

INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 21/2018 (20/05/2018 a 26/05/2018)

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 21/2018 (20/05/2018 a 26/05/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

HANSENÍASE

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 25/05/2018

Fonte da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Mesmo com os avanços no tratamento e combate à hanseníase no Paraná, o número de casos de incapacidades físicas causadas pela doença tem aumentado, o que indica a ocorrência de diagnósticos tardios. O alerta é da Secretaria de Estado da Saúde.

Em 2017 foram diagnosticados 561 casos novos de hanseníase no Paraná, sendo 38,6% já com incapacidades físicas visíveis e/ou funcionais ou dificuldade na realização das atividades de vida diária. A maior parte foi registrada entre pessoas em idade produtiva.

Como explica a superintendente de Vigilância em Saúde, Júlia Cordelinni, o Paraná tem apresentado queda em torno de 20% no número de casos de hanseníase, quando o esperado seria uma queda anual de cerca de 5%. O dado indica subdiagnóstico, ou seja, que há situações em que a doença existe mas não é identificada ou o é tardiamente.

O encaminhamento para diagnóstico com especialistas é a principal forma de detecção da doença no Estado, mas é a mais demorada. O ideal, como ressalta Jaqueline Finau, da Coordenação Estadual do Programa de Controle da Hanseníase, é que o diagnóstico da hanseníase seja feito já nas unidades de saúde. "As pessoas precisam procurar o serviço de saúde assim que percebam algum sinal de alerta na pele ou no corpo, antes de haver o comprometimento dos nervos ou dos membros", diz.

O Paraná incluiu no calendário oficial do Estado o dia 26 de maio como Dia Estadual para Conscientização, Mobilização e Combate à Hanseníase. Em 2018, a ideia é que os municípios paranaenses identifiquem quem teve contato com pessoas diagnosticadas com hanseníase nos últimos cinco anos. Em 2017, 2,9% dos novos casos de hanseníase foram detectados a partir do exame de contatos. Desses casos, nenhum apresentava incapacidade física.

A proposta é que os municípios avaliem pelo menos 80% dos contatos de casos registrados e realizem também busca ativa em populações de maior risco para a doença, como por exemplo homens acima de 60 anos e pessoas com resistência diminuída.

Para dar mais subsídios aos profissionais de saúde dos municípios que atuam no

diagnóstico da hanseníase, a Secretaria de Estado da Saúde irá promover um treinamento sobre avaliação dermatoneurológica. A capacitação, por videoconferência, está programada para o dia 13 de julho. O exame dermatoneurológico é importante porque avalia pele e nervos, facilitando o encontro de sinais da doença precocemente.

O diagnóstico precoce é a principal forma de evitar a ocorrência de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase. Uma vez identificada a doença, o tratamento é iniciado, sendo bastante eficaz. A medicação utilizada é a poliquimioterapia e o tratamento tem duração de 6 ou 12 meses. Após iniciar a medicação, não há risco de transmissão da doença.

Jaqueline ressalta que é preciso manter o tratamento pelo tempo determinado pelo médico, mesmo que não haja mais sintomas aparentes da doença. "O sistema público de saúde oferece gratuitamente acompanhamento médico nas unidades de saúde e a medicação que cura a hanseníase. Mas os pacientes precisam ter a responsabilidade de mantê-lo até o fim", explica.

Veja abaixo alguns sinais que podem indicar a doença:

- Manchas ou áreas da pele esbranquiçadas, acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade ao calor, dor ou tato (a pessoa se queima ou se machuca sem perceber);
- Manchas com diminuição ou ausência de suor no local:
- Nódulos e caroços no corpo, normalmente sem sintomas;
- Formigamentos, choques, câimbras ou dormência face e membros;
- Diminuição ou perda de força muscular, principalmente nos membros superiores e inferiores e, por vezes, pálpebras (a pessoa tropeça com freqüência);
- Diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas;
- Entupimento, feridas e ressecamento do nariz;
- Ressecamento e sensação de areia nos olhos.

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 21/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

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

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

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

Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas online: SIVEP-Gripe (Sistema das Unidades Sentinelas) e SINAN Influenza Web (Sistema dos casos internados ou óbitos por SRAG). As amostras são coletadas e encaminhadas para análise no Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR). As informações apresentadas neste informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 20 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 19/05/2018.

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

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 20 foram notificados 1.154 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 8,7% (100) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 131 óbitos notificados por SRAG, 10,7% (14) foram confirmados para o vírus Influenza (Tabela 1).

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

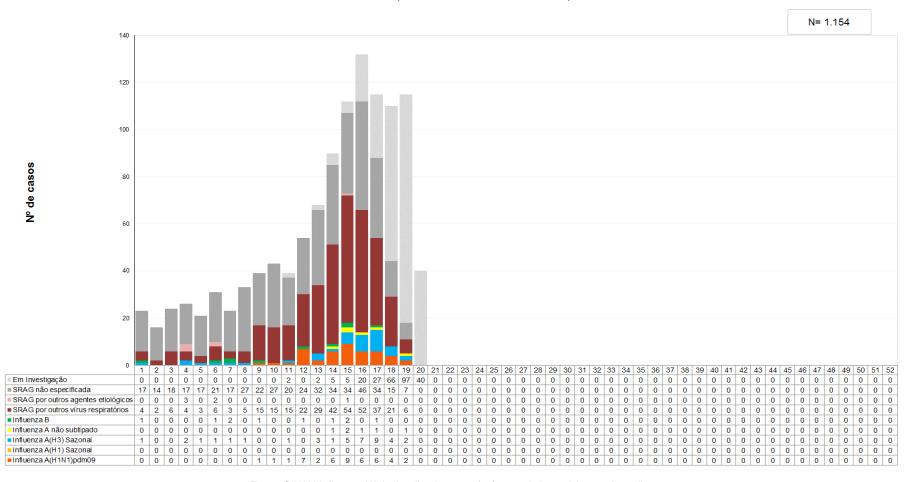
Classificação Final	Cas	sos	Ób	itos
Ciassilicação i Iliai	n	%	n	%
SRAG por Influenza	100	8,7	14	10,7
Influenza A(H1N1)pdm09	45	45,0	5	35,7
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	39	39,0	8	57,1
Influenza A não subtipado	6	6,0	1	7,1
Influenza B	10	10,0	0	0,0
SRAG não especificada	443	38,4	94	71,8
SRAG por outros vírus respiratórios	341	29,5	20	15,3
SRAG por outros agentes etiológicos	6	0,5	1	0,8
Em investigação	264	22,9	2	1,5
TOTAL	1.154	100	131	100

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 21/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

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



Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 21/05/2018

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

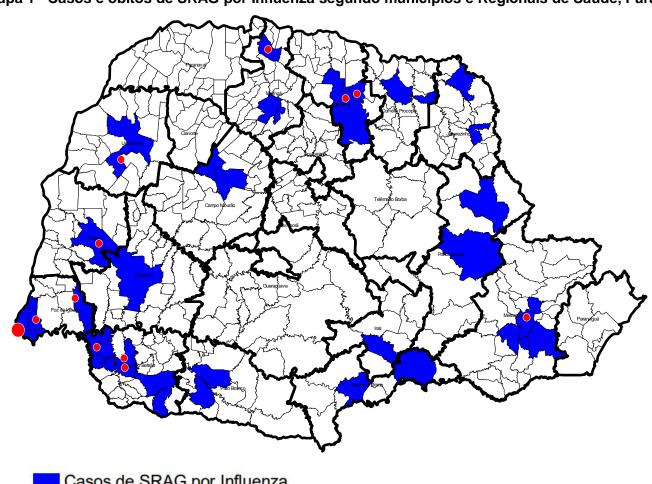
Tabela 2 – Casos e óbitos de SRAG por Influenza segundo subtipo viral por município e Regional de Saúde de residência, Paraná, 2018.

RS/Município de Residência		uenza)pdm09		za A(H3) onal		za A não pado	Influe	enza B	Total In	fluenza
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
2. Reg. Saúde Metropolitana	5	0	14	1	2	0	1	0	22	1
Araucária	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Colombo	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Curitiba	4	0	11	1	2	0	1	0	18	1
Fazenda Rio Grande	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
São José dos Pinhais	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
3. Reg. Saúde Ponta Grossa	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0
Castro	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Jaguariaíva	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
4. Reg. Saúde Irati	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Rio Azul	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Reg. Saúde União da Vitória	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
São Mateus do Sul	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
União da Vitória	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
7. Reg. Saúde Pato Branco	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Coronel Vivida	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pato Branco	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
8. Reg. Saúde Francisco Beltrão	22	3	3	0	0	0	1	0	26	3
Ampere	3	1	0	0	0	0	0	0	3	1
Bela Vista da Caroba	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Capanema	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Francisco Beltrão	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Marmeleiro	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pérola d'Oeste	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Planalto	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1
Santa Izabel d'Oeste	12	1	0	0	0	0	1	0	13	1
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	8	1	9	4	0	0	1	0	18	5
Foz do Iguaçu Matelândia	8	0	6 1	1	0	0	0	0	15 1	3 1
Santa Terezinha de Itaipu	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1
10. Reg. Saúde Cascavel	3	0	0	0	0	0	1	0	4	0
Cascavel	3	0	0	0	0	0	1	0	4	0
11. Reg. Saúde Campo Mourão	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Araruna	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Mourão	ő	0	i	0	Ö	0	0	0	1	0
12. Reg. Saúde Umuarama	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Cafezal do Sul	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Umuarama	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
15. Reg. Saúde Maringá	2	1	2	0	1	0	0	0	5	1
Colorado	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1
Maringá	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Sarandi	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
17. Reg. Saúde Londrina	3	0	1	1	3	1	1	0	8	2
Cambé	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Ibiporã	0	0	1	1	0	0	1	0	2	1
Londrina	3	0	0	0	2	1	0	0	5	1
Reg. Saúde Cornélio Procópio		0	0	0	0	0	0	0	2	0
Abatiá	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cornélio Procópio	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
19. Reg. Saúde Jacarezinho	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0
Jacarezinho	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Siqueira Campos	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
20. Reg. Saúde Toledo	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Toledo Total	0 45	0	39	1 8	0 6	0	10	0	100	14
Total	45	9	39	0	0		10	U	100	14

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 21/05/2018

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

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



Casos de SRAG por InfluenzaÓbitos de SRAG por Influenza

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 21/05/2018

Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância

das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, foi observada diferença entre eles. Nos casos: o gênero feminino apresentou 52,0% (52/100) dos casos e o gênero masculino 48,0% (48/100) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 42,9% (6/14) dos casos e o gênero masculino 57,1% (8/14) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi acima dos \geq 60 anos, com 34,0% (34/100) e 78,6% (11/14) respectivamente (tabelas 3 e 4).

Os casos de SRAG por Influenza apresentaram no Paraná uma mediana de idade de 46 anos, variando de 0 a 97 anos e, no Brasil, mediana de idade de 33 anos, variando 0 a 107 anos.

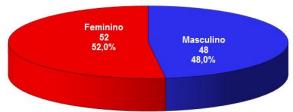
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 72 anos, variando de 24 a 97 anos e no Brasil a mediana foi de 50 anos, variando de 0 a 107 anos.

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

Faixa etária	Influe A(H1N ²	, ·	m A(H1) Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza			
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 2 anos	5	11,1	0	0,0	4	10,3	0	0,0	1	10,0	10	10,0
2 a 4 anos	1	2,2	0	0,0	3	7,7	1	16,7	2	20,0	7	7,0
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	3	7,7	0	0,0	0	0,0	3	3,0
10 a 19 anos	4	8,9	0	0,0	2	5,1	0	0,0	1	10,0	7	7,0
20 a 29 anos	3	6,7	0	0,0	6	15,4	1	16,7	1	10,0	11	11
30 a 39 anos	5	11,1	0	0,0	0	0,0	2	33,3	2	20,0	9	9,0
40 a 49 anos	4	8,9	0	0,0	2	5,1	0	0,0	1	10,0	7	7,0
50 a 59 anos	7	15,6	0	0,0	3	7,7	1	16,7	1	10,0	12	12,0
≥ 60 anos	16	35,6	0	0,0	16	41,0	1	16,7	1	10,0	34	34,0
TOTAL	45	100	0	0	39	100	6	100	10	100	100	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 21/05/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 21/05/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 21/05/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influ A(H1N	/1	Influe A(H Sazo	11)	Influ A(H	enza BN2)	Influe ná subti		Influe B		Tot Influe	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
< 2 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 19 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 29 anos	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1
30 a 39 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
40 a 49 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
50 a 59 anos	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	2	14,3
≥ 60 anos	3	60,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	11	78,6
TOTAL	5	100,0	0	0,0	8	100,0	1	100,0	0	0	14	100

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 21/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 70,0% (70/100) tinham pelo menos um fator de risco para complicação, predominando os Adultos ≥ 60 anos, Pneumopatias crônicas, crianças < 5 e Doença cardiovascular crônica anos (tabela 5).

Entre os óbitos por Influenza, no Paraná 92,9% (13/14) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 21,4% (3/14) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 71,8% (201/280) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, Cardiopatias, Diabetes e Pneumopatias.

