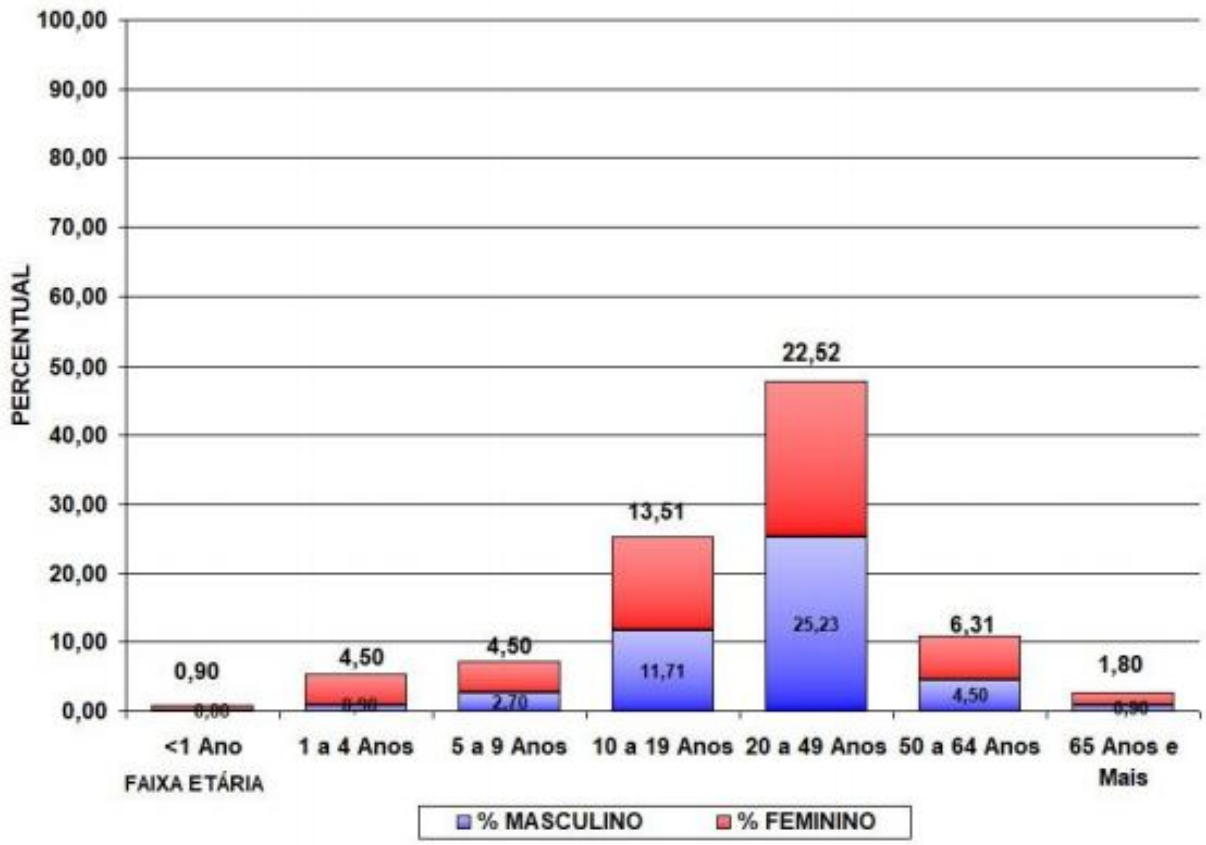
FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA
NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015.

DENGUE

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 47,75% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 10 a 19 anos (25,23%) e 10,81% na faixa etária de 50 a 64 anos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2018 a 49/2018, Paraná – 2018/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

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

Número de casos confirmados autóctones, importados, total de confirmados e notificados de CHIKUNGUNYA e ZIKA VÍRUS e incidência (de autóctones) por 100.000 habitantes por município – Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 49/2018*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
RS	MUNICÍPIOS	POP	AUTOC CHKI	IMPORT CHIK	TOTAL	NOTIF CHK	INC CHK	AUTOC ZIKA	IMPORT ZIKA	TOTAL	NOTIF ZIKA	INCID ZIKA
1	Paranaguá	150.660	0	0	0	10	0,00	0	0	0	0	0,00
2	Adrianópolis	6.333	0	0	0	0	0,00	0	0	0	5	0,00
2	Curitiba	1.879.355	0	1	1	6	0,00	0	0	0	0	0,00
2	Doutor Ulysses	5.808	0	0	0	0	0,00	0	0	0	3	0,00
2	São José dos Pinhais	297.895	0	0	0	8	0,00	0	0	0	0	0,00
2	Tijucas do Sul	15.970	0	0	0	0	0,00	0	0	0	2	0,00
3	Palmeira	33.753	0	0	0	1	0,00	0	0	0	0	0,00
4	Teixeira Soares	11.495	0	0	0	1	0,00	0	0	0	0	0,00
5	Laranjeiras do Sul	32.133	0	0	0	0	0,00	0	0	0	1	0,00
7	Honório Serpa	5.769	0	0	0	1	0,00	0	0	0	0	0,00
8	Salto do Lontra	14.539	0	0	0	1	0,00	0	0	0	0	0,00
9	Foz do Iguaçu	263.782	0	0	0	15	0,00	1	0	1	9	0,38
9	Medianeira	44.885	0	0	0	2	0,00	0	0	0	0	0,00
9	São Miguel do Iguaçu	27.197	0	0	0	0	0,00	0	0	0	1	0,00
9	Serranópolis do Iguaçu	4.652	0	0	0	1	0,00	0	0	0	0	0,00
10	Cascavel	312.778	0	0	0	9	0,00	0	0	0	9	0,00
10	Formosa do Oeste	7.296	0	0	0	4	0,00	0	0	0	0	0,00
10	Três Barras do Paraná	12.227	0	0	0	1	0,00	0	0	0	1	0,00
11	Campo Mourão	92.930	0	0	0	1	0,00	0	0	0	0	0,00
12	Altônia	21.744	0	0	0	8	0,00	0	0	0	0	0,00
12	Cafezal do Sul	4.288	0	0	0	1	0,00	0	0	0	0	0,00
12	Icaraíma	8.641	0	0	0	3	0,00	0	0	0	0	0,00
12	Tapira	5.851	0	0	0	15	0,00	0	0	0	0	0,00
14	Alto Paraná	14.518	0	0	0	2	0,00	0	0	0	0	0,00
14	Marilena	7.134	0	0	0	3	0,00	0	0	0	3	0,00
14	Paranavaí	86.773	0	0	0	3	0,00	0	0	0	3	0,00
15	Astorga	25.976	0	0	0	1	0,00	0	0	0	0	0,00
15	Colorado	23.678	0	0	0	2	0,00	0	0	0	0	0,00
15	Itambé	6.192	0	0	0	1	0,00	0	0	0	0	0,00
15	Mandaguari	34.289	0	0	0	2	0,00	0	0	0	0	0,00
15	Marialva	34.388	0	0	0	1	0,00	0	0	0	0	0,00
15	Maringá	397.437	0	0	0	4	0,00	0	0	0	1	0,00
15	Nova Esperança	27.886	0	0	0	0	0,00	0	0	0	1	0,00
15	Sarandi	90.376	0	0	0	1	0,00	0	0	0	1	0,00
16	Apucarana	130.430	0	0	0	1	0,00	0	0	0	0	0,00
16	Arapongas	115.412	0	0	0	1	0,00	0	0	0	0	0,00
17	Cambe	103.822	0	0	0	0	0,00	0	0	0	1	0,00
17	Jaguapitã	13.174	0	0	0	0	0,00	0	0	0	5	0,00
17	Londrina	548.249	0	0	0	6	0,00	0	0	0	0	0,00
19	Barra do Jacaré	2.821	0	0	0	1	0,00	0	0	0	0	0,00
19	Ibaiti	30.678	0	0	0	1	0,00	0	0	0	0	0,00
19	Quatiguá	7.410	0	0	0	2	0,00	0	0	0	0	0,00
19	Siqueira Campos	20.094	0	0	0	1	0,00	0	0	0	1	0,00
20	Palotina	30.859	0	0	0	3	0,00	0	0	0	0	0,00
20	Toledo	132.077	0	0	0	1	0,00	0	0	0	0	0,00
	TOTAL	**11.163.018**	**0**	**1**	**1**	**125**	0,00	**1**	**0**	**1**	**47**	0,01

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA

NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015. *Dados considerados até 11 de Novembro de 2018.

Notas: Foram suprimidos municípios onde não houve notificação de suspeitos de Chikungunya e Zika Vírus; Alguns municípios apresentaram correção de informações. Todos os dados deste Informe são provisórios e podem ser alterados no sistema de notificação pelas Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Essas alterações podem ocasionar diferença nos números de uma semana epidemiológica para outra.

EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 50/2018

(09/12/2018 a 15/12/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 14/12/2018
Fonte da informação: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

COMENTÁRIOS:

A Anvisa cancelou os registros de 17 modelos de **glicosímetros**. A decisão foi tomada para retirar do mercado apenas os produtos que não atendem ao padrão internacional de desempenho descrito na Norma ISO 15197:2013. A medida está na Resolução RE 3.161, de 16 de novembro de 2018, publicada no Diário Oficial da União (D.O.U.).

Os glicosímetros são utilizados para monitorar os níveis de glicemia dos pacientes com diabetes. A iniciativa da Anvisa resguarda a segurança das pessoas diabéticas no Brasil, dada a importância do monitoramento frequente da glicemia para os portadores da doença e o crescente número de usuários deste tipo de dispositivo a cada ano.

Todos os produtos destinados ao automonitoramento da glicose precisam atender aos requisitos da Norma ISO 15197:2013, que é um dos critérios para obtenção do registro junto à Anvisa.

O usuário que já possui um produto que faça parte da relação de registros cancelados e que esteja dentro do prazo de validade (ver informação na embalagem das tiras) pode utilizá-lo, sem prejuízo do seu desempenho, se atendidas as condições de armazenamento e uso descritas nas instruções de uso. As secretarias de saúde ou órgãos públicos que tenham adquirido produtos listados na relação de registros cancelados devem verificar, junto aos licitantes, as condições contratuais cabíveis.

Vale destacar que a proibição de comercialização dos produtos glicosímetros e tiras com registro suspenso reforça a importância da homologação responsável e criteriosa desses produtos, uma vez que o não atendimento dos padrões de desempenho afeta diretamente a saúde do paciente.

Determinação

Em maio de 2018, a Anvisa determinou, através da Instrução Normativa 24, que todas as empresas detentoras de registros de comercialização de produtos para automedição de glicemia apresentassem os relatórios de desempenho necessários. Estes estudos deveriam ser entregues no prazo de 180 dias após a publicação da norma em questão.

Como resultado deste acompanhamento, a Agência publicou a Resolução RE 3.161, cancelando o registro dos produtos que não apresentaram as informações à Anvisa ou que não demonstraram atender aos requisitos estabelecidos.

(Continua na próxima página)

Confira a lista de glicosímetros com registro cancelado:

Produto	Empresa	Registro
Freestyle Lite Tiras –Teste para Glicose no Sangue	Abbott	80146501707
Contour TS (Medidor de Glicose Sanguínea)	Bayer	80384380012
Contour TS (Tira de Teste para Glicose Sanguínea)	Bayer	80384380008
Fácil Thrueread (Sistema de Monitoramento da Glicemia)	HDI	80095080018
Família de Tiras de Glicose: Fácil True Read/Sidekick – Tiras Reagentes para Glicose	HDI	80095080020
Medidor de Glicose Injex Sens N	Injex	10160610062
Injex Sens N – Tiras de Teste de Glicose no Sangue	Injex	10160610057
Sistema Onetouch Ultra Mini	Johnson & Jonhson	80145901138
Sistema de Medição de Glicose no Sangue Onetouch Select Simple	Johnson & Johnson	80145901388
Tiras Reagentes Onetouch Ultra	Johnson & Johnson	80145900869
Tiras Reagentes Onetouch Select	Johnson & Johnson	80145901261
Tiras de Teste de Glicemia True Read	Nipro	80788620009
Medidor de Glicemia Fácil Trueread	Nipro	80788620006
Monitor de Glicemia Accu-Check (Fotômetro)	Roche	81414021673
Accutrend Glicose	Roche	10287410219
Accutrend Plus	Roche	10287410740
Família de Medidor de Glicose Tensortip	VR Medical	80102511569

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 14/12/2018
Fonte da informação: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

COMENTÁRIOS:

O que diz a norma

A Norma ISO 15197:2013 especifica os requisitos fundamentais para o sistema de monitoramento de glicemia, responsável por medir as concentrações de glicose no sangue capilar. Os requisitos são utilizados em procedimentos de verificação específicos e na validação do desempenho dos aparelhos medidores de glicose pelos usuários, sendo então destinados à monitorização glicêmica para controle do diabetes.

Essa norma determina que 95% dos testes de glicemia realizados nos glicosímetros vendidos no Brasil não podem apresentar variação glicêmica maior do que 15% quando comparados aos testes realizados em laboratórios. A medição correta no uso dos aparelhos é necessária, uma vez que os erros na leitura dos níveis de açúcar no sangue podem gerar problemas de saúde e acarretar decisões equivocadas sobre alimentação e uso da insulina para aqueles pacientes que fazem uso do hormônio em sua forma sintética, entre outras.

Recomendações

Em caso de dúvidas sobre um produto estar em situação regular ou não, consulte o portal da Anvisa:https://consultas.anvisa.gov.br/#/saude/. O número de registro dos produtos encontra-se nos rótulos e nas embalagens.

É importante que os pacientes consultem os profissionais de saúde para discutir a substituição dos glicosímetros/tiras por outros que estejam em situação regular.

Caso seja identificada qualquer irregularidade ou houver alguma suspeita quanto ao desempenho de um produto para a saúde, entre em contato com a Anvisa por meio da Central de Atendimento ao Público (0800 642 9782).

---

* Quatro novas substâncias ilícitas foram proibidas pela Anvisa. As drogas sintéticas identificadas causam efeitos alucinógenos e já foram apreendidas pela Polícia Federal e por algumas Polícias Civis, sob a forma de selos, pó ou comprimidos. As substâncias são as seguintes: **25B-NBOH, 25C-NBOH, 25E-NBOH** e **25H-NBOH**.

Essas drogas apresentam estrutura molecular e efeitos similares aos de outras já conhecidas e proibidas, como os alucinógenos LSD e NBOMe (também conhecido como N-bomb ou Smiles), que apresentam alto potencial para uso abusivo, representando risco à saúde dos usuários.

A identificação dessas drogas gerou a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 254/2018, da última segunda-feira (10/12), que atualizou a lista de substâncias proibidas no país, descrita no anexo I da Portaria 344, de 1998. A portaria é da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e trata do regulamento técnico sobre produtos que exigem controle especial.

Novas substâncias psicoativas

As drogas proibidas pela Anvisa são identificadas como novas substâncias psicoativas (NSPs), da classe das feniletilaminas, e não apresentam nenhum uso medicinal reconhecido.

Conforme definição adotada pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), as NSP são substâncias de abuso não controladas internacionalmente, mas que podem causar riscos à saúde pública. São moléculas desenhadas, em sua maioria, para fins ilícitos e com o objetivo de evadir as medidas aplicadas às substâncias já controladas, das quais derivam ou imitam os efeitos. Elas apresentam efeitos similares aos de outras drogas, como Cannabis, cocaína, heroína, LSD, ecstasy ou metanfetamina.

Os usuários desses produtos ficam expostos a altos riscos e a efeitos imprevisíveis, como convulsões, psicose aguda, dependência e morte. Ainda há pouca informação científica disponível sobre as NSPs. Isto porque, geralmente, a real composição do produto consumido é mascarada ou desconhecida, pois pode ser vendido com o mesmo nome da droga cujo efeito busca imitar.

As NSPs têm proliferado em velocidade alarmante e sem precedentes, tornando-se um fenômeno global – 111 países de todas as regiões do mundo (inclusive o Brasil) já reportaram ao UNODC o aparecimento de pelo menos uma delas. Entre 2009 e 2017, foram identificadas 803 moléculas diferentes em todo o mundo.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 18/12/2018
Fonte da informação: foz.portaldacidade.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A Tríplice Fronteira terá um protocolo de prevenção e combate à febre amarela. O documento começou a ser construído por médicos, enfermeiros e técnicos do Brasil, Paraguai e da Argentina durante a Oficina de Febre Amarela, apoiada pelo Grupo de Trabalho Itaipu Saúde. A reunião ocorreu na última quinta (13) e sexta-feira (14), no Centro de Treinamento da Itaipu, e contou com a presença de representantes dos Ministérios da Saúde dos três países, da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e secretarias de saúde.

