



INFORME EPIDEMIOLÓGICO

CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 05/2018
(28/01/2018 a 03/02/2018)

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 05/2018

(28/01/2018 a 03/02/2018)

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

VACINA BCG

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 05/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

A vacina BCG, que faz parte do calendário vacinal das crianças recomendado pelo Ministério da Saúde, terá um cronograma temporário de aplicação nos postos de Saúde de Curitiba a partir da terça-feira (6/2). A vacinação será concentrada em 14 unidades de saúde, que vão ofertar a dose em dias específicos da semana.

A decisão de concentrar a aplicação em 14 unidades busca otimizar o uso das vacinas, temporariamente escassas porque o Ministério da Saúde está finalizando o período de análise de lotes comprados de um novo fornecedor. Até então, todos os postos de saúde de Curitiba ofereciam a vacinação, em dias específicos.

“Estamos utilizando o que temos em estoque e vamos reunir as vacinas em pontos estratégicos de Curitiba para facilitar o acesso” explica o diretor do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde, Alcides Augusto de Oliveira.

A centralização dos frascos em postos de saúde estratégicos para a vacinação em dias e horários pré-determinados irá garantir as doses para as crianças até que os novos lotes sejam recebidos.

“Cada frasco contém dez doses e, depois de aberto, dura até seis horas. Por isso, temos de utilizar cada frasco da forma mais eficiente possível. Com esse cronograma temporário, vamos reforçar essa estratégia nas próximas semanas”, afirma Oliveira.

A vacina BCG protege contra a tuberculose e é indicada em dose única. Em Curitiba, é habitualmente aplicada no primeiro mês de vida, mas pode ser feita posteriormente.

A população prioritária para receber a vacina são crianças de até um ano de idade. Mas ela pode ser tomada com a mesma eficácia de proteção até os 4 anos de idade.

O QUE É VACINA BCG E PARA QUE SERVE?

- A vacina BCG (Bacilo de Calmette-Guerin) é elaborada a partir de *M. bovis* atenuados.
- Está **indicada para crianças de 0 a 4 anos, com obrigatoriedade para menores de 1 ano.**
- Ela não previne o adoecimento por tuberculose, mas evita o desenvolvimento das formas mais graves em menores de cinco anos de idade.

#saúde nasredes blog.saude.gov.br SUS [/minsaude](https://www.facebook.com/minsaude)

DOAÇÃO DE SANGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/02/2018

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

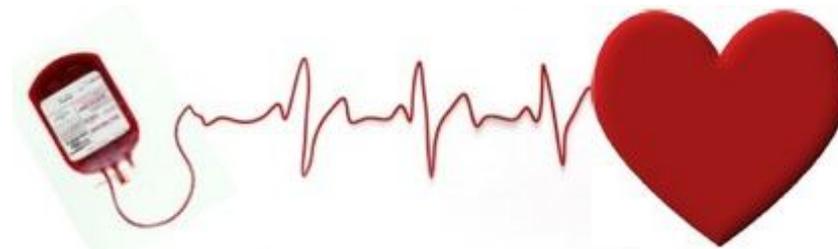
Para manter o nível dos estoques regulares, a rede de Hematologia e Hemoterapia do Paraná (Hemepar) convida paranaenses e turistas que estiverem de passagem pelo Estado a doarem sangue antes e após o feriado de Carnaval. As 21 unidades de todo Paraná funcionam normalmente até sábado (10) e retornam na quarta-feira (14) a partir das 13 horas.

O diretor-geral do Hemepar, Paulo Roberto Hatschbach, comenta que em feriados e datas comemorativas as coletas tendem a cair até 40%. Ele também relata que entre o Natal e o Ano-Novo as doações foram necessárias para suprir a demanda, mas os doadores desse período ainda não estão aptos para uma nova doação.

“Existe uma preocupação, pois é uma data onde muitas pessoas viajam ou visitam nosso Estado. Fortalecemos os pontos de coleta durante a semana que antecede o Carnaval, mas precisamos que doadores também compareçam após as festas e demonstrem solidariedade, cidadania e amor com o próximo”, fala o diretor.

Hatschbach explica as doações após o Carnaval também são importantes em decorrência da validade das plaquetas de sangue. “As plaquetas têm vida útil de cinco dias. As doações durante essa semana não garantem o estoque do feriado inteiro. Por exemplo, a coleta do sábado (8) supre a necessidade até quinta-feira (15). Por isso, pedimos a colaboração e atenção nas doações feitas depois das comemorações”, acrescenta.

Uma bolsa de sangue pode salvar a vida de até quatro pessoas. Em 2017, foram coletadas 188.266 bolsas, um crescimento de 6%



Fonte: google.com.br

relacionado ao ano anterior. No total, a hemorrede recebe 17 mil candidatos à doação e, em média, 14 mil estão aptos a doar sangue. A rede também é responsável pelo atendimento de 2.135 pacientes portadores de doenças do sangue, como coagulopatias e hemoglobinopatias.

O Hemepar é responsável pelo abastecimento de quase 90% do estoque de sangue da rede pública. São 384 hospitais cadastrados que necessitam de 14 a 15 mil bolsas de sangue por mês, cerca de 700 a 800 por dia.

O administrador de empresas, Gabriel Henrique de Oliveira Mendes, conta que há algum tempo precisou de uma transfusão de sangue e agora é hora de retribuir. “Doar é uma forma de retribuir a gratidão do próximo. Assim como eu precisei da doação um dia, outros hoje também estão nessa situação”, fala. Ele acrescenta que é a primeira vez que está indo doar sangue, mas já está marcando as próximas datas para continuar ajudando outras pessoas.

Quem realiza três ou mais doações em um período de 12 meses tem direito ao certificado de doador fidelizado. O documento garante benefícios como meia-entrada em shows, cinemas, exposições, jogos, entre outros espetáculos culturais e esportivos.