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

Casos por Influenza (N=100)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	70	70,0	27	38,6
Adultos ≥ 60 anos	34	34,0	18	52,9
Pneumopatias crônicas	19	19,0	8	42,1
Crianças < 5 anos	17	17,0	4	23,5
Doença cardiovascular crônica	14	14,0	6	42,9
Gestantes	9	9,0	3	33,3
Diabetes mellitus	8	8,0	5	62,5
Doença neurológica crônica	6	6,0	3	50,0
Doença renal crônica	3	3,0	2	66,7
Imunodeficiência/Imunodepressão	3	3,0	1	33,3
Obesidade	3	3,0	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	72	72,0		
Vacinados	30	30,0		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 21/05/2018, dados sujeitos a alterações. Obs: Um mesmo caso pode ter mais de um fator de risco.

No Paraná dos 64,3% (9/14) indivíduos que foram a óbito por Influenza que fizeram uso do antiviral, a mediana foi de 2 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 10 dias e no Brasil, dos 280 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 191 (68,2%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 20 dias.

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

Óbitos por Influenza (N=14)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	13	92,9	3	23,1
Adultos ≥ 60 anos	11	78,6	3	27,3
Doença cardiovascular crônica	4	28,6	1	25,0
Pneumopatias crônicas	4	28,6	1	25,0
Doença renal crônica	3	21,4	2	66,7
Obesidade	2	14,3	0	0,0
Diabetes mellitus	1	7,1	1	100,0
Doença neurológica crônica	1	7,1	1	100,0
Crianças < 5 anos	0	0,0	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
lue utilizaram antiviral acinados	9 3	64,3 21,4		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 21/05/2018, dados sujeitos a alterações.

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

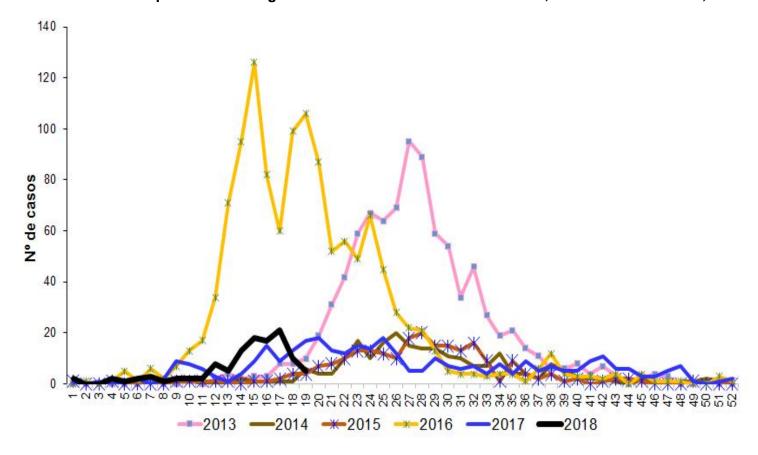
Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 21/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

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

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



Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 21/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

Em relação aos tipos de vírus Influenza no Paraná, em 2013 houve um predomínio dos casos de SRAG por Influenza B, com 44,2% (401/908) e Influenza A(H1N1)pdm09 com 42,3% (384/908) e 71,2% (47/66) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2014 houve um predomínio da Influenza A(H3N2) com 72,4% (165/228) dos casos e 50,0% (8/16) dos óbitos entre os vírus: Influenza A(H3) Sazonal e o Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2015 também predominou a Influenza A(H3) Sazonal com 54,4% (124/228) dos casos e 44,0% (11/25) dos óbitos por este vírus. Em 2016, predominou a Influenza A(H1N1)pdm09, com 88,9% (1087/1223) dos casos e 90,8% (218/240) dos óbitos. Em 2017, houve predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 61,2% (210/343) dos casos e, ocorrência de 66,0% (35/53) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal. Já em 2018, continua a predominância da Influenza A(H1N1)pdm09 com 45,0% (45/100) dos casos e, ocorrência de 57,1% (8/14) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal (Tabela 7).

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

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

A vigilância sentinela continua em fase de ampliação e nos próximos boletins serão incorporados, de forma gradativa, os dados das novas unidades sentinelas. Até a SE 20 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 2.073 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 1.837 amostras.

Das amostras processadas, 42,2% (776/1.837) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 180 (9,8%) foram positivas para Influenza e 596 (32,4%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para Influeza, 49 (27,2%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 74 (41,1%) de Influenza A(H3) Sazonal, 5 (2,8%) de Influenza A (não subtipado) e 52 (28,9%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de 325 (54,5%) amostras de Rinovírus (Gráfico 5).

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

Classificação Final	20	13	20	14	20	15	20	16	20	17	20	18
CidSSilicaÇão Filidi	Casos	Óbitos										
Influenza A(H1N1)pdm09	384	47	48	8	37	4	1.087	218	1	0	45	5
Influenza A(H1) Sazonal*	6*	0	0	0	4*	1*	1*	1*	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	114	6	165	8	124	11	4	1	210	35	39	8
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	6	1
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	132	18	10	0
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1.223	240	343	53	100	14

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 21/05/2018, dados sujeitos a alterações.

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

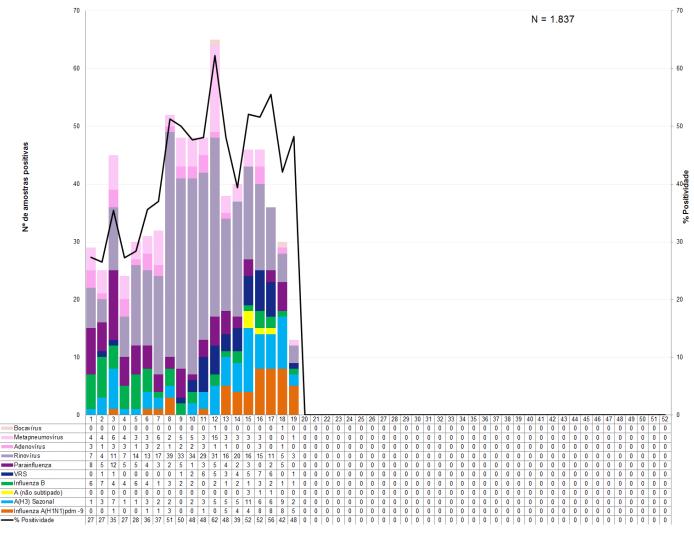
Faixa etária		uenza 1)pdm09	Influ A(H3	enza BN2)	Influe ná subti		Influ	enza 3	Tot Influe		To: Cole	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Num	%
< 2 anos	1	2,0	2	2,7	0	0,0	0	0,0	3	1,7	197	9,5
2 a 4 anos	3	6,1	4	5,5	0	0,0	0	0,0	7	3,9	110	5,3
5 a 9 anos	6	12,2	3	4,1	1	20,0	2	3,8	12	6,7	93	4,5
10 a 19 anos	6	12,2	13	17,8	0	0,0	12	23,1	31	17,3	291	14,0
20 a 29 anos	6	12,2	13	17,8	0	0,0	13	25,0	32	17,9	446	21,5
30 a 39 anos	8	16,3	13	17,8	0	0,0	10	19,2	31	17,3	303	14,6
40 a 49 anos	5	10,2	9	12,3	1	20,0	8	15,4	23	12,8	197	9,5
50 a 59 anos	7	14,3	7	9,6	2	40,0	4	7,7	20	11,2	181	8,7
≥ 60 anos	7	14,3	9	12,3	1	20,0	3	5,8	20	11,2	255	12,3
TOTAL	49	100,0	73	100	5	100,0	52	100	179	100	2.073	100

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

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 21/05/2018

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

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



Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 21/05/2018, dados sujeitos a alterações.

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 21/05/2018

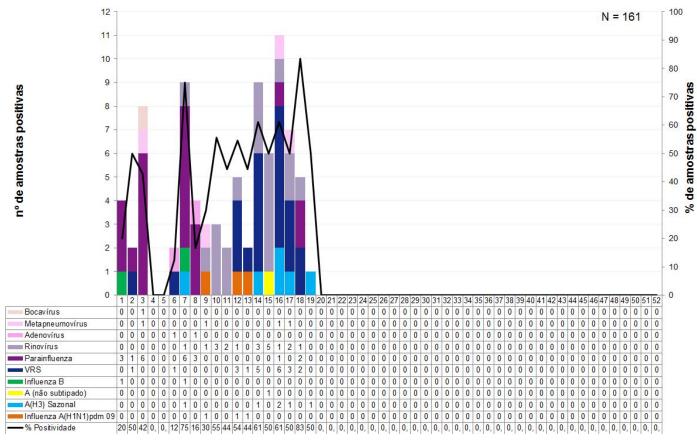
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas SRAG em UTI, foram feitas 205 sendo 161 (78,5%)coletas. processadas. Dentre estas, 73 (45,3%) tiveram resultado positivo vírus respiratórios. Das amostras positivas para Influenza, foram detectados 3 (25,0%) para A(H1N1)pdm 09, 6 Influenza (50,0%) para Influenza A(H3) Sazonal, 1 (8,3%) para Influenza A (não subtipado), 2 (16,7%) para Influenza B. Entre os outros vírus evidenciam-se: 22 (36,1%) de VRS, 22 (36,1%) de Parainfluenza, 20 (32,8%) de Rinovírus, 4 (6,6%) de Metapneumovírus, 2 (3,3%) de Adenovírus, 1 (1,6%) de Bocavírus (Gráfico 6).

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



Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 21/05/2018, dados sujeitos a alterações.

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 21/05/2018

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

Medidas Preventivas para Influenza

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

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

Outras medidas são:

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

Utilizar lenço descartável para higiene nasal.

Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.

Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.

Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.

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

Manter os ambientes bem ventilados.

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

Evitar sair de casa em período de transmissão da doença.

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

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

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

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

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 22/05/2018

Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde -

Sala de Situação em Saúde

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2017 (primeira semana de agosto) a 20/2018.

Foram notificados no referido período 19.784 casos suspeitos de dengue, dos quais 14.969 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 6,57 casos por 100.000 hab. (733/11.163.018 hab.). O Ministério da Saúde classifica como baixa incidência quando o número de casos autóctones for menor do que 100 casos por 100.000 habitantes.

Os municípios com maior número de casos suspeitos notificados são Londrina (3.360), Maringá (2.120) e Foz do Iguaçu (1.922).

Os municípios com maior número de casos confirmados são: Maringá (153), São João do Ivaí (119) e Foz do Iquaçu (97).

DENGUE – PARANÁ SE 31/2017 A 20/2018*	PERÍODO 2017/2018
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	315
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	90
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	14
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	87
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (02ª, 08ª, 09ª, 10ª,12ª,13ª, 14ª, 15ª, 16ª,17ª,18ª, 20ª, 21ª e 22ª)	14
TOTAL DE CASOS	790
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	733
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	57
TOTAL DE NOTIFICADOS	19.784

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes. Paraná – semana 31/2017 a 20/2018.

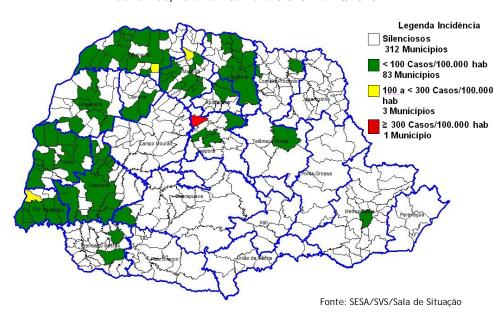


Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2017 a 20/2018.

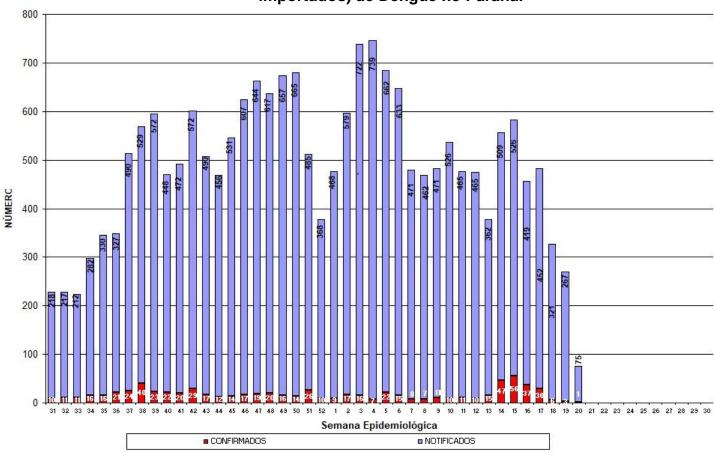
	CRITÉRIO DE	ENCERRAMENTO	
CLASSIFICAÇÃO FINAL	Laboratorial (%)	Clínico- epidemiológico (%)	TOTAL
Dengue	659 (83,4)	131 (16,6%)	790
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	16	-	16
Dengue Grave (D G)	6	-	06
Descartados	-	-	14.969
Em andamento/investigação	-	-	4.003
Total	681 (3,4%)	131 (0,7%)	19.784

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 22/05/2018

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.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

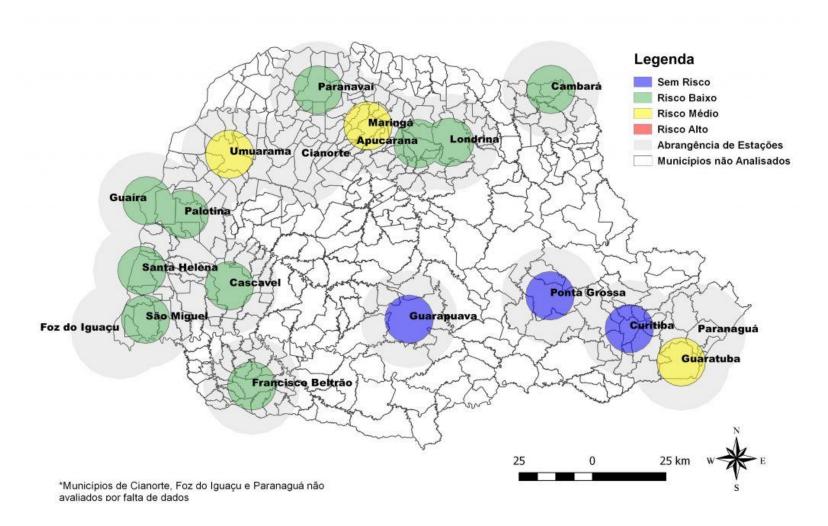
Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2017 a 20/2018.