O plano, que deverá ser concluído até o final deste ano, terá dados sobre como identificar casos de febre amarela e evitar a proliferação da doença e pode contemplar uma campanha de vacinação. Também abordará metodologia de tratamento, manejo de pacientes e mecanismos de comunicação entre as três cidades limítrofes: Foz do Iguaçu, Ciudad del Este e Puerto Iguazú.

Segundo o coordenador suplente do GT Itaipu-Saúde e assessor da Diretoria-Geral da Itaipu, Luiz Paulo Johansson, o objetivo dessa oficina foi promover a troca de informações entre os técnicos dos três países e organizar a forma de atendimento, caso ocorra uma epidemia de febre amarela na região. Existe a preocupação porque dois estados brasileiros, São Paulo e Minas Gerais, sofreram com febre amarela entre 2016 e 2018.

“Durante uma visita na sede da OPAS, em Washington (EUA), soubemos que uma possível onda de febre amarela poderia chegar ao Paraná. Resolvemos nos antecipar e assim estarmos preparados para combater a doença, caso ela chegue à região”, afirmou Johansson.

De acordo com ele, embora o foco da visita na Organização Pan-americana de Saúde tenha sido outras arboviroses (doenças transmitidas por insetos, como dengue, zika e chikungunya), a febre amarela acabou sendo uma das prioridades. “Como a febre amarela também pode ser transmitida pelo Aedes aegypti, acabou sendo incluída na pauta”, explicou.

Presente no encontro da última semana em Foz, o consultor nacional da OPAS, Matheus de Paula Cerroni, explicou que Organização monitora as regiões que podem ser afetadas e auxilia na elaboração de planos de contingência e preparação e avaliação de riscos.

Prontos

Rafael Gomes França, consultor do Ministério da Saúde, explicou que, apesar de não ser possível prever se uma onda de febre amarela chegará à região, é bom estar preparado.

“Quando os técnicos estão preparados para atender, a população se sente mais segura”, disse a enfermeira paraguaia Blanca Villalba. No país vizinho, não há registro da doença autóctone desde 2008, de acordo com Blanca.

No território argentino foram 24 casos da doença em 2018, todos importados do Brasil, segundo o bioquímico Cristian Humeres, do Instituto Nacional de Medicina Tropical da Argentina. “Precisamos trabalhar em conjunto”.

Febre Amarela

A febre amarela é uma doença infecciosa causada por um vírus e transmitida por mosquitos. Ela pode ser urbana, quando é transmitida pelo Aedes aegypti; ou febre amarela silvestre, quando transmitida pelo Haemagogus e Sabethe.

A enfermidade provoca amarelidão do corpo (icterícia) e hemorragia em diversos graus. Apesar de ser causada por um vírus perigoso, a maioria das pessoas evoluem para a cura.

SARAMPO

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

COMENTÁRIOS:

Até o momento, no Brasil, além dos surtos de sarampo nos estados do Amazonas e Roraima, nove Unidades Federadas também confirmaram casos de sarampo: 54 casos no Pará, 45 casos no Rio Grande do Sul, 19 no Rio de Janeiro, quatro casos em Pernambuco e Sergipe, três casos em São Paulo, dois em Rondônia e Bahia e um caso no Distrito Federal, totalizando 10.262 casos confirmados de sarampo no Brasil.

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

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

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

As ações de vacinação têm sido intensificadas nos locais de ocorrência dos casos para interromper a cadeia de transmissão do sarampo, desde a identificação dos casos da doença. De acordo com dados registrados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), em 2018, para a rotina de vacinação, as coberturas administrativas para a dose 1 (D1) e dose 2 (D2) da vacina tríplice viral nos Estados com casos confirmados de sarampo estão abaixo da meta preconizada de 95%. Para a D1, o estado que apresenta a maior cobertura é Pernambuco, com o percentual de 82,21%; já para a D2, a Unidade Federada com maior cobertura é o Distrito Federal com 71,45%.

Unidade Federada	Casos Confirmados*
Amazonas	9.779
Roraima	349
Pará	54
Rio Grande do Sul	45
Rio de Janeiro	19
Sergipe	4
Pernambuco	4
São Paulo	3
Rondônia	2
Bahia	2
Distrito Federal	1
Brasil	10.262

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do AM, RR, RS, RJ, PA, SE, PE, SP, RO, BA e DF.
Data: 10/12/2018;
*Dados sujeitos a alterações.

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 18/12/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O Brasil tem um modelo considerado exemplar quando o assunto é calendário de vacinação, mas a oferta de vacinas no Sistema Único de Saúde (SUS) não tem sido suficiente para garantir a taxa desejável de cobertura vacinal da população.

Por causa disso, em 2017 o país teve o menor índice de vacinação em crianças menores de um ano em 16 anos. Todas as vacinas recomendadas para adultos estão abaixo da meta de cobertura ideal.

Além disso, até dezembro de 2018, o país registrou mais de 10 mil casos de sarampo. A doença estava erradicada no Brasil, mas a importação do vírus vindo da Venezuela provocou dois surtos: um no Amazonas e outro em Roraima.

Se até fevereiro de 2019 o país ainda tiver novos casos, pode perder o certificado de erradicação da doença concedido pela Organização Mundial de Saúde.

Mas o que leva às baixas coberturas e consequentemente aos surtos de doenças antes erradicadas?

Através da Lei de Acesso à Informação, o **G1** obteve dados relacionados aos investimentos em produção e distribuição de vacinas e gastos com campanhas.

O **G1** pediu ao Ministério da Saúde o histórico de gastos com campanhas nos últimos dez anos, mas a pasta alegou não ter sistema que pudesse buscar os dados no período entre 2008 e 2014, atendendo o pedido da reportagem apenas parcialmente.

O **G1** questionou ainda sobre o quanto é gasto especificamente com veiculação em campanhas de TV, banners e internet. O ministério não especificou quanto é destinado para cada um.

Os investimentos em campanhas de vacinação como um todo evoluíram entre 2015 e 2018. Até o final de 2018, os gastos com campanhas de vacinação chegarão ao patamar de R$ 58 milhões, maior valor em quatro anos. Em 2015, por exemplo, foram gastos mais R$ 33 milhões entre campanha de multivacinação e específicas, como contra o HPV.

Este ano, mais de R$ 20 milhões foram destinados apenas para campanha conjunta de poliomielite e sarampo que já estava prevista como parte do que o ministério chama de “campanha de seguimento”.

Este tipo de campanha acontece em média a cada três ou cinco anos, para reforçar a proteção das crianças contra as doenças e manter o Brasil sem transmissão disseminada dos vírus. É por isso que a cada ano, as campanhas tem um foco e um calendário diferente.

Em 2017, por exemplo, não houve campanha específica para sarampo e poliomelite.

A campanha de 2018 já estava nos planos mesmo antes dos surtos em Roraima e no Amazonas. Segundo o Ministério da Saúde, nas regiões mais afetadas a vacinação foi apenas adiantada.

Para Renato Kfouri, vice-presidente da Sociedade Brasileira de Imunização, a vacinação de forma geral tem que ser feita rotineiramente, seguindo o calendário adequado para cada fase da vida.

Em 2018, a campanha de vacinação de crianças de um a cinco anos de idade contra sarampo e pólio atingiu a meta de 95% após prorrogação, mas a cobertura em adultos continua abaixo da meta. O mesmo vale para a cobertura acumulada de outras vacinas importantes.

Na tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), por exemplo, a taxa de cobertura é baixíssima: 4,7% no acumulado entre 1994 e 2018. A meta é 95%.

Para Kfouri, o surto de sarampo está diretamente associado aos números ruins na cobertura vacinal.

“A nossa última epidemia foi no Ceará em 2016. Foi no encerramento dessa epidemia que recebemos a certificação da eliminação do vírus. Essa era a nossa situação até o surto na Venezuela e a migração na nossa fronteira em Roraima primeiro e depois no Amazonas“.

(Continua na próxima página)

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 18/12/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Atualmente, o Brasil produz as vacinas de sarampo e poliomielite que usa na instiuição Biomanguinhos/Fiocruz. Segundo o Ministério da Saúde, não há problema de desabastecimento nos postos de saúde, mas a distribuição fica a cargo dos governos estaduais e municipais.

Os números não são regulares. Ao longo dos anos, houve oscilação nas quantidades de doses anuais recebidas pelos estados.

Em Roraima, por exemplo, em 2012 foram recebidas mais de 16 milhões de doses de vacinas tríplice viral e contra poliomelite. Já em 2018, foram cerca de 5 milhões de doses.

Já o Amazonas chegou a receber mais de 55 milhões de doses em 2008. Em 2018, o número é de pouco mais de 22 milhões de doses.

Para o enfrentamento do surto de sarampo em 2018, o ministério disse ter encaminhado ainda 14,8 milhões de doses da vacina tríplice viral aos estados de Rondônia, Amazonas, Roraima, Pará, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Sergipe e Distrito Federal para atender a demanda dos serviços de rotina e a para a realização das ações de bloqueio.

O Brasil tem 36.654 salas de vacinação abertas e funcionando em 2018 entre públicas e privadas. De 2012 até 2018, o aumento no número de salas no país foi de 8%, um aumento de 2.817 salas.

O número é considerado bom, já que o Brasil não faz agendamento de vacinas na rede pública e todas elas devem estar disponíveis para a população a qualquer dia para que o calendário vacinal seja cumprido.

Neste período, apenas 6 estados perderam salas: Pará (9 salas a menos), Amapá (12 salas a menos), Espírito Santo (82 salas a menos), Paraná (3 salas a menos), Rio Grande do Sul (1 sala a menos) e Mato Grosso do Sul (31 salas a menos).

Para o ministério, parte do problema está na falta de conhecimento de parcela da população que não conviveu com as doenças como sarampo e poliomelite e desconhece as sequelas que elas deixam.

O calendário extenso de vacinação, uma conquista dos avanços da ciência, também faz com que algumas pessoas não voltem para completar as doses necessárias em alguns casos ou priorizem uma ou outra vacina.

As notícias falsas sobre as vacinas e supostos efeitos adversos também são um problema. Em agosto de 2018, o Ministério da Saúde criou um canal exclusivo para combate às chamadas fake news. Através de um número de Whatsapp, a pessoa pode encaminhar uma mensagem duvidosa que foi recebida e checar diretamente com o ministério.

Além disso, o sistema para o controle das vacinas no Brasil ainda não é o ideal e a carteira de vacinação em papel ainda é uma realidade. A ideia é informatizar o sistema de registro em todo território nacional para que todos os brasileiros consigam acessar seus dados de vacinação com a possibilidade de recuperação dos dados. A informatização do sistema facilitaria a coleta de dados pelo Ministério da Saúde e evitaria os chamados "bolsões" de pessoas não-vacinadas.

Kfouri lembra que foram 12 mortes por sarampo no Brasil em decorrência do novo surto nos estados de Roraima e Amazonas, metade das mortes em crianças menores de um ano de idade.

“Ou seja, crianças que ainda não eram candidatas à vacinação. Essas pessoas se beneficiariam, ou seja, não pegariam sarampo se todos ao seu redor estivessem vacinados. Então, reforça a ideia da vacinação não só como proteção da pessoa que recebe a vacina, mas também para aqueles que não podem receber a vacina como menores de um ano, grávidas, indivíduos que tem comprometimento do sistema imune”, explica.

Em nota, o ministério informou ao **G1** que a considera a campanha de vacinação de crianças em 2018 uma das mais importantes do ano.

“A campanha, em 2018, superou a meta de vacinar, pelo menos, 95% do público-alvo, atingindo 98% de cobertura, o que não vinha acontecendo desde 2014. A recomendação de uma cobertura vacinal homogênea no país é um trabalho constante e prioritário do Ministério da Saúde”.

SÍFILIS

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 13/12/2018
Fonte da informação: correiobraziliense.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A sífilis voltou a ser uma epidemia no Brasil, e o alto número de infectados preocupa especialistas da saúde. O relaxamento da população no uso de preservativos e a falta de conclusão dos tratamentos por parte dos pacientes dificultam o combate à doença, que se tornou uma das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) mais recorrentes entre jovens adultos, gestantes e idosos no país.

Dados do *Boletim Epidemiológico da Sífilis 2018* mostram que a taxa de detecção da sífilis adquirida aumentou de 44,1 para cada grupo de 100 mil habitantes, em 2016, para 58,1/100 mil em 2017. No mesmo período, a sífilis em gestantes cresceu de 10,8 casos por mil nascidos vivos para 17,2. Já a sífilis congênita, passou de 21.183 casos em 2016 para 24.666 em 2017. O número de óbitos por sífilis congênita foi de 206 casos em 2017, enquanto em 2016, haviam sido 195.

Para debater formas de frear o crescimento da doença, o **Correio** reuniu especialistas na quinta-feira (13/12), durante o seminário *Correio Talks: Infecções sexualmente transmissíveis e o combate à sífilis no Brasil*.

Graduada em medicina pela Universidade de Brasília (UnB) e com mestrado em infectologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Valéria Paes ressaltou no evento a importância de se alertar a população para a questão das ISTs. "Muitas pessoas ainda acham que essas doenças não existem mais. Ou não sabem bem como se prevenir. É sempre bom alertar que é possível ter uma sexualidade boa e saudável", defendeu a infectologista.

Falta de informações sobre a penicilina

Segundo Adele Benzaken, diretora do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde, ainda existe uma resistência com relação à penicilina, tanto por parte do paciente quanto de alguns profissionais de saúde, muitas vezes mal orientados.

"A penicilina é o remédio mais indicado para o tratamento", explica Adele. "Um dos principais trabalhos de prevenção é a boa orientação médica ou a procura do paciente ao consultório ainda nos primeiros sintomas da doença. Se a sífilis for diagnosticada no início, a cura é mais rápida", afirmou.

O preconceito e o medo do julgamento social, no entanto, ainda afeta pacientes, que, muitas vezes resistem em informar o médico que fizeram sexo sem preservativo. Esse cenário atrapalha o diagnóstico precoce da doença, avalia Eliana Bicudo, consultora da Sociedade Brasileira de Infectologia.

"Não é sempre que os sintomas aparecem, por isso é preciso atenção. A transparência nas consultas é essencial para manter a saúde do paciente. E o debate não é só em torno da sífilis, mas de todas as doenças sexualmente transmissíveis", frisou.