Para ser um doador é necessário estar em boas condições de saúde, pesar no mínimo 50 quilos e ter entre 16 e 69 anos. É preciso levar documento oficial com foto e menores de idade devem estar acompanhados pelos pais ou responsáveis.

CONTROLE DE ESCORPIÕES

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 30/01/2018

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

A Secretaria Estadual de Saúde recomenda a importância e a necessidade de controlar as populações de escorpiões pelo risco que representam para a saúde humana, já que a erradicação dessas espécies não é possível e nem viável. No entanto, o controle pode diminuir o número de acidentes e, conseqüentemente, os casos de morte.

Algumas espécies de escorpiões são extremamente adaptadas a ambientes alterados pelo homem. Esses animais desempenham papel importante no equilíbrio ecológico como predadores de outros seres vivos, devendo ser preservados na natureza. Já nas áreas urbanas, medidas devem ser adotadas para que seja evitada a sua proliferação, por meio de ações de controle, captura (busca ativa) e manejo ambiental.

No Paraná, ocorrem várias espécies de escorpiões nativos, as principais são os escorpiões marrom e os pretinhos, estes não são causadores de acidentes graves.

Já o escorpião amarelo, ou *Tityus serrulatus*, espécie tóxica foi introduzido no estado desde os anos 80, em diferentes cidades. É a espécie de maior perigo em todo o Brasil, sendo a principal causadora dos óbitos, principalmente em crianças. É uma espécie generalista com grande capacidade de adaptação a ambientes alterados, como os ambientes domiciliares e seu entorno. A sua proliferação é muito rápida.

No ambiente domiciliar o escorpião amarelo se abriga sob madeiras velhas, lenha, telhas, tijolos, restos de construção, entulhos e principalmente frestas em calçadas, muros e paredes.

O controle químico não tem tratamento eficaz contra os escorpiões, devido ao hábito de se esconderem e permanecerem meses sem movimento algum.

Maiores informações podem ser encontradas na Secretaria Municipal de Saúde da sua cidade.



ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 30/01/2018

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Recomendações para evitar acidentes com animais peçonhentos terrestres:

Em locais ou situações de risco para acidentes por animais peçonhentos (ex.: florestas, matas, trilhas, áreas com acúmulo de lixos, atividades de lazer, serviços de jardinagem, entre outros), utilizar sempre equipamentos de proteção individual (EPI), como luvas de couro, botas de cano alto e perneira; olhar sempre com atenção o local de trabalho e os caminhos a percorrer; não colocar as mãos em tocas ou buracos na terra, ocos de árvores, cupinzeiros, entre espaços situados em montes de lenha ou entre pedras. Caso seja necessário mexer nestes locais, usar um pedaço de madeira, enxada ou foice; não mexer em colmeias e vespeiros, contatar autoridade local competente para remoção; inspecionar roupas, calçados, toalhas de banho e de rosto, roupas de cama, pano de chão e tapetes, antes de usá-los; afastar camas e berços das paredes e evite pendurar roupas fora dos armários; antes de dormir, inspecionar os cômodos da casa, principalmente as camas, quanto à presença de aranhas ou escorpiões, pois durante a noite estes animais são mais ativos; caso encontre um animal peçonhento, afastar com cuidado e evitar assustá-lo ou tocá-lo, mesmo que pareça morto. Procurar a autoridade de saúde local para orientações.

Recomendações para evitar acidentes com animais aquáticos peçonhentos:

Em praias rochosas ou com pedras soltas, caminhar sempre com os pés protegidos por um calçado firme, de solado antiderrapante (tênis ou sapatilha); ficar afastado das áreas com grandes populações de ouriços-do-mar; evitar colocar as mãos desprotegidas em tocas ou sub rochas; evitar banhos em praias onde aconteceram acidentes recentes por águas vivas e caravelas; em rios e lagos, atenção com o risco de ferimentos por arraia, bagres ou qualquer outro animal aquático perigoso conhecido para a região. Em áreas de reconhecida ocorrência de arraias, caso seja indispensável andar dentro da água, tatear o caminho com um pedaço de madeira e arrastar os pés no chão, cuidadosamente, ao caminhar; em atividades de pesca, manusear cuidadosamente os peixes durante a retirada do anzol ou rede.



(Fonte: SESA-PR)

Recomendações em caso de acidentes por animais peçonhentos:

Procurar atendimento médico imediatamente; se possível lavar o local da picada com água e sabão (exceto em acidentes por águas-vivas ou caravelas), manter a vítima em repouso e com o membro acometido elevado até a chegada ao pronto-socorro; em acidentes nas extremidades do corpo, como braços, mãos, pernas e pés, retirar acessórios que possam levar à piora do quadro clínico, como anéis, fitas amarradas e calçados apertados; não amarrar ou fazer torniquete no membro acometido e, muito menos, cortar e/ou aplicar qualquer tipo de substância (pó de café, álcool, entre outros) no local da picada;

Especificamente em casos de acidentes com águas-vivas e caravelas, primeiramente, para alívio da dor inicial, usar compressas geladas de água do mar (ou pacotes fechados de gelo – cold packs – envoltos em panos, se disponível). Em seguida, realizar a lavagem do local da lesão com ácido cítrico a 5% (ex. vinagre), sem esfregar a região acometida, para evitar o aumento do envenenamento. É importante que não seja utilizada água doce para lavagem do local da lesão, nem para aplicação das compressas geladas, pois a água doce pode piorar o quadro do envenenamento. A remoção dos tentáculos aderidos à pele deve ser realizada de forma cuidadosa, preferencialmente com o uso de pinça ou lâmina. Procurar assistência médica para avaliação clínica do envenenamento e, se necessário, realização de tratamento complementar.