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 22/05/2018

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

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

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (13/05/2018 - 19/05/2018)



Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 22/05/2018

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

Tabela 2 – Número de casos de dengue, notificados, dengue grave (DG), dengue com sinais de alarme (DSA), óbitos e incidência por 100.000 habitantes por Regional de Saúde, Paraná – Semana Epidemiológica 31/2017 a 20/2018*

REGIONAL DE SAÚDE	POPU-		CASOS		NOTIFI-	DSA	DG	ÓBI-	INCI-
REGIONAL DE SAUDE	LAÇÃO	AUTÓC	IMPORT	TOTAL	CADOS	DSA	DG	TOS	DÊNCIA
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	1.381	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	3	19	22	1.242	0	0	0	0,09
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	39	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	22	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	51	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	20	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	105	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	2	0	2	449	0	1	0	0,56
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	132	11	143	2.452	14	4	2	32,52
10 ^a RS - Cascavel	540.131	70	5	75	932	0	0	0	12,96
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	639	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	7	0	7	455	0	0	0	2,53
13ª RS - Cianorte	154.374	2	0	2	258	0	0	0	1,30
14ª RS - Paranavaí	274.257	57	0	57	1.165	0	0	0	20,78
15 ^a RS - Maringá	799.890	187	1	188	2.826	0	0	0	23,38
16ª RS - Apucarana	372.823	5	0	5	448	0	0	0	1,34
17ª RS - Londrina	935.904	109	0	109	5.709	2	1	0	11,65
18ª RS - Cornélio Procópio	230.231	1	0	1	321	0	0	0	0,43
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	265	0	0	0	-
20a RS - Toledo	385.916	53	2	55	704	0	0	0	13,73
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	1	0	1	60	0	0	0	0,54
22ª RS - Ivaiporã	138.130	104	19	123	241	0	0	0	75,29
TOTAL PARANÁ	11.163.018	733	57	790	19.784	16	6	2	6,57

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

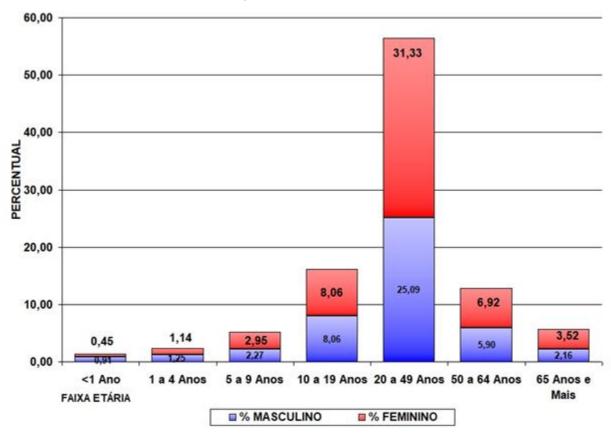
NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 - IBGE estimativa para TCU 2015.

Local de ocorrência: Paraná Data da informação: 22/05/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 56,41% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pelas faixas etárias de 10 a 19 anos com 16,12% dos casos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2017 a 20/2018, Paraná – 2017/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação



EVENTOS NACIONAIS Semana Epidemiológica 21/2018 (20/05/2018 a 26/05/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

TOXOPLASMOSE

Local de ocorrência: Rio Grande do Sul

Data da informação: 25/05/2018

Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O município de Santa Maria, na Região Central do Rio Grande do Sul, tem 460 casos de toxoplasmose confirmados, de acordo com um novo boletim epidemiológico divulgado pelo governo estadual e pela prefeitura na sextafeira (25/05). O último boletim informava cerca de 350 infectados confirmados. O surto já é considerado o maior já enfrentado pelo Rio Grande do Sul na história.

Conforme o documento, dos 460 casos, 35 são de gestantes. O relatório informa também que houve dois óbitos fetais e dois abortos. Até o momento, Santa Maria já contabiliza 1.116 casos notificados.

Na manhã de sexta-feira, representantes de setores municipais, estaduais e federais, ligados à área da Saúde, participaram de uma reunião de trabalho onde foi debatido o surto registrado na cidade.

A situação de toxoplasmose em Santa Maria foi confirmada em 19 de abril. Porém, a fonte da infecção ainda não foi descoberta.

Dados do último boletim

1.116 casos notificados

766 casos suspeitos (460 confirmados, 140 descartados e 166 em investigação

Toxoplasmose

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

De acordo com a Sociedade Brasileira de Infectologia, a doença pode ocorrer pela ingestão de oocistos [onde o parasita se desenvolve] provenientes do solo, areia, latas de lixo contaminadas com fezes de gatos infectados; ingestão de carne crua e mal cozida infectada com cistos, especialmente

carne de porco e carneiro; ou por intermédio de infecção transplancentária, ocorrendo em 40% dos fetos de mães que adquiriam a infecção durante a gravidez.

Sintomas

Em alguns casos os sintomas não se manifestam, mas podem ser:

Febre;

Cansaço;

Mal estar;

Gânglios inflamados.

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

Prevenção

A Sociedade Brasileira de Infectologia lista algumas medidas de prevenção:

Não ingerir carnes cruas ou malcozidas;

Comer apenas vegetais e frutas bem lavados em água corrente;

Evitar contato com fezes de gato. As gestantes, além de evitar o contato com gatos, devem submeter-se a adequado acompanhamento médico (pré-natal). Alguns países obtiveram sucesso na prevenção da contaminação intrauterina fazendo testes laboratoriais em todas as gestantes;

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

LEISHMANIOSE

Local de ocorrência: Pará

Data da informação: 25/05/2018

Fonte da informação: radios.ebc.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Uma menina de dois anos e uma bebê de apenas 11 meses morreram vítimas de leishmaniose em Parauapebas, no sudoeste do Pará.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, as crianças não eram moradoras da cidade. A mais velha era de São Félix do Xingu; e a outra do município de Piçarra. As duas teriam dado entrada no Hospital Geral de Parauapebas neste mês com quadro avançado da doença.

Segundo o governo municipal, de janeiro deste ano até o último dia 19 de maio, 36 pessoas foram diagnosticadas com leishmaniose. Dessas, 10 seriam moradoras de outros municípios. Este número é nove vezes maior que o número de casos registrados no mesmo período no ano passado, quando quatro pessoas contraíram a doença.

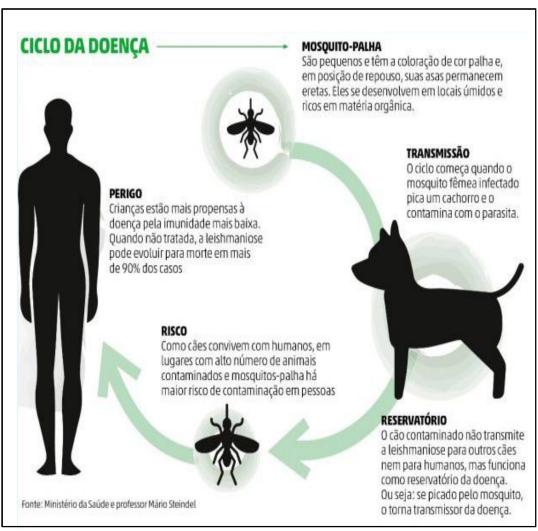
Dentre as pessoas diagnosticadas com leishmaniose na cidade apenas uma menina foi encaminhada para Marabá, município com UTI pediátrica.

A Prefeitura alega que tem investido em campanhas educativas em TV, rádio, panfletagem e internet; além de monitorar as áreas onde a doença foi registrada e ter realizado controle químico. Quinhentos e vinte animais fizeram teste rápido para detectar a enfermidade.

Uma unidade de vigilância em zoonoses recebe animais com suspeita da doença para testes rápidos e sorologia. O serviço também é realizado em domicílio.

A expectativa é que nos próximos dias seja montado um grande mutirão de limpeza com a mobilização da população.

A transmissão da Leishmaniose ocorre pela picada do inseto popularmente chamado de "mosquito palha" ou "cangalhinha". Eles são pequenos, de cor clara e pousam de asas abertas. O mosquito se contamina com o sangue de pessoas e animais doentes e transmite o parasita a pessoas e animais sadios.



Fonte: google.com.br

ESPOROTRICOSE

Local de ocorrência: Paraíba Data da informação: 25/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Estado da Saúde (SES), por meio da Gerência Executiva de Vigilância em Saúde, emitiu uma nota informativa com orientações sobre a esporotricose, uma micose subcutânea causada pelo fungo Sporothrix schenckii que pode atacar humanos e animais, cujos casos vêm registrando acréscimo.

"Apesar de não ser de notificação obrigatória, sabemos do aumento desta doença em todo país com os colegas veterinários, ONGs paraibanas e também pela própria população", disse o chefe do Núcleo de Controle de Zoonoses da SES, Francisco de Assis Azevedo.

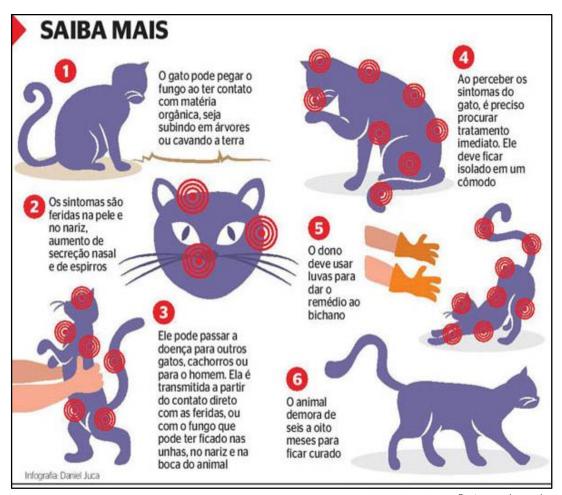
O médico veterinário explicou que, como o fungo está constantemente em ambientes abertos, principalmente no solo, a esporotricose pode ser transmitida por meio de ferimentos já abertos que tenham contato com algum material contaminado. Outra forma pelo contato com animais contaminados, gatos em sua maioria.

"A maioria da transmissão tem sido associada a gatos infectados. Não há relatos de transmissão de homem para homem e de cachorro para homem. A maioria dos relatos é de transmissão de gato para homem e de gato para o cachorro. Por isso, o gato é a maior vítima da doença e não o vilão", explicou Assis.

Nos felinos os sinais mais comuns são lesões ulceradas na pele, profundas, que não cicatrizam e costumam evoluir rapidamente. As lesões são mais comuns na cabeça, cauda e patas. Os casos suspeitos deverão ser avaliados pelos serviços de Vigilância Ambiental/Zoonoses dos municípios.

De acordo com a nota, a SES orienta que é facultado aos serviços de Vigilância Ambiental/Zoonoses dos municípios realizarem procedimentos necessários de acordo com a severidade dos casos, a exemplo de animais de rua com os exames laboratoriais positivos que apresentem riscos iminentes à população; animais entregues, voluntariamente, pelos donos,

por não ter não ter condições de dar continuidade ao tratamento e animais comunitários que estejam com a doença e que causem risco iminente a saúde pública.



SARAMPO

Local de ocorrência: Amazonas Data da informação: 29/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

O Informe Epidemiológico de Monitoramento do Sarampo foi divulgado na terça-feira (29/05), com 85 novos casos confirmados da doença, em Manaus, em relação ao boletim anterior, lançado há uma semana. O aumento foi de 283,3%. São 588 notificações de casos em investigação. Outros 19 casos suspeitos foram descartados, no período, segundo a Secretaria Municipal de Saúde (Semsa).

De acordo com o boletim anterior, 30 casos, de 576 notificações haviam sido confirmados. De acordo com o balanço atual, o número subiu para 115 casos confirmados, de 588 em investigação.

Ao todo, 24,3% dos casos confirmados estão na faixa etária de até 5 anos de idade; 23,5% na faixa etária de 6 a 11 meses; 12,2% em pessoas de 15 a 19 anos; 13,9% entre pessoas de 20 a 29 anos e 9,6% na faixa etária de 30 a 49 anos.