Risco para os bebês

A especialista destacou ainda que a sífilis é um dos microrganismos sexualmente transmissíveis mais preocupantes por conta das complicações que pode causar. Quando a doença é congênita, ou seja, transmitida de mãe para filho, há um risco de comprometimento do sistema neurológico da criança. Se não for tratada, pode colocar em risco, inclusive, a vida do bebê. "A mãe e o pai devem fazer o tratamento. O que se observa é que os homens, muitas vezes, não o concluem, e não ficam 100% curados. Eles têm maior resistência", acrescentou.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 10/12/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

As informações apresentadas nesse informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 49 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 08/12/2018.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 26,4% (4.607/17.424) para SG e de 35,9% (990/2.757) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 23,6% (6.697/28.319) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 26,7% (1.374/5.153) 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: 10/12/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

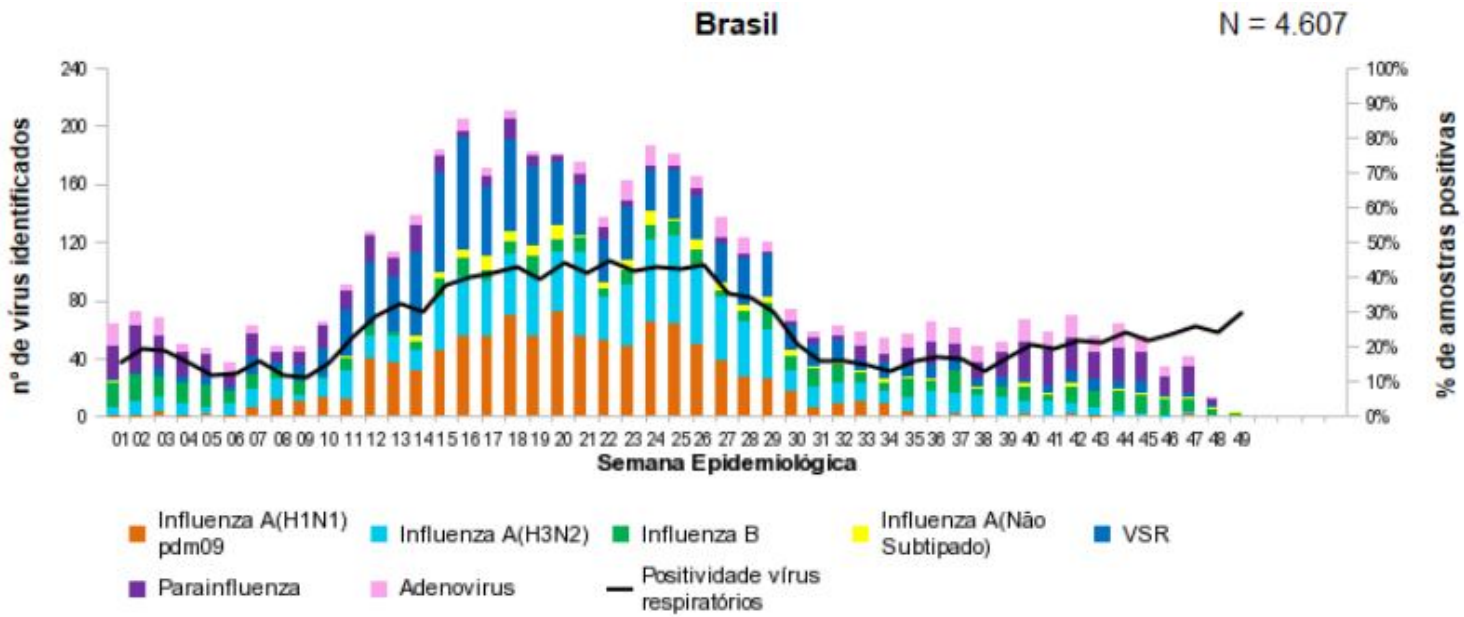
SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 49 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 20.497 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 17.424 (85,0%) possuem resultados inseridos no sistema e 26,4% (4.607/17.424) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 2.608 (56,6%) foram positivos para influenza e 1.999 (43,4%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 1.025 (39,3%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 478 (18,3%) de influenza B, 124 (4,8%) de influenza A não subtipado e 981 (37,6%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 1.028 (51,4%) de VSR (Figura1).

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

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

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 49.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 10/12/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

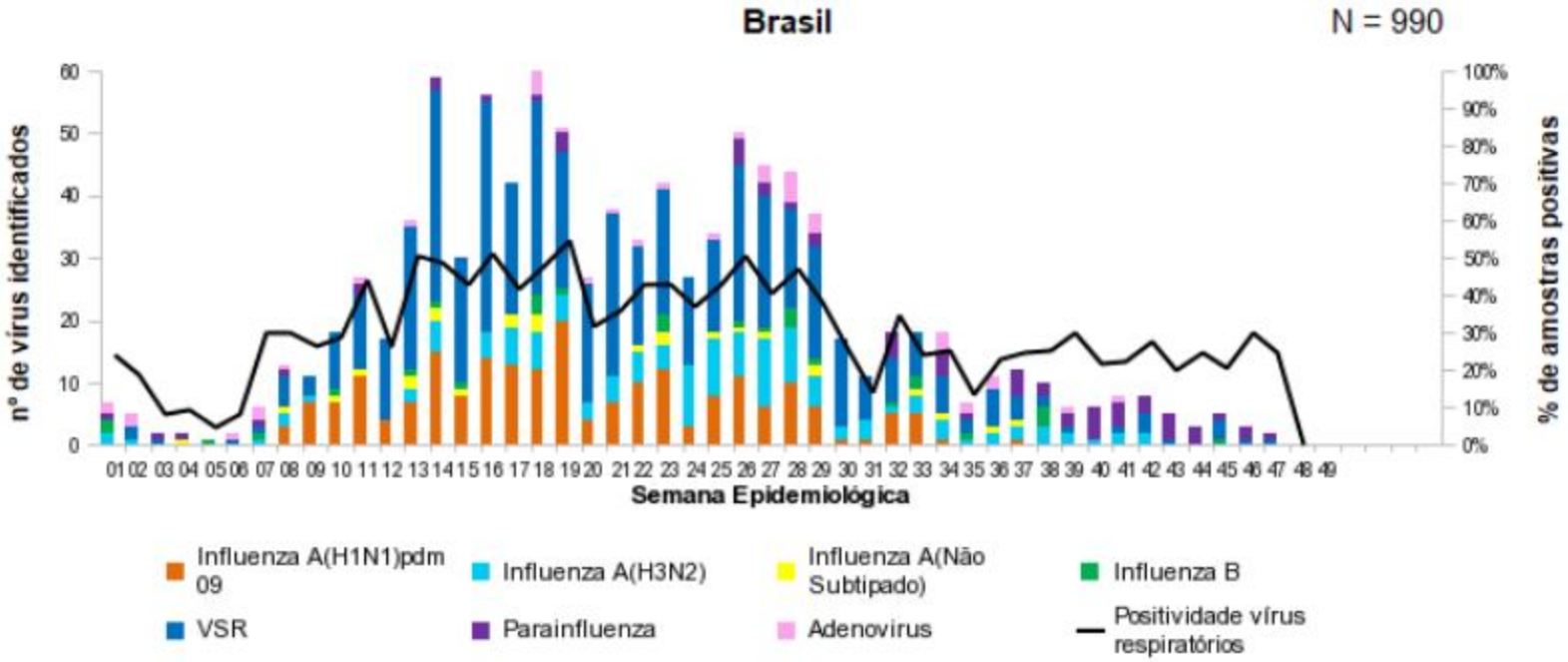
Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 10/12/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 3.142 coletas, sendo 2.757 (87,7%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 990 (35,9%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 395 (39,9%) para influenza e 595 (60,1%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 212 (53,7%) para influenza A(H1N1)pdm09, 26 (6,6%) para influenza A não subtipado, 29 (7,3%) para influenza B e 128 (32,4%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 491 (82,5%) 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 49.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 10/12/2018, sujeitos a alteração.

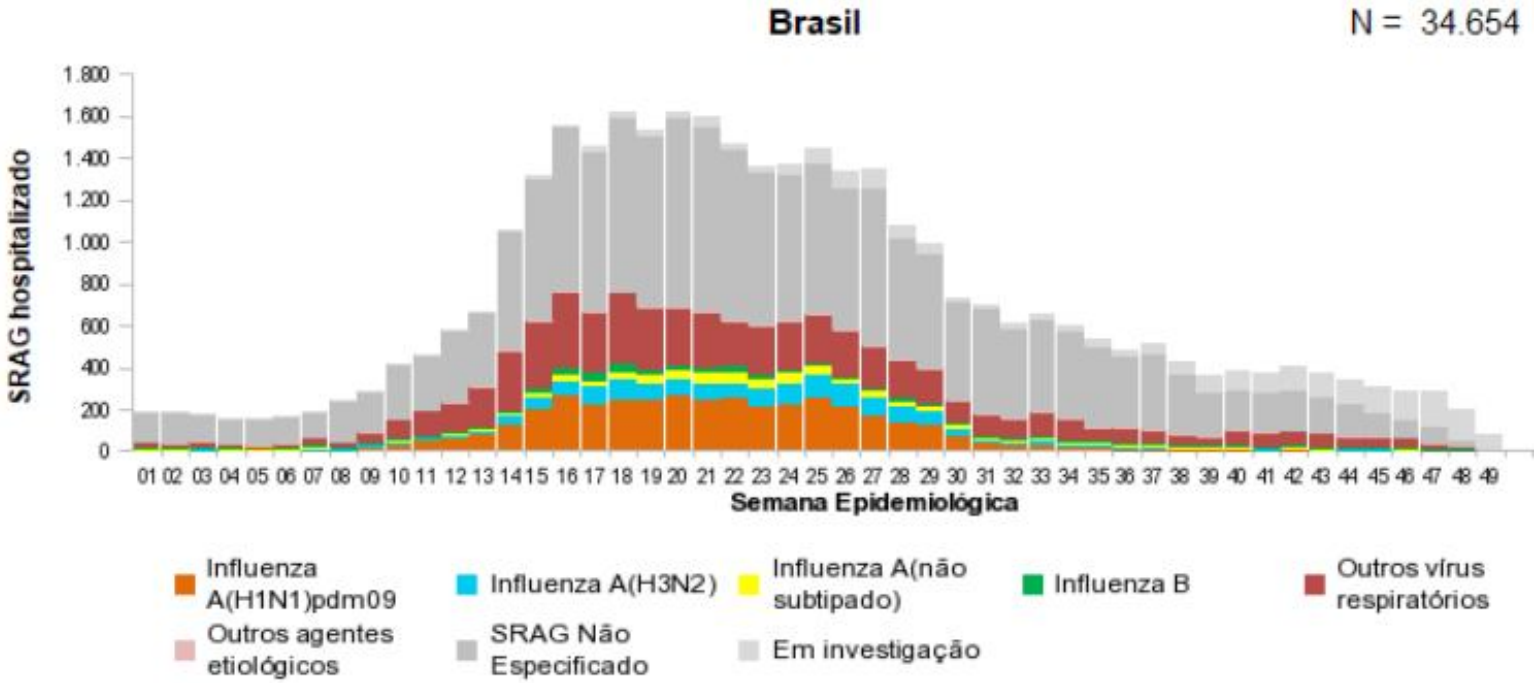
INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 10/12/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 49 de 2018 foram notificados 34.654 casos de SRAG, sendo 28.319 (81,7%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 23,6% (6.697/28.319) foram classificadas como SRAG por influenza e 22,1 (6.245/28.319) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 3.872 (57,8%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 640 (9,6%) influenza A não subtipado, 542 (8,1%) influenza B e 1.643 (24,5%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 37 anos, variando de 0 a 107 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região Sudeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 46,4% (3.107/6.697).

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 49.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 10/12/2018, sujeitos a alteração.

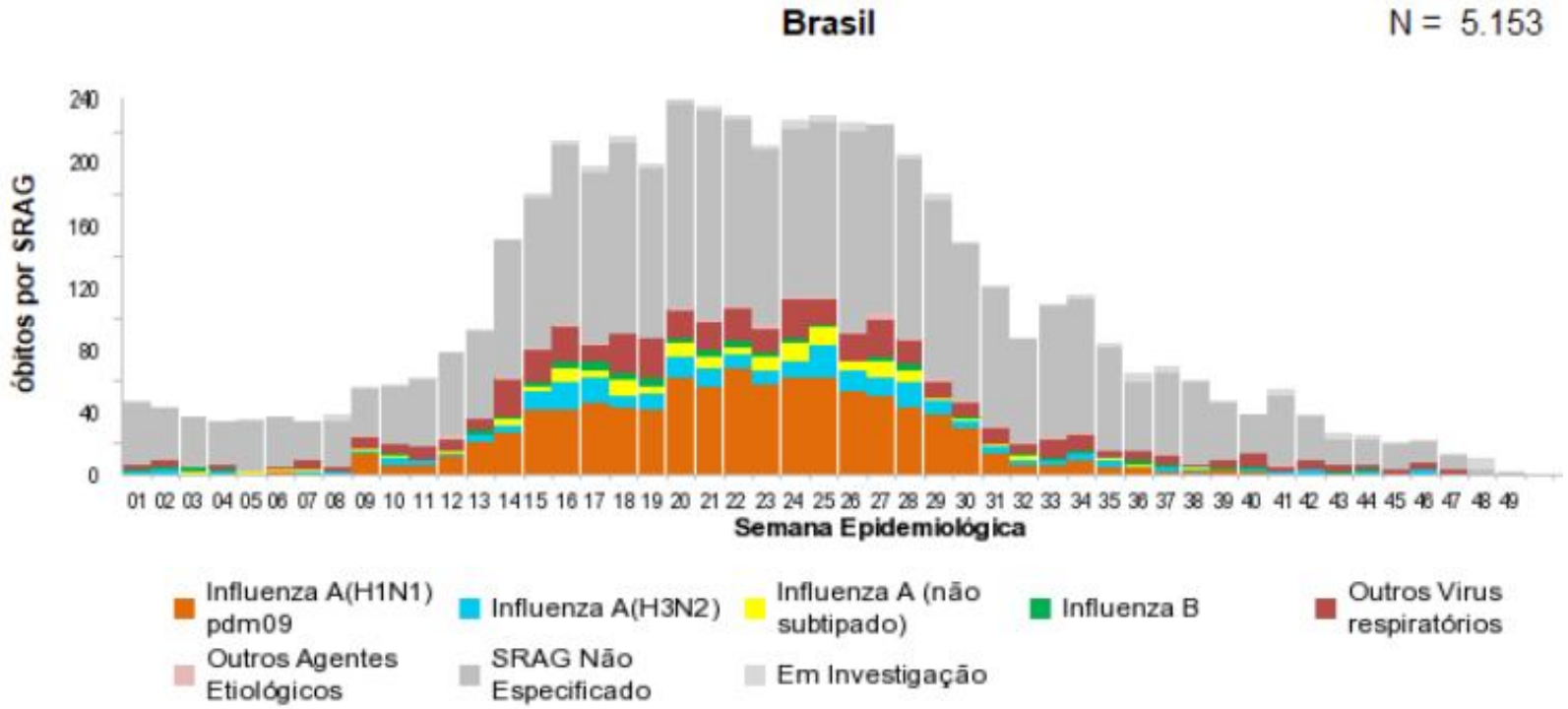
INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 10/12/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 49 de 2018 foram notificados 5.153 óbitos por SRAG, o que corresponde a 14,9% (5.153/34.654) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 1.374 (26,7%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 912 (66,4%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 129 (9,4%) influenza A não subtipado, 77 (5,6%) por influenza B e 256 (18,6%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 42,1% (579/1.374), 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 49.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 10/12/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 10/12/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 57 anos, variando de 0 a 107 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,66/100.000 habitantes. Dos 1.374 indivíduos que foram a óbito por influenza, 1.051 (76,5%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, cardiopatas, pneumopatas e diabetes mellitus. Além disso, 1.070 (77,9%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 94 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas.

