



INFORME EPIDEMIOLÓGICO

CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 23/2018
(03/06/2018 a 09/06/2018)

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 23/2018

(03/06/2018 a 09/06/2018)

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/06/2018

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 Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI (SRAG), bem como pela vigilância universal dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) de pacientes internados e óbitos, com o objetivo de identificar o comportamento do vírus Influenza para apoiar a tomada de decisão.

A Vigilância conta com uma rede de 47 unidades sentinelas (US), 23 US de Síndrome Gripal (SG) e 24 US de Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI, distribuídas em 14 Regionais de Saúde (RS) e 17 municípios do Paraná. A Vigilância Sentinela de SG monitora a doença por meio de amostragem (5 casos por semana em cada US), de casos com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse. As US 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.

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 referem-se ao período entre as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 22 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 até 02/06/2018.

Do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, foram confirmados para Influenza 11,6% (144/1.241), com predomínio do vírus Influenza A(H3) Sazonal. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 10,7%(18/169) foram confirmados para influenza, com predomínio de Influenza A(H3) Sazonal. A positividade para Influenza, outros vírus e outros agentes etiológicos entre as amostras processadas em US foi de 43,5% (902/2.073) para SG e de 46,7% (92/197) para SRAG em UTI.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 22 foram notificados 1.510 casos de SRAG em residentes no Paraná. Destes, 9,5% (144) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 174 óbitos notificados por SRAG, 10,3% (15) foram confirmados para o vírus Influenza (Tabela 1).

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

Classificação Final	Casos		Óbitos	
	n	%	n	%
SRAG por Influenza	144	9,5	18	10,3
Influenza A(H1N1)pdm09	56	38,9	6	33,3
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	68	47,2	11	61,1
Influenza A não subtipado	10	6,9	1	5,6
Influenza B	10	6,9	0	0,0
SRAG não especificada	582	38,5	120	69,0
SRAG por outros vírus respiratórios	507	33,6	30	17,2
SRAG por outros agentes etiológicos	8	0,5	1	0,6
Em investigação	269	17,8	5	2,9
TOTAL	1.510	100	174	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 05/06/2018, dados sujeitos a alterações.

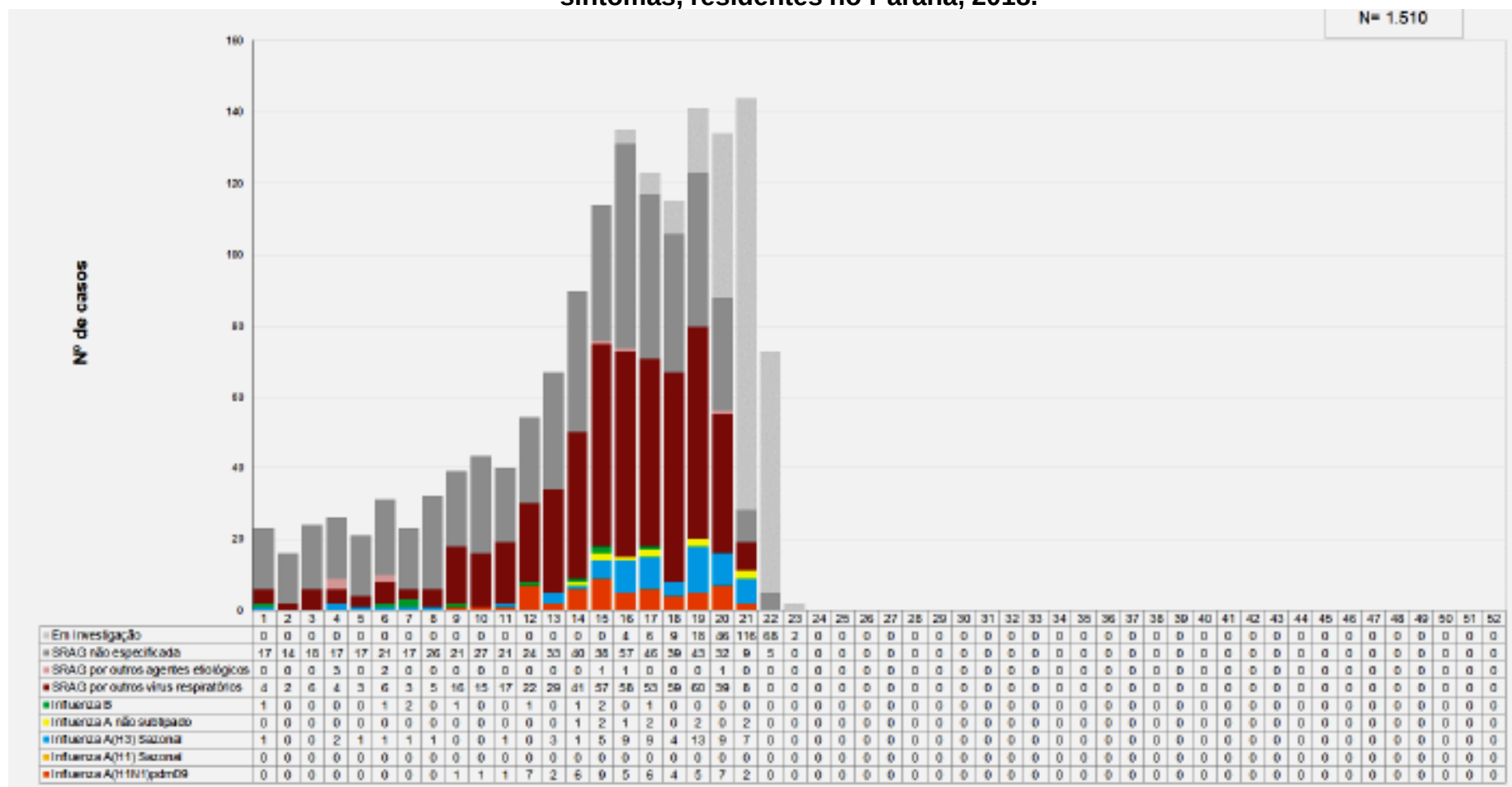
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/06/2018

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

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 05/06/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/06/2018

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

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

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
2. Reg. Saúde Metropolitana	13	1	36	2	6	0	1	0	56	3
Almirante Tamandaré	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Araucária	1	0	3	0	0	0	0	0	4	0
Campo Largo	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Colombo	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Curitiba	9	0	26	2	4	0	1	0	40	2
Fazenda Rio Grande	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Itaperuçu	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0
Rio Branco do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
São José dos Pinhais	1	0	2	0	1	0	0	0	4	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	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0
Irati	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Rio Azul	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
6. 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	3	1	0	0	0	0	3	1
Coronel Vivida	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1
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
Capenema	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	9	1	10	5	0	0	1	0	20	6
Foz do Iguaçu	9	1	7	3	0	0	1	0	17	4
Matelândia	0	0	1	1	0	0	0	0	1	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	1	0	2	0	0	0	0	0	3	0
Arauna	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Mourão	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Juranda	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12. Reg. Saúde Umuarama	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Cafetal 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	4	0	1	0	0	0	7	1
Colorado	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1
Maringá	1	0	3	0	0	0	0	0	4	0
Sarandi	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
16. Reg. Saúde Apucarana	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Apucarana	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Jandaia do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
17. Reg. Saúde Londrina	3	0	2	1	3	1	1	0	9	2
Cambé	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Ibiporã	0	0	1	1	0	0	1	0	2	1
Londrina	2	0	0	0	2	1	0	0	4	1
Rolândia	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Sertãozinho	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18. Reg. Saúde Cornélio Procopio	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Abatiá	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cornélio Procopio	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	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Total	56	6	68	11	10	1	10	0	144	18

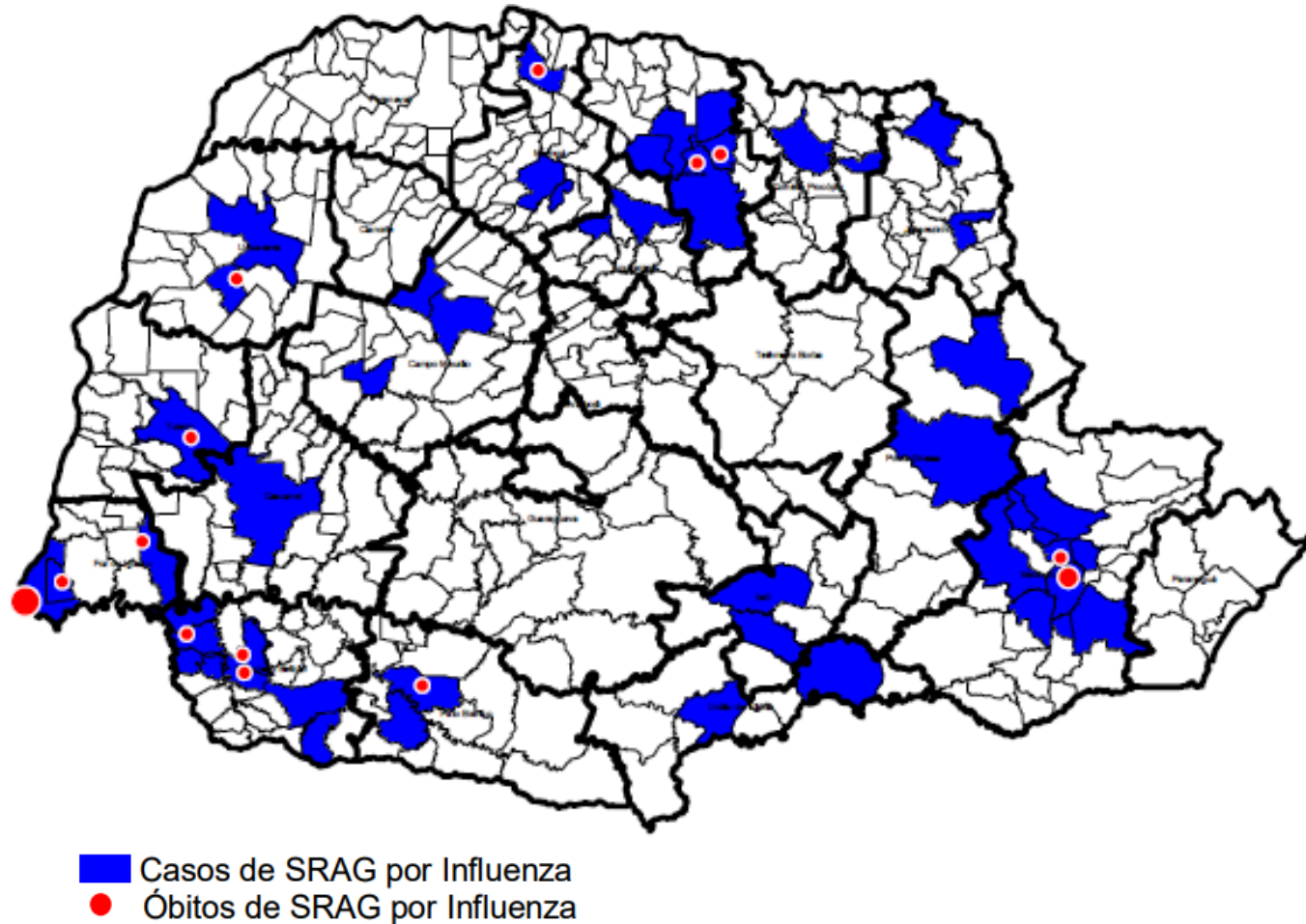
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/06/2018

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

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 05/06/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/06/2018

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

COMENTÁRIOS:

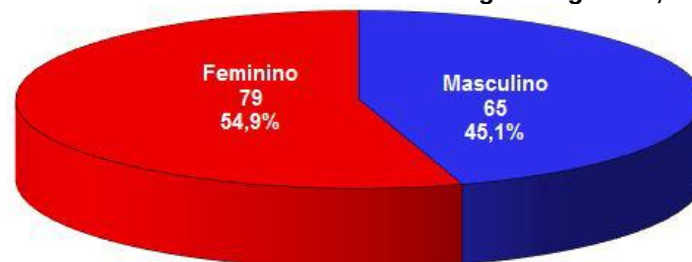
Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, o feminino apresentou 54,9% (79/144) dos casos e o masculino 45,1% (65/144) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 33,3% (6/18) dos casos e o masculino 66,7% (12/18) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi a partir dos 60 anos, com 30,6% (44/144) e 77,8% (14/18) respectivamente (Tabelas 3 e 4).

Os casos de SRAG por Influenza apresentaram no Paraná uma mediana de idade de 34 anos, variando de 0 a 97 anos e, no Brasil, mediana de idade de 33 anos, variando 0 a 107 anos.(Tabelas 3 e 4).

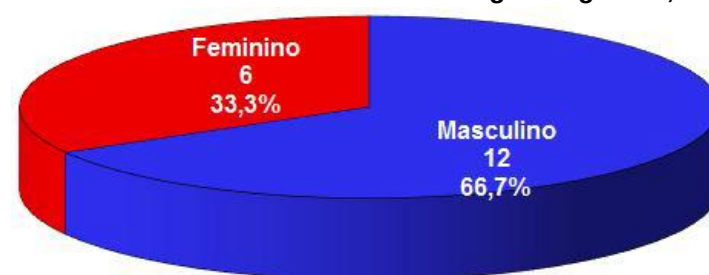
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 72 anos, variando de 24 a 97 anos e no Brasil a mediana foi de 50 anos, variando de 0 a 107 anos.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 05/06/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 05/06/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 2 anos	5	8,9	0	0,0	13	19,1	0	0,0	1	10,0	19	13,2
2 a 4 anos	1	1,8	0	0,0	3	4,4	1	10,0	2	20,0	7	4,9
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	7	10,3	1	10,0	0	0,0	8	5,6
10 a 19 anos	5	8,9	0	0,0	7	10,3	0	0,0	1	10,0	13	9,0
20 a 29 anos	7	12,5	0	0,0	6	8,8	3	30,0	1	10,0	17	12
30 a 39 anos	6	10,7	0	0,0	2	2,9	3	30,0	2	20,0	13	9,0
40 a 49 anos	5	8,9	0	0,0	4	5,9	0	0,0	1	10,0	10	6,9
50 a 59 anos	8	14,3	0	0,0	3	4,4	1	10,0	1	10,0	13	9,0
≥ 60 anos	19	33,9	0	0,0	23	33,8	1	10,0	1	10,0	44	30,6
TOTAL	56	100	0	0	68	100	10	100	10	100	144	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 05/06/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	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	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6
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	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6
50 a 59 anos	1	16,7	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	2	11,1
≥ 60 anos	3	50,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0	0	0,0	14	77,8
TOTAL	6	100,0	0	0,0	11	100,0	1	100,0	0	0	18	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 05/06/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/06/2018

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

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 73,6% (106/144) 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 94,4% (17/18) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 22,2% (4/18) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 71,4% (267/374) 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=144)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	106	73,6	39	36,8
Adultos ≥ 60 anos	44	30,6	21	47,7
Pneumopatias crônicas	31	21,5	14	45,2
Crianças < 5 anos	26	18,1	4	15,4
Doença cardiovascular crônica	22	15,3	10	45,5
Gestantes	17	11,8	6	35,3
Diabetes mellitus	12	8,3	7	58,3
Doença neurológica crônica	8	5,6	5	62,5
Doença renal crônica	7	4,9	3	42,9
Obesidade	5	3,5	1	20,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	3	2,1	1	33,3
Puerpério (até 42 dias do parto)	1	0,7	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	103	71,5		
Vacinados	46	31,9		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 05/06/2018, dados sujeitos a alterações.
Obs: Um mesmo caso pode ter mais de um fator de risco.

No Paraná dos 61,1% (11/18) 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 374 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 265 (70,9%) 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=18)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	17	94,4	4	23,5
Adultos ≥ 60 anos	14	77,8	4	28,6
Pneumopatias crônicas	8	44,4	1	12,5
Doença cardiovascular crônica	7	38,9	2	28,6
Doença renal crônica	5	27,8	3	60,0
Diabetes mellitus	4	22,2	2	50,0
Doença neurológica crônica	3	16,7	2	66,7
Obesidade	3	16,7	0	0,0
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
Que utilizaram antiviral	11	61,1		
Vacinados	4	22,2		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 05/06/2018, dados sujeitos a alterações.
Obs: Um mesmo óbito pode ter mais de um fator de risco.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

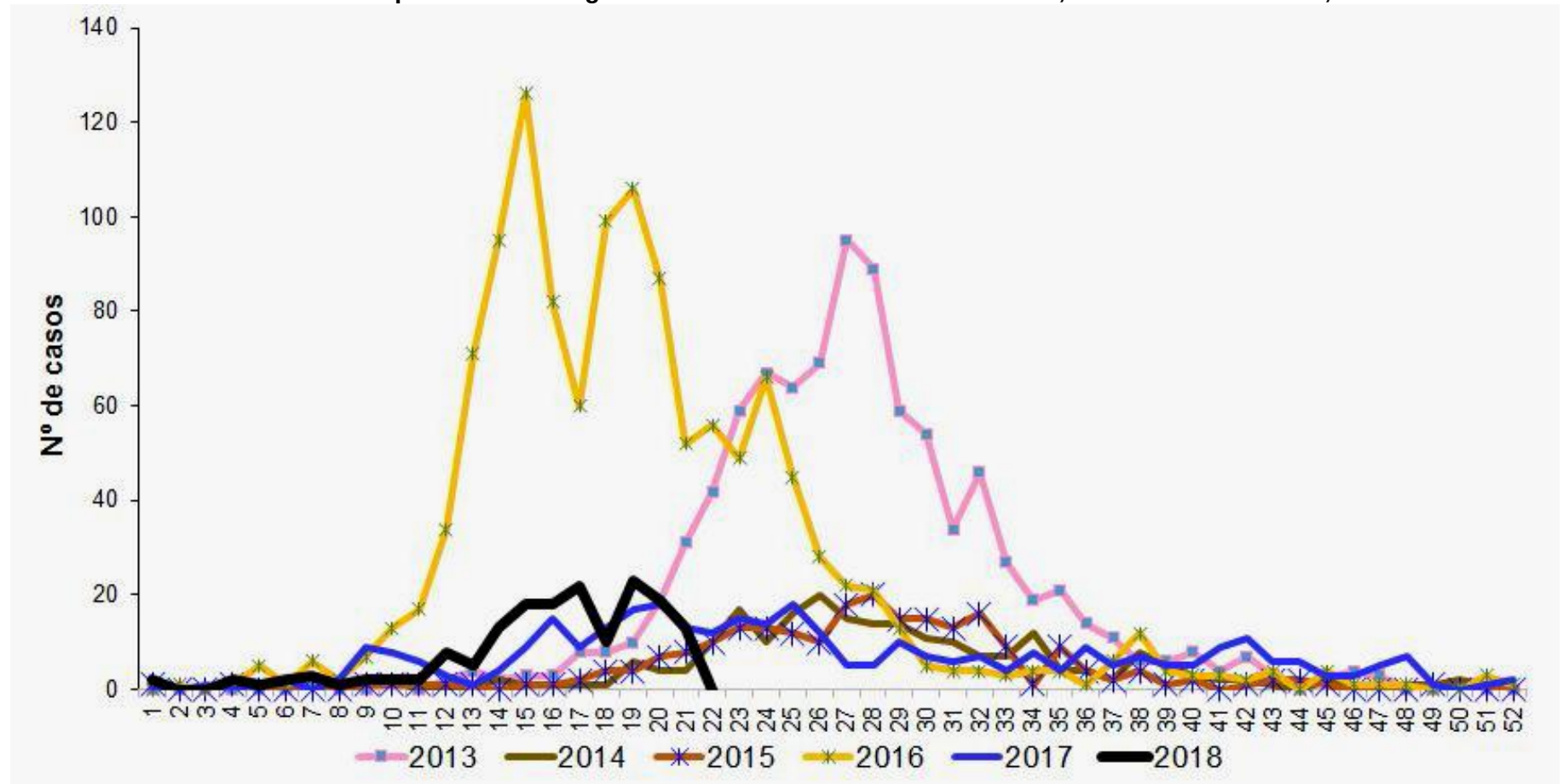
Data da informação: 06/06/2018

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

COMENTÁRIOS:

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

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 05/06/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/06/2018

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 o 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 predominou a 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. 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(H3) Sazonal com 47,2% (68/144) dos casos e, ocorrência de 61,1% (11/18) 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.