SARAMPO | reconhecer a doença

AMBULATÓRIO E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



Febre Prostração



Tosse Rinorreia Conjuntivite Fotofobia



Koplik
(Patognomónico)
Face interna da bochecha

24-48h antes do exantema

Manchas de



Exantema maculopapular

Progressão cefalocaudal

Caso possível: febre e exantema maculopapular e, pelo menos, um dos seguintes sintomas - tosse, rinite, conjuntivite. Caso provável: caso possível com ligação epidemiológica com um caso confirmado. Caso confirmado: caso possível e confirmação laboratorial.

Transmissão por via aérea

Incubação

10 a 12 dias após exposição (7 a 21 dias) Contágio

4 dias antes e até 4 dias após início do exantema

SAÚDE DA MULHER

Local de ocorrência: Nacional Data da informação: 28/05/2018

Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Em 2016, 1.829 mulheres morreram no Brasil por causas relacionadas a ou agravadas por gravidez, parto ou o puerpério (período pós-parto de 42 dias). Isso equivale a cinco mortes diárias. No mundo, 830 mulheres morreram por dia por essas causas, apontam dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse tipo de óbito preocupa tanto as autoridades de saúde que tem uma classificação internacional específica: morte materna. Segundo dados do Indicadores de Desenvolvimento Global do Banco Mundial de 2016, para cada 100 mil nascidos, 69 mulheres morreram no parto ou no puerpério no Brasil. Em países desenvolvidos, a taxa é de dez mortes por 100 mil bebês vivos, e no Japão são apenas seis mortes. A fim de chamar a atenção para a vulnerabilidade da saúde feminina no mundo, 28 de maio foi escolhido como Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher. No Brasil, a data também representa o Dia Nacional pela Redução da Morte Materna.

Apesar de pouco debatido, o tema é complexo. A mortalidade materna é resultado de fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais, que não se referem a óbitos por causas acidentais, mas sim a causas que poderiam ser evitáveis ou tratadas. "A mortalidade materna indica uma violação do direito mais fundamental do ser humano, que é o direito à vida", defende pesquisadora do Núcleo de Estudos sobre Saúde e Etnia Negra da Universidade Federal Fluminense, Isabel Cruz. No mundo, as principais causas da morte materna são complicações de saúde em decorrência da AIDS; complicações do pós-parto, como necrose da hipófise, glândula que regula a atividade de demais glândulas; complicações no puerpério, como a osteomalácia, uma doença que causa deformidades ósseas e fraturas contínuas na mulher; infecções durante o parto, como o tétano obstétrico; e transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, que vão desde a depressão pós-parto, transtorno do pânico, a disfunções relacionadas à perda exacerbada de apetite e do sono. No Brasil, as principais causas da morte materna são problemas agravados pela hipertensão, diabetes e ocorrência de hemorragias.



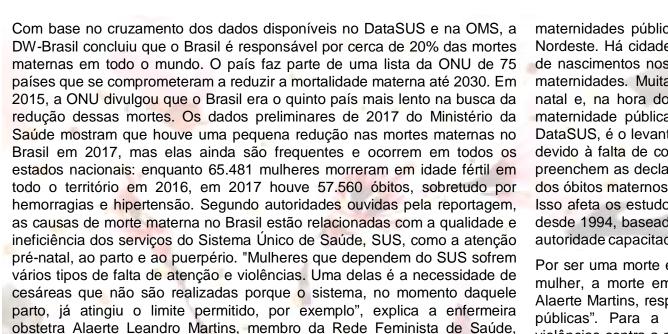
SAÚDE DA MULHER

Local de ocorrência: Nacional Data da informação: 28/05/2018

Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:



A morte materna no Brasil, porém, atinge a todas as mulheres, independente de raça e classe social, por causa das leis sobre aborto e da cultura de violência obstetrícia compartilhada tanto pelos sistemas privados de saúde como pelo SUS.

"Em muitos serviços privados, os partos são 100% pré-agendados e somente de segunda a sexta-feira no horário comercial. As mulheres que têm convênio ou pagam parto particular acham que estão mais protegidas, mas enquanto essa noção não mudar em toda a saúde, nem elas estarão", completa a enfermeira obstetra. Para as que não podem pagar um serviço particular de pré-natal e parto, há ainda o problema da superlotação das



maternidades públicas e até falta delas em alguns municípios do Norte e Nordeste. Há cidades dos estados do Centro-Oeste em que não há registro de nascimentos nos últimos 20 anos, porque esses locais não dispõem de maternidades. Muitas passam toda a gestação sem um atendimento prénatal e, na hora do parto, têm que viajar quilômetros para chegar a uma maternidade pública. Outro fator da morte materna brasileira, segundo o DataSUS, é o levantamento de dados oficiais no país, nem sempre confiável devido à falta de compreensão ou atenção ao tema pelos profissionais que preenchem as declarações de óbito (DO): cerca da metade das declarações dos óbitos maternos não é registrada com a nomenclatura de morte materna. Isso afeta os estudos, uma vez que a metodologia utilizada pelo governo é, desde 1994, baseada nas informações da DO preenchida por um médico ou autoridade capacitada.

Por ser uma morte evitável e totalmente relacionada com a condição de ser mulher, a morte em decorrência da gestação, parto ou pós-parto é, para Alaerte Martins, responsabilidade do Estado, "pois é ele que faz as políticas públicas". Para a enfermeira, a morte materna é uma das principais violências contra a mulher no Brasil. "É uma violência que de fato mata, que tira a vida de uma mulher pelo fato de ela ser mulher". E apesar de comover, é uma morte que, segundo a profissional, não mobiliza. A pesquisadora Cruz destaca também a falta de apuração do Estado entre os casos de mortes já ocorridos. Cruz aponta que o país é responsável por essas mortes de várias maneiras, ao formular políticas públicas voltadas à saúde feminina ignorando "evidências científicas sobre o tema e permitindo uma cultura machista nos sistemas de saúde".

Local de ocorrência: Brasil - atualização

Data da informação: 28/05/2018

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 247 Unidades Sentinelas, sendo 137 de SG; 110 de SRAG em UTI; e 17 sentinelas mistas de ambos os tipos. A vigilância universal de SRAG monitora os casos hospitalizados e óbitos com o objetivo de identificar o comportamento da influenza no país para orientar na tomada de decisão em situações que requeiram novos posicionamentos do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas de informação online: SIVEP-Gripe e SINAN Influenza Web.

As informações apresentadas nesse informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 21 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 26/05/2018.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 25,8% (1.760/6.824) para SG e de 39,1% (360/920) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 22,9% (2.088/9.115) 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, 23,2% (335/1.441) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09.



Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 28/05/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 21 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 8.952 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 6.824 (76,2%) possuem resultados inseridos no sistema e 25,8% (1.760/6.824) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 857 (48,7%) foram positivos para influenza e 903 (51,3%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 367 (42,8%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 166 (19,4%) de influenza B, 38 (4,4%) de influenza A não subtipado e 286 (33,4%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 512 (56,7%) de VSR (Figura1).

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

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

N = 1.760Brasil 180 100% 90% 160 n° de vírus identificados 140 70% 120 60% 100 50% 80 40% 30% 20% 10% Semana Epidemiológica Influenza A(H1N1) Influenza A(Não Influenza A(H3N2) Influenza B VSR pdm09 Subtipado) Positividade vírus Parainfluenza Adenovirus respiratórios

Figura 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 21.

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 28/05/2018

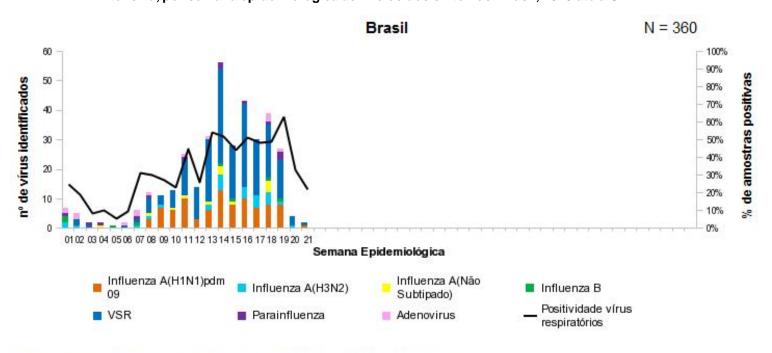
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 1.236 coletas, sendo 920 (74,4%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 360 (39,1%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 138 (38,3%) para influenza e 222 (61,7%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 90 (65,2%) para influenza A(H1N1)pdm09, 13 (9,4%) para influenza A não subtipado, 8 (5,8%) para influenza B e 27 (19,6%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 195 (87,8%) 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 21.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 28/5/2018, sujeitos a alteração.

Local de ocorrência: Brasil – atualização

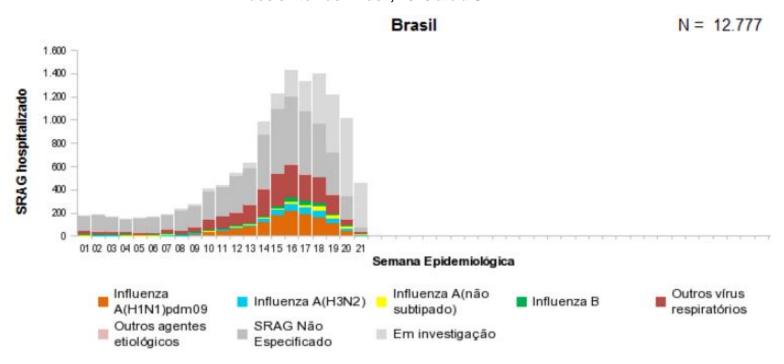
Data da informação: 28/05/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 21 de 2018 foram notificados 12.777 casos de SRAG, sendo 9.115 (71,3%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 22,9% (2.088/9.115) foram classificadas como SRAG por influenza e 24,2% (2.210/9.115) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 1.262 (60,4%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 195 (9,3%) influenza A não subtipado, 219 (10,5%) influenza B e 412 (19,7%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 34 anos, variando de 0 a 107 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região nordeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 31,7% (662/2.088).

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 21.



Local de ocorrência: Brasil – atualização

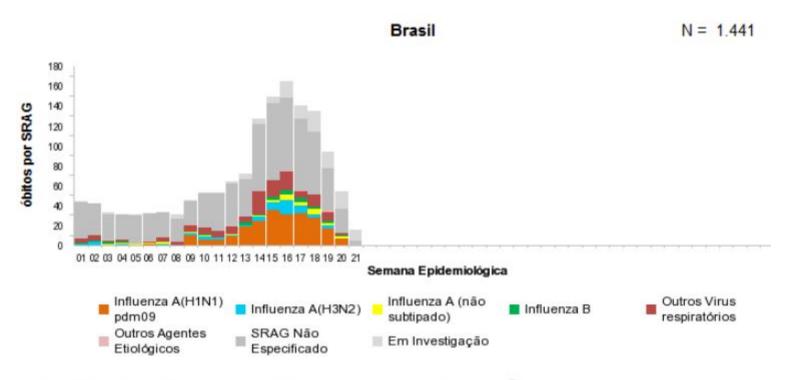
Data da informação: 28/05/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 21 de 2018 foram notificados 1.441 óbitos por SRAG, o que corresponde a 11,3% (1.441/12.177) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 280 (22,4%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 218 (65,1%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 32 (9,6%) influenza A não subtipado, 27 (8,1%) por influenza B e 58 (17,3%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 21,2% (71/335), 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 21.



Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 28/05/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

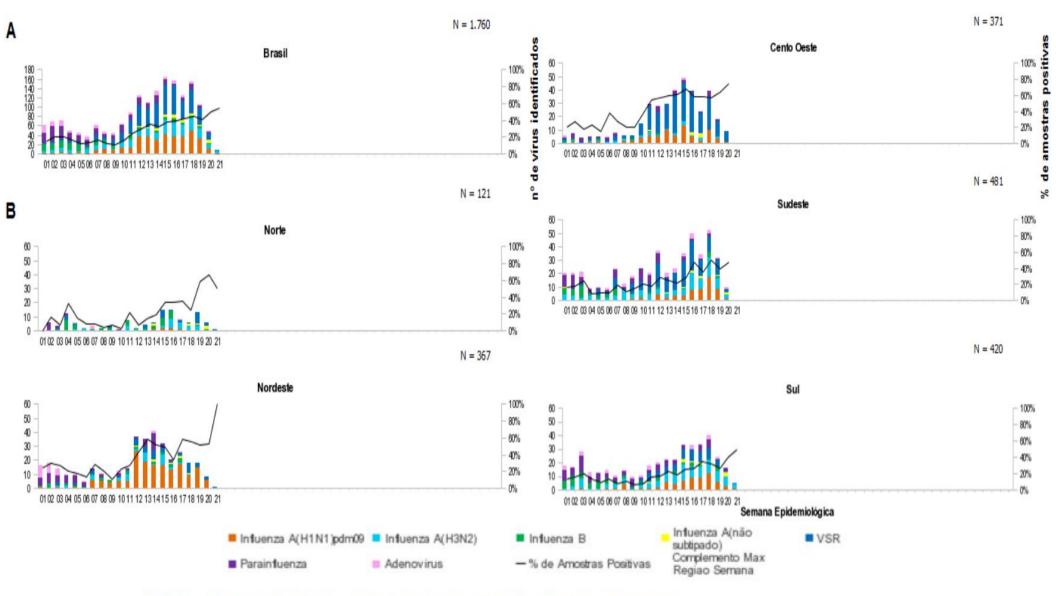
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 50 anos, variando de 0 a 107 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,16/100.000 habitantes. Dos 335 indivíduos que foram a óbito por influenza, 235 (70,1%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, Cardiopatas, Diabetes mellitus e Pneumopatas. Além disso, 231 (69,0%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 20 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 21.