Não tentar “chupar o veneno”: essa ação apenas aumenta as chances de infecção local; informar ao profissional de saúde o máximo possível de características do animal, como: tipo de animal, cor, tamanho, entre outras. Se possível tirar uma foto do animal, assim ficará mais fácil a identificação.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 07/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

O medo do avanço do surto da febre amarela e a proximidade do carnaval provocaram uma corrida às unidades de saúde de Curitiba, que, juntas, aplicaram 30 mil doses da vacina contra a doença só no mês de janeiro. O número só de janeiro supera em 675% o total de procura ao longo de todo o ano de 2017, quando 3.869 doses foram aplicadas. Até pessoas de outros estados, principalmente São Paulo, tem vindo a Curitiba buscar a vacina.

Apesar da disparada, a prefeitura garante ter estoque reforçado e reitera o pedido para que só busquem pela vacina quem realmente esteja com viagem programada para as áreas de risco - o que não é o caso de nenhum município do Paraná, já que o vírus não está circulando no estado.

Até agora, apenas um caso de febre amarela foi confirmado em Curitiba, mas a doença não foi contraída no Paraná. A vítima foi uma mulher de 36 anos que contraiu o vírus em Mairiporã, na região metropolitana de São Paulo e epicentro do surto no estado vizinho. Ao voltar de viagem, no dia 30 de dezembro, ela se sentiu mal e, sabendo dos casos de Mairiporã, procurou o serviço médico em Curitiba e foi internada imediatamente, tendo alta dia 8 de janeiro.

Mesmo com a situação controlada em Curitiba, a população continua a se dirigir em peso aos postos da cidade, apelando muitas vezes até viagens que não existem. “Todo mundo que chega aqui vai para São Paulo. Não vai caber tanta gente assim lá não. Engraçado que quando o surto era em Minas, todo mundo ia viajar para Minas”, observa a enfermeira de uma das unidades visitadas pela reportagem.

Na Unidade de Saúde Ouidor Pardinho, no Centro de Curitiba, a média de aplicação da vacina subiu de 50 para 500 por dia. A unidade é uma das poucas que não entrou no sistema de rodízio programado pela prefeitura para evitar o desperdício das doses. Por isso, precisou estabelecer distribuição de senhas para dar conta da demanda.

O diretor do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Alcides Oliveira, afirma que considera natural a grande quantidade de procura pela vacina, mesmo Curitiba não estando em área de risco, e descartou a possibilidade de um novo esquema de distribuição das doses. “A gente estava prevendo esse aumento e consideramos a procura normal diante do surto, mesmo não tendo casos aqui. Também teve muita gente buscando por causa do carnaval, naquela questão dos dez dias antes da viagem. Mas a gente tem em estoque e, conforme a necessidade, o estado vai repondo”, garantiu.

Atualmente, o Ministério da Saúde recomenda imunização para as pessoas de até 59 anos que vão viajar para áreas de riscos, como Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia, que têm enfrentado a epidemia da doença.

Entre 1º julho de 2017 a 30 de janeiro deste ano, o Brasil registrou 213 casos de febre amarela, sendo que 81 pessoas morreram em decorrência da doença.



Foto: André Borges/Agência Brasília

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 15/01/2018

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

COMENTÁRIOS:

A vigilância da influenza e dos outros vírus respiratórios é realizada pela vigilância universal dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) dos internados e óbitos e pela vigilância sentinela, 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 15 Regionais de Saúde (RS) e 17 municípios no Estado do Paraná. O objetivo desta vigilância é identificar o comportamento do vírus influenza.

Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas on-line: SIVEP-Gripe (sistema das Unidades Sentinelas) e SINAN Influenza Web (sistema de todos os internados e 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 52 de 2017.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Do dia 01 de janeiro até o dia 30 de dezembro de 2017 foram notificados 4.388 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 7,7% (339) foram confirmados para influenza (Tabela 1).

Dos 592 óbitos notificados por SRAG, 8,8% (52) foram confirmados para o vírus influenza (Tabela 1).

Tabela 1 – Casos e óbitos de SRAG segundo classificação final, residentes no Paraná, 2017 até a SE 52.

Classificação Final	Casos		Óbitos	
	n	%	n	%
SRAG por Influenza	339	7,7	52	8,8
Influenza A(H1N1)pdm09	1	0,3	0	0,0
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	209	61,7	35	67,3
Influenza A não subtipado	1	0,3	0	0,0
Influenza B	128	37,8	17	32,7
SRAG não especificada	2.573	58,6	430	72,6
SRAG por outros vírus respiratórios	1.433	32,7	107	18,1
SRAG por outros agentes etiológicos	11	0,3	2	0,3
Em investigação	32	0,7	1	0,2
TOTAL	4.388	100	592	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 15/01/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 15/01/2018

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, 2017.