Até a SE 22 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 2.333 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 2.073 amostras.

Das amostras processadas, 43,5% (902/2.073) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 225 (10,9%) foram positivas para Influenza e 676 (32,6%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para Influenza, 56 (24,9%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 106 (47,1%) de Influenza A(H3) Sazonal, 10 (4,4%) de Influenza A (não subtipado) e 53 (23,6%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve redomínio da circulação de 358 (53,0%) amostras de Rinovírus (Gráfico 5)

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

Classificação Final	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Influenza A(H1N1)pdm09	384	47	48	8	37	4	1.087	218	1	0	56	6
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	68	11
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	10	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	144	18

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 05/06/2018, dados sujeitos a alterações.

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

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza		Total Coletas	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Num	%
< 2 anos	1	1,8	2	1,9	0	0,0	0	0,0	3	1,3	214	9,2
2 a 4 anos	4	7,1	6	5,7	2	20,0	0	0,0	12	5,3	125	5,4
5 a 9 anos	7	12,5	4	3,8	1	10,0	2	3,8	14	6,2	104	4,5
10 a 19 anos	6	10,7	23	21,7	0	0,0	12	22,6	41	18,2	329	14,1
20 a 29 anos	7	12,5	19	17,9	2	20,0	13	24,5	41	18,2	502	21,5
30 a 39 anos	9	16,1	20	18,9	0	0,0	10	18,9	39	17,3	346	14,8
40 a 49 anos	5	8,9	10	9,4	1	10,0	8	15,1	24	10,7	230	9,9
50 a 59 anos	9	16,1	8	7,5	3	30,0	4	7,5	24	10,7	200	8,6
≥ 60 anos	8	14,3	14	13,2	1	10,0	4	7,5	27	12,0	283	12,1
TOTAL	56	100,0	106	100	10	100,0	53	100	225	100	2.333	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 05/06/2018, dados sujeitos a alterações.

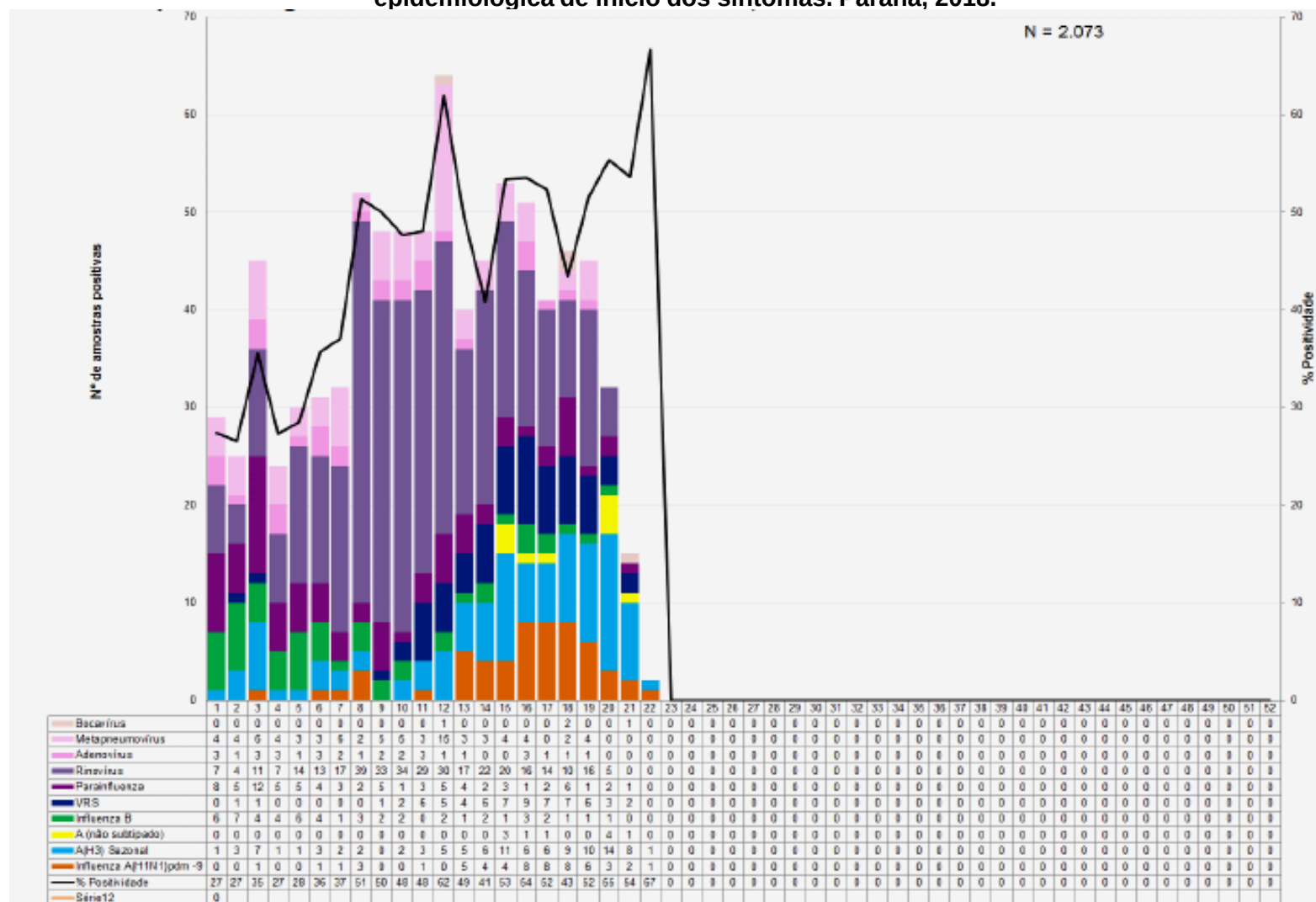
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/06/2018

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 05/06/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/06/2018

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

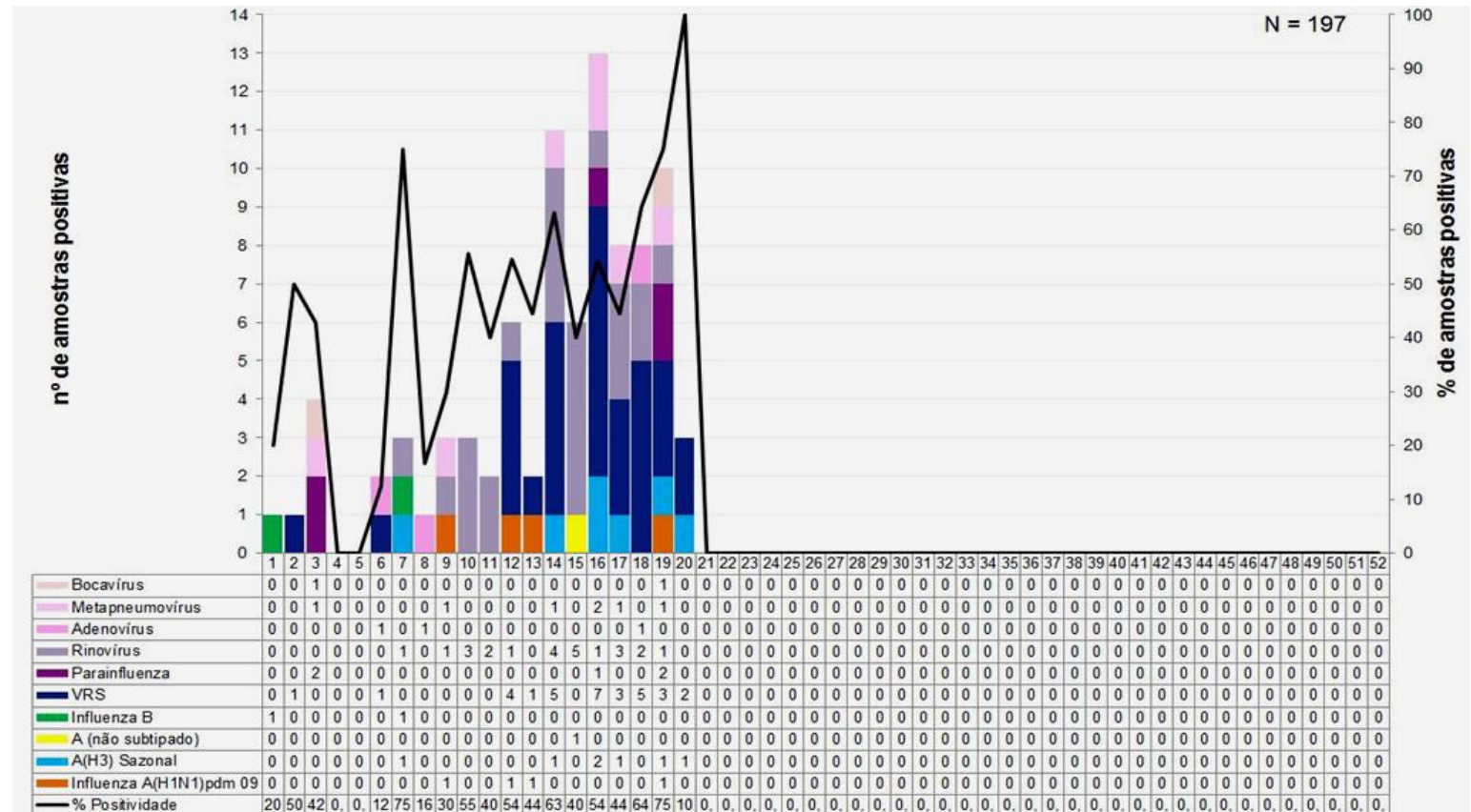
COMENTÁRIOS:

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.

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.

SRAG em UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 240 coletas, das quais 197 (82,1%) foram processadas. Destas, 92 (46,7%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios. Das amostras positivas para Influenza, foram detectados 4 (28,6%) para Influenza A(H1N1)pdm 09, 7 (50,0%) para Influenza A(H3) Sazonal, 1 (7,1%) para Influenza A (não subtipado), 2 (14,3%) para Influenza B. Entre os outros vírus evidenciam-se: 32 (41,0%) de VRS, 5 (6,4%) de Parainfluenza, 24 (30,8%) de Rinovírus, 7 (9,0%) de Metapneumovírus, 3 (4,1%) de Adenovírus, 3 (3,8%) de Adenovírus, 2 (2,6%) de Bocavírus. (Gráfico 6).



Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 05/06/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/06/2018

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.

VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 30/05/2018

Fonte da informação: SESA-PR

Quem pertence ao público-alvo da campanha de vacinação contra a gripe têm até o dia 15 de junho para se imunizar. A prorrogação foi indicada pelo Ministério da Saúde a todos os Estados devido aos índices nacionais de cobertura vacinal e aos problemas causados pelas paralisações nas estradas. No Paraná, até agora, 1,8 milhão de doses da vacina foram aplicadas, o que corresponde a 77% do público-alvo da campanha. A média nacional de cobertura vacinal é de 66%.

Na avaliação da SESA, mesmo apresentando índices maiores que a média nacional, o Paraná ainda precisa intensificar a cobertura em alguns segmentos, especialmente entre crianças de 6 meses a 4 anos, gestantes e doentes crônicos. O Estado já havia anunciado que estenderia a campanha para dar mais tempo para as pessoas se vacinarem.

A meta é imunizar pelo menos 90% da população-alvo no Estado. Quem ainda não se vacinou precisa buscar os postos de vacinação o mais rápido possível e se proteger. Este ano já foram registradas 15 mortes por influenza, 11 em pessoas com alguma doença crônica e que não haviam sido vacinadas.

Entre as Regionais de Saúde, duas já ultrapassaram o índice de 90% de cobertura vacinal. Na regional de Jacarezinho, 95% da população-alvo foi imunizada e na de Irati, 90,6%. Já na Regional de Paranaguá, apenas 62,3% das pessoas alvo da campanha receberam a vacina. As outras 19 regionais ultrapassam 70% de cobertura vacinal.

COBERTURA – No Paraná, o menor índice de cobertura vacinal é registrado entre crianças de 6 meses e menos de 4 anos de idade. Das 659 mil crianças que deveriam receber a vacina, apenas 398 mil foram imunizadas, o que corresponde a 60,5% do total. Entre as gestantes, 116 mil deveriam receber a vacina, mas só 72 mil foram imunizadas. E das 739 mil doses de vacina disponibilizadas para pessoas com doenças crônicas, pouco mais da metade foi aplicada.

POPULAÇÃO-ALVO – Entre as populações-alvo da campanha de vacinação contra a gripe estão as populações indígenas. No Paraná, 100% desse segmento recebeu a vacina. No total, foram aplicadas 16 mil doses da vacina entre a população indígena do Estado. No Brasil, o índice de cobertura no segmento é de 63%. Já entre as pessoas com mais de 60 anos, maior grupo a ser imunizado, o Paraná já aplicou mais de 1 milhão de doses de vacina, ou 88,5% do total previsto em 1,1 milhão.



DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 05/06/2018

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

COMENTÁRIOS:

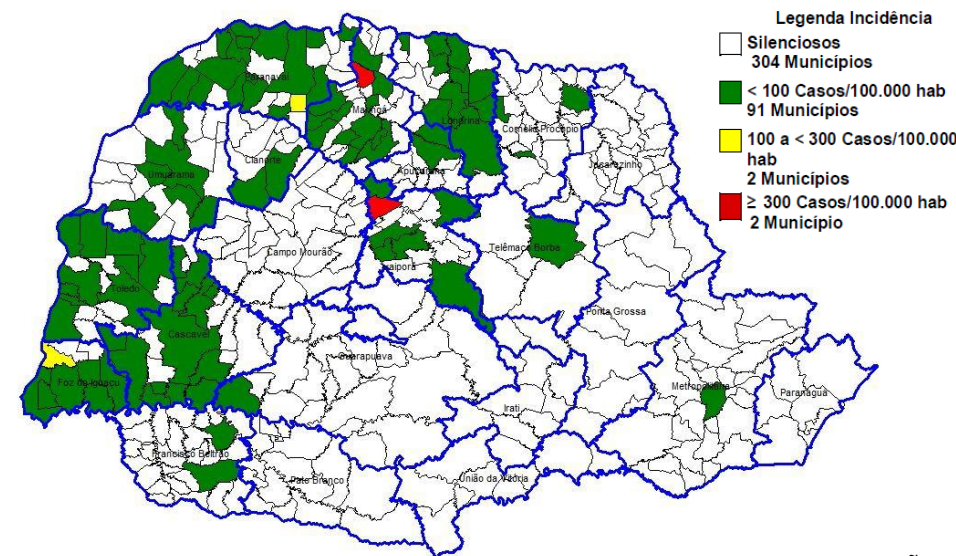
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2017 (primeira semana de agosto) a 22/2018.

Foram notificados no referido período 20.294 casos suspeitos de dengue, dos quais 15.546 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 7,19 casos por 100.000 hab. (803/11.163.018 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 (3.433), Maringá (2.179) e Foz do Iguaçu (1.938). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Maringá(153), São João do Ivaí (124) e Foz do Iguaçu (117). Dois município estão em situação de epidemia:**São João do Ivaí (952,97/100.000 hab)** e **Lobato (incidência 597,01).**

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2017 a 22/2018.