Óbitos por Influenza (N = 335)	n	%
Com Fatores de Risco	235	70,1%
Adultos ≥ 60 anos	108	46,0%
Doença cardiovascular crônica	70	29,8%
Pneumopatias crônicas	45	19,1%
Diabete mellitus	57	24,3%
Obesidade	33	14,0%
Doença Neurológica crônica	23	9,8%
Doença Renal Crônica	19	8,1%
Imunodeficiência/Imunodepressão	17	7,2%
Gestante	10	4,3%
Doença Hepática crônica	3	1,3%
Criança < 5 anos	28	11,9%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	1,3%
Indígenas	2	0,9%
Síndrome de Down	1	0,4%
Que utilizaram antiviral	231	69,0%

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 21.

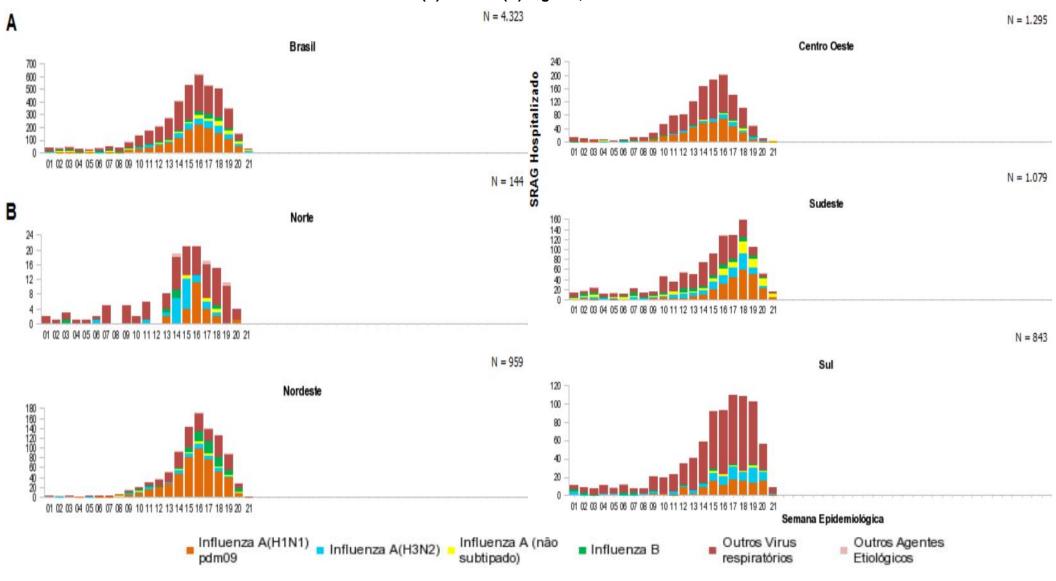


Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 28/5/2018, sujeitos a alteração.

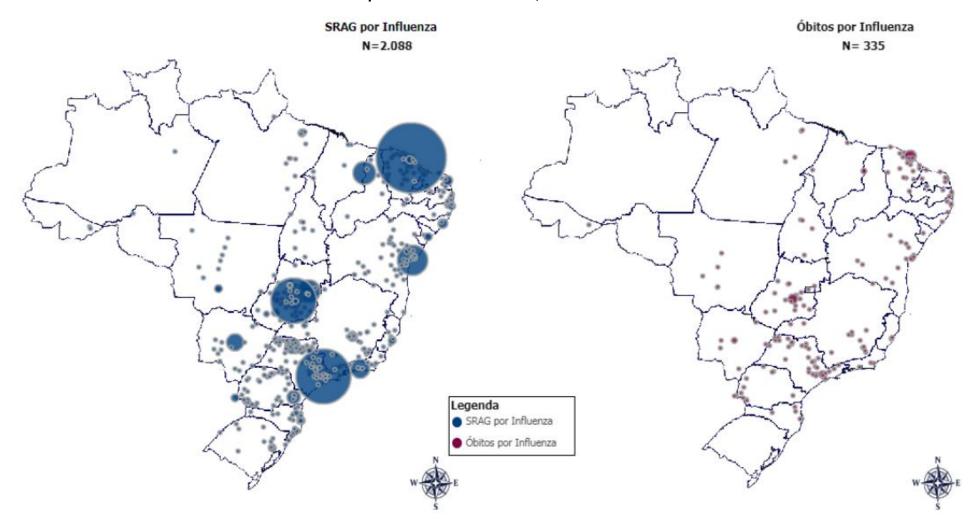
Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 21.

REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza										SRAG por outro		SRAG por outro		SRAG não		4.3	
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtipado)		Influenza B		Total Influenza		virus respiratório		agente Etiológico		Especificado		Em Investigação	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
NORTE	601	66	24	6	23	4	3	0	5	2	55	12	86	7	3	1	319	44	138	2
RONDÓNIA	34	3	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	18	3	13	0
ACRE	74	14	2	1	0	0	0	0	1	1	3	2	6	0	0	0	35	12	30	0
AMAZONAS	88	3	0	0	3	0	1	0	0	0	4	0	37	2	0	0	42	1	5	0
RORAIMA	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0
PARÁ	338	31	12	3	17	3	1	0	2	0	32	6	34	4	1	0	192	21	79	0
AMAPÁ	7	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	5	0
TOCANTINS	58	13	7	2	2	1	1	0	2	1	12	4	9	1	2	1	29	5	6	2
NORDESTE	2.922	336	480	92	57	7	29	6	95	11	661	116	287	26	11	3	1.025	151	938	40
MARANHÃO	49	10	4	2	0	0	1	0	1	0	6	2	3	0	0	0	18	7	22	1
PIAUÍ	191	24	62	8	1	0	2	1	1	0	66	9	30	3	0	0	50	10	45	2
CEARÁ	725	107	211	44	15	3	9	2	65	8	300	57	7	0	3	2	322	39	93	9
RIO GRANDE DO NORTE	168	36	30	8	9	0	1	1	11	1	51	10	9	0	0	0	55	19	53	7
PARAÍBA	108	25	6	4	3	1	0	0	2	0	11	5	10	3	1	0	47	14	39	3
PERNAMBUCO	679	36	26	5	12	1	0	0	0	0	38	6	4	0	0	0	200	16	437	14
ALAGOAS	79	12	11	1	2	0	5	2	1	0	19	3	1	0	5	1	39	7	15	1
SERGIPE	101	3	12	1	2	0	5	0	1	0	20	1	16	1	0	0	59	1	6	0
BAHIA	822	83	118	19	13	2	6	0	13	2	150	23	207	19	2	0	235	38	228	3
SUDESTE	4.545	515	259	48	157	24		19	86	10	632	101	441	27	6	2	2.243	330	1.223	55
MINAS GERAIS	744	96	12	3	36	6	22	8	4	1	74	18	74	7	2	0	433	62	161	9
ESPÍRITO SANTO	223	30	15	3	20	2	0	0	2	2	37	7	0	0	0	0	123	16	63	7
RIO DE JANEIRO	496	49	7	1	10			0	33		59	5	67	7	0	0	182	31	188	6
SÃO PAULO	3.082	340	225	41	91	13	99	11	47	6	462	71	300	13	4	2	1.505	221	811	33
SUL	2.254	234	116	11	93	10	12	2	18	0	239	23	602	32	2	0	1.121	175	290	4
PARANÁ	1.341	140	50	5	58	8	7	1	10	0	125	14	466	25	1	0	513	99	236	2
SANTA CATARINA	403	46	49	6	27	2		1	3	0	82	9	94	6	0	0	The state of the s	31	23	1
RIO GRANDE DO SUL	510	48	17	0	8	0		0	5	0	32	0	42	1	1	0	404	45		
CENTRO OESTE	2.446	288	382	60	82			17	14	4	499	82		51	3	1	813	126	338	-
MATO GROSSO DO SUL	428	43	23	3	34	10000	A	2	1505	1700	68	13	LOAD	5	- 0.7			23	1975	
MATO GROSSO	224	46	18	4	7	2		2	5		36	10	-	2		100		26	103	
GOIÁS	1.197	179	305	50	30			0	3		338	55		38	2	37	399	67	141	
DISTRITO FEDERAL	597	20	36	3	11		1	1	3	0	57	4	299	6	0		171	10	1000	1
BRASIL	12.768	1.439	1.261	217	412			32	218	27	2.086	334		143	25		5.521	826	2.927	
Outro Pais	9	2	1	1	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	- 0		5	1	1	
TOTAL	12.777	1.441	1.262	218	412			32	219		2.088	335	2.210	143	25	7	5.526	827	2.928	129

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 21.



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 21.



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



EVENTOS INTERNACIONAIS Semana Epidemiológica 21/2018 (20/05/2018 a 26/05/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

HIV

Local de ocorrência: Venezuela Data da informação: 23/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

Nos últimos anos, em meio à escassez profunda de medicamentos, juntamente com a ignorância generalizada, o HIV se espalhou rapidamente por todo o delta do Orinoco, e acredita-se que tenha matado centenas de indígenas warao, que vivem em assentamentos como Jobure de Guayo, ao longo dos canais que serpenteiam por esta floresta pantanosa.

Mesmo nas melhores circunstâncias, pode ser difícil controlar a transmissão da doença em uma área tão carente e isolada, mas o governo ignorou a questão, dizem médicos especialistas e líderes comunitários warao, deixando que a população enfrentasse sozinha uma ameaça profunda. Até agora, as mortes e a fuga dos sobreviventes já acabaram com pelo menos uma aldeia.

O Dr. Jacobus de Waard, especialista em doenças infecciosas da Universidade Central da Venezuela, que trabalha e visita os waraos há anos, disse que o futuro da antiga cultura estava em jogo. "Se não houver nenhuma intervenção, isso vai afetar a existência dos waraos", avisou ele.

A epidemia que assola o grupo é uma crise dentro de uma crise, um exemplo dramático de como a Venezuela não consegue lidar com uma ressurgência emergencial da Aids, mesmo que o número anual de novas infecções causadas pelo HIV e de mortes relacionadas ao mal em todo o mundo continue a diminuir.

O governo inclusive parou de distribuir camisinhas gratuitamente, o que pode ajudar a prevenir a propagação do HIV, dizem os ativistas. O preço de um pacote pode custar o equivalente ao pagamento de vários dias para quem recebe um salário mínimo.

O governo vem liberando estatísticas de saúde apenas esporadicamente nos últimos anos, e os médicos muitas vezes contestam sua exatidão. Os especialistas e ativistas de Aids dizem que as taxas de infecção por HIV e o número de mortes aumentaram. O mesmo aconteceu com o número de pacientes estáveis, cuja saúde se deteriorou com a falta do fornecimento regular de drogas antirretrovirais e medicamentos para tratar doenças oportunistas. Entre os venezuelanos mais carentes, disse ele, está o grupo warao. "É uma população totalmente negligenciada." O segundo maior grupo indígena da Venezuela há séculos habita a região onde as águas barrentas do Rio Orinoco se dividem em vários afluentes e se espalham, fundindo-se com o Oceano Atlântico.

Com uma população de cerca de 30 mil indivíduos, eles vivem agora em centenas de assentamentos empobrecidos, em palafitas, na beira de rios e córregos da região.

O HIV foi detectado pela primeira vez entre os waraos em 2007 e acredita-se ter sido introduzido por um migrante que retornou, um dos muitos jovens waraos que procuravam trabalho em cidades venezuelanas distantes como faxineiros, seguranças, operários, camelôs e prostitutas.

Um estudo publicado em 2013 alertou para uma epidemia crescente. Mostrou que quase 10% dos adultos waraos vivendo em oito vilas na região eram HIV positivo, "uma prevalência elevada e dramática", escreveram os pesquisadores. Em uma das comunidades, cerca de 35% das pessoas testadas tinham o vírus. Em comparação, a prevalência do HIV entre a população adulta da América Central e do Sul é de 0,5%. Para piorar a situação, o tipo de vírus que chegou à população era particularmente agressivo, com potencial para gerar a Aids mais rapidamente do que outras cepas – após vários anos de infecção.

A doença também foi se espalhando com a falta de informação. "Alguns deles simplesmente nunca acreditaram em mim ou nem me ouviam", lembrou o Dr. Julian A. Villalba, venezuelano que liderou a pesquisa e que hoje está na Faculdade de Medicina de Harvard.

Villalba estima que mais de 80% dos waraos que diagnosticou entre 2010 e 2012 já estão mortos.

Na falta de drogas antirretrovirais, vários waraos têm buscado soluções na medicina tradicional, procurando uma figura-chave de sua sociedade, o wisidatu, um tipo de curandeiro xamânico. Para muitos deles, a doença é resultado de bruxaria.