R.S/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
1. Reg. Saúde Paranaguá	0	0	3	0	0	0	4	0	7	0
Antonina	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Guaratuba	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Paranaguá	0	0	1	0	0	0	3	0	4	0
Pontal do Paraná	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
2. Reg. Saúde Metropolitana	0	0	61	5	0	0	31	4	92	9
Almirante Tamandaré	0	0	1	0	0	0	2	0	3	0
Balsa Nova	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campina Grande do Sul	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Campo Largo	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Magro	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Colombo	0	0	2	0	0	0	1	0	3	0
Curitiba	0	0	42	4	0	0	18	2	60	6
Fazenda Rio Grande	0	0	1	0	0	0	2	1	3	1
Pinhais	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Piraquara	0	0	2	0	0	0	1	0	3	0
Rio Negro	0	0	1	0	0	0	2	0	3	0
São José dos Pinhais	0	0	6	0	0	0	4	1	10	1
3. Reg. Saúde Ponta Grossa	0	0	6	0	0	0	3	0	9	0
Castro	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Jaquariaíva	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Palmeira	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Ponta Grossa	0	0	3	0	0	0	3	0	6	0
4. Reg. Saúde Irati	0	0	4	2	0	0	7	2	11	4
Imbituva	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Irati	0	0	2	1	0	0	7	2	9	3
Rebouças	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
5. Reg. Saúde Guarapuava	0	0	1	0	0	0	2	1	3	1
Guarapuava	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Laranjeiras do Sul	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Turvo	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
6. Reg. Saúde União da Vitória	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
União da Vitória	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
7. Reg. Saúde Pato Branco	0	0	2	1	0	0	5	1	7	2
Bom Sucesso do Sul	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Pato Branco	0	0	1	0	0	0	3	0	4	0
São João	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Vitorino	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
8. Reg. Saúde Francisco Beltrão	0	0	8	2	0	0	1	1	9	3
Dois Vizinhos	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Francisco Beltrão	0	0	4	1	0	0	0	0	4	1
Pérola d'Oeste	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Renascença	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
São Jorge d'Oeste	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	0	0	15	6	0	0	22	6	37	12
Foz do Iguaçu	0	0	11	5	0	0	18	4	29	9
Medianeira	0	0	1	0	0	0	2	1	3	1
Santa Terezinha de Itaipu	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0
São Miguel do Iguaçu	0	0	2	1	0	0	1	1	3	2
10. Reg. Saúde Cascavel	1	0	7	1	0	0	0	0	8	1
Cascavel	1	0	5	0	0	0	0	0	6	0
Céu Azul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Lindoeste	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
11. Reg. Saúde Campo Mourão	0	0	2	1	0	0	3	0	5	1
Campo Mourão	0	0	1	0	0	0	2	0	3	0
Peabiru	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Quinta do Sol	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1

R.S/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
12. Reg. Saúde Umuarama	0	0	6	3	0	0	3	0	9	3
Cruzeiro do Oeste	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Ivaté	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Maria Helena	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Nova Olímpia	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Umuarama	0	0	3	0	0	0	2	0	5	0
13. Reg. Saúde Cianorte	0	0	11	0	0	0	2	0	13	0
Cianorte	0	0	2	0	0	0	2	0	4	0
Jussara	0	0	4	0	0	0	0	0	4	0
Rondon	0	0	5	0	0	0	0	0	5	0
14. Reg. Saúde Paranavaí	0	0	2	1	0	0	2	0	4	1
Loanda	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Paranavaí	0	0	1	1	0	0	1	0	2	1
São Carlos do Ivaí	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
15. Reg. Saúde Maringá	0	0	34	4	0	0	8	2	42	6
Astorga	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1
Ivatuba	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0
Mandaguacu	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Mandaguari	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
MariaIVA	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Maringá	0	0	25	1	0	0	4	1	29	2
Sarandi	0	0	1	1	0	0	3	0	4	1
16. Reg. Saúde Apucarana	0	0	3	0	0	0	2	0	5	0
Apucarana	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0
Faxinal	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Jandaia do Sul	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
17. Reg. Saúde Londrina	0	0	24	8	1	0	10	0	35	8
Cambé	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Ibiporã	0	0	2	1	0	0	1	0	3	1
Jaquapitã	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Londrina	0	0	17	6	1	0	8	0	26	6
Rolândia	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Tamarana	0	0	2	0	0	0	1	0	3	0
18. Reg. Saúde Cornélio Procopio	0	0	10	0	0	0	7	0	17	0
Bandeirantes	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Cornélio Procopio	0	0	10	0	0	0	3	0	13	0
Rancho Alegre	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Santa Mariana	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Sertaneja	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
19. Reg. Saúde Jacarezinho	0	0	3	0	0	0	15	0	18	0
Santo Antônio da Platina	0	0	3	0	0	0	14	0	17	0
Wenceslau Braz	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
20. Reg. Saúde Toledo	0	0	6	1	0	0	0	0	6	1
Marechal Cândido Rondon	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Palotina	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0
Toledo	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1
21. Reg. Saúde Telêmaco Borba	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Telêmaco Borba	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Total	1	0	210	35	1	0	127	17	339	52

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 15/01/2018, dados sujeitos a alterações.