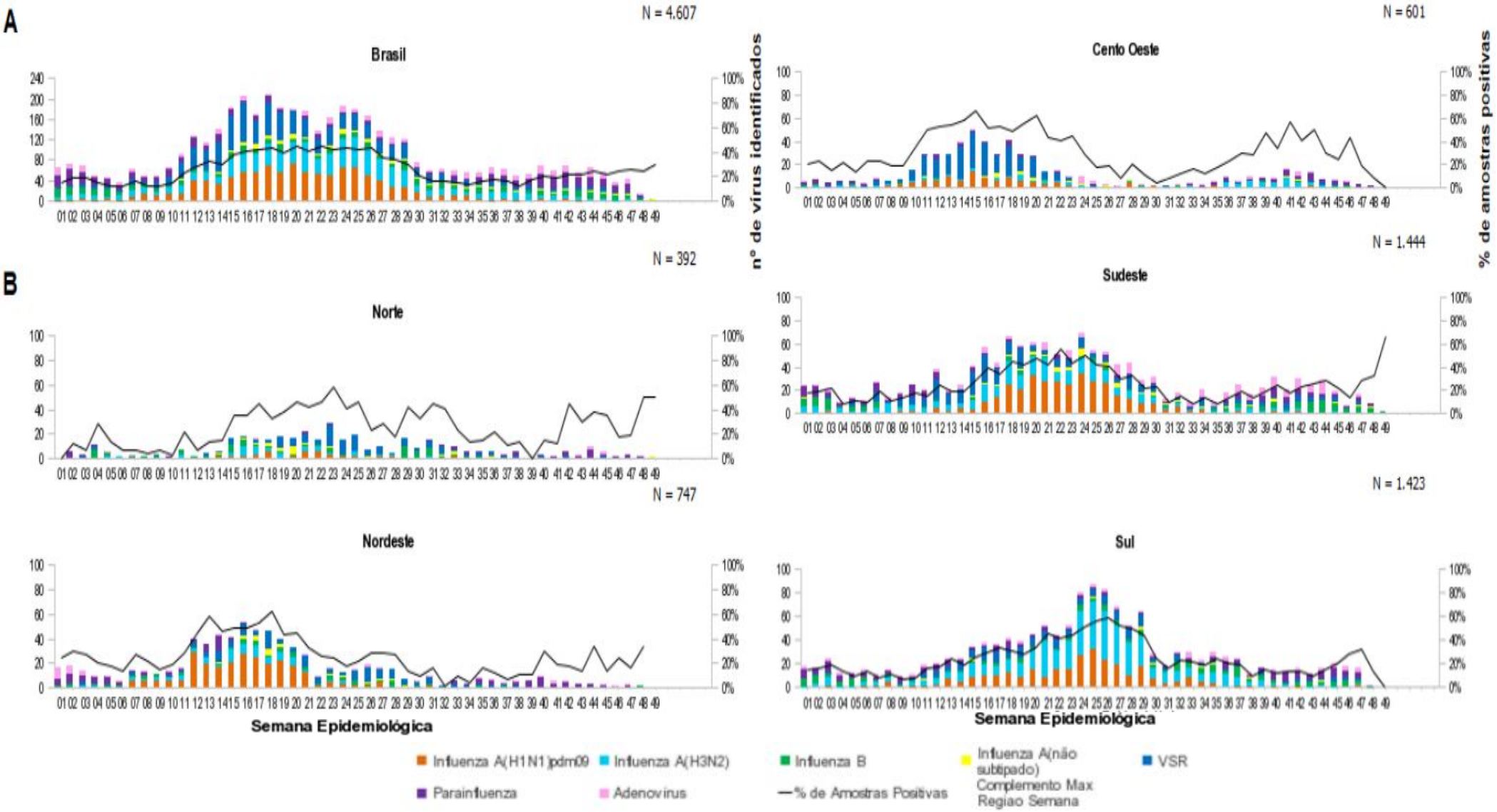
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 49.

Óbitos por Influenza (N = 1.374)	n	%
Com Fatores de Risco	**1.051**	**76,5%**
Adultos ≥ 60 anos	578	55,0%
Doença cardiovascular crônica	333	31,7%
Pneumopatias crônicas	260	24,7%
Diabete mellitus	241	22,9%
Obesidade	154	14,7%
Doença Neurológica crônica	111	10,6%
Doença Renal Crônica	99	9,4%
Imunodeficiência/Imunodepressão	88	8,4%
Gestante	16	1,5%
Doença Hepática crônica	26	2,5%
Criança < 5 anos	97	9,2%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	0,3%
Indígenas	3	0,3%
Síndrome de Down	13	1,2%
Que utilizaram antiviral	**1.070**	**77,9%**

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 10/12/2018, 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 49.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 10/12/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

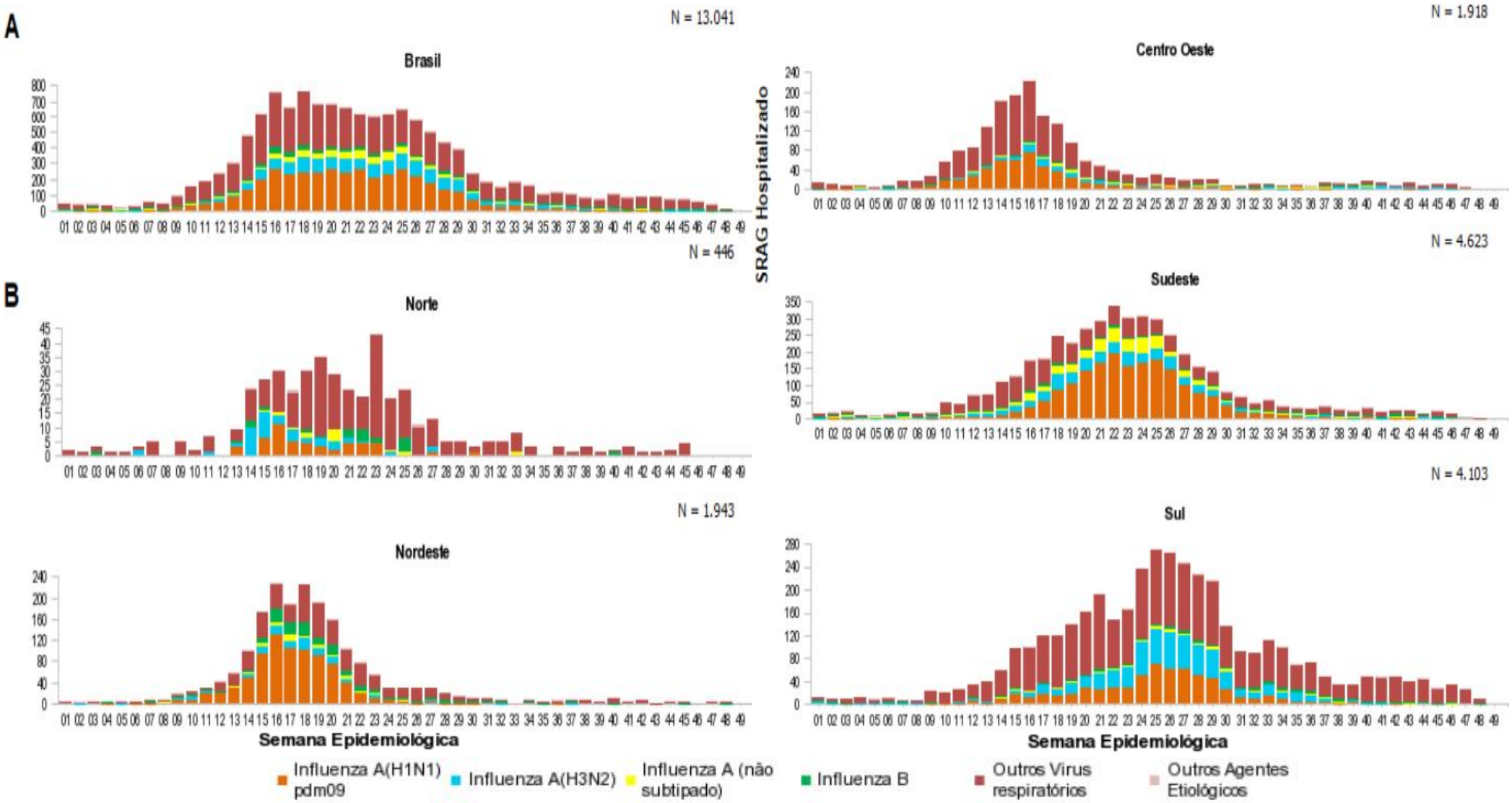
Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 49.

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	**1.551**	**196**	**48**	**11**	**44**	**10**	**12**	**1**	**22**	**3**	**126**	**25**	**317**	**32**	**3**	**1**	**985**	**136**	**120**	**2**
RONDÔNIA	75	12	7	0	0	0	0	0	1	0	8	0	3	0	0	0	64	12	0	0
ACRE	265	48	13	3	4	0	0	0	1	1	18	4	36	3	0	0	176	41	35	0
AMAZONAS	172	16	1	1	6	1	2	0	7	1	16	3	79	8	0	0	73	5	4	0
RORAIMA	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0
PARÁ	907	93	15	3	30	8	7	1	11	0	63	12	178	19	2	1	589	61	75	0
AMAPÁ	15	2	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	9	2	0	0
TOCANTINS	114	24	10	4	3	1	3	0	2	1	18	6	18	2	1	0	71	14	6	2
NORDESTE	**6.377**	**732**	**833**	**162**	**144**	**21**	**56**	**14**	**178**	**24**	**1.211**	**221**	**711**	**59**	**21**	**4**	**3.418**	**417**	**1.016**	**31**
MARANHÃO	191	36	27	6	3	0	10	3	2	0	42	9	9	1	4	1	74	22	62	3
PIAUÍ	398	59	138	19	1	0	2	1	2	0	143	20	58	5	3	1	180	33	14	0
CEARÁ	1.257	158	257	58	20	4	11	2	90	11	378	75	15	0	2	1	829	77	33	5
RIO GRANDE DO NORTE	291	66	41	11	19	0	9	3	15	1	84	15	27	2	0	0	108	40	72	9
PARAÍBA	258	97	17	10	10	4	0	0	5	2	32	16	10	3	0	0	188	77	28	1
PERNAMBUCO	1.989	83	97	18	50	8	1	1	11	1	159	28	3	1	1	0	1.109	47	717	7
ALAGOAS	185	37	32	3	3	0	10	3	5	0	50	6	4	0	5	1	122	29	4	1
SERGIPE	265	21	33	6	2	0	1	0	1	0	37	6	89	5	0	0	129	10	10	0
BAHIA	1.543	175	191	31	36	5	12	1	47	9	286	46	496	42	6	0	679	82	76	5
SUDESTE	**13.906**	**2.404**	**1.853**	**503**	**590**	**98**	**463**	**95**	**195**	**29**	**3.101**	**725**	**1.470**	**127**	**51**	**19**	**8.496**	**1.477**	**788**	**56**
MINAS GERAIS	2.045	414	86	36	83	19	100	36	14	5	283	96	152	25	9	1	1.486	277	115	15
ESPÍRITO SANTO	501	75	71	16	30	3	2	1	5	2	108	22	0	0	0	0	311	46	82	7
RIO DE JANEIRO	1.244	182	84	20	19	4	28	1	47	3	178	28	366	51	5	3	609	97	86	3
SÃO PAULO	10.116	1.733	1.612	431	458	72	333	57	129	19	2.532	579	952	51	37	15	6.090	1.057	505	31
SUL	**9.018**	**1.308**	**645**	**141**	**696**	**105**	**58**	**11**	**108**	**9**	**1.507**	**266**	**2.583**	**182**	**13**	**4**	**4.527**	**842**	**388**	**14**
PARANÁ	4.773	745	235	45	378	61	17	4	32	1	662	111	1.778	145	9	3	2.215	479	109	7
SANTA CATARINA	1.422	243	159	34	157	20	8	1	18	2	342	57	357	26	0	0	708	159	15	1
RIO GRANDE DO SUL	2.823	320	251	62	161	24	33	6	58	6	503	98	448	11	4	1	1.604	204	264	6
CENTRO OESTE	**3.776**	**505**	**490**	**93**	**167**	**22**	**51**	**8**	**38**	**12**	**746**	**135**	**1.161**	**73**	**11**	**4**	**1.760**	**284**	**98**	**9**
MATO GROSSO DO SUL	961	126	50	12	62	12	22	4	12	5	146	33	331	18	7	0	453	74	24	1
MATO GROSSO	293	84	36	7	13	2	4	2	11	4	64	15	4	2	2	2	200	64	23	1
GOIÁS	1.543	242	345	68	55	6	9	1	9	3	418	78	409	45	2	2	689	110	25	7
DISTRITO FEDERAL	979	53	59	6	37	2	16	1	6	0	118	9	417	8	0	0	418	36	26	0
BRASIL	**34.628**	**5.145**	**3.869**	**910**	**1.641**	**256**	**640**	**129**	**541**	**77**	**6.691**	**1.372**	**6.242**	**473**	**99**	**32**	**19.186**	**3.156**	**2.410**	**112**
Outro País	**25**	**8**	**3**	**2**	**2**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**6**	**2**	**3**	**1**	**0**	**0**	**15**	**5**	**1**	**0**
TOTAL	**34.654**	**5.153**	**3.872**	**912**	**1.643**	**256**	**640**	**129**	**542**	**77**	**6.697**	**1.374**	**6.245**	**474**	**99**	**32**	**19.202**	**3.161**	**2.411**	**112**

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 10/12/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

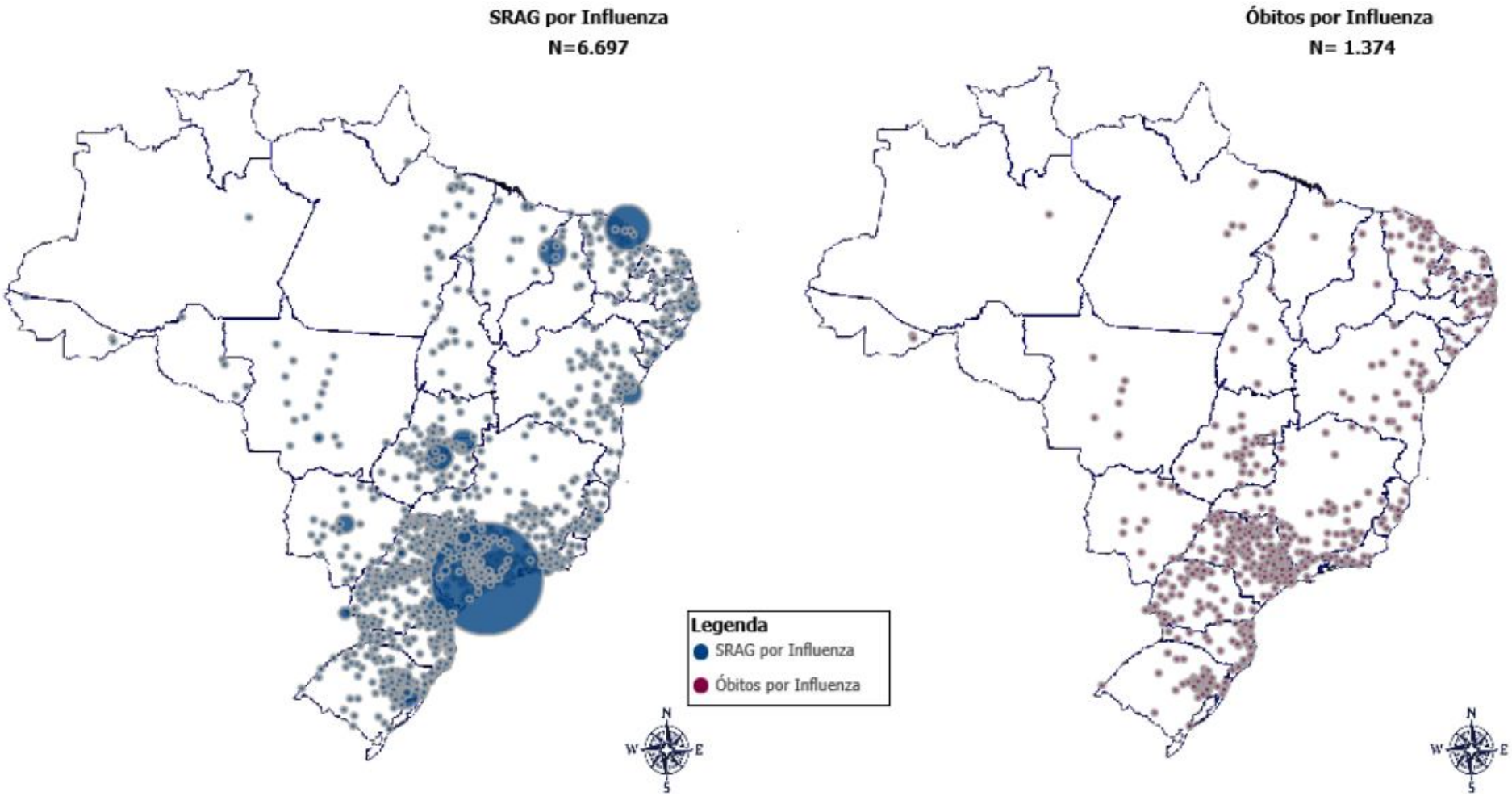
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 49.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 10/12/2018, 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 49.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 10/12/2018, sujeitos a alteração.

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

EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 50/2018

(09/12/2018 a 15/12/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

INFLUENZA H1N1

Local de ocorrência: México
Data da informação: 15/12/2018
Fonte da informação: excelsior.com.mx (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Até agora, nesta temporada de inverno, morreram no México 70 pessoas vítimas do vírus da influenza A (H1N1).

A Direção Geral de Epidemiologia do Ministério da Saúde, relatou que no total há 81 mortes, das quais, 86,41% correspondem a H1N1.

O Ministério da Saúde indicou que 1.236 casos foram confirmados da gripe.

De acordo com o relatório semanal, foram notificados 300 casos a mais para o acumulado da temporada atual da gripe sazonal 2018-2019; até a semana anterior havia 936 casos.