ção

DENGUE - PARANÁ SE 31/2017 A 22/2018*

PERÍODO 2017/2018

MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	317
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	99
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	14
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	95
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (02ª, 08ª, 09ª, 10ª, 12ª, 13ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª, 18ª, 20ª, 21ª e 22ª)	14
TOTAL DE CASOS	869
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	803
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	66
TOTAL DE NOTIFICADOS	20.294

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2017 a 22/2018.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	734 (84,5%)	135 (15,5%)	869
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	17	-	17
Dengue Grave (D G)	06	-	06
Descartados	-	-	15.546
Em andamento/investigação	-	-	3.856
Total	757 (3,7%)	135 (0,7%)	20.294

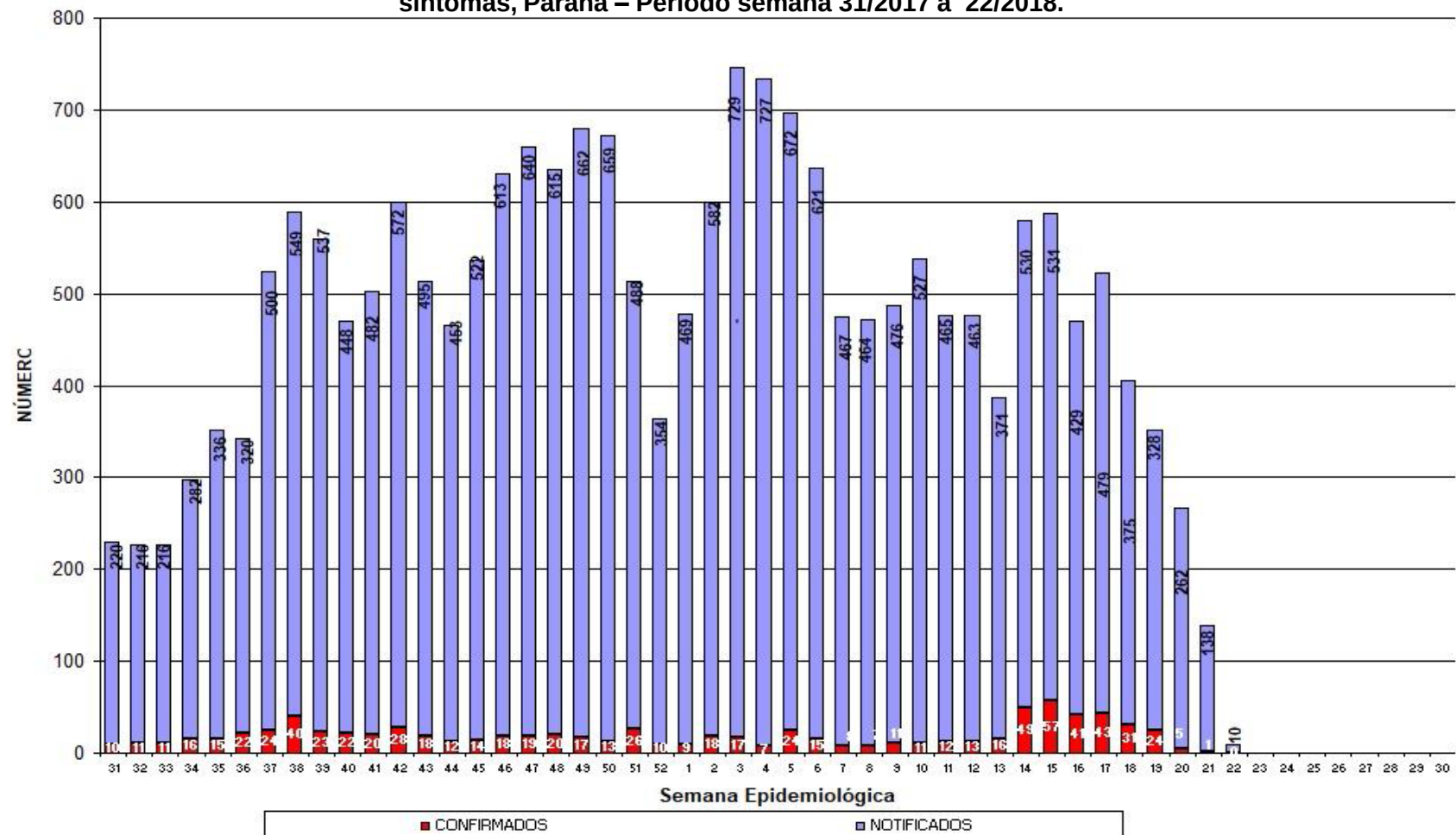
Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 05/06/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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

Figura 1. Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2017 a 22/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

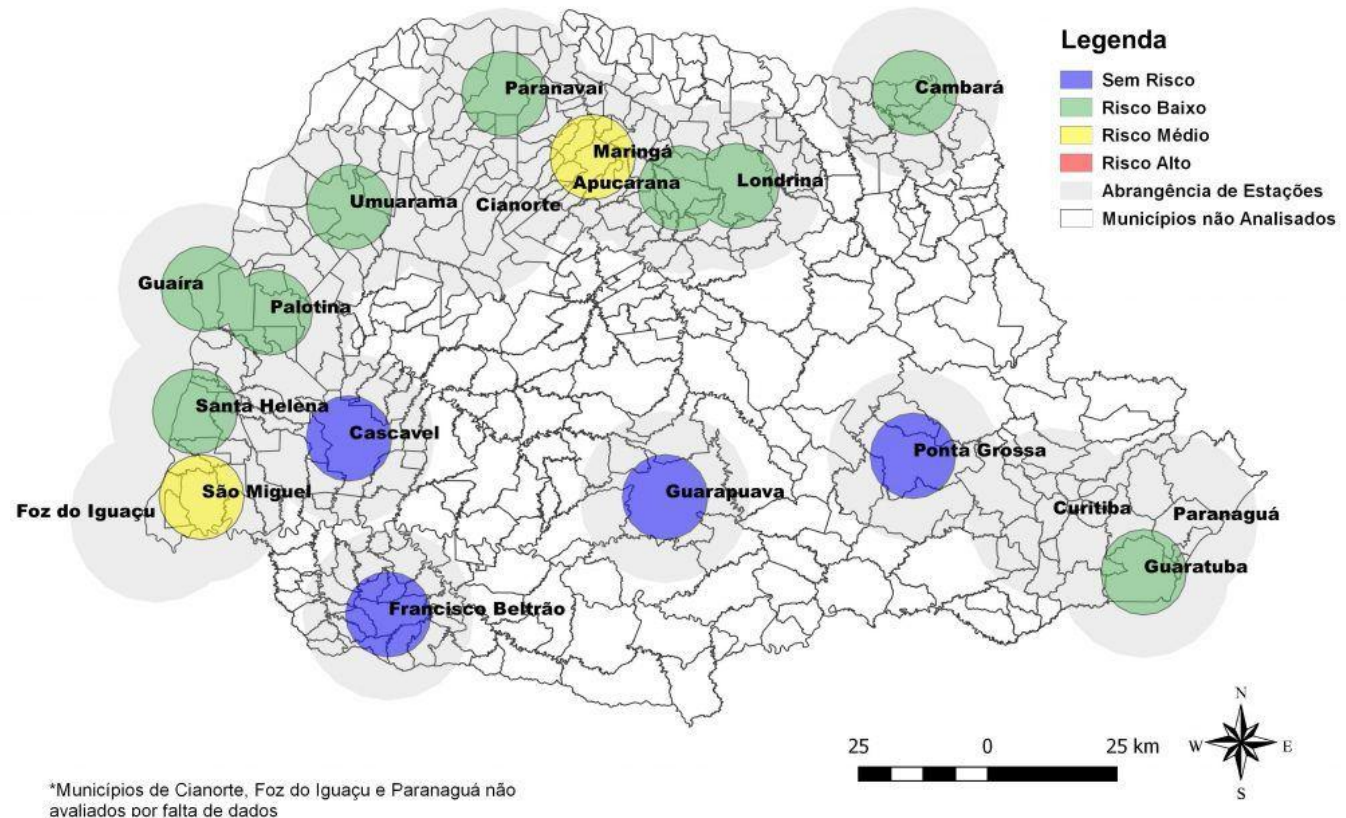
Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 05/06/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (27/05/2018 - 02/06/2018)

Das 18 estações meteorológicas analisadas na **Semana Epidemiológica 22/2018 com relação** as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti* :

- 04 (quatro) sem risco;
- 09 (nove) com risco baixo
- 02 (dois) com risco médio;
- 00 (zero) com risco Alto e;
- 03 (três) não foram avaliadas.



DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 05/06/2018

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 22/2018*

REGIONAL DE SAÚDE	POPU- LAÇÃO	CASOS			NOTIFI- CADOS	DSA	DG	ÓBI- TOS	INCI- DÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	1.414	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	4	20	24	1.286	0	0	0	0,11
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	43	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	23	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	107	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	2	0	2	455	0	1	0	0,56
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	148	15	163	2.467	14	4	2	36,46
10ª RS - Cascavel	540.131	75	5	80	961	0	0	0	13,89
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	651	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	7	0	7	474	0	0	0	2,53
13ª RS - Cianorte	154.374	4	0	4	269	0	0	0	2,59
14ª RS - Paranavaí	274.257	63	0	63	1.199	0	0	0	22,97
15ª RS - Maringá	799.890	209	1	210	2.962	0	0	0	26,13
16ª RS - Apucarana	372.823	10	4	14	472	1	0	0	2,68
17ª RS - Londrina	935.904	112	0	112	5.796	2	1	0	11,97
18ª RS - Cornélio Procopio	230.231	2	0	2	339	0	0	0	0,87
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	268	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	53	2	55	727	0	0	0	13,73
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	1	0	1	61	0	0	0	0,54
22ª RS - Ivaiporã	138.130	113	19	132	249	0	0	0	81,81
TOTAL PARANÁ	11.163.018	803	66	869	20.294	17	6	2	7,19

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

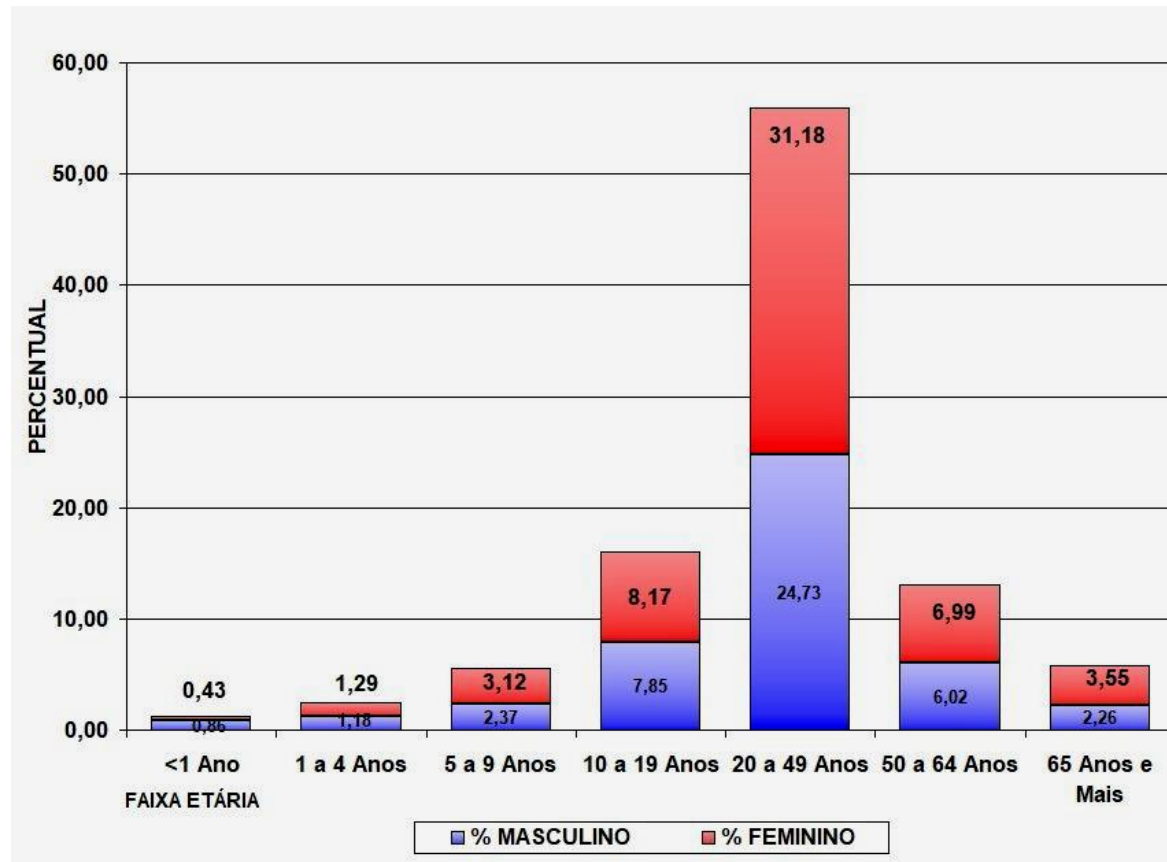
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 05/06/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 55,91% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pelas faixas etárias de 10 a 19 anos com 16,02% dos casos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2017 a 22/2018, Paraná – 2017/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação



EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 23/2018

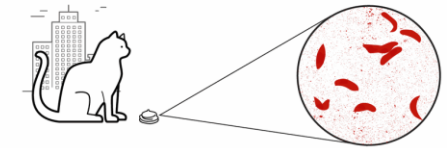
(03/06/2018 a 09/06/2018)

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

TOXOPLASMOSE

Como a toxoplasmose é transmitida?

Confira como é o ciclo da doença

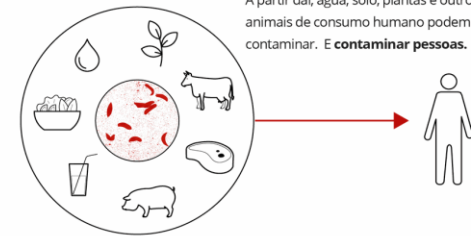


O toxoplasma é um parasita liberado no ambiente pelas **fezes de felinos** contaminados.

O toxoplasma fica em um **estágio de oocisto**, nas fezes dos gatos por **até duas semanas** após a infecção.

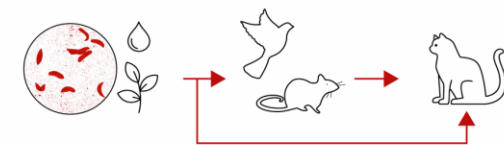


Os oocistos são **extremamente resistentes**, podendo se manter **infectantes por até um ano e meio**.



A partir daí, água, solo, plantas e outros animais de consumo humano podem se contaminar. E **contaminar pessoas**.

Além disso, animais como **ratos e pássaros** podem **adquirir o parasita** ao beber água, comer plantas ou entrar em contato com solo **contendo esses oocistos**. **Mais gatos podem ser infectados da mesma forma**, bem como ao se alimentarem desses bichos.



Os felinos são os **únicos hospedeiros definitivos**. Os cistos podem ficar presentes **até o fim da vida**.

Apenas no **intestino dos gatos** é que o parasita consegue realizar seu **processo de reprodução**.

Outros animais, como os **seres humanos**, são **hospedeiros intermediários**.

Não há vacina para a doença.

Local de ocorrência: Rio Grande do Sul
Data da informação: 09/06/2018
Fonte da informação: G1 (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O número de casos de toxoplasmose em Santa Maria, na Região Central do Rio Grande do Sul, subiu para 510 nesta semana, segundo boletim divulgado pelas secretarias municipal e estadual de Saúde na sexta-feira (8). Na semana anterior, os casos confirmados da doença totalizavam 485. Ainda há 212 casos aguardando resultados de exames.

Dos casos suspeitos, além dos confirmados, 185 foram descartados e 212 seguem sob investigação. O documento ainda indica que, dos 510 casos confirmados, 441 ocorrências são de pessoas residentes em Santa Maria, cinco casos são moradores dos distritos e sete casos são pacientes que residem em municípios vizinhos.

O surto, confirmado em 19 de abril, já é considerado o maior já enfrentado pelo Rio Grande do Sul na história. As autoridades de saúde ainda não identificaram as causas.

Dados do boletim

- 1.213 casos notificados
- 907 casos suspeitos (510 confirmados, 185 descartados e 212 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 transplacentária, 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.

Local de ocorrência: Brasil

Data da informação: 08/06/2018

Fonte da informação: ANVISA

COMENTÁRIOS:

A Anvisa publicou na quinta-feira (7/6) a proibição de três medicamentos que eram fabricados sem registro. Um deles não tinha a indicação da empresa fabricante na embalagem.

O **Hemofolic** e o **4g folic**, fabricados sem registro pela empresa **Exeltis Laboratório Farmacêutico Ltda**, são indicados para reposição de ferro e ácido fólico, principalmente para gestantes e mulheres na fase de amamentação.

O **X-life** além da falta de registro, não traz em sua rotulagem o fabricante. O produto prometia emagrecimento e perda de gordura de forma rápida. A medida determinou ainda a apreensão e inutilização de todos os produtos disponíveis no mercado, bem como a interrupção da divulgação em qualquer meio de comunicação.

Produtos de higiene e limpeza

Também foi publicada, na quinta-feira (7/6), a proibição de um cosmético e de um saneante. Os produtos não tinham registro na Anvisa e um deles continha informação divergente em sua rotulagem.

O **Álcool Gel Prime Clean Tradicional 70%**, fabricado pela **Union Indústria e Comércio de Cosméticos Ltda**, foi proibido devido à falta de registro na Anvisa. A empresa deve recolher todo estoque existente no mercado.

O **Cloro Top - Super Forte**, fabricado pela empresa **Top Kim Produtos de Limpeza**, além de não possuir registro na Agência, apresentava no rótulo de seu produto o endereço e o CNPJ de outra empresa, a **Astol Indústria e Comércio Ltda**.

Com isso, foi determinada a apreensão do Cloro Top – Super Forte, fabricado pela empresa Top Kim Produtos de Limpeza, com o endereço Rua Escoteiro Fernando César, 600, Nova Era, Juiz de Fora - MG e o CNPJ 24.848.721/0002-40 pertencentes à empresa Astol, escrito no rótulo.



Fonte: google.com.br



Fonte: google.com.br

SARAMPO

Local de ocorrência: Brasil

Data da informação: 08/06/2018

Fonte da informação: OPAS

COMENTÁRIOS:

Há um surto de sarampo em curso com 995 casos relatados (611, no estado de AM e 384 no estado de RR), dos quais 114 foram confirmados (30 no estado de AM e 84 no estado de RO), incluindo dois mortos. Existem 798 casos suspeitos que continuam em pesquisa.

Além disso, um caso foi confirmado no Rio Grande do Sul, em uma menina de 1 ano, não vacinada, residente no município de São Luiz Gonzaga, que viajou para a Europa e visitou vários países com surtos em curso. O genótipo identificado nesse caso foi B3.