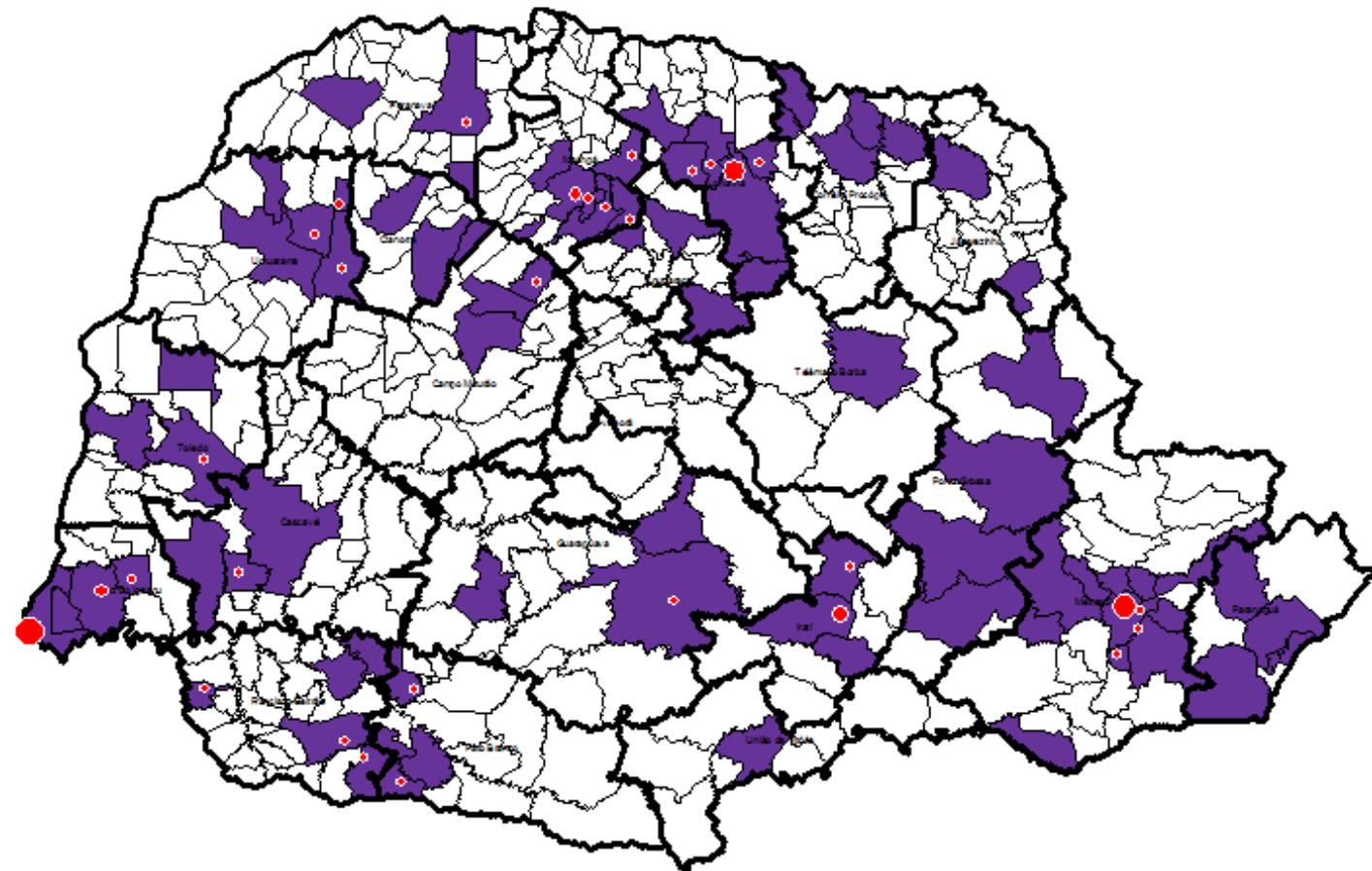
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 15/01/2018

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, 2017.



- Casos de SRAG por Influenza
- Óbitos de SRAG por Influenza 15/01/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 15/01/2018

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

COMENTÁRIOS:

Em relação ao gênero dos casos de SRAG por Influenza, foi observada diferença entre eles. O gênero feminino apresentou 51,9% (176/339) dos casos e o gênero masculino 48,1% (163/339) (Gráfico 2). Em relação aos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 34,6% (18/52) dos casos e o gênero masculino 65,4% (34/52) (Gráfico 3).

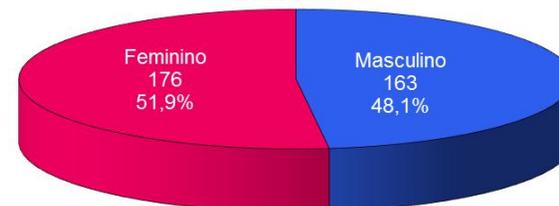
A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por influenza foi acima dos ≥ 60 anos, com 45,7% (155/339) e 76,9% (40/52) respectivamente (Tabelas 3 e 4). Os casos de SRAG por Influenza apresentaram no Paraná uma mediana de idade de 54 anos, variando de 0 a 99 anos e, no Brasil, mediana de idade de 44 anos, variando de 0 a 107 anos. Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 71 anos, variando de 0 a 98 anos e no Brasil a mediana foi de 61 anos, variando de 0 a 98 anos.

Tabela 3 – Casos de SRAG por Influenza segundo faixa etária e subtipo viral, residentes no Paraná, 2017 até a SE 52

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	0	0,0	0	0,0	12	5,7	0	0,0	11	8,6	23	6,8
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	5	2,4	0	0,0	5	3,9	10	2,9
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	12	5,7	1	100,0	11	8,6	24	7,1
10 a 19 anos	0	0,0	0	0,0	17	8,1	0	0,0	14	10,9	31	9,1
20 a 29 anos	1	100,0	0	0,0	18	8,6	0	0,0	6	4,7	25	7
30 a 39 anos	0	0,0	0	0,0	12	5,7	0	0,0	5	3,9	17	5,0
40 a 49 anos	0	0,0	0	0,0	7	3,3	0	0,0	14	10,9	21	6,2
50 a 59 anos	0	0,0	0	0,0	21	10,0	0	0,0	12	9,4	33	9,7
≥ 60 anos	0	0,0	0	0,0	105	50,2	0	0,0	50	39,1	155	45,7
TOTAL	1	100	0	0	209	100	1	100	128	100	339	100

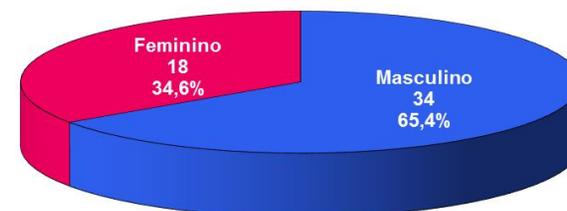
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 15/01/2018, dados sujeitos a alterações.

Gráfico 2 – Casos de SRAG de Influenza segundo gênero, Paraná, 2017.



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 15/01/2018, dados sujeitos a alterações.

Gráfico 3 – Óbitos de SRAG de Influenza segundo gênero, Paraná, 2017.



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 15/01/2018, dados sujeitos a alterações.