Este valor é o maior dos últimos seis anos, no mesmo período das estações da gripe, enquanto o número de mortes é apenas uma abaixo dos 82 que foram relatados na temporada 2013-2014, a mais agressiva depois da crise de 2009-2011.

Do total de casos confirmados nesse período, 81% correspondem a influenza A (H1N1), 13% a influenza B, 5% a influenza A sem tipagem e 1% A (H3N2).

Os estados com maior incidência de gripe são: Oaxaca, Veracruz, Guerrero, Cidade do México e Tlaxcala, que juntos, respondem por 41,7% do total.

As entidades com maior número de mortes por essa condição são: Oaxaca, Veracruz, Estado do México, Hidalgo e Puebla, que juntos somam 46,9%.

Os grupos com maior número de casos positivos para influenza são aqueles de 1 a 9 anos, seguidos pelo grupo de idosos acima de 60 anos e depois pessoas com 40 a 49 anos.

Fonte: google.com.br

SARAMPO

Local de ocorrência: Europa
Data da informação: 14/12/2018
Fonte da informação: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

COMENTÁRIOS:

Desde o relatório anterior sobre as Ameaças das Doenças Transmissíveis (CDTR), publicado em 10 de novembro de 2018, são fornecidas atualizações para 22 países da UE / EFTA: Áustria, Bulgária, República Checa, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letônia, Lituânia, Holanda, Noruega, Polônia, Portugal, Romênia, Eslováquia, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido (Inglaterra e Reino Unido).

Em 2018 até 10 de dezembro, a maioria dos casos na UE foram notificados na Romênia (5.316), na França (2.727), na Itália (2.368) e Grécia (2.290). Trinta e quatro mortes foram registradas em 2018, na Romênia (22), Itália (7), França (3) e na Grécia (2).

Fora dos países da UE / EFTA, a Ucrânia experimentou a continuação do maior surto, com mais de 44.000 casos notificados em 2018, incluindo 15 mortes. Foi também notificado um surto em curso na Sérvia, com mais de 5.000 casos e 15 mortes, bem como surtos nas Américas, Israel, Ilhas Maurício, Filipinas e Rússia.

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

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

A **Áustria** comunicou 73 casos de sarampo em 2018 até 31 de outubro, um aumento de um caso desde que o CDTR publicou em 10 de Novembro de 2018. Todos os estados federais são afetados e 14% dos casos são trabalhadores da área de saúde. Segundo relatos da mídia até 29 de novembro de 2018, 83 casos foram identificados em 2018.

A **Bulgária** comunicou oito casos de sarampo no dia 2 de dezembro de 2018. Não foram notificados novos casos desde o relatório anterior publicado em 10 de novembro de 2018.

A **República Tcheca** registrou 182 casos de sarampo em janeiro até meados de novembro de 2018, um aumento de 24 casos desde o relatório publicado em 13 de outubro de 2018.

A **Finlândia** relatou nove casos de sarampo em 10 de dezembro de 2018, um aumento de dois casos desde maio de 2018.

A **França** comunicou 2.727 casos em 11 de novembro de 2018, incluindo três mortes. O número de casos desde o relatório anterior publicado em 10 de novembro de 2018 não é alterado. Desde o início do surto, em novembro de 2017, houve 2.878 casos relatados em todo o país, incluindo três mortes.

A **Alemanha** comunicou 527 casos de sarampo até 18 de novembro de 2018, um aumento de 11 casos desde o relatório nacional de 29 Setembro de 2018.

A **Grécia** comunicou 2.290 casos em 6 de dezembro de 2018, incluindo dois óbitos. Nenhum novo caso foi relatado desde o relatório nacional anterior, de 1º de novembro de 2018. Em 6 de dezembro de 2018 e desde o início do surto de maio de 2017, a Grécia comunicou 3.258 casos de sarampo, dos quais 1.885 foram confirmados laboratorialmente. Entre os casos confirmados por laboratório, quatro mortes foram relatadas.

A **Hungria** informou 19 casos de sarampo em 25 de novembro de 2018, um aumento de um caso desde o relatório anterior publicado em 10 de novembro de 2018.

A **Irlanda** comunicou 76 casos de sarampo em 2018 até 1º de dezembro de 2018.

A **Itália** comunicou 2.368 casos de sarampo, entre 1º de janeiro e 31 de outubro de 2018, um aumento de 73 casos e uma morte desde o relatório nacional em 30 de setembro de 2018. Entre esses casos, 103 eram profissionais de saúde.

A **Letônia** registrou 22 casos de sarampo entre janeiro e setembro de 2018. Nenhum caso novo foi identificado desde agosto de 2018

A **Lituânia** relatou dois casos em 2018 em 31 de outubro. Em 29 de novembro de 2018, as autoridades nacionais de saúde relataram um surto de sarampo com nove casos suspeitos de sarampo na cidade de Visaginas. Além disso, a mídia relatou que dos nove casos, seis foram confirmados.

SARAMPO

Local de ocorrência: Europa
Data da informação: 14/12/2018
Fonte da informação: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

COMENTÁRIOS:

A **Holanda** relatou 0,1 casos de sarampo por 100.000 habitantes em 2018 até 4 de dezembro de 2018. De acordo com TESSy, 22 casos foram relatados em 2018.

A **Noruega** notificou 12 casos de sarampo em 10 de dezembro de 2018, um aumento de dois casos desde o relatório nacional em 31 de outubro de 2018.

A **Polônia** comunicou 220 casos de sarampo em 30 de novembro de 2018, um aumento de 92 casos desde o relatório nacional anterior em 15 de outubro de 2018.

Portugal notificou 26 casos confirmados de sarampo (22 adultos e quatro crianças) em Lisboa e Vale do Tejo, até 5 de dezembro de 2018. Estes casos estão relacionados com dois surtos distintos que começaram com casos importados da República Checa e da Ucrânia.

A **Romênia** comunicou 5.316 casos de sarampo, incluindo 22 mortes, em 2018 em 7 de dezembro de 2018, um aumento de 94 casos desde o relatório anterior em 10 de novembro de 2018. Desde o início do surto em outubro de 2016 até 7 de dezembro de 2018, a Romênia relatou 15.540 casos confirmados de sarampo, incluindo 59 mortes.

A **Eslováquia** comunicou 466 casos de sarampo em 2018, um aumento de 20 casos desde o relatório anterior, publicado em 10 de novembro de 2018.

A **Espanha** registrou 218 casos de sarampo confirmados em 2018, em 2 de dezembro, um aumento de dois casos desde o relatório anterior publicado em 10 de novembro de 2018.

A **Suécia** comunicou 40 casos de sarampo desde o início de 2018 até 10 de dezembro de 2018, um aumento de um caso desde o relatório anterior publicado em 10 de novembro de 2018.

A **Suíça** comunicou 47 casos em 2 de dezembro de 2018, um aumento de seis casos desde o relatório anterior, publicado em 10 de novembro de 2018.

No **Reino Unido** (Inglaterra e País de Gales), houve 913 casos de sarampo confirmados em laboratório na Inglaterra, entre 1º de janeiro e 31 de Outubro de 2018, um aumento de 37 casos desde o relatório nacional de 10 de Setembro de 2018. Além disso, a mídia relatou um surto com 60 casos confirmados em uma comunidade religiosa em Londres.

Resumo epidemiológico relevante para países fora da UE / EFTA:

Israel relatou um surto em curso este ano com 2.040 casos de sarampo, de acordo com um relatório da mídia em 26 de novembro de 2018. Trata-se de um aumento de 1.158 casos desde a publicação do CDTR em 10 de novembro de 2018. Dos 2.040 casos, o número mais elevado foi registrado em Jerusalém (874), seguido por Beit Shemesh (266) e Safed (149), Bnei Brak (97) e Beitar Ilit (95).

A **Sérvia** comunicou 5.776 casos, incluindo 15 mortes, entre outubro de 2017 e 7 de dezembro de 2018, incluindo casos notificados em Kosovo, um aumento de 12 casos desde o relatório anterior, publicado em 10 de novembro de 2018. Dos casos comunicados, 2.925 foram confirmados.

A **Rússia** comunicou 3.017 casos suspeitos e confirmados de sarampo à OMS em 2018.

A **Ucrânia** comunicou 44.386 casos de sarampo em 2018 em 4 de dezembro de 2018, incluindo 15 mortes (11 adultos e 4 crianças), um aumento de 7.931 casos desde o relatório nacional de 6 de novembro de 2018. Entre os casos, 16.593 eram adultos e 27.793 crianças. A maioria dos casos foram notificados em Ivano-Frakivsk, Kiev, Lviv, Odessa, Ternopil e Zakarpatie.

De acordo com a OPAS, em 2018 até 17 de novembro de 2018, 12 países relataram 8.737 casos confirmados de sarampo. A maior quantidade de casos foram relatados pela Venezuela (5.525) e pelo Brasil (2.801).

As **Ilhas Maurícias** comunicaram 1.324 casos confirmados de sarampo, incluindo quatro mortes, até 2 de dezembro de 2018, um aumento de 157 casos desde o relatório anterior publicado em 10 de novembro de 2018. Os distritos mais afetados são Port Louis e Black River.

As **Filipinas** relataram 17.300 casos de sarampo em novembro de 2018, de acordo com reportagens da mídia que citam a OMS.

SARAMPO

Local de ocorrência: Madagascar
Data da informação: 13/12/2018
Fonte da informação: midi-madagasikara.mg (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Com 10.294 casos de sarampo em 44 distritos de 20 regiões em Madagascar, a epidemia de sarampo parece atingir o seu ponto máximo e começa a diminuir. Os distritos de Antananarivo Renivohitra e Ambato Boeny são os mais afetados.

O marco dos 10.000 casos já foi superado. A epidemia de sarampo, que afeta todas as faixas etárias, registra 5.971 casos no distrito de Antananarivo e 782 casos no distrito de Ambato Boeny. No total, 44 distritos são afetados por essa epidemia, que começou há cerca de três meses. Com 20 das 22 regiões afetadas, a epidemia se espalhou por toda a ilha, com a exceção de duas regiões que atualmente não registram casos: Ihorombe e Anosy.

Este ressurgimento do sarampo é explicado por lacunas na vacinação, lamentam funcionários do Ministério Saúde Pública. De fato, o número de crianças vacinadas aos 9 meses (a idade indicada para a vacinação contra o sarampo em Madagáscar) tem vindo a diminuir, de acordo com os registros dos centros de saúde das diferentes regiões.

Portanto, como o número de pessoas vulneráveis ou não vacinadas é alto, as pessoas desenvolvem a doença. Desde o início da atual epidemia, quase 70% dos casos de sarampo são crianças e adolescentes de 1 a 14 anos. Entre eles, pessoas vacinadas ou não vacinadas, com clara predominância dos não vacinados, na faixa etária menor que um ano.

Da mesma forma, 55% de todos os casos são não vacinados ou com status de vacina desconhecido. "É só em face desta crescente epidemia, as pessoas estão percebendo a importância da imunização. A vacinação de rotina incluiu a vacina contra o sarampo desde 9 meses. Da mesma forma, a Semana de Saúde Materna e Infantil é uma oportunidade para realizar a vacinação de crianças que não foram imunizadas", disse o Dr. Manitra Rakotoarivony, diretor de Promoção da Saúde. As vacinas são totalmente gratuitas em instalações de saúde pública, acessíveis a todas as crianças dos 9 aos 11 meses.

Atualmente, em face da situação atual da epidemia, as vacinas contra o sarampo não estão disponíveis para pessoas maiores. Segundo o Ministério da Saúde Pública, as doses ainda disponíveis destinam-se apenas a crianças que em breve terão 9 meses de idade e que já tiveram agendamento na última consulta. As autoridades de saúde tiveram que usar o inventário de segurança para satisfazer as crescentes necessidades da epidemia em Antananarivo. No entanto, espera-se a importação de novos lotes de vacinas

Rubéola

Mas o sarampo não é a única epidemia que afeta atualmente Antananarivo. A situação epidemiológica atual indica que o distrito de Antananarivo Renivohitra também está na epidemia de rubéola, assim como dois outros distritos, Ambanja e Amboasary Sud, com pelo menos 5 casos confirmados em cada distrito em um mês.

LEISHMANIOSE VISCERAL

Local de ocorrência: Uruguai
Data da informação: 05/12/2018
Fonte da informação: elpais.com.uy (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde Pública (MSP) informou que foi confirmado um caso de leishmaniose visceral em uma criança que vive no departamento de Salto. É a primeira vez que a doença é detectada em um ser humano no Uruguai.

“O estado de saúde da criança é estável e ela receberá o tratamento de acordo com as diretrizes sob rigoroso controle médico", disse o ministério em um comunicado sobre o paciente.

Além disso, o MSP acrescentou que, embora seja uma "doença potencialmente grave, é tratável com medicamentos disponíveis no país e com evolução favorável, desde que seja atendida de maneira oportuna".

Quais são os sintomas desta doença? O mais freqüente é a presença de febre por mais de 15 dias "sem outra causa que justifique". Diante disso, recomenda-se consultar um médico o mais rápido possível.

"Nos seres humanos é uma doença presente há anos nos países da região. No Uruguai, foi detectado em cães desde 2015 nos departamentos de Salto e Artigas. Uma vez presente em cães, a ocorrência da doença em humanos é esperado ", detalhou o MSP.

Como resultado da detecção deste primeiro caso, o portfólio informou que lançou as ações previstas no "Guia de diagnóstico, tratamento e controle da leishmaniose visceral no Uruguai".

"Uma equipe de Epidemiologia está voltando para a área para completar a investigação e coordenar ações com as autoridades e técnicos departamentais. Entre elas, a busca e o controle do mosquito transmissor da leishmaniose e o aprofundamento das ações que estão sendo realizadas para o controle da doença em cães, com o apoio da OPAS e da Faculdade de Medicina da UDELAR ”, afirma o comunicado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) explica que "a leishmaniose é causada por um parasita protozoário do gênero Leishmania, que possui mais de 20 espécies diferentes". Esta doença ocorre em três formas principais, sendo a visceral uma delas. Por isso, a OMS diz que "mais de 95% dos casos é fatal se não tratada. É caracterizada por acessos irregulares de febre, perda de peso, hepatoesplenomegalia e anemia. É endêmica no subcontinente indiano e da África Oriental. Estima-se que a cada ano, entre 50.000 e 90.000 novos casos de leishmaniose visceral ocorrem no mundo ".

Enquanto isso, na semana que vem, o deputado nacionalista Gastón Cossia convocará o ministro da Saúde, Jorge Basso, para responsabilizá-lo.

"Este é um cenário da má gestão e da omissão do ministério que não conseguiu implementar uma campanha de saúde eficaz", disse o legislador ao El País.

Ele lembrou que já em 2016 advertiu o ministro Basso do risco "com um pacote de dez medidas que nunca foram implementadas".

RUBÉOLA

Local de ocorrência: Japão

Data da informação: 11/12/2018

Fonte da informação: www3.nhk.or.jp (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde do Japão decidiu que homens de meia idade poderão tomar vacinas contra a rubéola gratuitamente.

Segundo funcionários do ministério, mais de 2.400 pessoas contraíram rubéola no Japão neste ano, o maior número desde um grande surto registrado em 2013.

Deste total, cerca de 2 mil são homens na faixa de idade entre os 30 e os 50 anos que não haviam sido vacinados contra a rubéola na infância. Acredita-se que cerca de 20% dos homens japoneses daquela geração não estejam completamente imunizados contra a rubéola.

Para conter o contágio, o ministério decidiu testar homens para saber se eles têm os anticorpos contra a doença e, caso contrário, vaciná-los gratuitamente num período de três anos a partir de 2019.

O ministério espera erradicar o contágio até 2020, quando muitos estrangeiros virão ao Japão para os Jogos Olímpicos e Paralímpicos de Tóquio.

O contágio com a rubéola durante a gravidez pode resultar em doenças nos olhos, ouvidos ou coração do bebê.

ÉBOLA

Local de ocorrência: República Democrática do Congo

Data da informação: 13/12/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

O surto da doença pelo vírus Ebola (DVE) na República Democrática do Congo está ocorrendo em um contexto implacável. O não envolvimento de comunidades e conflitos continua a dificultar as atividades de resposta em algumas áreas afetadas. Além disso, as más práticas de prevenção e controle de infecções (IPC) em numerosos centros de saúde públicos e privados continuam a ser uma importante fonte de amplificação do surto e risco para a saúde e outros trabalhadores da linha de frente.