Alguns integrantes da família de Quintín dizem ser vítimas de uma maldição infligida sobre eles por um ex-habitante da aldeia, a quem os outros acusam de ser um hoarotu, tipo de xamã do lado negro.

Mikaela Perez, 33 anos, neta do Quintín, contou que o conflito se originou em uma disputa entre seu pai e outro aldeão. Ela disse que o sujeito colocou um feitiço em seu pai, cuja morte por sintomas de Aids foi seguida por várias outras. "Uma família que está desaparecendo. Antes, vivíamos juntos e felizes, mas agora isso está chegando ao fim", disse Perez com uma expressão impassível.

ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE

Local de ocorrência: Mundial Data da informação: 24/05/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Delegados dos países que participam da 71ª Assembleia Mundial da Saúde chegaram a acordos sobre questões como doenças crônicas não transmissíveis e tuberculose, dois temas que serão abordados na Reunião de Alto Nível das Nações Unidas, em setembro deste ano. Por outro lado, representantes dos Estados Membros consideraram o plano estratégico de ação quinquenal da OMS sobre a transição da pólio. Eles também endossaram uma resolução que insta os países afetados pela cólera a implementar um roteiro para reduzir as mortes pela doença.

Pólio

Os delegados consideraram na quinta-feira (24/05) o plano de ação estratégico de cinco anos da OMS sobre a transição da pólio, desenhado para fortalecer os sistemas de saúde dos países afetados pela redução e eventual encerramento da Iniciativa Mundial para a Erradicação da Pólio (EPGI). O plano estratégico é baseado nas prioridades estabelecidas nos planos de transição dos governos nacionais e foi desenvolvido em estreita colaboração com as representações regionais e nacionais da OMS. A implementação do plano exigirá coordenação com todos os parceiros globais e em nível de país. O plano complementa o estado da OMS sobre a viabilidade da imunização na África, que busca fortalecer as capacidades do continente, bem como as importantes conquistas na integração das funções da poliomielite na Região do Sudeste Asiático.

A estratégia respalda a propriedade nacional de funções essenciais da pólio, como vigilância, redes laboratoriais e algumas infraestruturas essenciais que são necessárias para: (i) sustentar um mundo livre da pólio após a erradicação do poliovírus; (ii) fortalecer os sistemas de imunização, incluindo a vigilância de doenças evitáveis por vacinação; e (iii) fortalecer a capacidade de preparação, detecção e resposta a emergências para garantir a plena implementação do Regulamento Sanitário Internacional. A OMS se compromete a continuar prestando assistência técnica e mobilização de recursos aos países envolvidos na transição da pólio.

Os delegados observaram a importância de integrar as funções essenciais da pólio nos sistemas nacionais de saúde. Eles propuseram que este plano seja um "documento vivo" e revisado em função do desenvolvimento pressuposto por programas para 2020-21. Solicitaram também um um relatório atualizado para o 144º Conselho Executivo e a 72ª Assembleia Mundial da Saúde.

Tuberculose

Os delegados concordaram com uma resolução que insta o diretor-geral, os Estados Membros e os parceiros da OMS a continuarem apoiando os preparativos para a reunião de alto nível da Assembleia Geral da ONU sobre o fim da tuberculose, em setembro deste ano.

A resolução também compromete os Estados Membros a acelerarem suas ações para acabar com a doença, com base nos compromissos da Conferência Ministerial Mundial da OMS para acabar com a tuberculose, realizada em Moscou em novembro de 2017. Além disso, saúda os esforços da OMS no desenvolvimento de um marco de responsabilidade multissetorial para acabar com a tuberculose e solicita à Organização que elabore uma nova estratégia global para pesquisa e inovação e respalda os próximos passos para alcançar esses objetivos.

Os esforços atuais para implementar a Estratégia para pôr Fim à Tuberculose, aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde, e para cumprir a meta do ODS de acabar com a doença estão aquém do esperado. A tuberculose tirou 1,7 milhão de vidas em 2016 em todo o mundo, incluindo 400 mil pessoas que viviam com o HIV. A tuberculose continua a ser a principal causadora de mortes em doenças infecciosas do mundo e é uma das dez principais causas globais de morte. Espera-se que a reunião de setembro promova a renovação do compromisso político de alto nível para acelerar a ação para acabar com a enfermidade.

Cólera

Os delegados aprovaram uma resolução instando os países afetados pela cólera a implementarem um roteiro que visa reduzir as mortes pela doença em 90% até 2030. A resolução também insta a OMS a aumentar sua capacidade de apoio aos países que lutam contra a doença; fortalecer a vigilância e notificação da cólera; e reforçar sua liderança e coordenação de esforços globais para prevenção e controle.

O documento 'Ending Cholera: A Global Roadmap to 2030' foi lançado no ano passado pela Força-Tarefa Global para Controle da Cólera (GTFCC) e ressalta a necessidade de uma abordagem coordenada para combater a doença, com planejamento nacional para detecção precoce e resposta a surtos, além de intervenções preventivas a longo prazo em relação à água, saneamento e higiene.

SARAMPO

Local de ocorrência: Europa Data da informação: 18/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

Reino Unido: entre 1º de janeiro e 9 de maio de 2018, 440 casos confirmados de sarampo foram notificados na Inglaterra.

A **Áustria** registrou 43 casos de sarampo em 2018, até 4 de maio. Este é um aumento de 14 casos desde o relatório anterior em 13 de abril.

A **Bulgária** notificou quatro casos de sarampo em 2018, até 13 de maio. Este é um aumento em um caso desde o relatório anterior em 13 de abril.

A **Finlândia** registrou três casos de sarampo em 2018, até 17 de maio. Este é um aumento de dois casos desde 26 de fevereiro de 2018.

A **Alemanha** registrou 176 casos de sarampo em 2018, até 21 de abril. Este é um aumento de 99 casos desde o relatório anterior.

A **Hungria** informou 16 casos de sarampo em 2018, até 6 de maio. Este é um aumento de dois casos desde o relatório anterior em 13 de abril.

A **Irlanda** comunicou 72 casos de sarampo em 2018, até 12 de maio de 2018. Este é um aumento de 12 casos desde o relatório anterior em 13 de abril.

A **Polônia** registrou 44 casos de sarampo em 2018, em 30 de abril. Este é um aumento de 13 casos desde o relatório anterior publicado em 13 de abril.

Portugal registrou 111 casos confirmados de sarampo em 2018, até 8 de abril de 2018. Trata-se de um aumento de seis casos desde o relatório publicado em 13 de abril.

A **Espanha** registrou 105 casos em 2018, até 6 de maio. Entre estes, foram notificados 64 casos da região de Valência e 20 casos de Catalunha.

Os surtos de sarampo continuam a ocorrer em vários países da UE / EEE. Existe um risco de disseminação e transmissão sustentada em áreas com populações suscetíveis. Os surtos atuais afetam vários grupos populacionais, incluindo os profissionais de saúde que cuidam de pessoas em risco de doença grave e complicações (por exemplo, crianças com menos de um ano de idade, imunocomprometidas).

Uma resposta rápida e direcionada ao surto para quebrar as cadeias de transmissão é essencial. Isso inclui o isolamento de suspeitos e casos confirmados e o acompanhamento atento de contatos previamente não vacinados. A vacinação é indicada para aqueles que não conseguem comprovar a vacinação completa ou histórico de infecção anterior.

Resumo epidemiológico para países da UE / EEE com atualizações desde o mês passado

A **República Tcheca** registrou 103 casos de sarampo em todo o país em 2018, até 30 de março.

A **França** comunicou 2.173 casos entre 1º de janeiro de 2018 e 13 de maio. Este é um aumento de 568 casos desde 8 de abril de 2018.

A **Grécia** registrou 1.948 casos em 2018 até 17 de maio, incluindo duas mortes. Este é um aumento de 416 casos e uma morte desde o relatório publicado em 13 de abril.

A **Itália** relatou 805 casos de sarampo, incluindo quatro mortes entre 1º de janeiro e 31 de março de 2018. Este é um aumento de 394 casos e duas mortes desde o relatório anterior publicado em 13 de abril.

A **Romênia** registrou 2.712 casos de sarampo, incluindo 15 mortes, em 2018, em 11 de maio. Este é um aumento de 1.003 casos e seis mortes desde o relatório anterior em 13 de abril.

SARAMPO

Local de ocorrência: Europa Data da informação: 18/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

A **Suécia** relatou rastreamento de contato em dois hospitais do condado de Estocolmo, após cada um deles ter sido visitado por um caso de sarampo (na última semana de abril e em 1º de maio). Nenhum caso adicional de sarampo foi relatado.

A **Suíça** registrou 20 casos em 2018, até 8 de maio. Este é um aumento de seis casos desde o relatório anterior em 13 de abril.

Resumo epidemiológico relevante para países fora da UE / EEE

A **Albânia** registrou mais de 600 casos em 2018, a partir de um relatório da mídia em 25 de abril. Este é um aumento de 248 casos desde o relatório em 13 de abril. A maioria dos casos são crianças e pessoas que não foram imunizadas contra o sarampo.

A **Bielorrússia** reportou 67 casos de sarampo em 2018 em 25 de março. Destes 38 foram confirmados.

A **Geórgia** registrou 517 casos de sarampo em 2018, até 19 de abril. Este é um aumento de 70 casos desde o relatório anterior de 3 de abril.

A **Rússia** registrou 843 casos de sarampo em 2018, em 31 de março. Este é um aumento de 272 casos desde o relatório anterior em 13 de abril. Em 2017, a Rússia registrou 725 casos. Nos últimos anos, a maioria dos casos - mais de 4.700 foram reportados na Rússia em 2014.

A **Sérvia** comunicou 5.167 casos, incluindo 15 mortes, entre outubro de 2017 e 10 de maio de 2018. Trata-se de um aumento de 629 casos e três mortes desde o relatório anterior em 13 de abril. Dos casos notificados, 2.655 foram confirmados.



A **Turquia** relatou 44 casos de sarampo em 2018, segundo a mídia em 30 de março de 2018.

A **Ucrânia** relatou 15.261 casos de sarampo, incluindo oito mortes em 2018, até 15 de maio. Este é um aumento de 6.170 casos e uma morte desde o relatório anterior em 13 de abril. Entre os casos, 6.243 eram adultos e 9.018 eram crianças. A maioria dos casos são relatados nas regiões de Ivano-Frakivsk, Zakarpatie, Lviv, Odessa e Chenivetsk. A campanha de vacinação está em andamento em todas as regiões da Ucrânia.

Segundo a OMS, em 2018 até 8 de maio, havia 11 países que relataram 1.115 casos confirmados na Região das Américas: Antígua e Barbuda (1 caso), Argentina (3 casos), Brasil (104 casos), Canadá (9 casos), Colômbia (21 casos), Equador (3 casos), Guatemala (1 caso), México (4 casos), Peru (2 casos), Estados Unidos (63 casos), República da Venezuela (904 casos).

DIFTERIA

Local de ocorrência: América Data da informação: 24/05/2018

Fonte da informação: Organização Pan Americana de Saúde

COMENTÁRIOS:

Entre a semana epidemiológica (SE) 1 e a SE 18 de 2018, três países - Colômbia, Haiti e Venezuela - relataram casos confirmados de difteria; enquanto em 2017 quatro países da Região - Brasil, Haiti, República Dominicana e Venezuela - relataram casos confirmados da doença.

A seguir, um resumo da situação dos países que relataram casos confirmados de difteria em 2018.

Colômbia: Em 2018, dois casos de difteria foram confirmados em cidadãos da Venezuela. Uma criança de 3 anos e outra de 14 anos, ambos sem histórico de vacinação, com data de início dos sintomas em 2 de janeiro e 23 de março, respectivamente. Os dois casos foram notificados pelo departamento de La Guajira e foram confirmados por critérios clínico-epidemiológicos e laboratoriais.

Haiti: O surto que começou no final de 2014 acumula um total de 515 casos prováveis de difteria relatados até a SE 18 de 2018, incluindo 81 mortes. As taxas de letalidade observadas foram de 22,6% em 2015, 39% em 2016, 6,7% em 2017 e 9,7% em 2018. No corrente ano, cerca de 7 casos foram reportados em média por semana epidemiológica.

No que diz respeito às características de casos prováveis, observou-se que as mulheres representam 57% do total de casos em 2015; 50% em 2016; 60% em 2017 e 62% em 2018 (até SE 18). Em 2018, 52,6% dos casos prováveis notificados até a SE 16 tem menos de 10 anos e mais 50% vêm do departamento da Ouest.

Venezuela: o surto de difteria iniciado em julho de 2016 ainda está ativo. Até a SE 16 de 2018, um total de 1.716 casos suspeitos foram relatados (324 casos em 2016, 1.040 em 2017 e 352 em 2018), dos quais 1.086 foram confirmados por laboratório.

Em 2018, existem nove entidades federais que relataram casos confirmados. Os casos foram registrados em todas as idades, mas a população mais



afetada é o grupo de 1 a 49 anos, onde a maior incidência corresponde ao grupo de 5 a 19 anos.