No estado do Amazonas foram notificados 611 casos, dos quais 30 foram confirmados, 63 descartados e 518 continuam sob investigação. Os casos relatados vêm de 14 municípios: Anori, Beruri, Careiro da Várzea, Humaitá, Itacoatiara, Itapiranga, Iranduba, Jutaí, Manacapuru, Manaus, Novo Airão, Parintins, Gabriel da Cachoeira e São Tefé. 30 casos confirmados são de Manaus, todos em cidadãos brasileiros, 17 dos quais são do sexo feminino. Em relação aos 518 casos continuam sob investigação, 254 são do sexo feminino e são registrados no grupo de 6 meses a 4 anos de idade.

No estado de RR, 384 casos de que foram relatados 84 foram confirmados, 20 descartado e 280 permanecem sob investigação. Os casos relatados vêm de 11 municípios: Alto Alegre, Amajari, Boa Vista, Canta, Caracaraí, Caroebe, Iracema Pacaraima, Rorainópolis, São João da Baliza e Uiramutã. 84 casos confirmados provir: Boa Vista (62 casos), Cantá (1 caso), Pacaraimo (19 casos), Maracaibe (1 caso) e Uiramutã (1 caso). Do total de casos confirmados em RR, 58 são venezuelanos (69%), 24 brasileiros (29%), uma da Guiana (1%) e uma da Argentina (1%). As idades dos casos confirmados são entre 6 meses a 39 anos. Dos 58 casos em venezuelanos, 32 são indígenas; e 35 estão registrados no grupo de 1 a 9 anos. 2 mortes por sarampo correspondem a crianças venezuelanas no município de Boa Vista. Quatro foram hospitalizados. Dos 24 casos confirmados no Brasil, 1 é indígena e 12 estão no grupo de 6 meses a 4 anos. Dos 280 casos que permanecem na pesquisa, 141 são brasileira (20 indígena), Venezuelana 138 (79 indígena) e um é Guiana (nativa).

As datas de início do aparecimento dos sintomas em ambos os Estados foram confirmadas entre 04 de fevereiro e 2 de Abril de 2018. De acordo com a análise laboratorial, o genótipo identificado é o D8, com uma linhagem idêntica identificados na Venezuela em 2017.

Observa-se uma progressão do surto, que apresentou tendência crescente em março e posteriormente em maio. A tendência pode variar de acordo com os resultados de 798 casos sob investigação.

Sintomas do sarampo

- Conjuntivite
- Febre
- Coriza
- Tosse



- Erupção cutânea maculopapular com distribuição craniocaudal

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 08/06/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

As informações apresentadas neste informe referem-se ao período entre as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 22 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 02/06/2018.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 26,2% (1.848/7.041) para SG e de 39,0% (382/980) para SRAG em UTI.

Do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, foram confirmados para Influenza 23,2% (2.315/9.991), com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 23,7% (374/1.579) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09.

**GRIPE PODE SER EVITADA
COM MEDIDAS SIMPLES
DE HIGIENIZAÇÃO**

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

#saúde nasredes blog.saude.gov.br SUS /minsaude

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 08/06/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

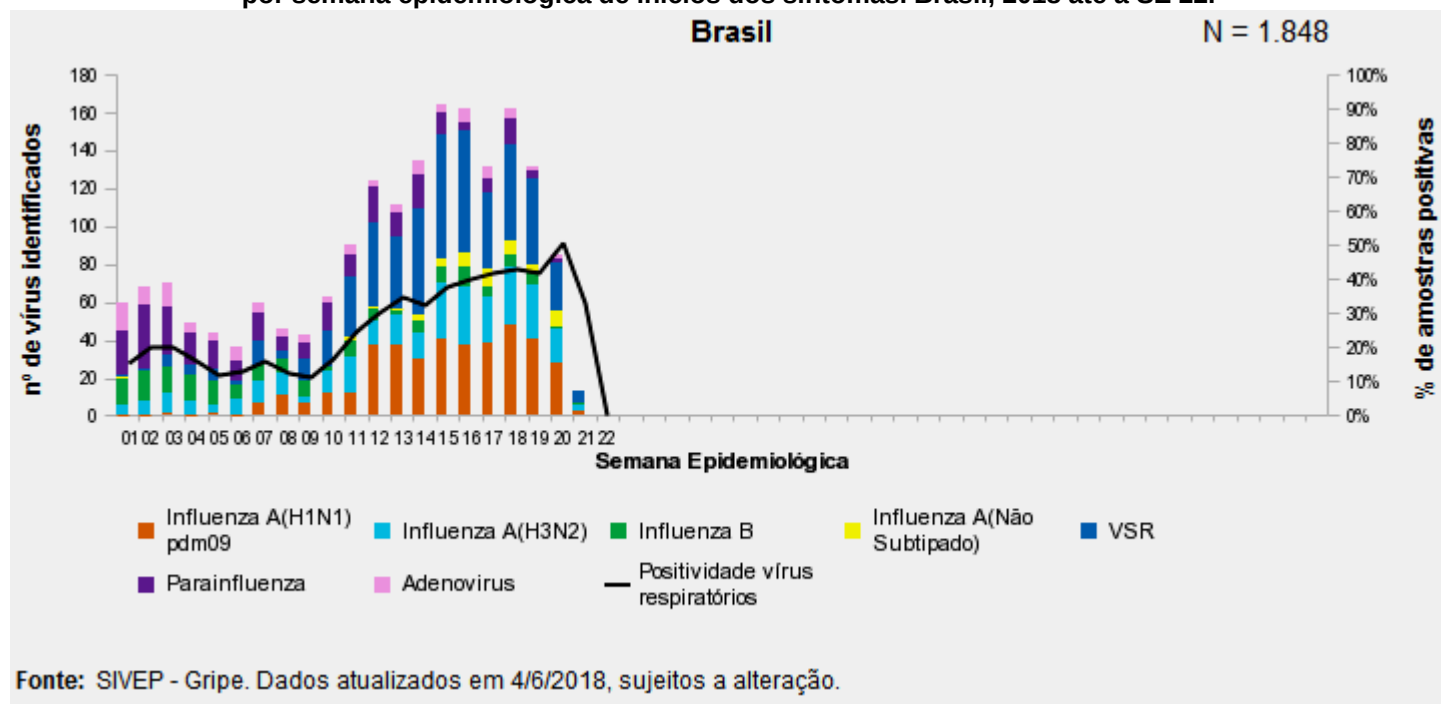
SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 22 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 9.258 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 7.041 (76,1%) possuem resultados inseridos no sistema e 26,2% (1.848/7.041) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 920 (49,8%) foram positivos para influenza e 928 (50,2%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 398 (43,3%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 170 (18,5%) de influenza B, 47 (5,1%) de influenza A não subtipado e 305 (33,2%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 535 (57,7%) 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(H1N1)pdm09 e A(H3N2). Entre os indivíduos menores de 10 anos ocorre uma maior circulação de VSR e Parainfluenza.

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 22.



INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 28/05/2018

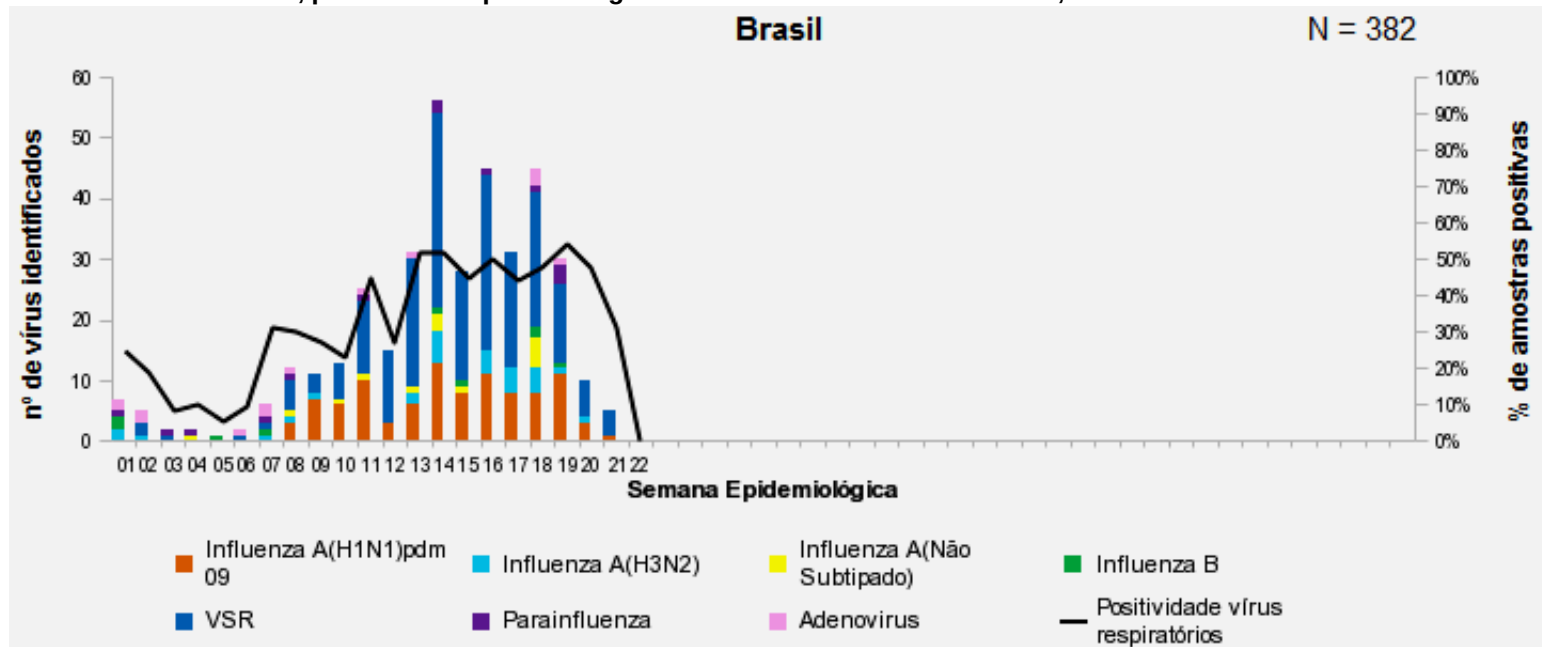
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 1.324 coletas, sendo 980 (74,0%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 382 (39,0%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 148 (38,7%) para influenza e 234 (61,3%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 98 (66,2%) para influenza A(H1N1)pdm09, 14 (9,5%) para influenza A não subtipado, 9 (6,1%) para influenza B e 27 (18,2%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 207 (88,5%) VSR (Figura 2).

Figura 2. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Respiratória Aguda Grave em Unidade de Terapia Intensiva, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 22.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 4/6/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

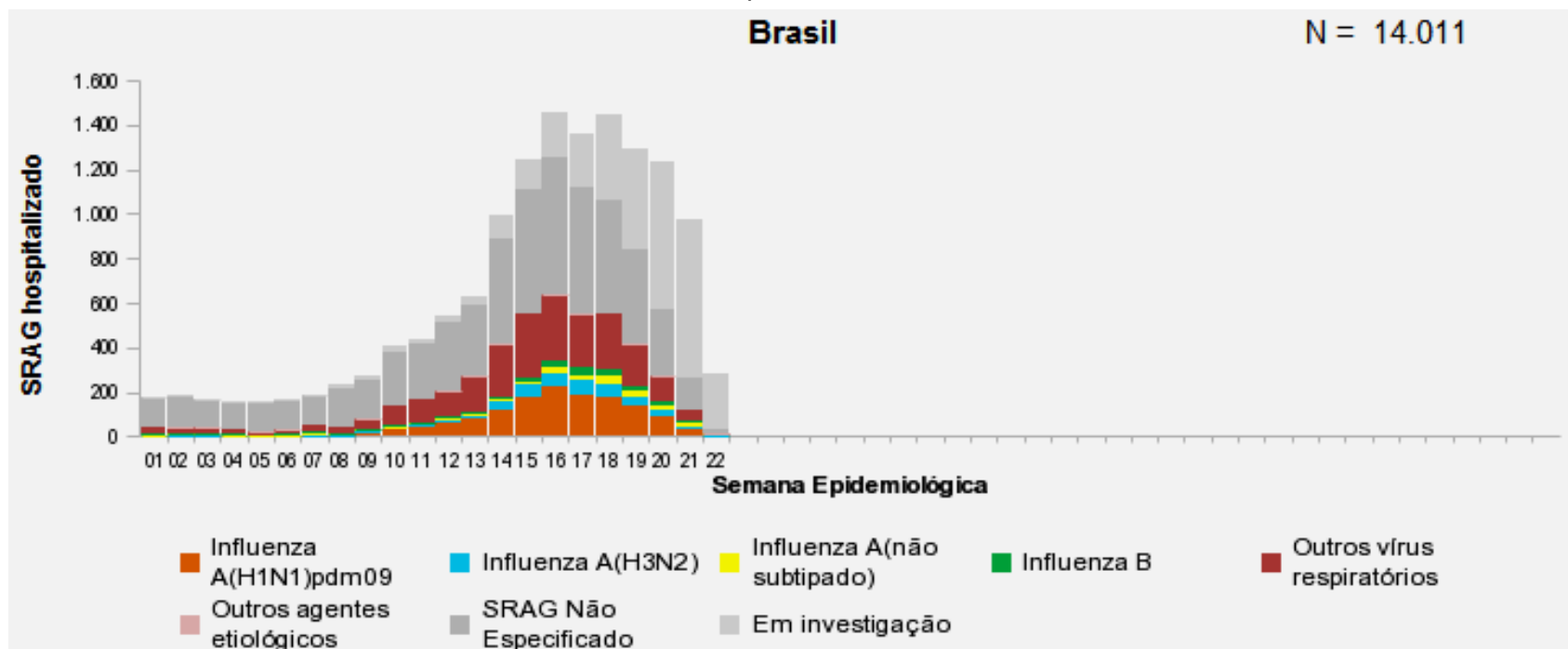
Data da informação: 08/06/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 22 de 2018 foram notificados 14.011 casos de SRAG, sendo 9.991 (71,3%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 23,2% (2.315/9.991) foram classificadas como SRAG por influenza e 23,7% (2.370/9.991) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 1.395 (60,3%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 221 (9,5%) influenza A não subtipado, 236 (10,2%) influenza B e 463 (20,0%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 33 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 31,6% (731/2.315).

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 22.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 4/6/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

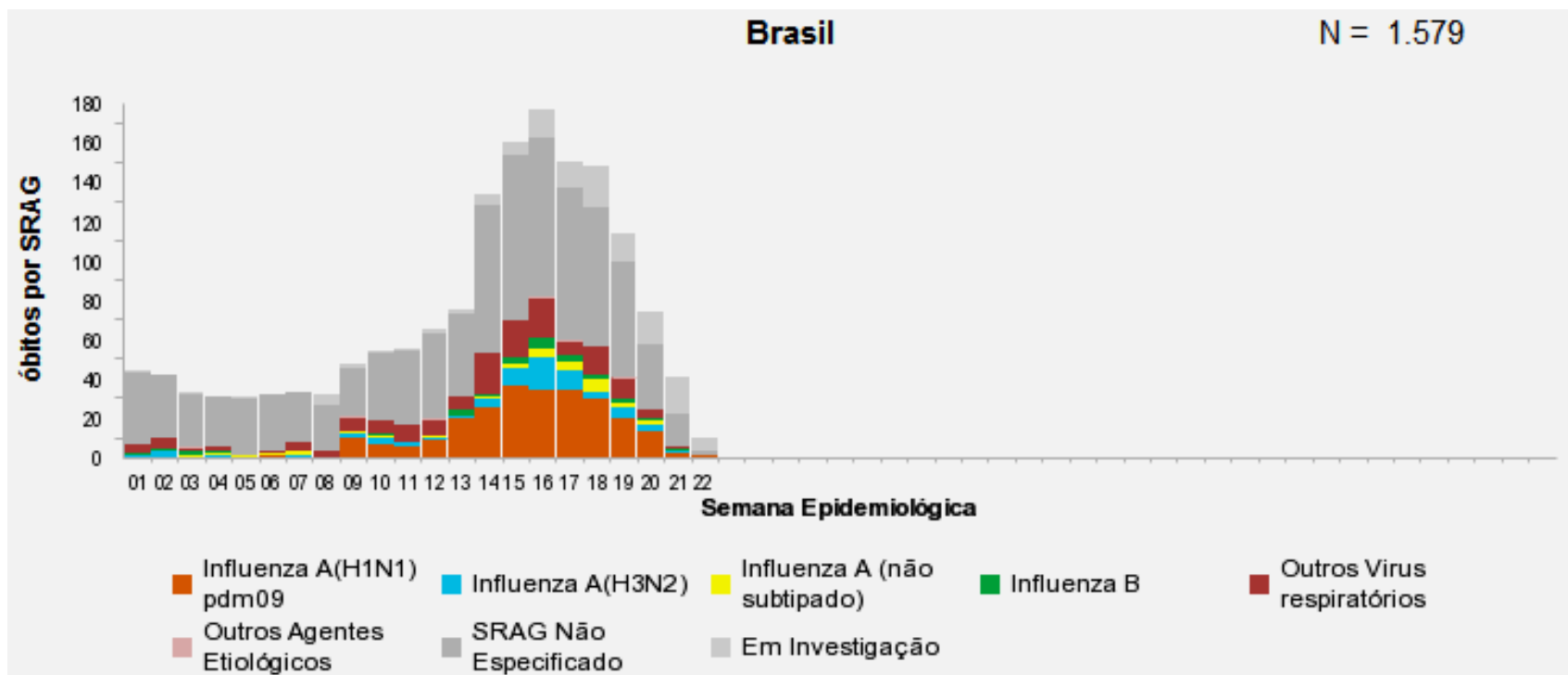
Data da informação: 28/05/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 22 de 2018 foram notificados 1.579 óbitos por SRAG, o que corresponde a 11,3% (1.579/14.011) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 374 (23,7%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 243 (65,0%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 32 (8,6%) influenza A não subtipado, 29 (7,8%) por influenza B e 70 (18,7%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 22,7% (85/374), em relação ao país (Anexo 4).

Figura 4. Distribuição dos óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 22.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 4/6/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 08/06/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 52 anos, variando de 0 a 107 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,18/100.000 habitantes. Dos 374 indivíduos que foram a óbito por influenza, 267 (71,4%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos $\geq$ 60 anos, Cardiopatas, Diabetes mellitus e Pneumopatas. Além disso, 265 (70,9%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 25 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas.