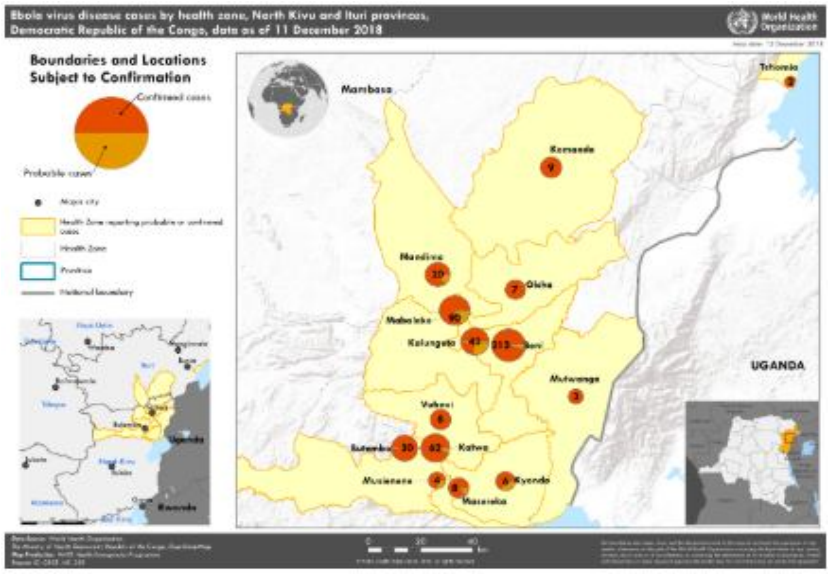
Apesar desses desafios, progressos substanciais foram feitos em várias frentes para abordar a situação, e os sucessos diários estão sendo observados na implementação de medidas de saúde pública comprovadas, juntamente com ferramentas mais recentes, como a vacinação e novas terapias. Juntamente com o Ministério da Saúde (MS) e nossos parceiros, a OMS está ampliando ainda mais nossa resposta à situação em desenvolvimento. A OMS enfatiza especialmente a necessidade de melhorar continuamente a qualidade, posicionar judiciosamente novas ferramentas à nossa disposição e manter o compromisso internacional com os esforços de resposta até 2019. No entanto, continuamos confiantes de que o surto pode ser levado a uma conclusão.

Durante o período de referência (5 a 11 de dezembro de 2018), 37 novos casos foram notificados em 10 zonas de saúde nas províncias de Kivu do Norte e Ituri: Katwa e Butembo (18), Beni (sete), Mabalako (quatro), Oicha (três), bem como um caso em Komanda, Kyondo, Mandima, Musienene e Vuhovi. Quatro novas infecções de profissionais de saúde foram relatadas nas zonas de saúde de Musienene, Katwa e Butembo. No total, 51 (49 confirmados e dois prováveis) profissionais de saúde foram infectados até o momento, dos quais 17 morreram. Vinte e três sobreviventes receberam alta dos Centros de Tratamento do Ebola (ETCs) e reintegraram-se em suas comunidades. Um total de 177 pacientes se recuperaram até o momento.

Em 11 de dezembro, 505 casos de DVE (457 confirmados e 48 prováveis), incluindo 296 mortes, foram relatados em 12 zonas de saúde na província de Kivu do Norte e em três zonas de saúde na província de Ituri (Figura 1). Essas zonas representam uma mistura de áreas urbanas densamente povoadas e aldeias remotas, cada uma trazendo uma variedade de fatores que impulsionam a transmissão e apresentam diferentes desafios. As tendências na incidência de casos refletem a continuação do surto em todas essas áreas geograficamente dispersas, com uma média de 33 novos casos relatados por semana desde meados de outubro. Embora tenha havido uma diminuição geral na intensidade da transmissão em Beni nas últimas semanas, o surto está se intensificando em Butembo e Katwa, e novos grupos estão surgindo em outros lugares. Atualmente, a situação continua preocupante.

O risco muito alto de maior disseminação geográfica do surto foi destacado nesta semana pelo movimento de vários contatos de casos confirmados de Beni para Kisangani e Goma. Todos esses contatos foram rastreados rapidamente e, desde então, retornaram a Beni, onde completarão seu acompanhamento de 21 dias. Vários alertas de casos potenciais também foram recebidos de Goma e cidades entre Goma e Butembo. Esses indivíduos foram prontamente isolados, relatados e testados como negativos para DVE. As atividades de preparação e prontidão operacional em outras áreas das províncias de Kivu do Norte e Ituri, outras províncias da República Democrática do Congo e municípios vizinhos devem continuar a ser ampliadas para detectar e responder rapidamente a quaisquer casos potenciais.

Figura 1: Casos confirmados e prováveis da doença do vírus Ébola por zona de saúde nas províncias de Kivu do Norte e Ituri, República Democrática do Congo, dados de 11 de dezembro de 2018 (n = 505)



FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Américas
Data da informação: 07/12/2018
Fonte da informação: Organização Pan Americana de Saúde

COMENTÁRIOS:

Entre janeiro de 2017 e novembro de 2018, seis países e territórios da Região das Américas notificaram casos confirmados de febre amarela: Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana Francesa e Peru. O número de casos humanos e epizootias relatados na Região das Américas durante este período é o mais alto em décadas.

Desde 20 de março de 2018, a atualização epidemiológica sobre a febre amarela publicada pela Organização Americana de Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS / OMS), Bolívia, Brasil, Colômbia, Guiana Francesa e Peru relataram novos casos de febre amarela.

Resumo da situação epidemiológica nestes países e territórios:

Na **Bolívia**, entre a semana epidemiológica (SE) 1 e a SE 47 de 2018, 34 casos suspeitos de febre foram relatados nos departamentos de Beni, Cochabamba, La Paz e Santa Cruz. Destes, um caso foi confirmado laboratorialmente em um homem de 15 anos sem histórico de vacinação e que é residente do município de San Ramón, no departamento de Beni, que é uma área considerada em risco de febre amarela. O caso havia viajado para a cidade de Costa Marques, Brasil, antes do início dos sintomas na SE 12 de 2018. O paciente recebeu alta do hospital e foi confirmado laboratorialmente por ELISA IgM. Em 2017, foram notificados 5 casos confirmados.

No **Brasil**, a febre amarela tem um padrão sazonal, baseado na análise histórica de casos humanos e epizootias devido à febre amarela nos últimos 20 anos, com dois períodos diferentes: maior transmissão entre dezembro e maio (período sazonal) e menor ou maior transmissão interrompida ocorrida entre junho e novembro.

Nos últimos 3 anos, houve uma expansão da área histórica de transmissão de febre amarela no país. Em 2014-2015, a transmissão que inicialmente ocorreu na região Norte se espalhou de leste para sul e, em 2015-2016, afetou principalmente os estados da região Centro-Oeste. Do final de 2016 até junho de 2017, houve um grande surto que afetou principalmente os estados da Região Sudeste, com 778 casos humanos, incluindo 262 mortes e 1.655 epizootias devido à febre amarela. Uma segunda onda de transmissão foi informada durante o mesmo período (final de 2017 até junho de 2018), que também afetou a Região Sudeste, embora com maior transmissão no estado de São Paulo; foram registrados 1.376 casos humanos, incluindo 483 mortes e 864 epizootias. Os casos notificados em ambos os períodos, 2016-2017 e 2017-2018, excedeu o que foi relatado nos últimos 50 anos.

Durante 2018, a curva epidêmica para epizootias mostra que a circulação viral continuou durante o período de baixa transmissão (junho a novembro). Entre 1º de julho e 8 de novembro de 2018, foram notificados 271 casos suspeitos de febre amarela em humanos, com um caso (fatal) confirmado, 120 permanecem sob investigação e 150 foram descartados. Havia 1.079 epizootias entre primatas não humanos relatados, dos quais 13 foram confirmados para febre amarela nos estados de São Paulo (8), Rio de Janeiro (3), Minas Gerais (1), e Mato Grosso (1), que são as mesmas áreas ou áreas circunvizinhas durante o surto de 2016-2017, indicando que o risco de transmissão para populações não vacinadas persistem.

O caso confirmado fatal foi relatado na SE 42 de 2018 e teve um provável local de infecção no município de Caraguatatuba, no estado de São Paulo; epizootias entre primatas não humanos devido à febre amarela foram detectados dentro desta área nos meses anteriores.

Dado o tamanho dos surtos que o Brasil enfrentou durante os últimos dois anos, o país teve que modificar suas políticas de vacinação contra a febre amarela, aumentando o número de áreas com a recomendação da vacinação de 3.526 municípios em 2010 para 4.469 municípios em 2018, e para todo o país a partir de 2019. Além disso, o esquema de vacinação mudou de duas doses em crianças menores de 5 anos e um reforço após 5 anos de idade, para uma dose única a partir dos 9 meses de idade. O uso de doses fracionadas para responder a surtos, especialmente nas grandes cidades, também foi adotado. Essa estratégia foi implementada em São Paulo, no Rio de Janeiro e Bahia.

A partir da SE 39 de 2018, resultados preliminares da campanha de vacinação em massa contra a febre amarela indicam que 13,3 milhões de pessoas em São Paulo, 6,5 milhões no Rio de Janeiro e 1,85 milhões nos estados da Bahia foram vacinados, o que representa cobertura vacinal de 53,6%, 55,6% e 55,0%, respectivamente.

Na **Colômbia**, entre SE 1 e 36 de 2018, um caso de febre amarela confirmado por laboratório foi reportado. O caso é um homem de 21 anos de idade da comunidade indígena de Desano, Município de Mitú, Departamento de Vaupés. O início dos sintomas ocorreu na SE 35 de 2018 e o caso morreu na SE 36. O caso foi confirmado para febre amarela por ELISA IgM e teste imuno-histoquímico de amostras de fígado.

(Continua na próxima página)

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Américas
Data da informação: 07/12/2018
Fonte da informação: Organização Pan Americana de Saúde

COMENTÁRIOS:

O último caso relatado de febre amarela neste departamento foi em 2016 no município de Carurú. A cobertura vacinal contra a febre amarela para crianças menores de 18 meses é 81,2% no Departamento de Vaupés e 89,9% no Município de Mitú.

Na Guiana Francesa, na SE 32 de 2018, foi notificado um caso confirmado de febre amarela com início dos sintomas na SE 31. O caso é um homem de 47 anos com história de permanência na floresta em Roura, Guiana Francesa. O caso foi hospitalizado em Cayenne, na Guiana Francesa e na SE 32 apresentou hepatite fulminante e foi transferido para Paris, França, para um transplante de fígado. O caso foi confirmado para febre amarela por PCR.

No **Peru**, entre a SE 1 e 45 de 2018, foram notificados 15 casos de febre amarela, nove foram confirmados laboratorialmente e os seis restantes estão sob investigação. Estes casos superam aos relatados durante o mesmo período de 2017, quando 6 casos de febre amarela foram reportados.

Em 2018, os casos confirmados são dos departamentos com florestas: Loreto, San Martin, Ucayali e Madre de Dios.

Conselhos para as autoridades nacionais

A continuação da ocorrência de epizootias no Brasil nos meses em que as condições climáticas são menos favoráveis à circulação do vírus (junho a novembro) é motivo de preocupação e indica que o risco de transmissão para seres humanos não vacinados persiste.

A OPAS / OMS incentiva os Estados Membros com áreas de risco para a febre amarela a continuar os esforços para imunizar as populações em risco e tomar as medidas necessárias para manter os viajantes informados e vacinação antes de viajar para áreas onde a vacinação contra febre amarela é recomendada.

Vacinação

A vacina contra febre amarela é segura e acessível e proporciona imunidade efetiva contra a doença na faixa de 80-100% dos vacinados após 10 dias e 99% de imunidade após 30 dias. Uma dose única é suficiente para conferir imunidade e fornecer proteção duradoura contra a doença da febre amarela, sem necessidade de dose de reforço.

A OPAS / OMS reitera suas recomendações às autoridades nacionais:

1. Implementar a vacinação universal em crianças em países endêmicos aos 12 meses de idade, administrada simultaneamente com o sarampo, caxumba e rubéola.

2. Países endêmicos que planejaram campanhas de acompanhamento para o Sarampo / Rubéola entre crianças menores de 5 anos devem aproveitar a oportunidade para integrar a vacinação contra a febre amarela e administrar essas duas vacinas simultaneamente.

3. Atualizar a avaliação de risco para orientar as medidas de vacinação e controle. A atualização/avaliação de risco deve levar em conta mudanças nos fatores ecológicos, migração padrões, vacinação, atividades sócio-econômicas, bem como o risco de reurbanização.

4. Vacinação da população que vive em áreas de risco, atingindo pelo menos 95% de cobertura entre os moradores dessas áreas (urbana, rural e selva), através de diferentes estratégias:

5. Garantir a vacinação de todos os viajantes para áreas de risco pelo menos 10 dias antes de viajar.

6. Os Estados-Membros devem dispor de reservas de vacinas para responder aos surtos.

MERS-CoV

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 07/12/2018
Origem da informação: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

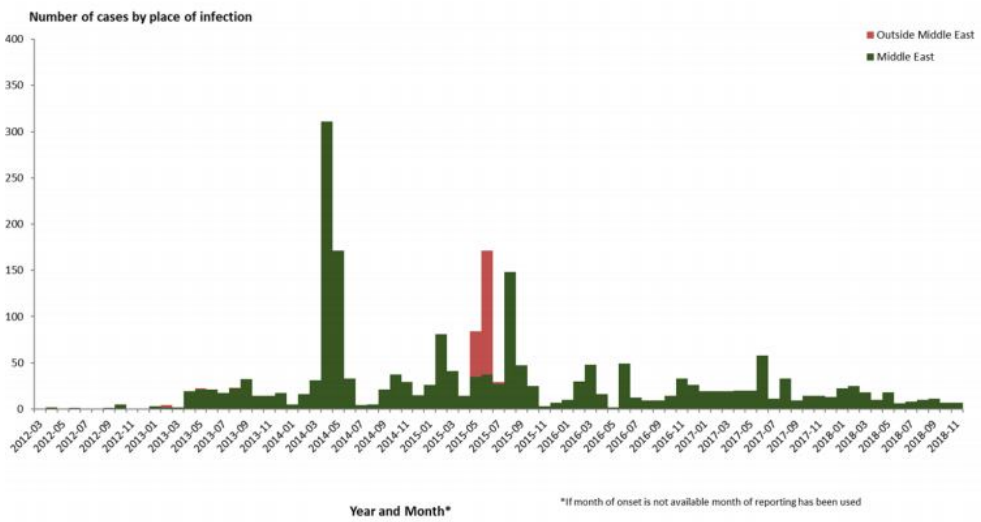
COMENTÁRIOS:

Desde abril de 2012 até 30 de novembro de 2018, 2.290 casos de MERS-CoV, incluindo 850 mortes, foram relatados pelas autoridades de saúde em todo o mundo.