As autoridades de saúde estão intensificando a vigilância epidemiológica, a pesquisa, a assistência médica e a vacinação. Além disso, eles mantêm treinamento constante do pessoal de saúde (com base no manual atualizado normas, diretrizes e procedimentos para o manejo da doença) e educação em saúde.

A Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) recomenda aos Estados Membros que continuem com seus esforços para garantir altas taxas de cobertura com as vacinas primárias e reforços, utilizando estratégias que permitam atingir os níveis adequados de cobertura em todo o território.

A OPAS/OMS lembra que os grupos da população em maior risco são: crianças menores de 5 anos não vacinadas, escolares, agentes de saúde, militares, membros das comunidades penitenciárias e pessoas que, devido à natureza de seu ofício, estão em contato permanente e diário com um grande número de pessoas. Embora os viajantes não tenham um risco especial de contrair difteria, recomenda-se que as autoridades nacionais lembrem aos viajantes que estão indo para áreas com surtos de difteria se são propriamente vacinados de acordo com o calendário nacional de vacinação estabelecido em cada país. Se mais de 5 anos tiverem decorrido desde a última dose, recomenda-se uma dose de reforço.

Recomenda-se o fortalecimento dos sistemas de vigilância para a detecção precoce de casos suspeitos, a fim de iniciar o tratamento oportuno dos afetados e o acompanhamento de seus contatos, garantindo o suprimento de antitoxina difteria

A vacinação é fundamental para prevenir casos e surtos, e o manejo clínico adequado reduz as complicações e a letalidade.

HEPATITE E

Local de ocorrência: Namíbia Data da informação: 28/05/2018

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

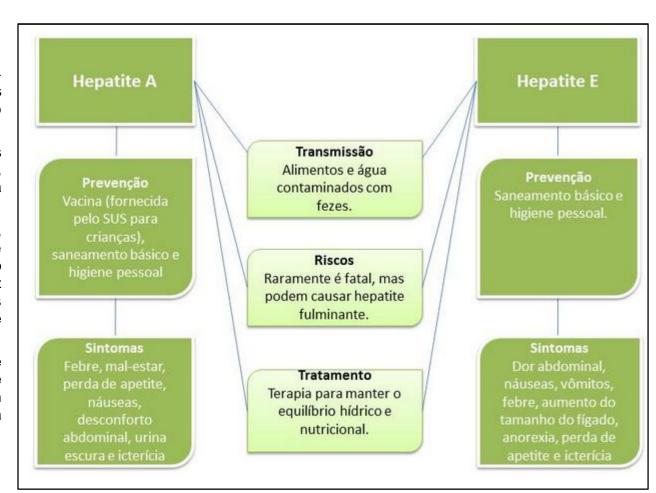
COMENTÁRIOS:

Um surto de hepatite E na Namíbia deixou pelo menos 14 pessoas mortas na capital, Windhoek, e as autoridades acreditam que a doença já tenha se alastrado ao norte do país, onde foi confirmada outra vítima nas últimas horas.

No total, cerca de 500 casos foram registrados nos assentamentos informais dos arredores de Windhoek, onde o surto começou há alguns meses, de acordo com a imprensa local.

O foco estava centrado nessa área do centro do país, mas na sexta-feira passada uma paciente na região de Omusati faleceu. Lá, segundo fontes oficiais ouvidas pelo jornal "The Namibian", foram confirmados outros dez casos e 41 pessoas permanecem em observação. Estes novos contágios estão relacionados ao festival tribal de Omagongo, que aconteceu no fim de semana passado.

A transmissão da hepatite E acontece com o consumo de água contaminada ou pela falta de higiene e de estruturas adequadas de saneamento. É mais comum em países com menos recursos, embora a maior incidência seja nas regiões leste e sul da Ásia.



Fonte: google.com.br

VARICELA

Local de ocorrência: Republica Dominicana

Data da informação: 23/05/2018

Fonte da informação: acento.com.do (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A República Dominicana registrou mais de 3.000 casos de varicela nas últimas quatro semanas, de acordo com um relatório do Departamento de Epidemiologia, no entanto, o número está dentro do esperado para o mesmo período dos últimos cinco anos.

O relatório, que foi publicado no site do Departamento de Epidemiologia, disse que a semana epidemiológica 19, ou seja, a última em estudo, foram relatados 883 episódios de varicela, somando 3.316 que ocorreram nas últimos quatro semanas.

Episódios relatados durante estes últimos quatro semanas representam um aumento de 14%, mas de acordo com a fonte, "não significativo", de acordo com o boletim.

Para reduzir o risco de infecção, o Ministério da Saúde Pública Dominicana recomenda neste boletim, o isolamento do paciente em casa e que não permita o contacto com as pessoas que não tiveram a doença e não frequentem os locais de trabalho e estudos ou locais públicos até o episódio passar.

Também foi recomendado que os pacientes evitassem arranhar e machucar a pele, produzindo úlceras que podem ser infectadas.

Ao mesmo tempo, manter uma boa higiene (banho duas ou três vezes por dia e manter as mãos limpas e unhas curtas), beber muitos líquidos e não se automedicar.

A catapora é uma doença aguda caracterizada por febre e erupção cutânea generalizada, cujo período de incubação varia de 10 a 21 dias.

DOENÇAS

Diferenças entre elas

Sarampo

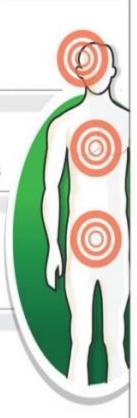
Manifesta-se com febre alta, tosse seca, irritação nos olhos e pequenos pontos brancos na parte interna da boca. Após alguns días, **aparecem lesões na pele**. Após o contágio, o período de incubação da doença é de cerca de dez días. A maioria das pessoas se recupera mesmo sem tratamento, em duas a três semanas

Rubéola

Transcorre com febre discreta, inchaço dos gânglios do pescoço, dor nas juntas e lesões de curta duração na pele. A rubéola é extremamente perigosa para gestantes, pois, além do aumento do risco de aborto, o recém-nascido pode desenvolver problemas graves, como malformações do coração, cegueira e surdez

Catapora

A catapora é chamada de varicela pelos médicos. Após o contágio, os sintomas levam de duas a três semanas para aparecerem, e incluem febre, mal-estar geral e **lesões na pele**, acompanhadas de coceira e manchas vermelhas. Essas manchas normalmente aparecem no peito, abdômen e nas costas, e se transformam em bolhas contendo fluido, que posteriormente secam e cicatrizam



RAIVA ANIMAL

Local de ocorrência: Estados Unidos Data da informação: 26/05/2018 Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

Os casos de raiva nos condados de Weld e Larimer estão aumentando neste ano, com quase 30 casos notificados entre os dois municípios até agora em 2018.

17 gambás foram infectados no condado de Larimer neste ano, são 9 casos a mais relatados do que em todo o ano de 2017. Oito deles foram relatados em Fort Collins, e o restante foi encontrado em Wellington, Timnath, Carr e Condado de Larimer.

Dez gambás e um morcego deram positivo para a raiva no Condado de Weld, de acordo com um comunicado do condado de Weld. Os gambás foram encontrados perto de Ault, Briggsdale, Gill, Greeley, Hudson e Windosr. Um morcego raivoso também foi encontrado em Windsor.

"Esse ano está tendo mais exposição à raiva em animais selvagens", disse o diretor executivo do Departamento de Saúde do condado de Weld, Mark Wallace, em um comunicado à imprensa. "A melhor proteção contra a raiva é evitar o contato com animais selvagens e manter seus animais de estimação vacinados".

Antes deste ano, a última vez que um gambá raivoso foi relatado em Fort Collins foi em 2013, quando 6 foram encontrados na cidade e 35 no condado.

Oficiais do condado disseram anteriormente ao Coloradoan que o pico de 2018 em gambás raivosos tem a ver com o retorno da população de gambás do condado.

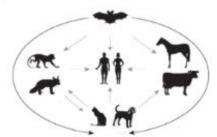
Qualquer mamífero pode contrair raiva e o risco para os seres humanos aumenta quando os animais não são vacinados, afirmou a publicação. Para proteger os animais, as autoridades de saúde recomendam que todos os animais domésticos mantenham-se atualizados quanto à vacinação contra a raiva.

O que é Raiva?

A Raiva é uma doença infecciosa, causada por um vírus, que causa distúrbios neurológicos fatais no homem (cerca de 60.000 pessoas morrem por ano) e nos animais de sangue quente.

Por que a Raiva é tão importante?

Ela é uma zoonose (doença que animais transmitem a humanos e vice-versa) fatal em quase 100% dos casos. Qualquer mamífero pode ser infectado e transmitir a doença. Os Cães e os gatos merecem maior atenção por que convivem com humanos.



Ciclo de transmissão do vírus da Raiva

A Raiva urbana que ocorre nas cidades é transmitida por cães e gatos infectados. A doença torna os animais agressivos que, então, podem atacar e morder pessoas e outros animais. O vírus da Raiva é transmitido pela saliva (no momento da mordida), se multiplica nos músculos e depois entra no sistema nervoso central causando a doença fatal.

Os morcegos também podem transmitir a Raiva para o homem e para os animais. Tanto aqueles morcegos que vivem nas matas quanto aqueles que vivem nas cidades.

Como se pega essa doença?!

O vírus é transmitido pela saliva de animais doentes. Por isso, a **mordida** é a principal forma de infecção. Arranhaduras também podem transmitir a Raiva.



Nossos cães e gatos podem ser infectados entre eles mesmos ou através de mordidas de morcegos infectados.



Fonte: google.com.br

EBOLA

Local de ocorrência: República Democrática do Congo (RDC)

Data da informação: 24/05/2018

Fonte da informação: africa21digital.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

No dia 24 de maio, representantes da OMS se reuniram com governos de países vizinhos à República Democrática do Congo para discutir o cenário de ebola na região. O encontro se deu em meio à 71ª Assembleia Mundial da Saúde, que acontece em Genebra desde o início da semana.

"Nove países foram avisados que estão sob alto risco e ações de prontidão estão em andamento", concluiu o diretor-geral da organização.

A República Democrática do Congo já notificou 58 casos de ebola. Os números incluem 28 casos confirmados, 21 casos prováveis e nove suspeitos, além de 27 mortes. A maior parte das infecções foi identificada nas regiões de Bikoro (29 casos) e lboko (22 casos).

Desde o início da semana, o Ministério da Saúde local, em parceria com a própria OMS, Médicos sem Fronteiras e Fundo das Nações Unidas para a Infância trabalham para vacinar comunidades mais afetadas pelo ebola.

A dose em questão tem caráter experimental e já havia sido utilizada na Guiné em 2015. Segundo a OMS, a vacina foi utilizada em diversos ensaios envolvendo mais de 16 mil voluntários na Europa, na África e nos Estados Unidos e se mostrou segura para o uso em humanos.

A República Democrática do Congo vive seu nono surto de ebola desde a descoberta do vírus, em 1976. No dia 18 de maio, a OMS optou por não declarar emergência internacional em saúde pública, mas alertou que a situação na região africana desperta preocupação e que países vizinhos foram avisados da possibilidade de disseminação do vírus.



NOVO CORONAVÍRUS (MERS-CoV)

Local de ocorrência: Emirados Árabes Unidos

Data da informação: 28/05/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

World Health Organization

COMENTÁRIOS:

No dia 16 de maio de 2018, o Centro Nacional de Ligação para a Regulamentação Armazém Sanitário Internacional (RSI) dos Emirados Árabes Unidos notificou a Organização Mundial de Saúde (OMS) de um novo caso confirmado pelo laboratório de infecção pelo coronavírus da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV).

O paciente é residente nos Emirados em Ghayathi, e tem 78 anos. Em 4 de maio, o paciente começou com febre, tosse e dificuldade em respirar, e foi para um hospital em Abu Dhabi no dia 13 de maio. Uma amostra do trato respiratório inferior foi coletada em 14 de maio, resultando positivo para MERS-CoV. Ele está atualmente em condição estável no hospital.

O paciente apresenta hipertensão e doença pulmonar intersticial como condições subjacentes. A investigação sobre a origem da infecção está em andamento. O paciente relatou ter viajado recentemente para o Reino da Arábia Saudita e possui uma fazenda de dromedários (Camelus dromedarius) nos Emirados Árabes Unidos, que ele visita diariamente.

Em todo o mundo, a OMS foi notificada desde setembro de 2012 de 2.207 casos confirmados em laboratório de infecção por MERS-CoV, incluindo pelo menos 787 mortes relacionadas.

Os contatos do caso confirmado foram identificados e o início dos sintomas está sendo monitorado 14 dias após a última exposição ao caso. O Departamento de Doenças Transmissíveis do país é coordenado com as autoridades responsáveis pela saúde animal para iniciar as análises para os dromedários da fazenda do paciente.

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

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

As medidas de prevenção e controle de infecção são essenciais para evitar a possível disseminação do MERSCoV nos centros de saúde. Nem sempre é possível identificar os primeiros pacientes infectados pelo MERSCoV, já que os sintomas iniciais são inespecíficos, como em outras infecções respiratórias. Por consequência, os profissionais de saúde devem aplicar sistematicamente as medidas preventivas a pacientes, independentemente do seu diagnóstico.