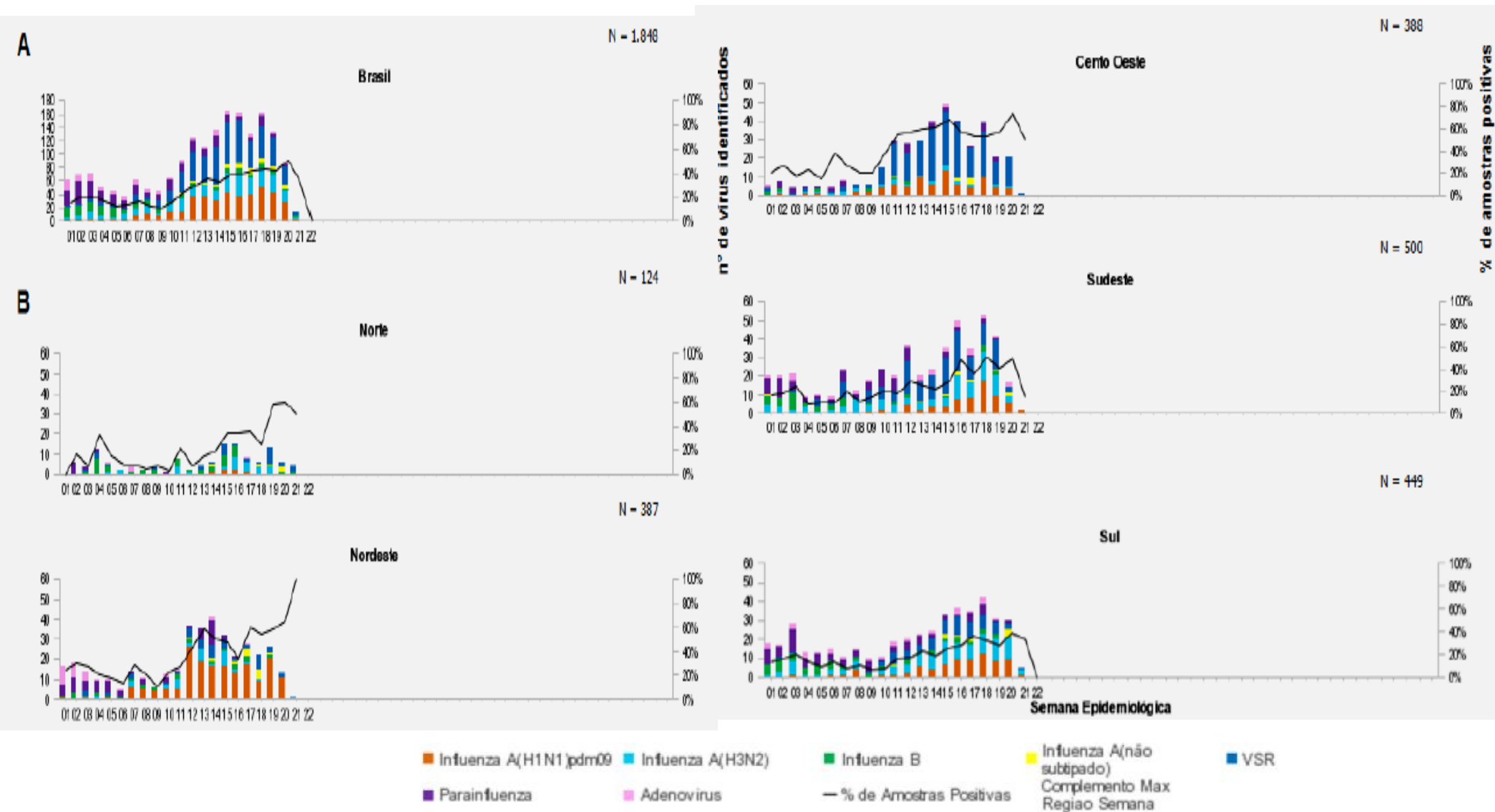
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 22.

Óbitos por Influenza (N = 374)	n	%
Com Fatores de Risco	267	71,4%
Adultos $\geq$ 60 anos	130	48,7%
Doença cardiovascular crônica	82	30,7%
Pneumopatas crônicas	56	21,0%
Diabete mellitus	71	26,6%
Obesidade	35	13,1%
Doença Neurológica crônica	26	9,7%
Doença Renal Crônica	22	8,2%
Imunodeficiência/Imunodepressão	18	6,7%
Gestante	11	4,1%
Doença Hepática crônica	3	1,1%
Criança < 5 anos	31	11,6%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	1,1%
Indígenas	2	0,7%
Síndrome de Down	1	0,4%
Que utilizaram antiviral	265	70,9%

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 4/6/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal por semana epidemiológica do início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 22.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 4/6/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

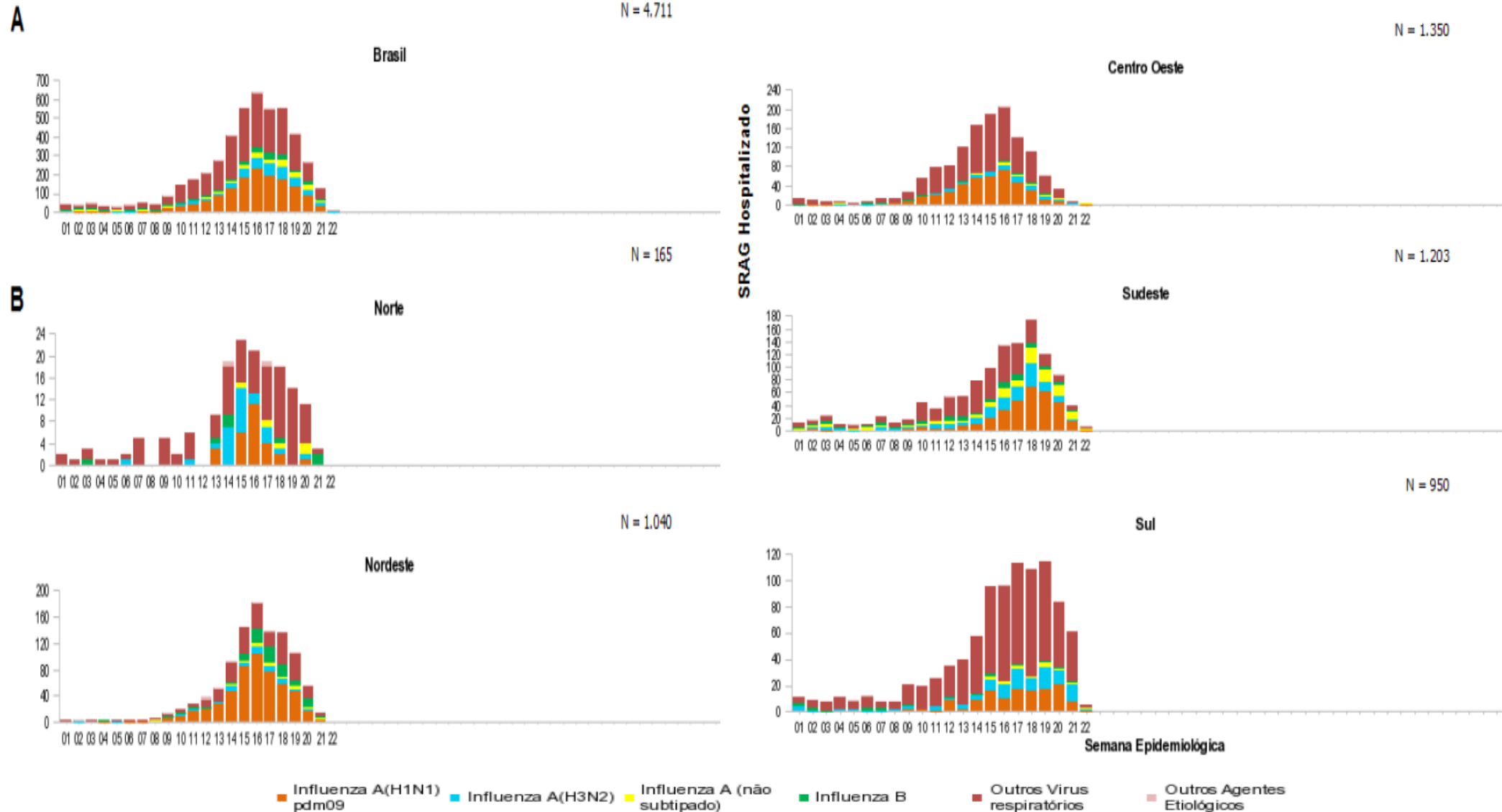
Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 22.

REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza										SRAG por outro vírus respiratório		SRAG por outro agente Etiológico		SRAG não Especificado		Em Investigação	
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtipado)		Influenza B		Total Influenza									
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos		
NORTE	673	69	27	7	25	4	5	0	7	2	64	13	99	7	2	0	344	47	164	2
RONDÔNIA	37	3	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	18	3	16	0
ACRE	87	14	4	1	0	0	0	0	1	1	5	2	8	0	0	0	35	12	41	0
AMAZONAS	90	3	0	0	4	0	2	0	2	0	8	0	37	2	0	0	43	1	2	0
RORAIMA	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0
PARÁ	387	32	13	3	18	3	2	0	2	0	35	6	47	4	1	0	211	22	93	0
AMAPÁ	8	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	6	0
TOCANTINS	62	15	7	3	2	1	1	0	2	1	12	5	9	1	1	0	34	7	6	2
NORDESTE	3.227	363	516	100	62	9	32	6	107	12	717	127	311	23	12	3	1.117	166	1.070	44
MARANHÃO	62	11	5	2	0	0	2	0	1	0	8	2	3	0	1	0	20	8	30	1
PIAUÍ	215	29	05	10	1	0	2	1	1	0	89	11	30	3	1	1	51	10	64	4
CEARÁ	821	113	229	47	16	3	10	2	74	9	329	61	8	0	2	1	368	45	114	6
RIO GRANDE DO NORTE	178	38	33	8	9	0	1	1	11	1	54	10	11	0	0	0	64	22	49	6
PARAÍBA	121	26	6	4	3	1	0	0	2	0	11	5	4	0	1	0	54	17	51	4
PERNAMBUCO	737	39	26	5	12	1	0	0	0	0	38	6	4	0	0	0	207	16	488	17
ALAGOAS	92	15	13	2	3	0	6	2	1	0	23	4	1	0	5	1	47	9	16	1
SERGIPE	120	5	14	2	2	0	5	0	1	0	22	2	27	2	0	0	63	1	8	0
BAHIA	881	87	125	20	16	4	6	0	16	2	163	26	223	18	2	0	243	38	250	5
SUDESTE	5.034	570	320	59	180	31	144	19	88	11	732	120	464	31	7	2	2.441	364	1.390	53
MINAS GERAIS	799	107	13	4	39	7	23	8	4	1	79	20	77	8	2	0	465	70	176	9
ESPÍRITO SANTO	247	32	17	4	23	2	1	0	2	2	43	8	0	0	0	0	133	17	71	7
RIO DE JANEIRO	534	55	9	1	13	4	12	0	34	2	68	7	71	8	0	0	196	34	199	6
SÃO PAULO	3.454	376	281	50	105	16	108	11	48	6	542	85	316	15	5	2	1.647	243	944	31
SUL	2.487	273	131	13	111	12	14	2	19	0	275	27	672	39	3	0	1.221	203	316	4
PARANÁ	1.482	169	56	6	68	9	9	1	10	0	143	16	503	31	2	0	568	118	266	4
SANTA CATARINA	452	54	53	6	35	3	4	1	3	0	95	10	117	7	0	0	219	37	21	0
RIO GRANDE DO SUL	553	50	22	1	8	0	1	0	6	0	37	1	52	1	1	0	434	48	29	0
CENTRO OESTE	2.580	302	400	63	85	14	26	5	14	4	525	86	823	52	2	1	874	131	356	32
MATO GROSSO DO SUL	482	45	28	4	36	7	9	2	3	1	76	14	185	5	0	0	201	24	20	2
MATO GROSSO	240	49	19	4	7	2	8	2	5	2	39	10	4	2	0	0	87	27	110	10
GOIÁS	1.232	185	315	52	30	4	2	0	3	1	350	57	323	38	2	1	410	69	147	20
DISTRITO FEDERAL	826	23	38	3	12	1	7	1	3	0	80	5	311	7	0	0	170	11	79	0
BRASIL	14.001	1.577	1.394	242	463	70	221	32	235	29	2.313	373	2.369	152	26	6	5.997	911	3.296	135
Outro País	10	2	1	1	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	5	1	2	0
TOTAL	14.011	1.579	1.395	243	463	70	221	32	236	29	2.315	374	2.370	152	26	6	6.002	912	3.298	135

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 4/6/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

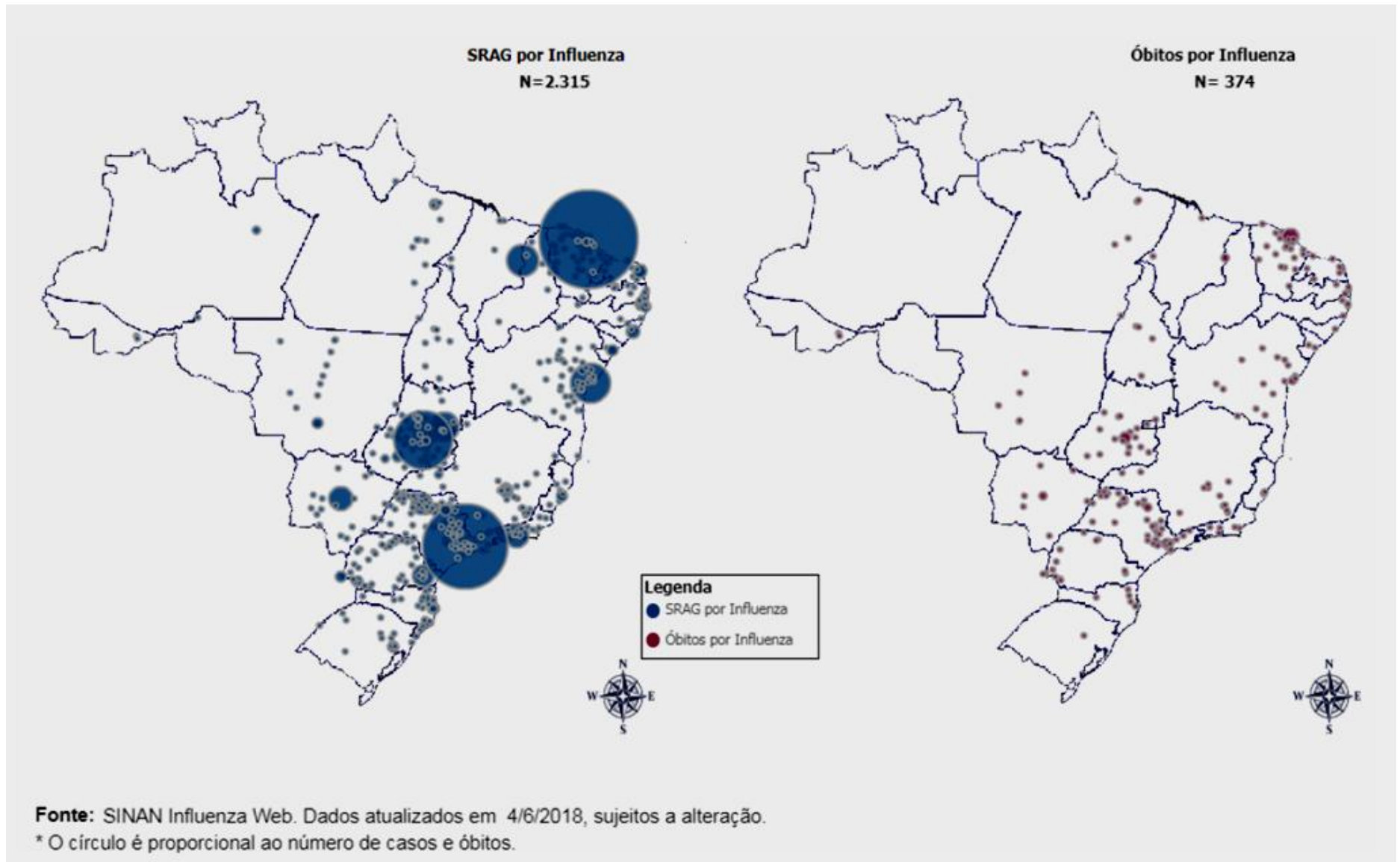
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 22.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 4/6/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 4. Distribuição espacial dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave confirmados para influenza por município de residência. Brasil, 2018 até a SE 22.





EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 22/2018

(27/05/2018 a 02/06/2018)

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

NOVO CORONAVÍRUS (MERS-CoV)

Local de ocorrência: Arábia Saudita

Data da informação: 08/06/2018

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

COMENTÁRIOS:

Desde que a doença foi identificada pela primeira vez na Arábia Saudita em setembro de 2012, aproximadamente 2.000 casos de MERS-CoV foram detectados em mais de 20 países. Na Europa, oito países relataram casos confirmados, todos com conexões diretas ou indiretas com o Oriente Médio. A maioria dos casos de MERS-CoV continua a ser relatada no Oriente Médio.

A fonte do vírus permanece desconhecida, mas o padrão de transmissão e estudos virológicos apontam para camelos dromedários no Oriente Médio sendo um reservatório do qual os seres humanos esporadicamente se infectam através da transmissão zoonótica. A transmissão entre humanos é amplificada nos contatos domiciliares e em ambientes de saúde.

Desde 5 de maio de 2018, a Arábia Saudita detectou 14 casos. Segundo a ProMed, entre os 14 casos, 12 casos pertencem a um agregado familiar em Najran. Os 12 casos incluem o caso índice, que teve contato de camelo. Em 16 de maio de 2018, os Emirados Árabes Unidos relataram um caso confirmado em laboratório de infecção por MERS-CoV para a OMS. O caso é um homem de 78 anos que possui uma fazenda de camelos que ele visita com frequência.

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 novos relatos de casos no Oriente Médio, e a exportação para outros países por meio 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.

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 têm maior risco de contrair a doença grave. Portanto, 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. Deve-se evitar o consumo de leite não pasteurizado, bem como carne que não esteja devidamente cozida.