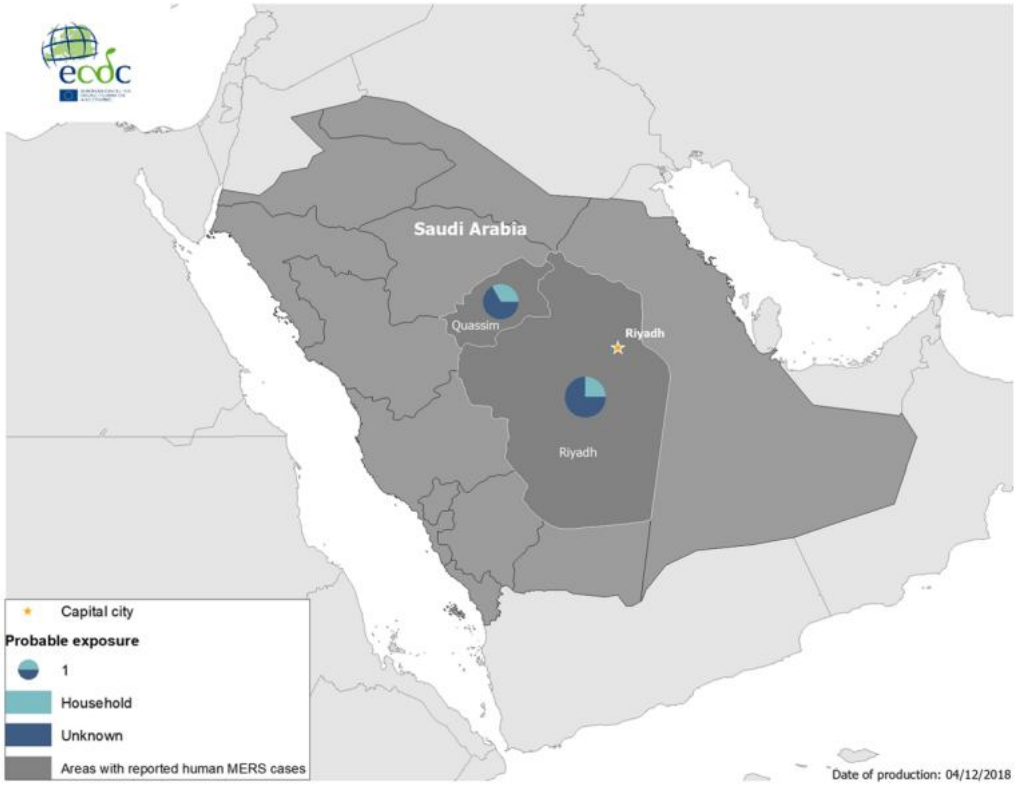
O risco de transmissão sustentada de humano para humano na Europa continua a ser muito baixo. A conclusão do CEPDC continua a ser a de que o surto de MERS-CoV representa um risco baixo para a UE, conforme indicado na avaliação rápida dos riscos publicada em 29 de agosto de 2018, que também fornece detalhes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

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

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



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



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

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 11/12/2018
Origem da informação: The Global Polio Erradication Initiative e OPAS

COMENTÁRIOS:

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

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

Resumo de novos vírus nesta semana: **Afeganistão** - um novo caso de poliovírus selvagem (WPV1). **Papua Nova Guiné** - um poliovírus derivado da vacina circulante tipo 1 (cVDPV1) e duas amostras ambientais positivas para cVDPV1

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	29	98	17	84	22	96
- in endemic countries	29	31	17	0	22	0
- in non-endemic countries	0	67	0	84	0	96

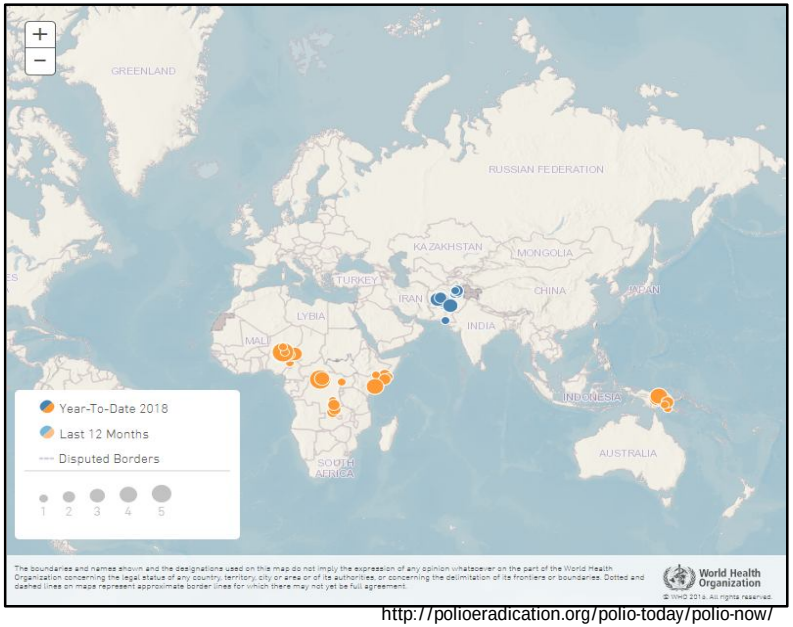
http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/

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	21	0	11	0	14	0	6-Nov-2018	NA
Rep Dem Congo	0	20	0	10	0	22	NA	7-Oct-2018
Niger	0	8	0	0	0	0	NA	14-Oct-2018
Nigeria	0	31	0	0	0	0	NA	6-Nov-2018
Paquistão	8	0	6	0	8	0	7-Oct-2018	NA
Papua Nova Guiné	0	26	0	0	0	0	NA	18-Oct-2018
Somália	0	13	0	0	0	0	NA	7-Sep-2018
Síria	0	0	0	74	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 17 de dezembro de 2018



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

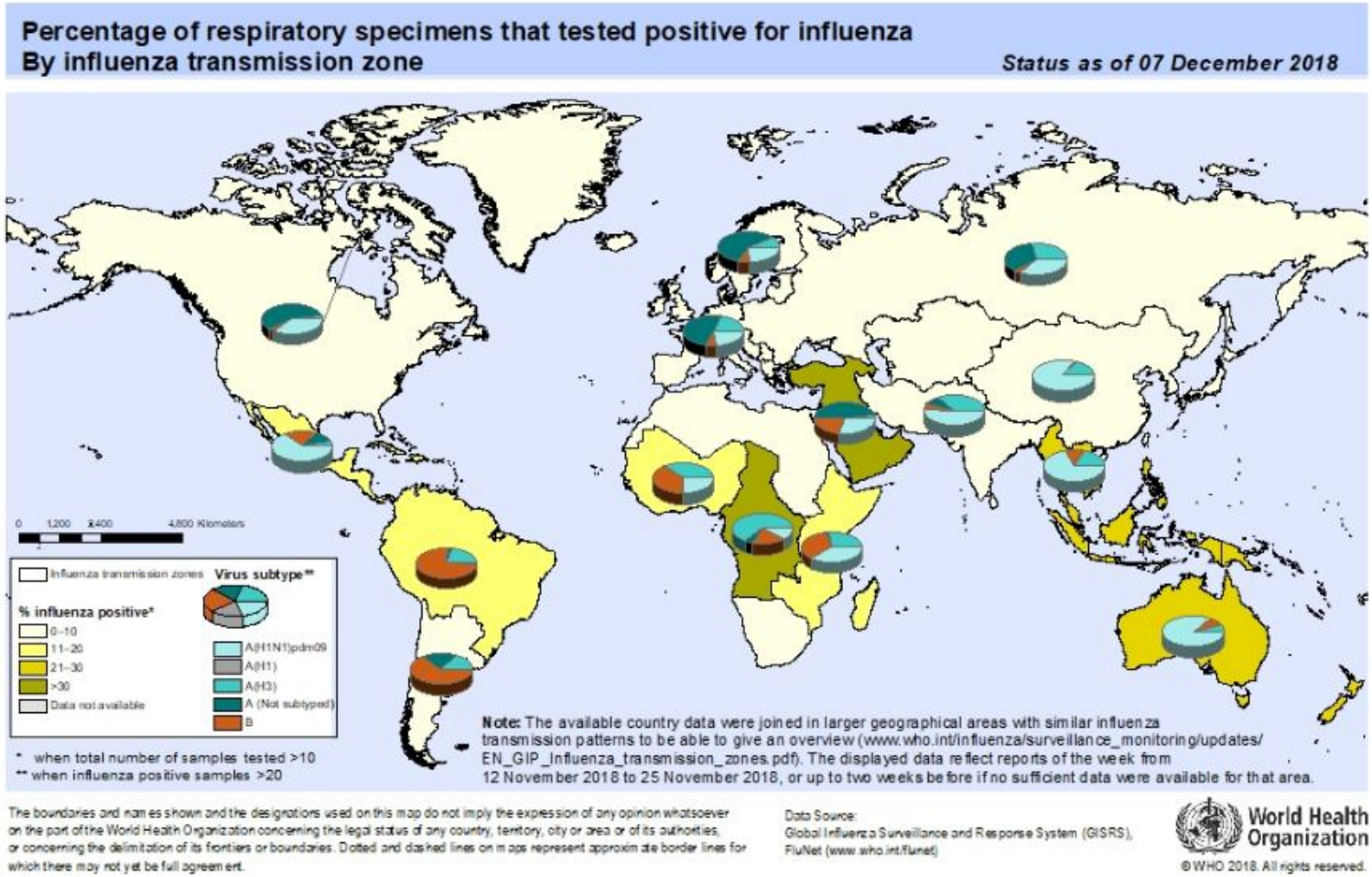
INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 10/12/2018
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

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

Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de influenza de 110 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 12 de novembro de 2018 a 25 de novembro de 2018 (dados de 2018-12-07 03:38:18 UTC). Os laboratórios do Sistema Global de Vigilância e Resposta à Gripe da OMS (GISRS) testaram mais de 118.399 amostras durante esse período de tempo. 6.596 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 5.995 (90,9%) foram tipificados como influenza A e 601 (9,1%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 3.019 (85,5%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 511 (14,5%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 39 (38,6%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 62 (61,4%) à linhagem B-Victoria.



World Health Organization

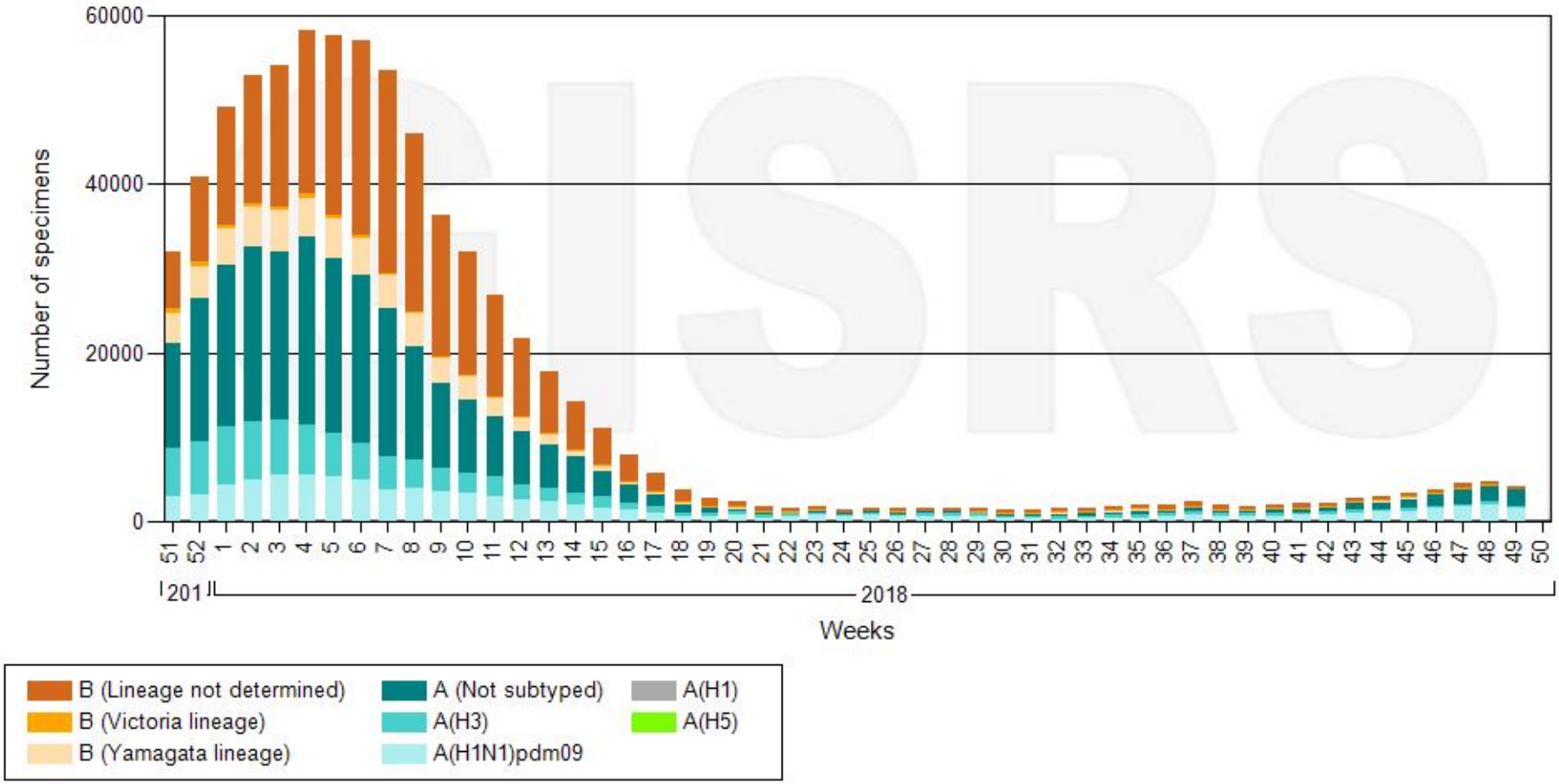
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 17/12/2018 15:24:57 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

World Health Organization

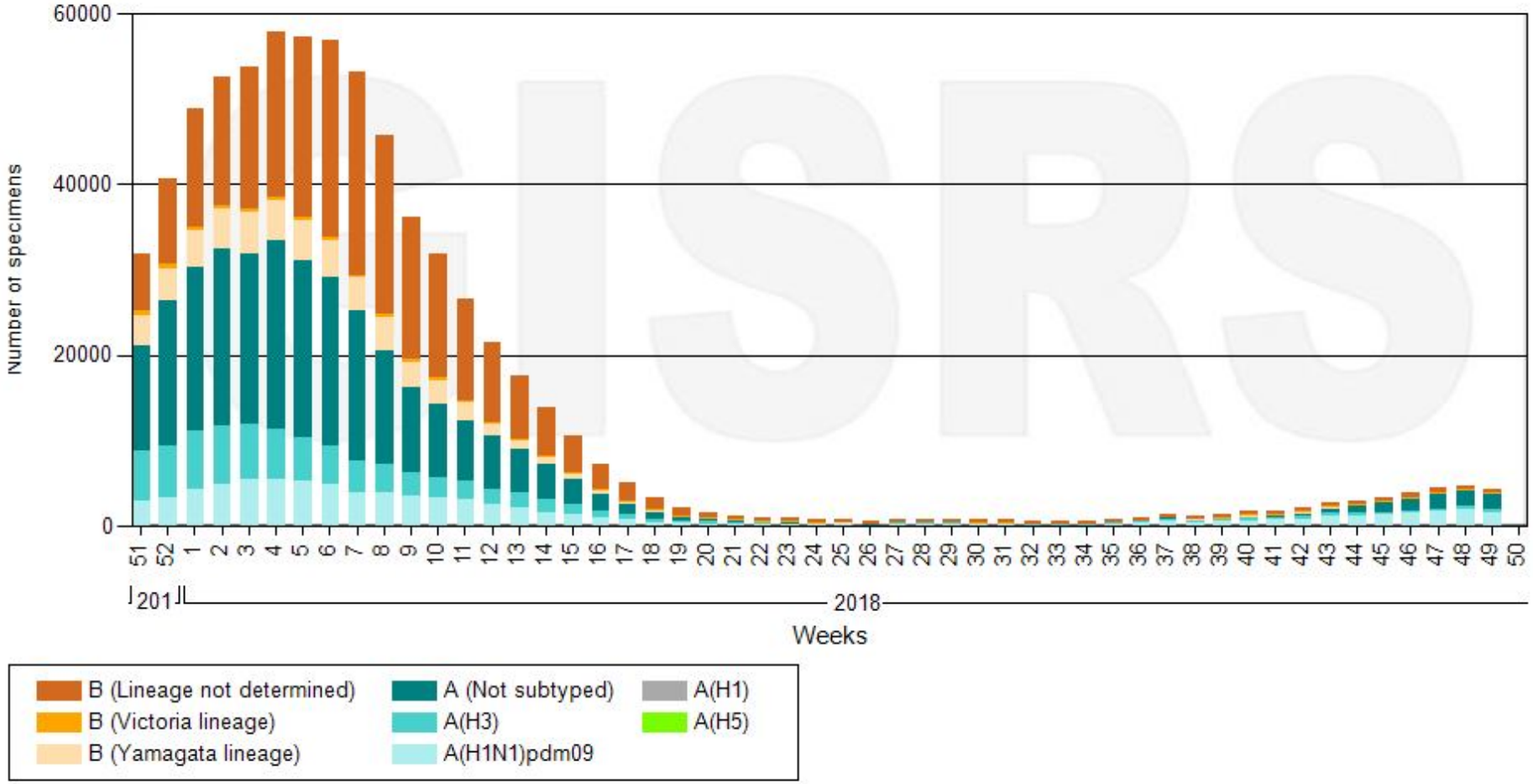
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 17/12/2018 15:25:47 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Northern hemishere