Tabela 4 - Óbitos de SRAG por Influenza segundo faixa etária e subtipo viral, residentes no Paraná, 2017 até a SE 52

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	1	2,9	0	0,0	0	0,0	1	1,9
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	1	2,9	0	0,0	2	11,8	3	5,8
20 a 29 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
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	2	5,7	0	0,0	2	11,8	4	7,7
50 a 59 anos	0	0,0	0	0,0	1	2,9	0	0,0	3	17,6	4	7,7
≥ 60 anos	0	0,0	0	0,0	30	85,7	0	0,0	10	58,8	40	76,9
TOTAL	0	0,0	0	0,0	35	100,0	0	0,0	17	100	52	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 15/01/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 15/01/2018

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

COMENTÁRIOS:

Dos casos de SRAG por Influenza no Paraná, 75,2% (255/339) tinham pelo menos um fator de risco para complicação, predominando os idosos, doenças cardiovasculares crônicas e pneumopatias crônicas (Tabela 5).

Entre os óbitos por Influenza, no Paraná 86,5% (45/52) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 38,5%(20/52) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 78,9% (393/498) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, cardiopatas, pneumopatas, diabéticos e outros.

Tabela 5 – Casos de SRAG por Influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral, residentes no Paraná, 2017 até a SE 52.

Casos por Influenza (N=339)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	255	75,2	97	38,0
Adultos ≥ 60 anos	155	45,7	72	46,5
Doença cardiovascular crônica	80	23,6	32	40,0
Pneumopatias crônicas	69	20,4	25	36,2
Diabetes mellitus	51	15,0	23	45,1
Crianças < 5 anos	33	9,7	10	30,3
Doença neurológica crônica	27	8,0	14	51,9
Gestantes	20	5,9	7	35,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	19	5,6	7	36,8
Doença renal crônica	13	3,8	7	53,8
Obesidade	4	1,2	1	25,0
Doença hepática crônica	3	0,9	1	33,3
Síndrome de Down	3	0,9	2	66,7
Indígenas	1	0,3	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	1	0,3	0	0,0
Que utilizaram antiviral	253	74,6		
Vacinados	110	32,4		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 15/01/2018, dados sujeitos a alterações.

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

No Paraná dos 73,1% (38/52) indivíduos que foram a óbito por Influenza e fizeram uso do antiviral, a mediana foi de 3 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando 0 a 18 dias e no Brasil, dos 498 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 343 (68,9%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 32 dias.

Tabela 6 – Óbitos de SRAG por Influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral, residentes no Paraná, 2017 até a SE 52.

Óbitos por Influenza (N=52)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	45	86,5	19	42,2
Adultos ≥ 60 anos	40	76,9	18	45,0
Doença cardiovascular crônica	21	40,4	9	42,9
Pneumopatias crônicas	18	34,6	7	38,9
Diabetes mellitus	14	26,9	4	28,6
Doença neurológica crônica	11	21,2	7	63,6
Doença renal crônica	4	7,7	3	75,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	3	5,8	1	33,3
Crianças < 5 anos	1	1,9	1	100,0
Doença hepática crônica	1	1,9	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Obesidade	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	38	73,1		
Vacinados	20	38,5		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 15/01/2018, dados sujeitos a alterações.