CORONAVÍRUS

Conheça o vírus

O QUE SÃO

- Vírus de RNA comuns
- Causam doenças brandas ou moderadas do trato respiratório superior
- Tem esse nome devido a estruturas da superfície com formato de coroa

O NOVO VÍRUS

- Denominado Síndrome Respiratória Coronavirus do Oriente Médio (MERS-CoV)
- Difere da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) principalmente porque provoca uma rápida insuficiência renal
- Detectado em setembro de 2012, quando houve os primeiros registros da doença na Arábia Saudita. É subtipo diferente dos que já foram encontrados em humanos

PRINCIPAIS SINTOMAS

- Maior parte das pessoas infectadas pelo novo coronavírus desenvolveu sinais severos de doenças respiratórias
- Apresentaram febre, tosse, dor de garganta e falta de ar

CONTÁGIO

Acredita-se que seja transmitido de pessoa para pessoa, após contato prolongado

RNA

Membrana de glicoproteína

Hastes

Fontes: OMS, Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA / GRAFFO

Folha Arte

VÍRUS NIPAH (NiV)

Local de ocorrência: Índia

Data da informação: 01/06/2018

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

COMENTÁRIOS:

Em 19 de maio de 2018, as autoridades regionais de saúde do estado de Kerala relataram três mortes devido à infecção pelo vírus Nipah (NiV) no distrito de Kozhikode, no sul do Estado indiano de Kerala.

As três mortes ocorreram em um cluster familiar e a morte do profissional de saúde que prestava cuidados à família foi posteriormente relatada.

Três dos quatro casos de NiV foram confirmados laboratorialmente por reação em cadeia da polimerase de transcrição reversa em tempo real (rt RT-PCR) e IgM Elisa. Como resultado da investigação do surto e das atividades de rastreamento de contato, 17 casos confirmados em laboratório e nove casos suspeitos foram detectados nos distritos de Kozhikode e Malappuram no estado de Kerala, em 31 de maio de 2018. Entre os casos confirmados, 15 mortes foram relatadas (letalidade: 88,2%).

Antecedentes: O NiV é um vírus altamente patogênico da família *Paramyxoviridae*, gênero *Henipavirus*. Foi isolado pela primeira vez e identificado em 1999 durante um surto na Malásia e em Cingapura. Desde então, vários surtos de infecção por NiV no sul e no sudeste da Ásia foram relatados, sendo a maioria dos casos relatados em Bangladesh.

Antes deste surto, a Índia experimentou dois surtos de infecção por NiV em 2001 e em 2007, ambos ocorreram no estado oriental de Bengala Ocidental, na fronteira com Bangladesh.

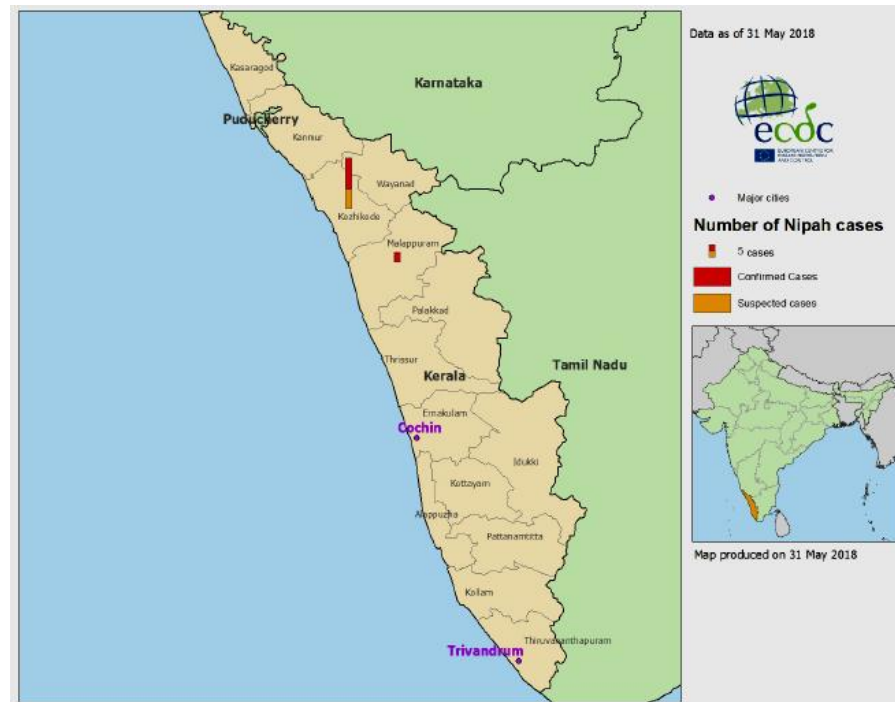
A Organização Mundial de Saúde considera o NiV como uma ameaça emergente prioritária. É mais comumente transmitido de morcegos frugívoros, que é um reservatório natural, através de contato direto ou indireto com a secreção ou excreção dos morcegos. Transmissão de humano para humano em ambiente hospitalar ocorreu. Além disso, os porcos podem estar infectados, na Malásia e em Cingapura, a infecção por NiV entre humanos foi associada a um contato próximo com porcos infectados.

A taxa de letalidade é geralmente alta, variando de 9 a 75%. O tratamento é limitado aos cuidados de suporte e a vacina não está disponível.

Avaliação do ECDC

Segundo a OMS, a Índia tem experiência em conter surtos de infecção por NiV. O país tem capacidade adequada para rápida resposta e testes laboratoriais. No momento, o surto é localizado. O risco de propagação em nível nacional e internacional é baixo.

Os viajantes devem evitar exposição direta e indireta a porcos (doentes) e morcegos em áreas endêmicas e epidêmicas. Os viajantes devem evitar a ingestão de seiva de palma cru, uma vez que pode estar contaminada com NiV.



VARÍOLA DO MACACO

Local de ocorrência: Camarões

Data da informação: 05/06/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

De 30 de abril a 30 de maio de 2018, 16 casos confirmados e suspeitos (um confirmado e 15 casos suspeitos) de monkeypox (varíola dos macacos) foram notificados, em cinco distritos de Camarões: Njikwa (6 suspeitos, 1 confirmado), Akwaya (6 suspeitos), Biyem-Assi (1 suspeito), Bertoua (1 suspeito) e Fotokol (1 suspeito).

Em 14 de maio, um dos 16 casos foi positivo por RT-PCR. O caso foi localizado no distrito de saúde de Njikwa. Trata-se de um homem de 20 anos de idade com sintomas clínicos de febre, erupção vesicular-pustulosa generalizada e aumento dos gânglios linfáticos sem história prévia de viagem ou contato com um animal com suspeita de catapora.

A idade dos 16 casos varia de um mês a 58 anos, com uma mediana de idade de 13 anos. Quase metade dos 16 casos são do sexo masculino, nove são homens e sete são mulheres. Além disso, todos os casos tinham febre e erupção cutânea. Nenhuma morte foi relatada.

Um Plano de Ação foi desenvolvido para as intervenções de resposta (coordenação, planejamento, operações, logística, comunicação).

Avaliação de risco da OMS

Monkeypox é uma zoonose rara, ocorre esporadicamente em áreas florestais da África Central e Ocidental. Foi detectado pela primeira vez em macacos na África em 1958. É causada por um ortopoxvírus e tem manifestações similares à varíola humana (erradicada desde 1980), porém a varíola humana é menos severa. A doença é autolimitada, com sintomas geralmente resolvidos em 14 a 21 dias. O tratamento é de suporte. O vírus é transmitido através do contato direto com sangue, fluidos corporais e lesões cutâneas / mucosas de uma pessoa infectada ou animais, principalmente roedores africanos ou macacos. A transmissão secundária de humano para humano é limitada, mas pode ocorrer por exposição a exsudatos orofaríngeos infecciosos e contato com pessoas infectadas durante a fase de erupção da doença ou materiais contaminados. Não existem tratamentos específicos ou vacinas disponíveis para a infecção por varíola do macaco, mas os surtos podem ser controlados.

A detecção de varíola símia em Camarões ressalta a necessidade de manter um alto nível de vigilância e aumentar a conscientização sobre a doença entre a população local. Comunicação e educação em saúde sobre como evitar a infecção, evitando o contato com animais silvestres, particularmente roedores e primatas são importantes. Os profissionais de saúde devem seguir as precauções padrão ao cuidar de pacientes sintomáticos e isolá-los. Os casos são relatados em áreas rurais onde atividades ocupacionais como agricultura e caça estão aumentando o risco de transmissão de animal para humano.

A OMS continuará a avaliar a situação epidemiológica e apoiará a implementação de medidas de prevenção e resposta em colaboração com governos e parceiros nacionais.

As pessoas em contato com animais potencialmente infectados estão em maior risco. Durante surtos da doença, gotículas respiratórias e contato direto com fluidos corporais, lesões de pele de pacientes ou objetos, como roupas recentemente contaminadas por secreções de pacientes ou fluidos de lesões, são o fator de risco mais significativo para a transmissão entre humanos. Na ausência de tratamento específico ou de uma vacina, a única maneira de reduzir a infecção nas pessoas é aumentar a conscientização pública sobre os fatores de risco. Medidas de vigilância e identificação rápida de novos casos são críticas para a contenção de surtos.

Dada a localização do surto numa área relativamente remota e pouco povoada, nesta fase, o risco de disseminação é limitado. A OMS não recomenda nenhuma restrição para viagens e comércio para Camarões com base nas informações disponíveis neste momento.



SARAMPO

Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 08/06/2018

Fonte da informação: Organização PanAmericana de Saúde (OPAS)

COMENTÁRIOS:

Entre as semanas epidemiológicas (SE) 1 e 22/2018, 11 países relataram 1.685 casos confirmados de sarampo na Região das Américas: **Antígua e Barbuda (1 caso), Argentina (3 casos), Brasil (114 casos), Canadá (11 casos), Colômbia (26 casos), Equador (12 casos), Estados Unidos (84 casos), Guatemala (1 caso), México (4 casos), Peru (2 casos) e da República Bolivariana da Venezuela (1.427 casos).**

Este valor é superior ao registrado em 2017, quando quatro países relataram 895 casos confirmados de sarampo no ano: Argentina (3 casos), Canadá (45 casos), Estados Unidos da América (120 casos) e Venezuela (727 casos).

Brasil

Há um surto de sarampo em curso com 995 casos relatados (611, no estado de AM e 384 no estado de RR), dos quais 114 foram confirmados (30 no estado de AM e 84 no estado de RO), incluindo dois mortos. Existem 798 casos suspeitos que continuam em pesquisa.

Além disso, um caso foi confirmado no Rio Grande do Sul, em uma menina de 1 ano, não vacinada, residente no município de São Luiz Gonzaga, que viajou para a Europa e visitou vários países com surtos em curso. O genótipo identificado nesse caso foi B3.

No estado do Amazonas foram notificados 611 casos, dos quais 30 foram confirmados, 63 descartados e 518 continuam sob investigação. Os casos relatados vêm de 14 municípios: Anori, Beruri, Careiro da Várzea, Humaitá, Itacoatiara, Itapiranga, Iranduba, Jutai, Manacapuru, Manaus, Novo Airão, Parintins, Gabriel da Cachoeira e São Tefé. 30 casos confirmados são de Manaus, todos em cidadãos brasileiros, 17 dos quais são do sexo feminino. Em relação aos 518 casos continuam sob investigação, 254 são do sexo feminino e são registrados no grupo de 6 meses a 4 anos de idade.

No estado de RR, 384 casos de que foram relatados 84 foram confirmados, 20 descartado e 280 permanecem sob investigação. Os casos relatados vêm de 11 municípios: Alto Alegre, Amajari, Boa Vista, Canta, Caracaraí, Caroebe, Iracema Pacaraima, Rorainópolis, São João da Baliza e Uiramutã. 84 casos confirmados provir: Boa Vista (62 casos), Cantá (1 caso), Pacaraimo (19 casos), Maracaíbe (1 caso) e Uiramutã (1 caso). Do total de casos confirmados em RR, 58 são venezuelanos (69%), 24 brasileiros (29%), uma da Guiana (1%) e uma da Argentina (1%). As idades dos casos confirmados são entre 6 meses a 39 anos. Dos 58 casos em venezuelanos, 32 são indígenas; e 35 estão registrados no grupo de 1 a 9 anos. 2 mortes por sarampo correspondem a crianças venezuelanas no município de Boa Vista. Quatro foram hospitalizados. Dos 24 casos confirmados no Brasil, 1 é indígena e 12 estão no grupo de 6 meses a 4 anos. Dos 280 casos que permanecem na pesquisa, 141 são brasileira (20 indígena), Venezuelana 138 (79 indígena) e um é Guiana (nativa).

As datas de início do aparecimento dos sintomas em ambos os Estados foram confirmadas entre 04 de fevereiro e 2 de Abril de 2018. De acordo com a análise laboratorial, o genótipo identificado é o D8, com uma linhagem idêntica identificados na Venezuela em 2017.

Observa-se uma progressão do surto, que apresentou tendência crescente em março e posteriormente em maio. A tendência pode variar de acordo com os resultados de 798 casos sob investigação.



SARAMPO

Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 08/06/2018

Fonte da informação: Organização PanAmericana de Saúde (OPAS)

COMENTÁRIOS:

Colômbia

Entre SE 11 e SE 21 2018 foram relatados 26 casos confirmados de sarampo. A idade dos casos está na faixa entre 10 meses e 26 anos, 6 dos quais são do sexo feminino. O início do exantema ocorreu entre 8 de Março e 19 de maio, 2018.

Dos 26 casos, 17 foram importados da Venezuela, 7 casos são de transmissão secundária em pessoas da Venezuela e da Colômbia que vivem em mais de 4 meses e 2 casos estão relacionados com a importação. Nenhuma morte foi registrada.

Os casos foram relatados nos departamentos de Antioquia, Bolívar, Cauca, Cesar, Norte de Santander, Risaralda, Sucre; e os distritos de Cartagena e Santa Marta.

A confirmação laboratorial de todos os casos foi conduzida pelo *National Institutes of Health* através da detecção de anticorpos IgM anti-rubéola no soro e por reação em cadeia da polimerase de transcrição reversa (RT-PCR pela sigla) no swab faríngeo e na amostra de urina. Genotipagem realizada em 9 amostras de casos indicaram que este genótipo D8, linhagem MV / HuluLangat.MYS / 26,11, idêntico ao identificado na Venezuela em 2017.

Equador

Entre o SE 13 e SE 22/2018, 12 os casos de sarampo foram confirmados, dos quais sete são importados e 5 associados à importação.

Os casos são de Quito (9 casos), Cuenca (1 caso), Carchi (1 caso) e Riobamba (1 caso); com início dos sintomas entre 28 de março e 29 de maio de 2018.

Seis dos casos confirmados correspondem à mesma cadeia de transmissão no setor sul da cidade de Quito. Do total de casos confirmados, 9 são do sexo masculino e a faixa etária é de 4 meses a 44 anos; 10 dos casos são venezuelanos.

A confirmação laboratorial dos casos foi realizada no Laboratório Nacional de Referência (INSPI, Quito) por meio de testes sorológicos e moleculares. A genotipagem está em andamento.



Fonte: World Atlas

Venezuela

O surto continua com transmissão ativa em 17 estados e o Distrito Capital reportando casos confirmados.

Desde a confirmação do primeiro caso de sarampo na SE 26 de 2017 até a SE 19/2018, 2.154 foram confirmados (727 em 2017 e 1.427 entre o SE 1 e SE 19/2018).

A maioria dos casos suspeitos vem do estado de Bolívar, seguida pelo Distrito Capital. No nível nacional, 35 mortes foram relatadas; 33 das quais no estado do Delta Amacuro.

Neste último estado, casos suspeitos e confirmados foram relatados desde a SE 33/2017. Os casos confirmados em Delta Amacuro vêm dos municípios Antonio Díaz, Pedernales e Tucupita, com as maiores taxas de incidência relatados nas paróquias Luis Beltrán Prieto Figueroa (3.320 por 100.000 habitantes), Pedernales (1.466 por 100.000), e Juan Millán (527 por 100.000).

EBOLA (DVE)

Local de ocorrência: República Democrática do Congo (RDC)

Data da informação: 06/06/2018

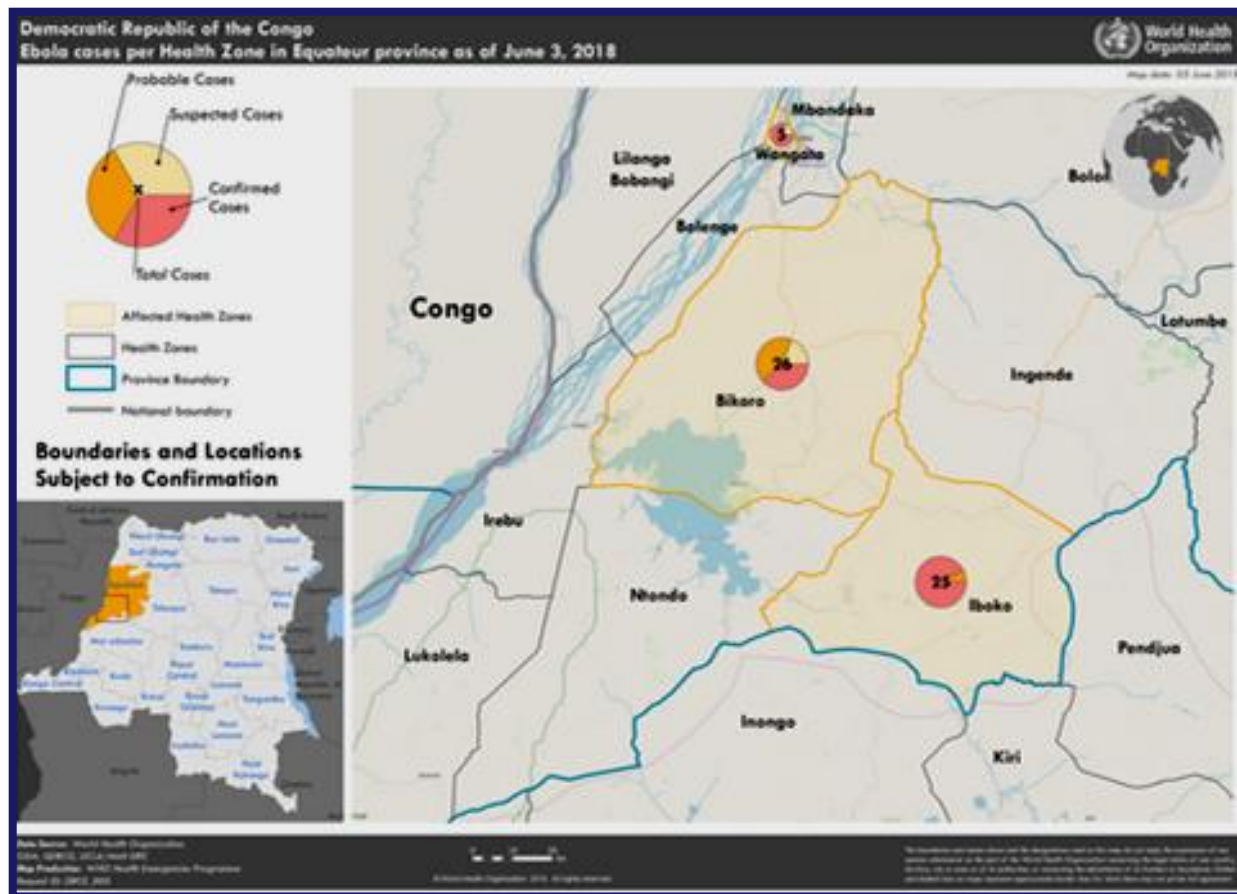
Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde

COMENTÁRIOS:

Desde a última notícia do surto em 30 de maio de 2018, dois outros casos foram confirmados laboratorialmente para a doença do vírus Ebola (EVD) na República Democrática do Congo; ambos notificados na zona de saúde Iboko. Informações disponíveis recentemente permitiram que a atualização da classificação de alguns casos.