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

World Health Organization

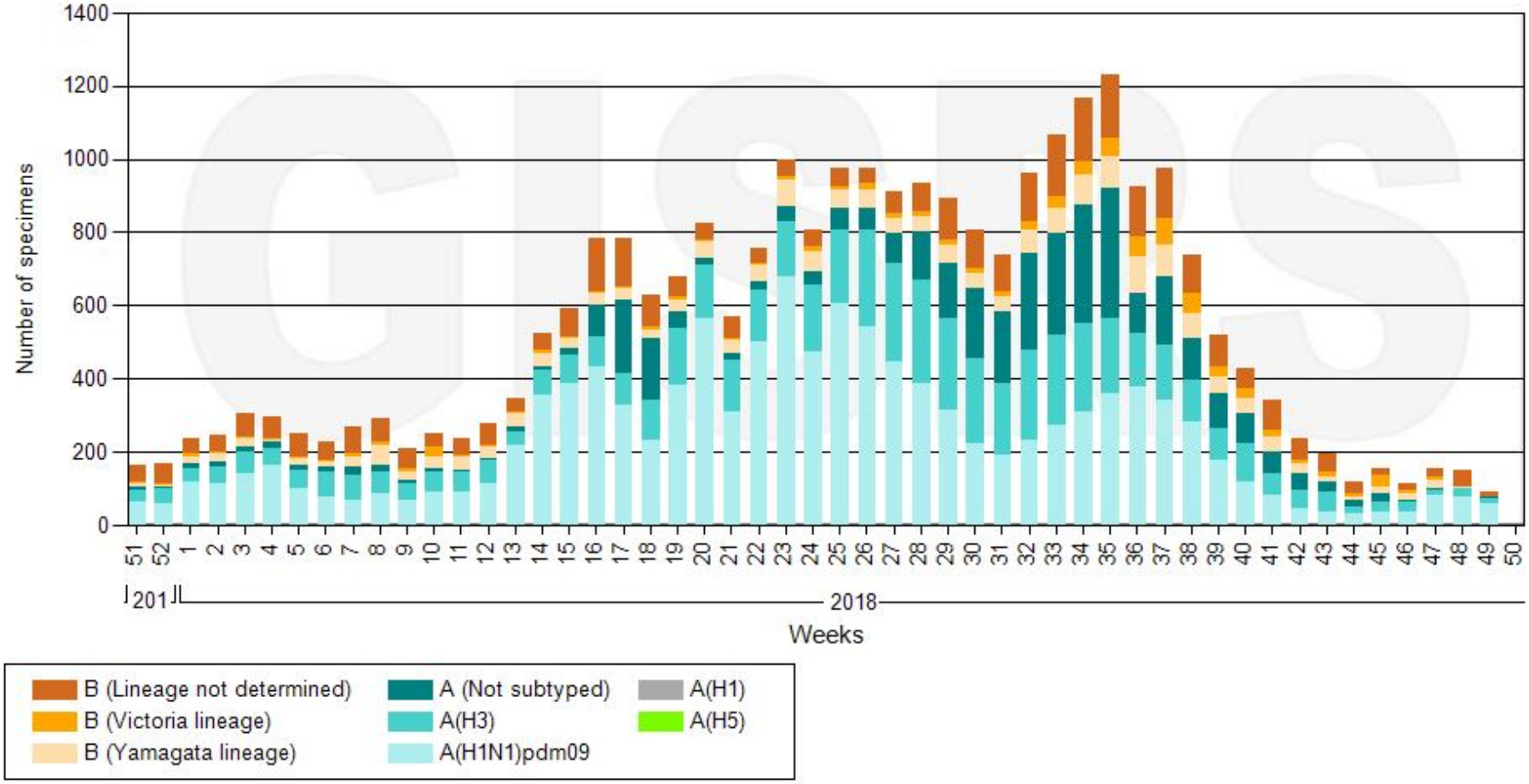
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 17/12/2018 15:26:25 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

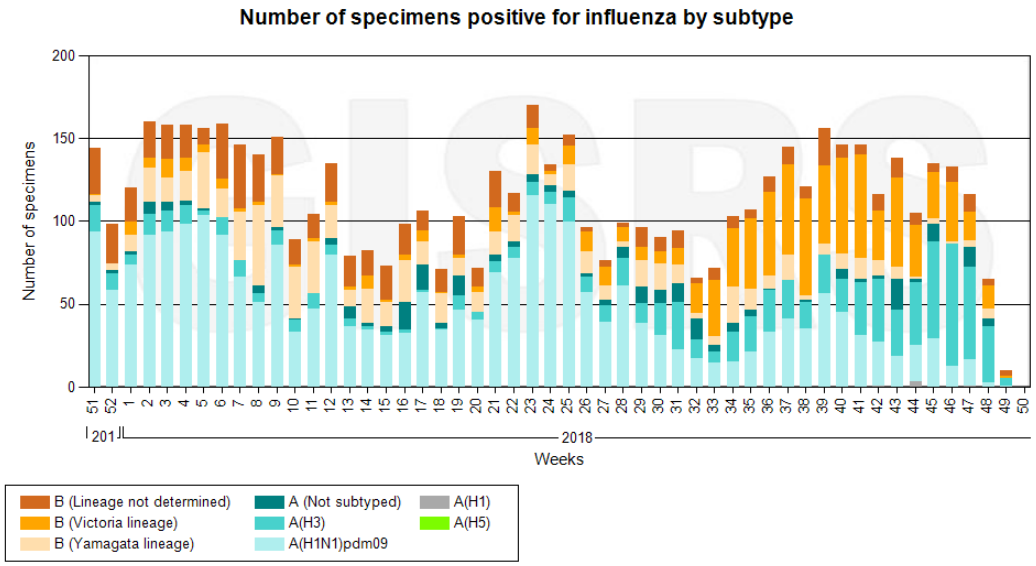
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 17/12/2018 15:27:17 UTC

World Health Organization

African Region of WHO



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

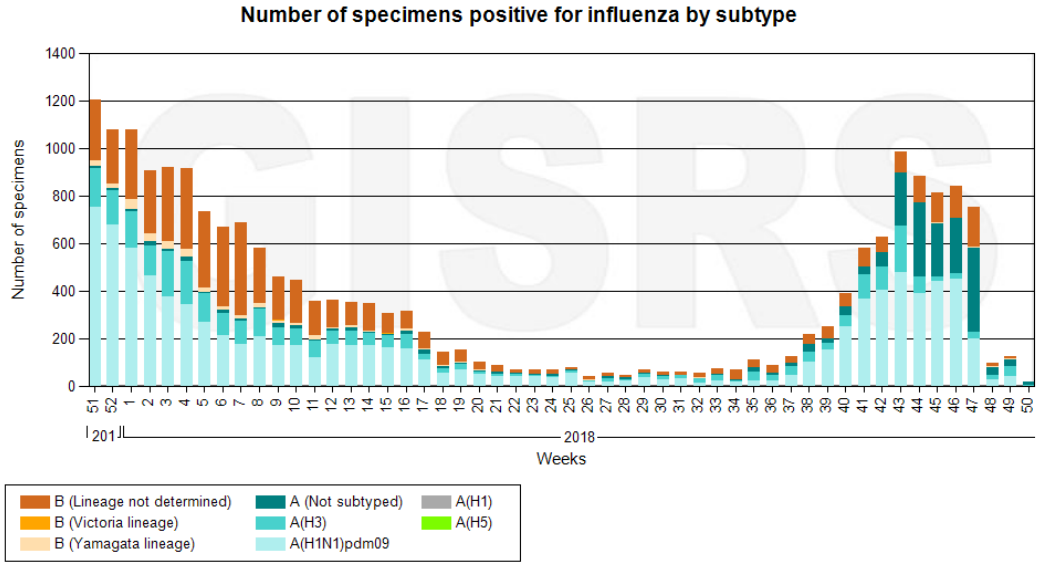
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 17/12/2018 15:28:20 UTC

Eastern Mediterranean Region of WHO



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

© World Health Organization 2018

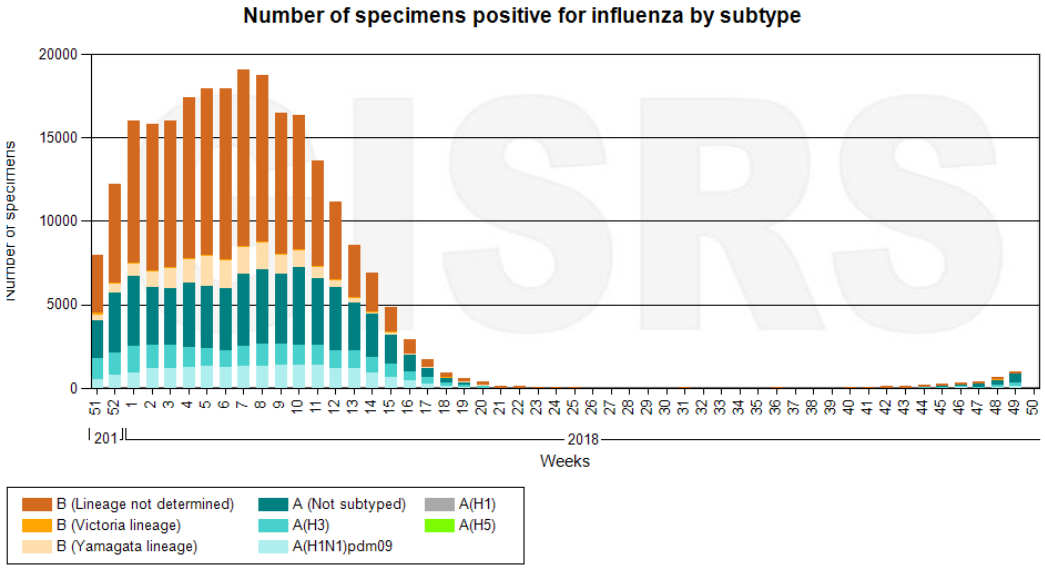
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 17/12/2018 15:29:03 UTC

World Health Organization

European Region of WHO



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

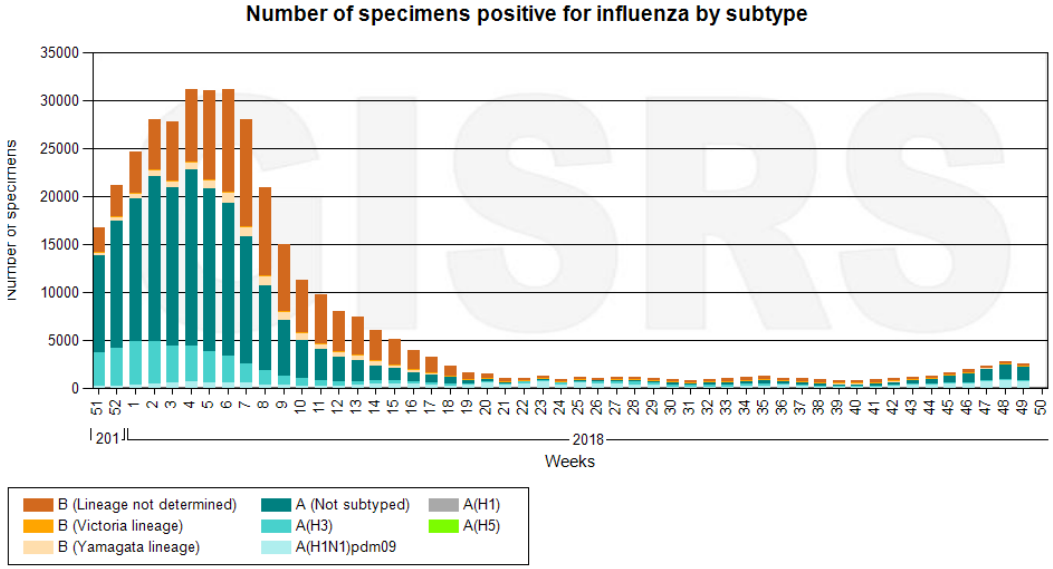
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 17/12/2018 15:29:45 UTC

Region of the Americas of WHO



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

© World Health Organization 2018

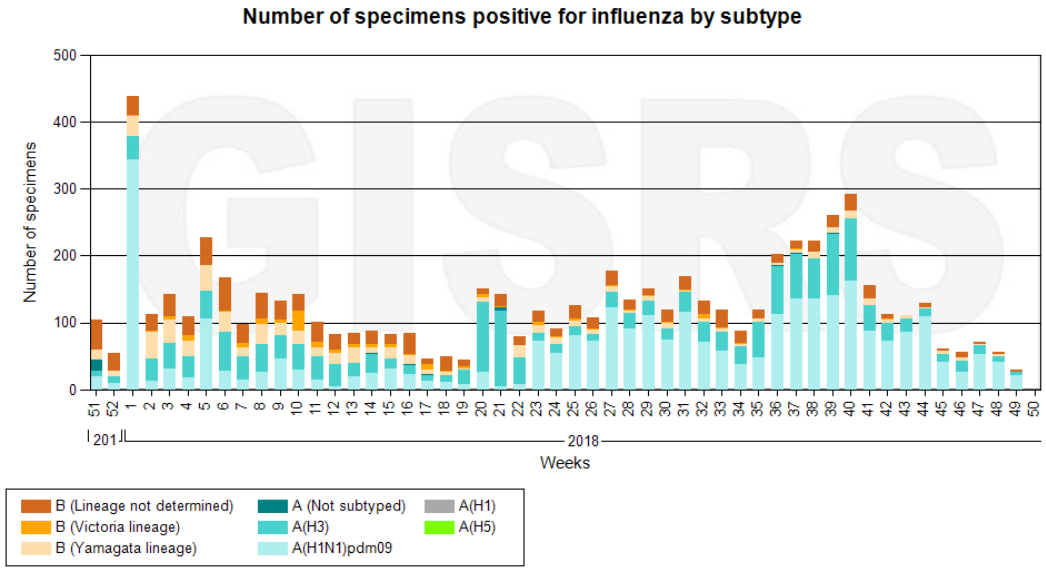
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 17/12/2018 15:30:36 UTC

World Health Organization

South-East Asia Region of WHO



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

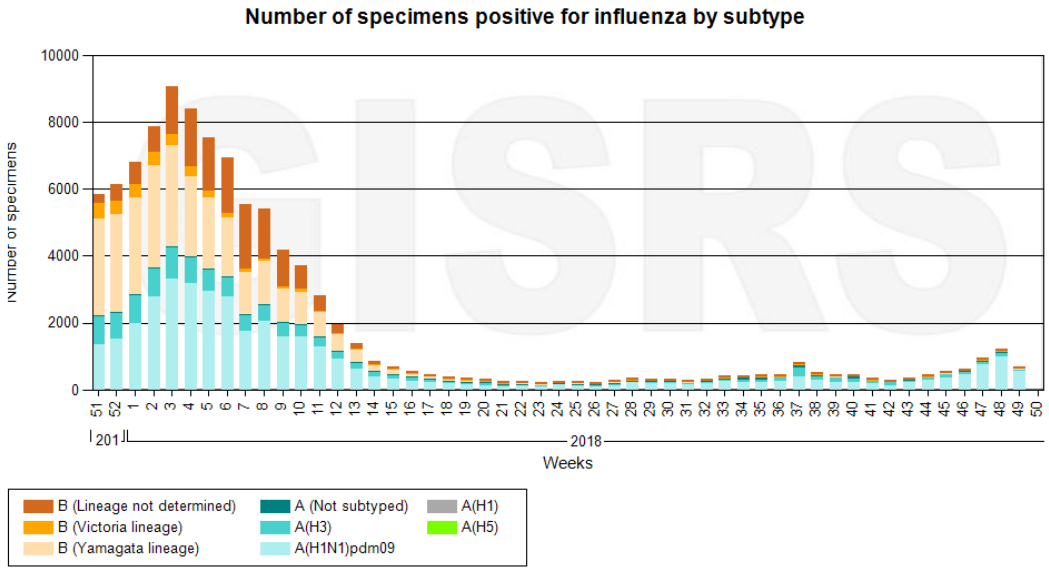
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 17/12/2018 15:31:23 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