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

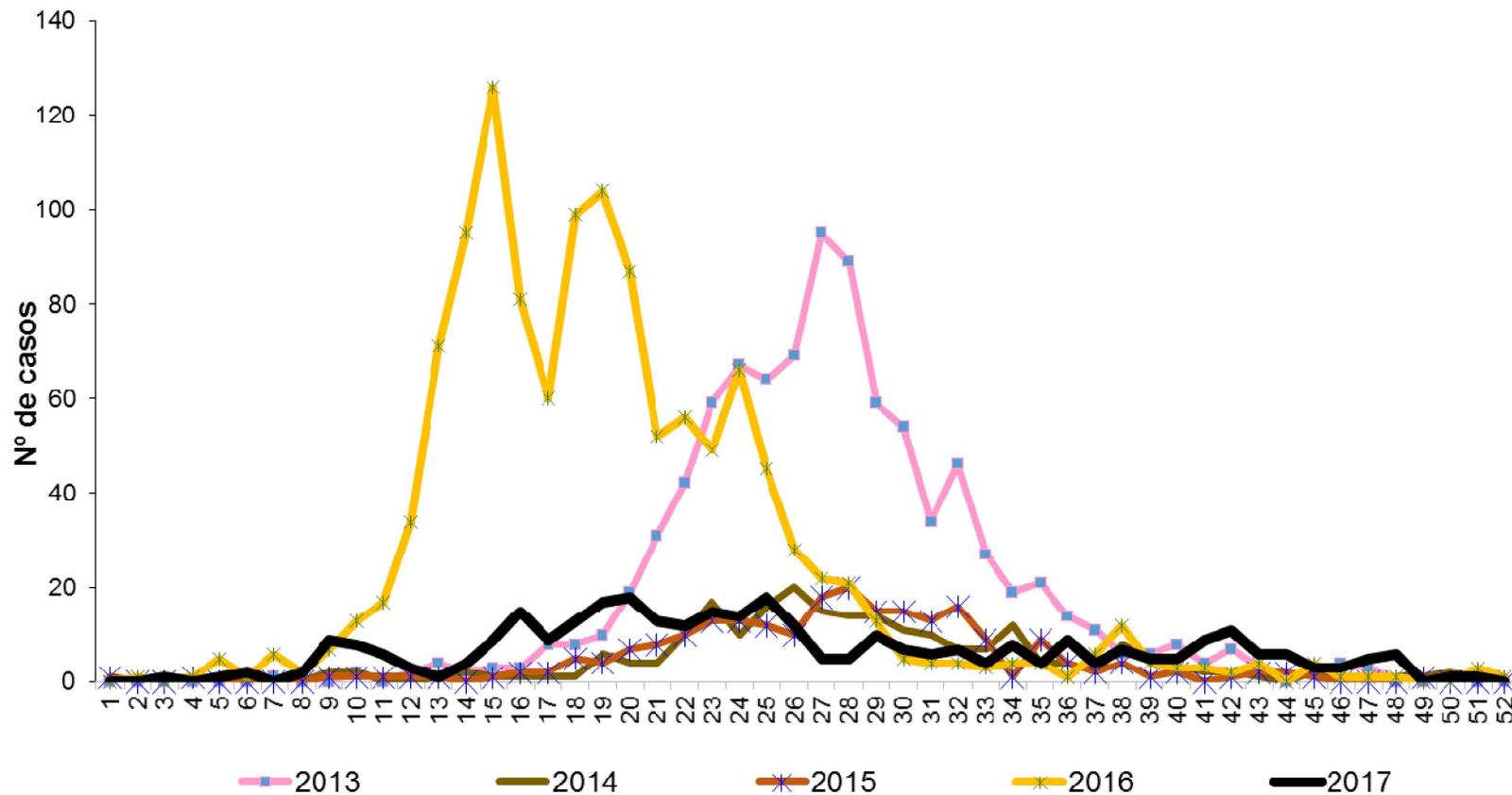
Data da informação: 15/01/2018

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

COMENTÁRIOS:

Comparando os anos de 2013 a 2017* dos casos de SRAG por Influenza, fica evidente uma mudança da sazonalidade no ano de 2016, o que configurou 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 2017 até a SE 52.



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 15/01/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 15/01/2018

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 44,5% (401/902) e Influenza A(H1N1)pdm09 com 42,6% (384/902) e 71,2% (47/66) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2014 houve o predomínio da Influenza A(H3N2) com 72,4% (165/228) dos casos e 50,0% (8/16) dos óbitos por este vírus. Em 2015 também predominou a Influenza A(H3N2) com 54,9% (124/226) e 45,8% (11/24) dos óbitos por este vírus. Em 2016, predominou a Influenza A(H1N1)pdm09, com 88,9% (1084/1219) dos casos e 91,2% (217/238) dos óbitos. Já em 2017, há predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 61,7% (209/339) dos casos e, ocorrência de 67,3% (35/52) 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 23 unidades sentinelas de SG onde são preconizadas 5 coletas de amostras semanais por Unidade Sentinela.

Até a SE 52 de 2017, as unidades sentinelas de SG coletaram 5.214 amostras (Tabela 8), com processamento laboratorial de 5.116 amostras, sendo 2.168 positivas (Gráfico 5).

Tabela 7 - Casos e óbitos de SRAG segundo subtipo viral, residentes no Paraná, 2013 a 2017 até a SE 52.

Classificação Final	2013		2014		2015		2016		2017*	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Influenza A(H1N1)pdm09	384	47	48	8	39	4	1084	217	1	0
Influenza A(H1) Sazonal*	6*	0	0	0	4*	1*	1*	1*	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	114	6	165	8	124	11	4	1	209	35
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	1	0
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	128	17
TOTAL	902	66	228	16	226	24	1219	238	339	52

*Obs: Resultados provenientes de laboratórios particulares, prováveis Influenza A(H1N1)pdm09.
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 15/01/2018, dados sujeitos a alterações.

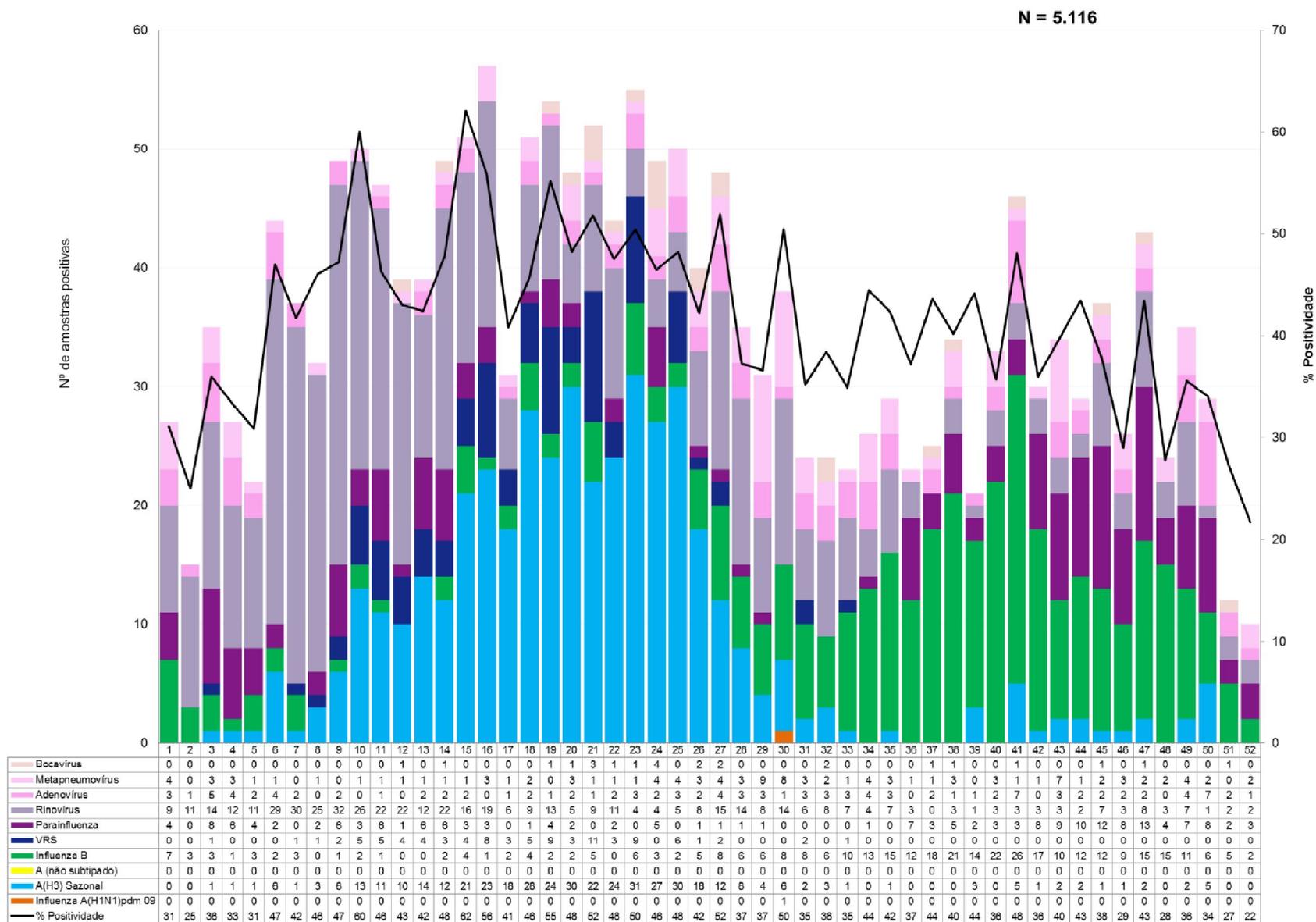
Tabela 8 - Casos de SG de Influenza segundo faixa etária e subtipo viral, Paraná, 2017 até a SE 52.