De 4 de abril a 3 de junho de 2018, um total de 56 casos de DVE, incluindo 25 mortes (letalidade = 45%), foram relatados em três zonas de saúde na província de Equateur. O total inclui 37 casos confirmados, 13 prováveis e seis casos suspeitos das três zonas de saúde: Bikoro (n = 26; 10 confirmados, 11 prováveis e cinco suspeitos), Iboko (n = 25; 23 confirmados e dois casos prováveis) e Wangata (n = 5; quatro casos confirmados e um suspeito). Cinco casos entre os profissionais de saúde foram relatados. Até 31 de maio de 2018, um total de 880 contatos permaneciam sob acompanhamento ativo.

A faixa etária dos casos confirmados e prováveis é de 8 a 80 anos e a mediana de 41 anos; 61% dos casos são do sexo masculino. A Figura mostra a localização de casos confirmados, prováveis e suspeitos por zona de saúde.



Fonte: WHO

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 09/06/2018

Origem da informação: *The Global Polio Eradication Initiative* e OPAS

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 torne-se 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 17ª reunião do Comitê de Emergência sob o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), em abril de 2018, concluiu que 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.

Na semana, um novo caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) foi relatado no Paquistão elevando para dois o total de casos oficialmente registrados no país em 2018. Este último caso teve início de paralisia em 15 de abril, de Dukki, Balochistan.

Uma nova amostra ambiental positiva para WPV1 foi relatada no Afeganistão, da província de Kunar, coletada em 24 de abril. O número total de casos de WPV1 em 2018 permanece oito.

Além disso, em 7 de junho, o Ponto de Contato Regional da OMS para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) recebeu um relatório não oficial sobre a detecção de poliovírus vacinal, Sabin tipo 3, em uma amostra de um paciente venezuelano com paralisia flácida aguda (PFA). Trata-se de uma criança de 2 anos e 10 meses de idade, sem histórico de vacinação, residente em uma comunidade indígena sub-imunizada no Delta Amacuro, na Venezuela.

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

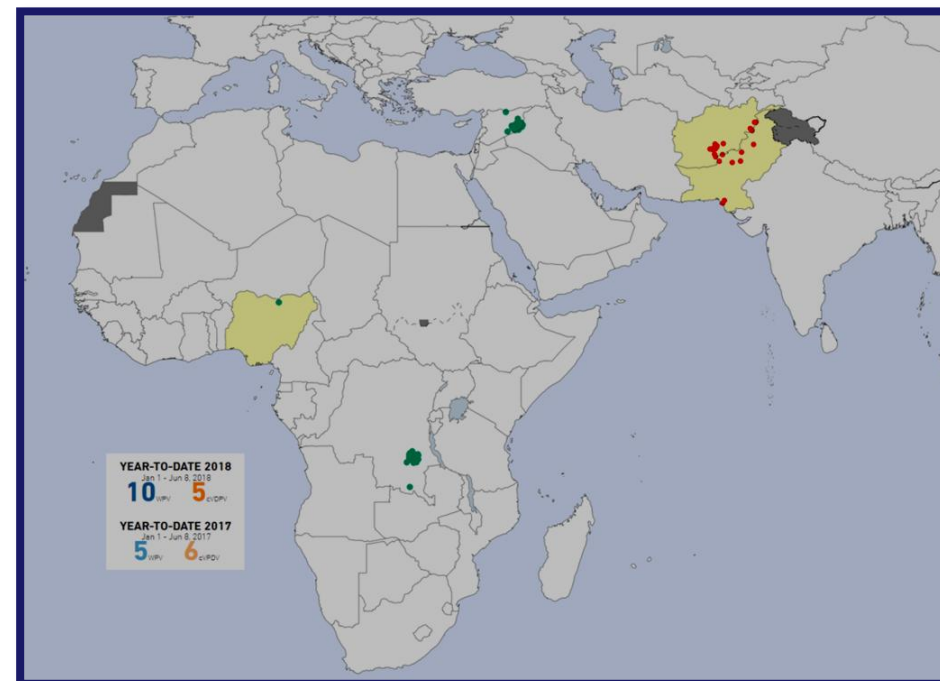
Total cases	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	10	5	5	6	22	96
- in endemic countries	10	1	5	0	22	0
- in non-endemic countries	0	4	0	6	0	96

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	8	0	3	0	14	0	27/Abr/18	NA
Paquistão	2	0	2	0	8	0	15/Abr/18	NA
Nigéria	0	1	0	0	0	0	NA	15/Abr/18
República Democrática do Congo	0	4	0	4	0	22	NA	19/Fev/18
Síria	0	0	0	2	0	74	NA	21/Sep/17

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

Poliovírus selvagem global e casos de poliovírus circulantes derivados da vacina - últimos 12 meses - em 08 de junho de 2018



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

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

INFLUENZA

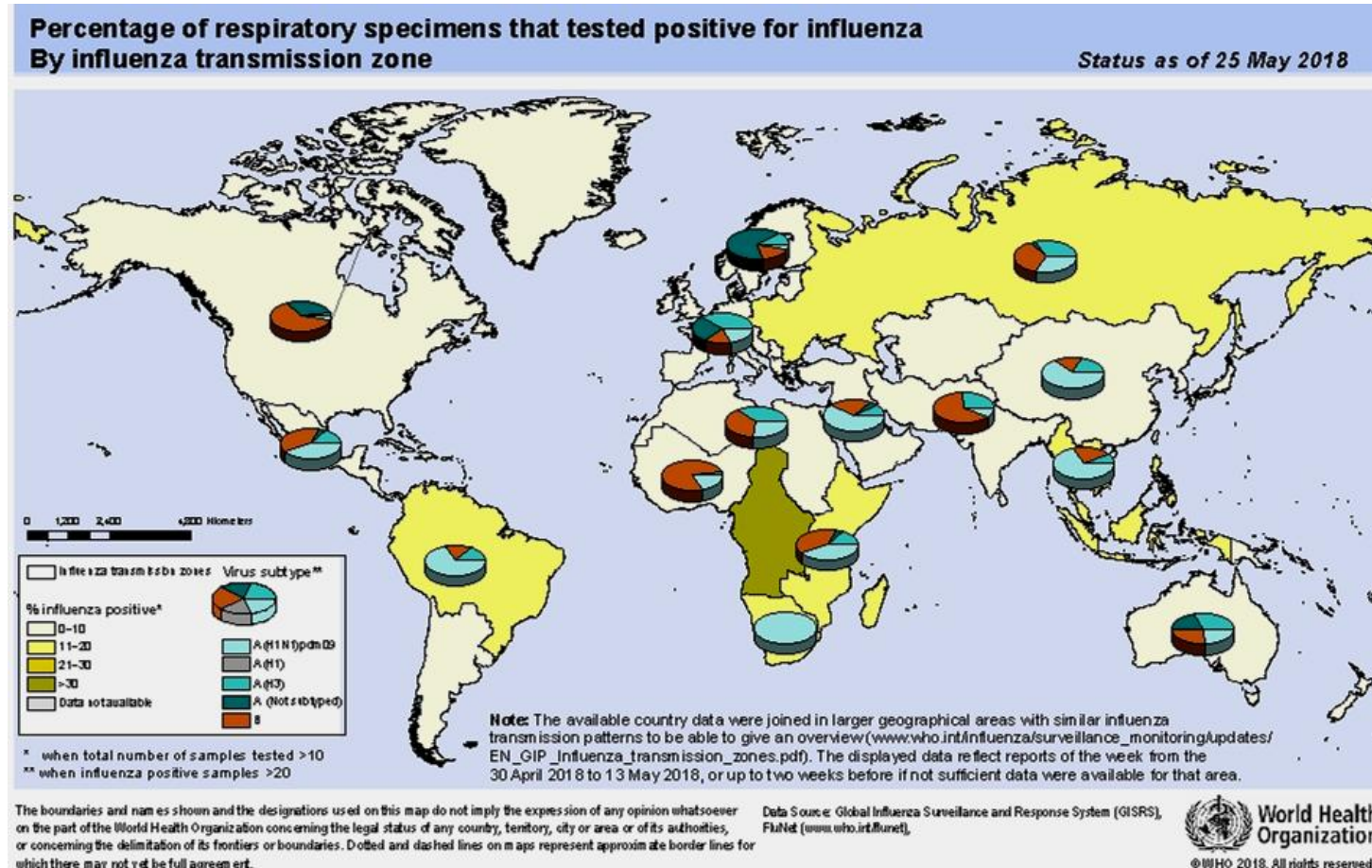
Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 28/05/2018
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)



COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

A atividade da gripe retornou aos níveis inter-sazonais na maioria dos países da zona temperada do hemisfério norte. A atividade aumentou em alguns países da América tropical. Na zona temperada do hemisfério sul, a atividade da influenza aumentou, mas permaneceu abaixo dos limites sazonais na maioria dos países. Mundialmente, os subtipos sazonais de influenza A e B apresentaram aproximadamente a mesma proporção de detecções de influenza.

Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de influenza de 93 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 30 de abril de 2018 a 13 de maio de 2018. Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 80.749 amostras durante esse período, das quais 4.449 foram positivas para vírus influenza. Entre os vírus positivos, 2.581 (58%) foram tipificados como influenza A e 1.868 (42%) como influenza B. Dos vírus tipo A, 888 (62,4%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 536 (37,6%), eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 256 (85%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 45 (15%) à linhagem B-Victoria.



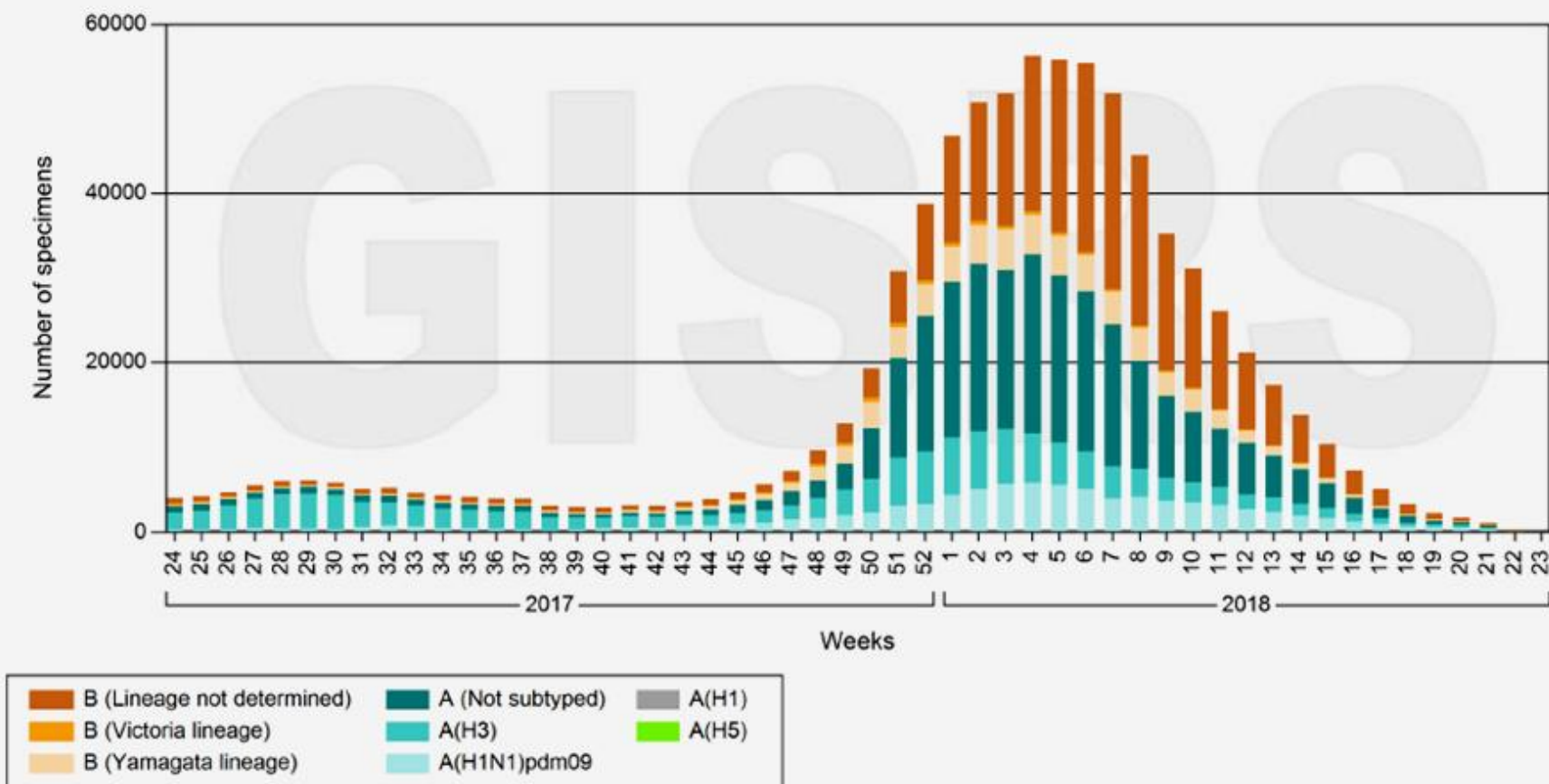
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 11/06/2018 11:34:46 UTC

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



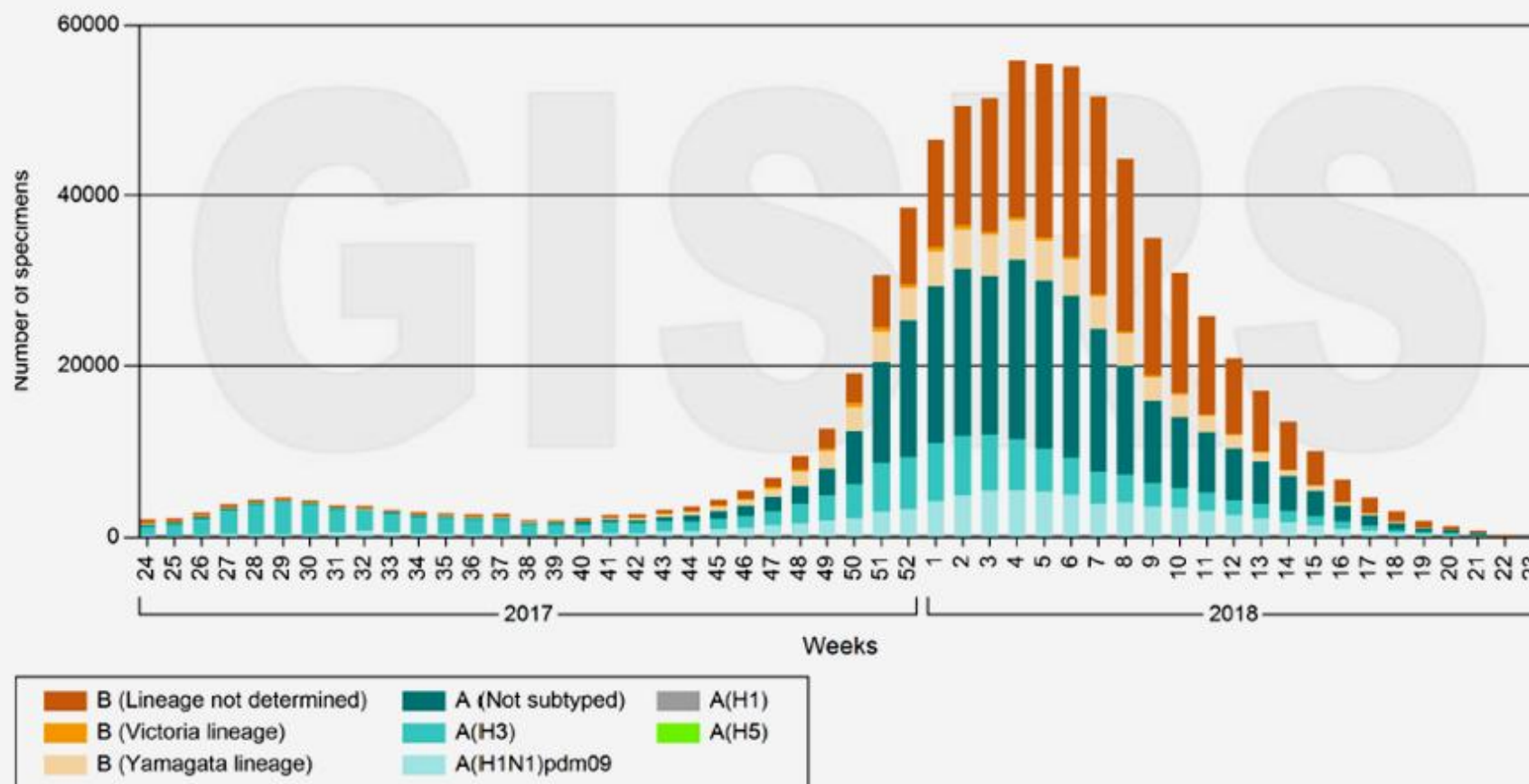
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 11/06/2018 11:36:32 UTC

Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

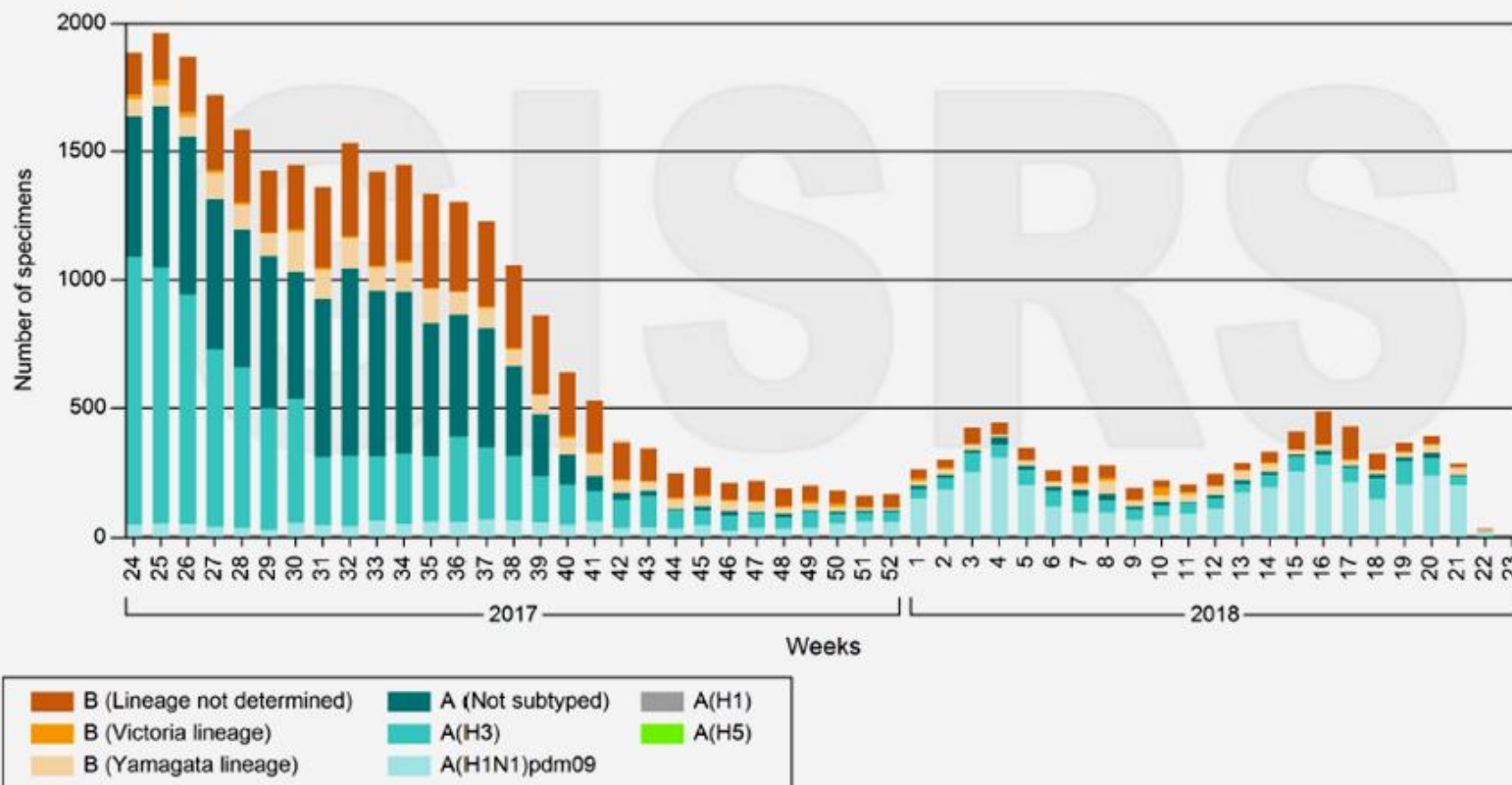
© World Health Organization 2018

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

generated on 11/06/2018 11:37:24 UTC

Southern hemisphere

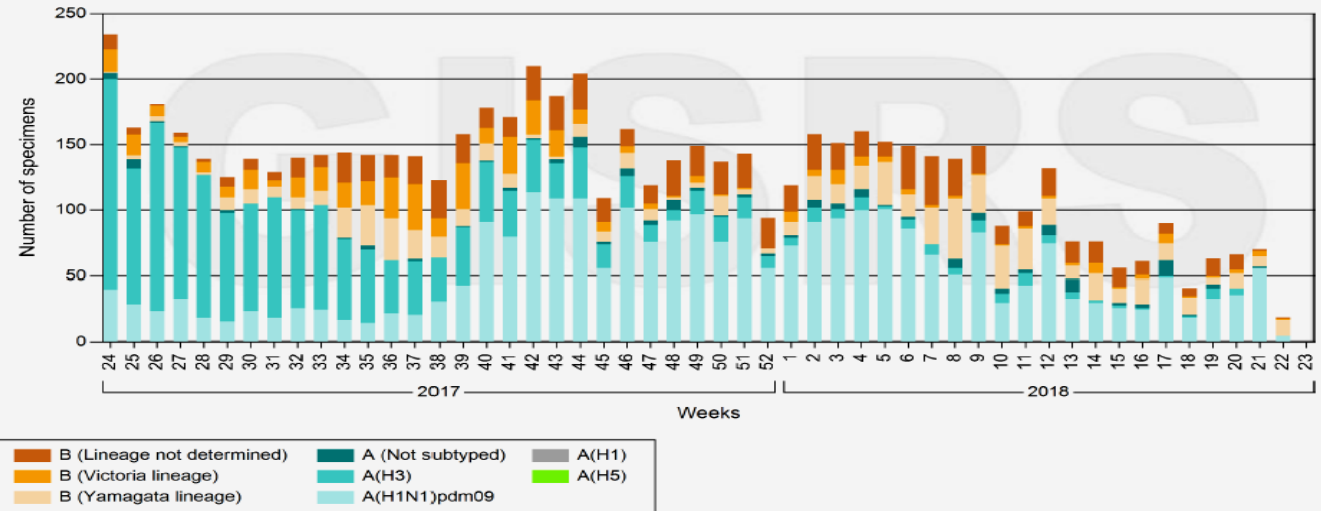
Number of specimens positive for influenza by subtype





African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



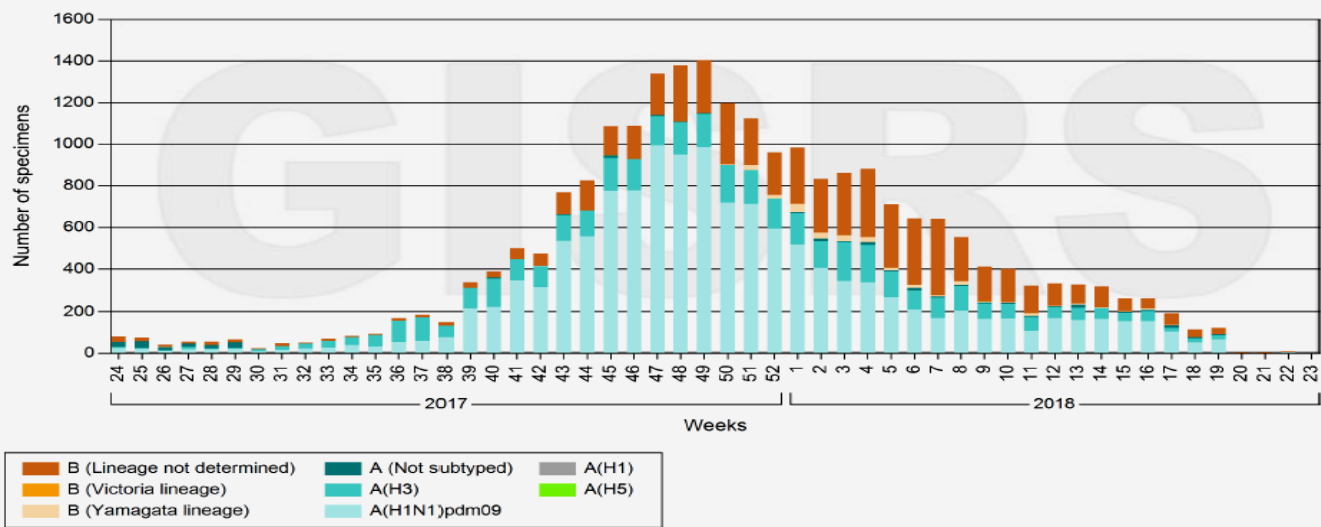
Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

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

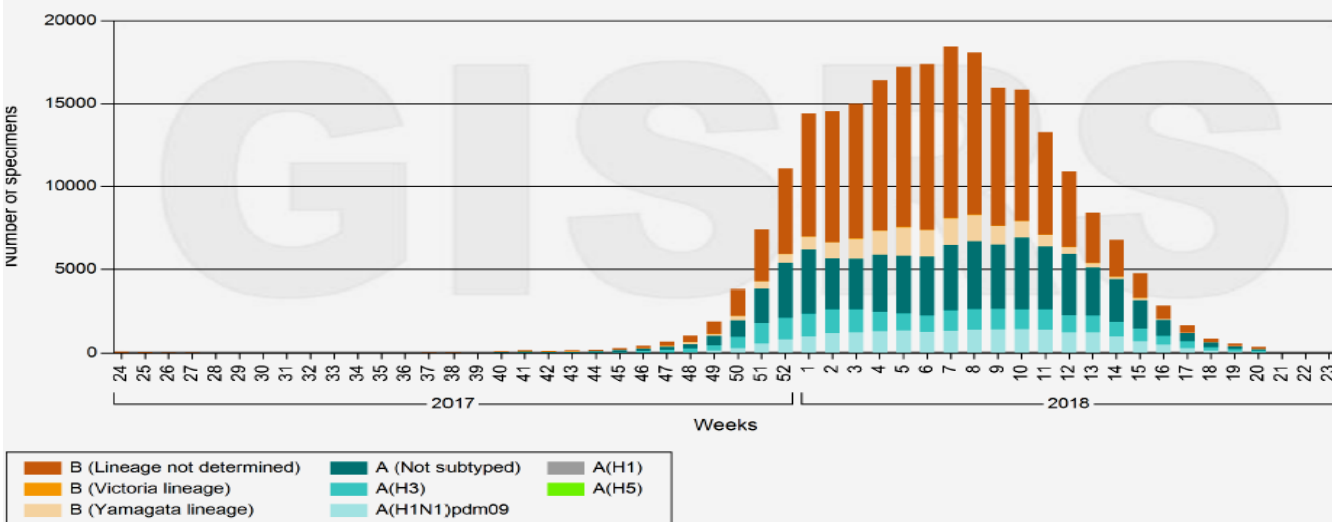


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

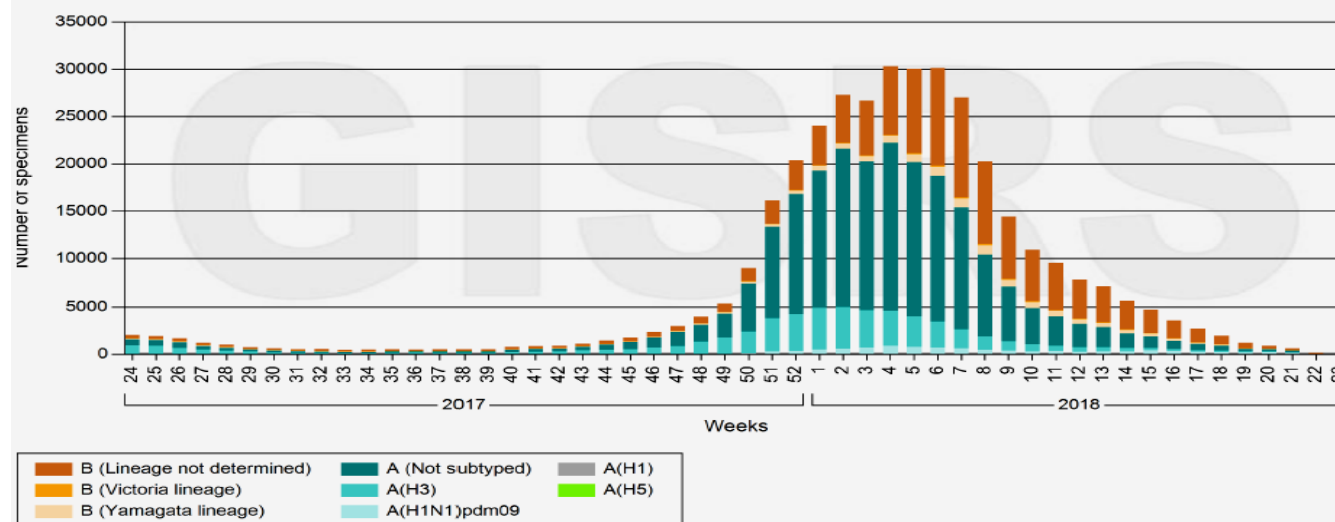


Data source: FluNet (www.who.int/flunet), GISRS

© World Health Organization 2018

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

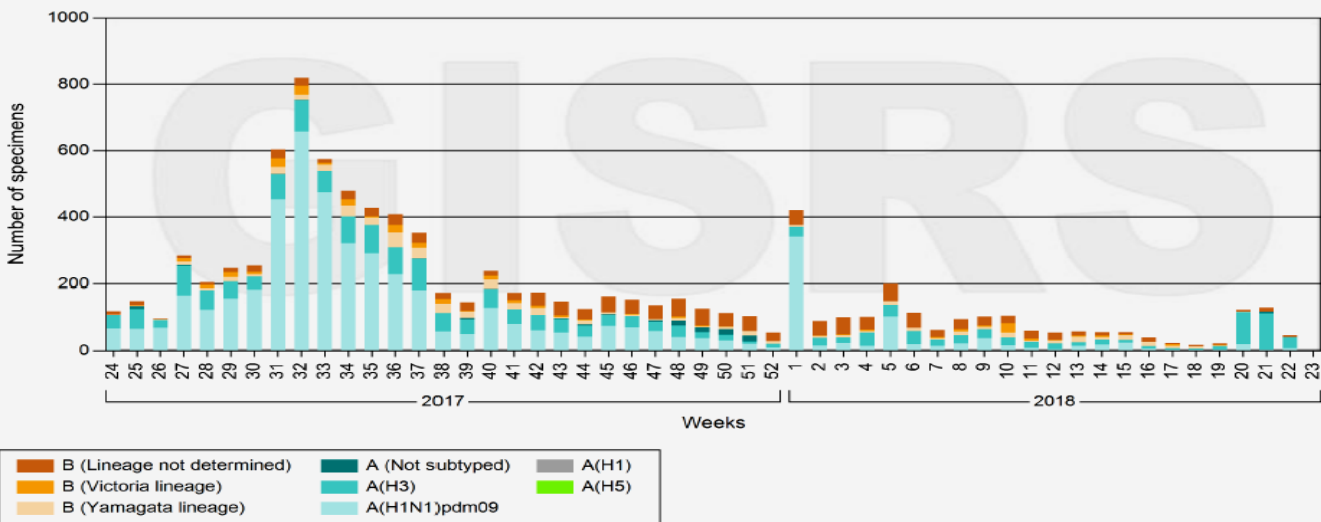


Data source: FluNet (www.who.int/flunet), GISRS

© World Health Organization 2018

South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

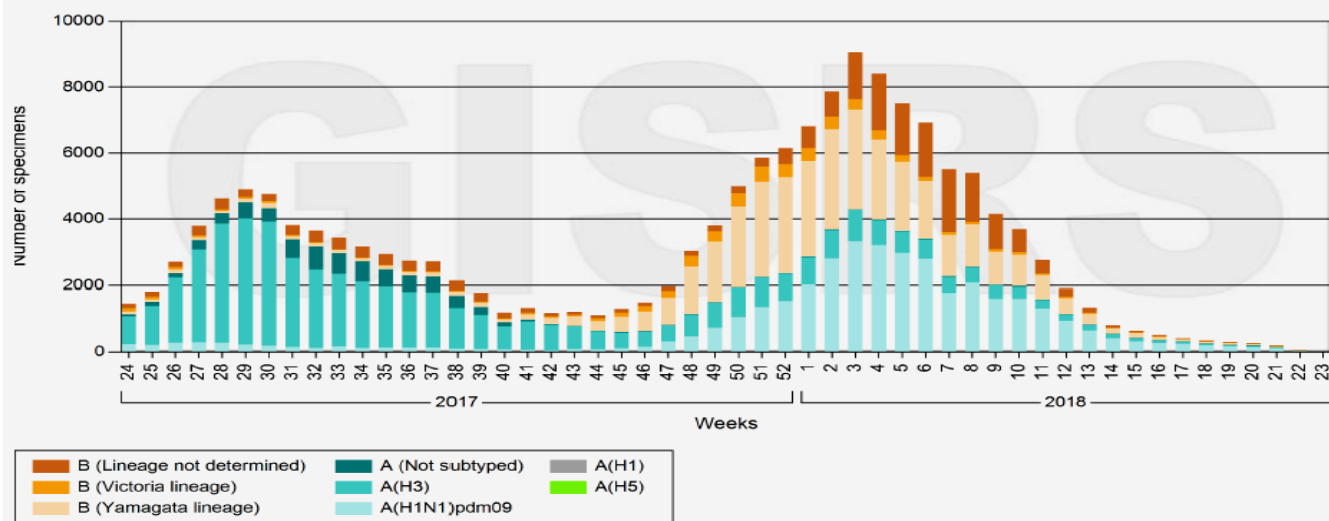
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 11/06/2018 11:45:06 UTC

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

Fontes utilizadas na pesquisa

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