Enquanto não houver conhecimento mais profundo sobre a MERS-CoV, deve-se considerar que as pessoas com diabetes, insuficiência renal, doenças pulmonares crônicas ou imunossupressão correm grande risco de contrair uma doença grave em caso de infecção pelo MERS-CoV. Portanto, essas pessoas devem evitar contato próximo com animais, em especial com camelos, quando visitam fazendas, mercados ou estábulos onde o vírus pode estar circulando. Medidas higiênicas gerais, como lavagem sistemática das mãos, devem ser adotadas antes e depois de tocar nos animais e evitar o contato com animais doentes.

Medidas de higiene alimentar também devem ser adotadas. Deve-se evitar o consumo de leite não pasteurizado, bem como carne que não esteja devidamente cozida. A OMS não recomenda exames especiais nos pontos de entrada ou a aplicação de restrições de viagem ou para negociar em relação a este evento.

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial Data da informação: 22/05/2018

Origem da informação: The Global Polio Erradication Initiative

COMENTÁRIOS:

Esforços globais de saúde pública estão em curso para erradicar a poliomielite, por meio da imunização de crianças, até que a transmissão do vírus cesse completamente e o mundo tornese livre da doença. A pólio foi declarada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 05/05/2014, diante do aumento da circulação e propagação internacional do poliovírus selvagem durante 2014. A 12ª reunião do Comitê de Emergência sob o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), em 7 de fevereiro de 2017, concluiu que a poliomielite continua a constituir uma emergência de saúde pública de importância internacional (PHEIC). As recomendações temporárias permanecerão em vigor. Planos de ação continuam a ser implementados em todos os países afetados pela circulação do poliovírus selvagem tipo 1 ou de poliovírus derivado da vacina.

No Afeganistão, nenhum novo caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) foi confirmado esta semana. O número total de casos de WPV1 oficialmente registrados no Afeganistão em 2018 é de sete.

No Paquistão, nenhum novo caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) foi confirmado esta semana. O número total de casos de WPV1 oficialmente registrados no Paquistão em 2018 é um.

Na Síria, nenhum novo caso de poliovírus tipo 2 derivado de vacina circulante (cVDPV2) foi relatado na semana passada. O número total de casos de cVDPV2 oficialmente relatados na Síria em 2017 continua sendo 74. Não há casos relatados em 2018.

Na Nigéria, nenhum novo caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) foi relatado na semana passada. O número total de casos de WPV1 para 2016 é de quatro e nenhum caso foi relatado em 2017 ou 2018.

Na República Democrática do Congo (RD Congo), nenhum novo caso de poliovírus tipo 2 derivados da vacina (cVDPV2) foi relatado na semana passada. O número total de casos de cVDPV2 comunicados oficialmente na RDC em 2018 permanece em guatro.

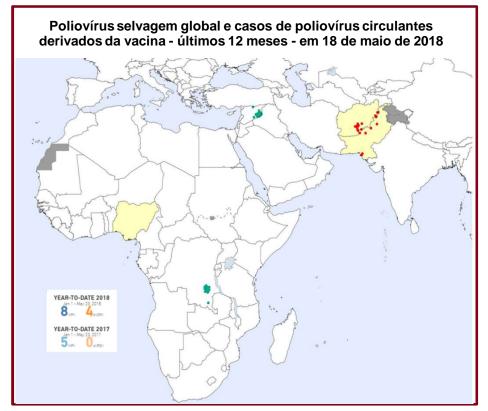
CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

Total acces	Year-to-date 2018		Year-to-	date 2017	Total in 2017	
Total cases	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	8	5	5	4	22	96
- in endemic countries	8	1	5	0	22	0
- in non-endemic countries	0	4	0	4	0	96

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS

Countries	Year-to-date 2018 Year-to-date 2017				Total in 2017		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afeganistão	7	0	3	0	14	0	03/Mar/18	NA
Paquistão	1	0	2	0	8	0	08/Mar/18	NA
República Democrática do Congo	0	4	0	4	0	22	NA	19/Fev/18
Síria	0	0	0	0	0	74	NA	21/Sep/17

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



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

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

INFLUENZA

World Health

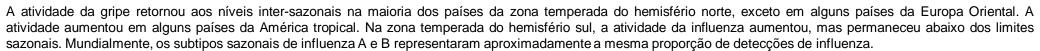
Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 14/05/2018

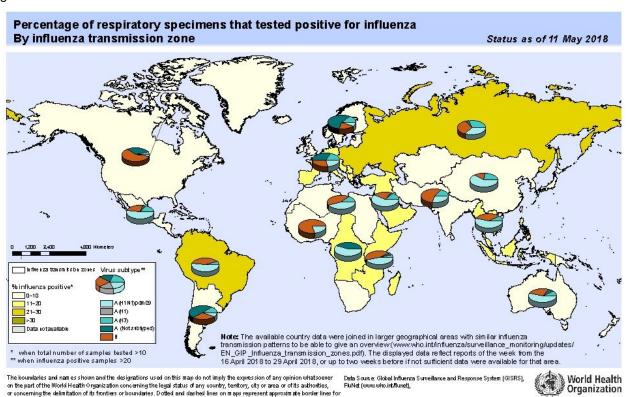
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

which there may not yet be full agreement.

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:



Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de influenza de 107 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 16 de abril de 2018 a 29 de abril de 2018 (dados de 2018-05-11 03:42:35 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 97.697 amostras durante esse período, das quais 9.993 foram positivas para vírus influenza. Entre os vírus positivos, 5.605 (56,1%) foram tipificados como influenza A e 4.388 (43,9%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 1.503 (54,6%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 1.252 (45,4%), eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 428 (84,9%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 76 (15,1%) à linhagem B-Victoria.



®WHO 2018, All rights reserved.

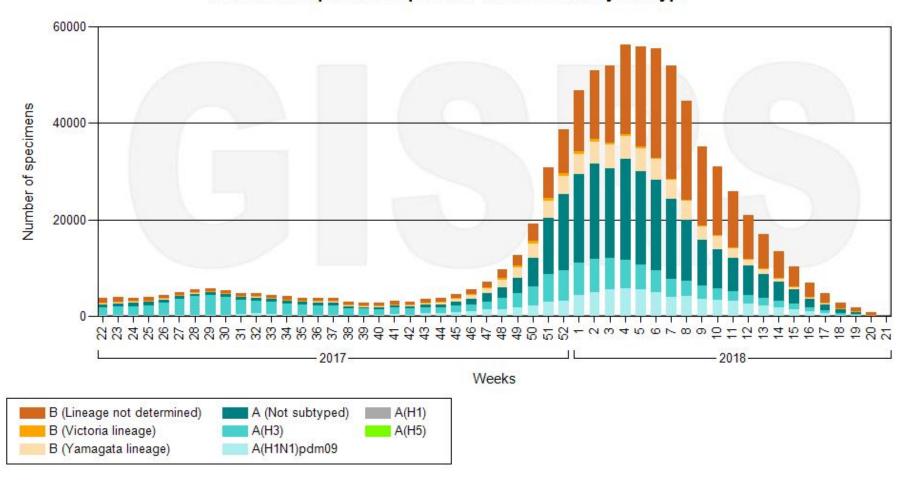


Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



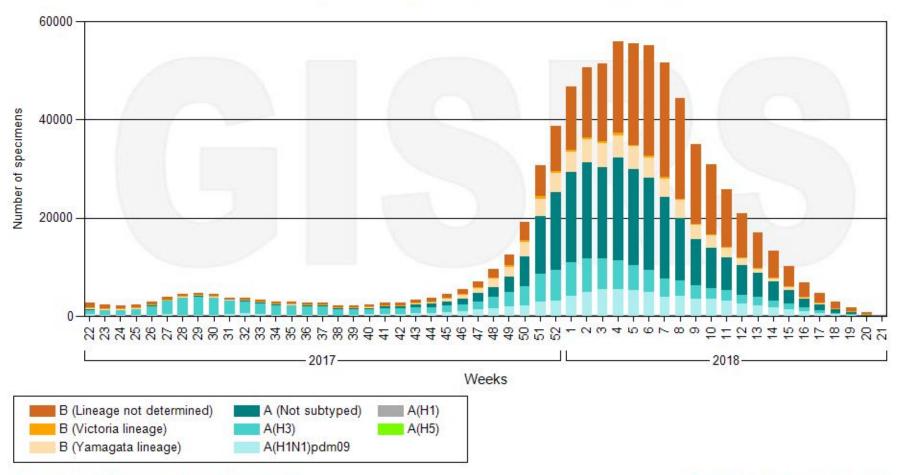


Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Northern hemishere

Number of specimens positive for influenza by subtype

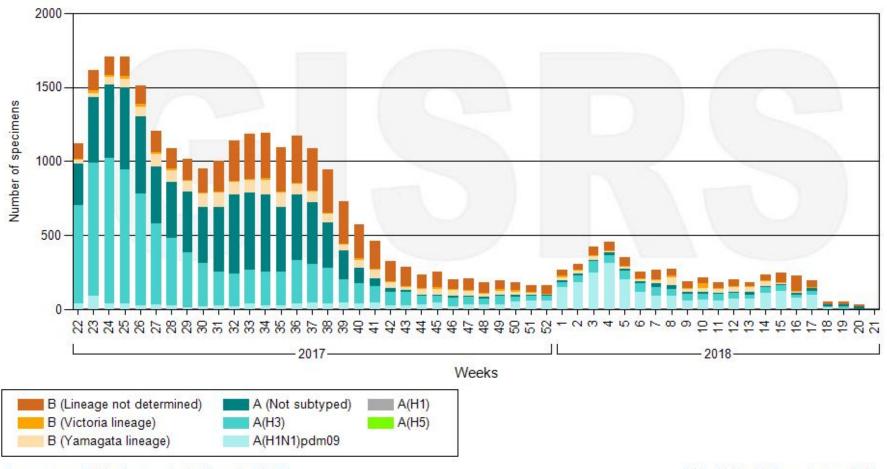




Influenza Laboratory Surveillance Information by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

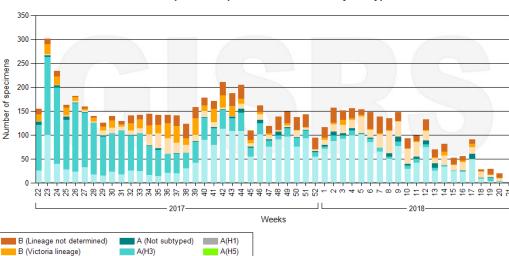
Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

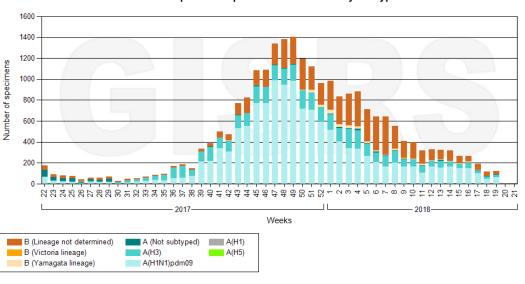


generated on 28/05/2018 18:19:51 UTC

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

Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



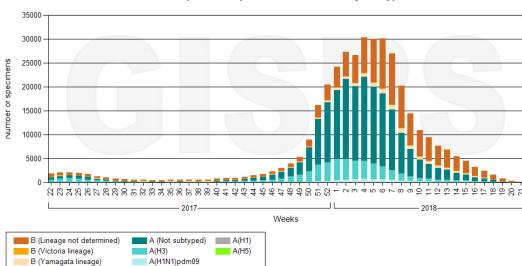
Data source: FluNet (www.who.int/flunet), GISRS

A(H1N1)pdm09

B (Yamagata lineage)

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

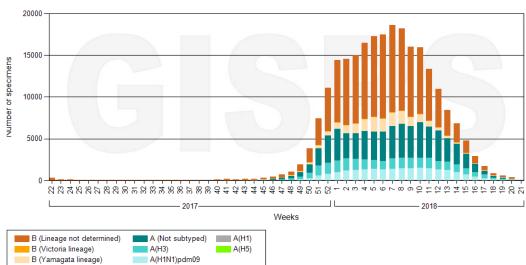


generated on 28/05/2018 18:23:00 UTC

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

European Region of WHO

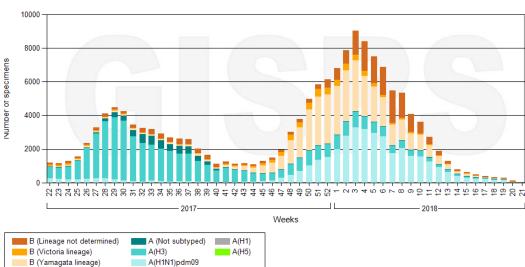
Number of specimens positive for influenza by subtype



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

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

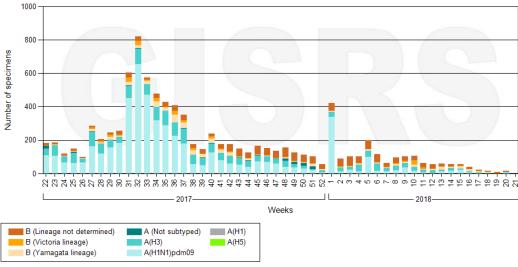


© World Health Organization 2018 Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

generated on 28/05/2018 18:25:20 UTC

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