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	0	0,0	13	3,0	0	0,0	6	1,6	19	2,4	389	7,5
2 a 4 anos	0	0,0	14	3,2	0	0,0	8	2,2	22	2,7	238	4,6
5 a 9 anos	0	0,0	19	4,4	0	0,0	37	10,0	56	6,9	266	5,1
10 a 19 anos	0	0,0	109	25,0	0	0,0	87	23,6	196	24,3	807	15,5
20 a 29 anos	0	0,0	95	21,8	0	0,0	67	18,2	162	20,1	1.131	21,7
30 a 39 anos	0	0,0	57	13,1	0	0,0	44	11,9	101	12,5	765	14,7
40 a 49 anos	0	0,0	38	8,7	0	0,0	43	11,7	81	10,0	526	10,1
50 a 59 anos	0	0,0	41	9,4	0	0,0	38	10,3	79	9,8	482	9,2
≥ 60 anos	1	100,0	50	11,5	0	0,0	39	10,6	90	11,2	610	11,7
TOTAL	1	100,0	436	100	0	0,0	369	100	806	100	5.214	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 15/01/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Gráfico 5 - Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de SG, por semana epidemiológica de início dos sintomas. Paraná, 2017 até SE 52.



Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 15/01/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 15/01/2018

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

MEDIDAS PREVENTIVAS:

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 com: 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.

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/02/2018

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 05/2018.

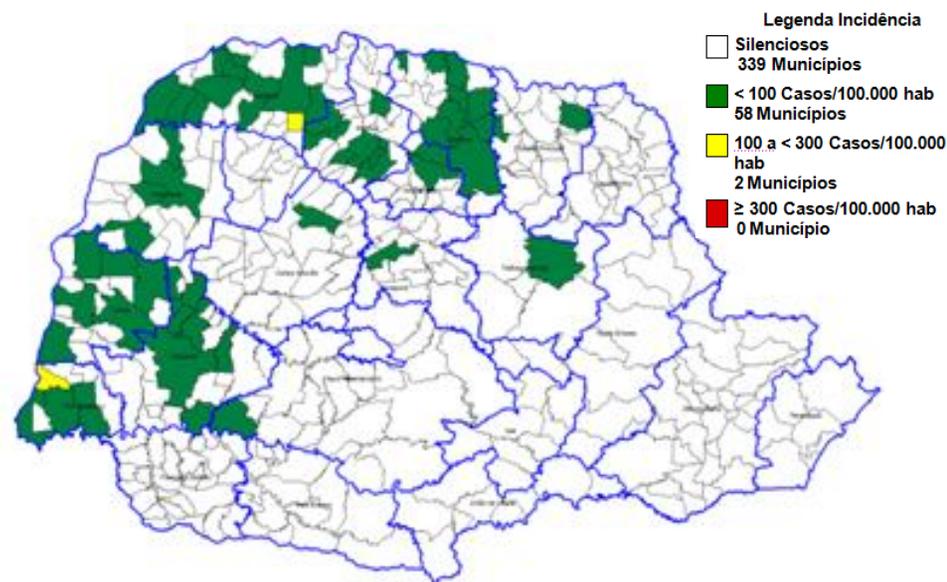
Foram notificados no referido período 12.424 casos suspeitos de dengue, dos quais 8.202 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 3,90 casos por 100.000 hab. (435/11.163.018 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 (2.236), Maringá (1.572) e Foz do Iguaçu (1.103).

Os municípios com maior número de casos confirmados são: Maringá (146), Foz do Iguaçu (45), e Cambé (24).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2017 a 05/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2017 A 05/2018*

	PERÍODO 2017/2018
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	281
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	64
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	13
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	60
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (09ª, 10ª, 11ª, 12ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª, 18ª, 20ª, 21ª e 22ª)	12
TOTAL DE CASOS	447
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	435
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	12
TOTAL DE NOTIFICADOS	12.424

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2017 a 05/2018.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clinico-epidemiológico (%)	
Dengue	334 (74,7)	113 (25,3%)	447
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	5	-	5
Dengue Grave (D G)	3	-	3
Descartados	-	-	8.202
Em andamento/investigação	-	-	3.775
Total	342 (2,8%)	113 (0,9%)	12.424

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

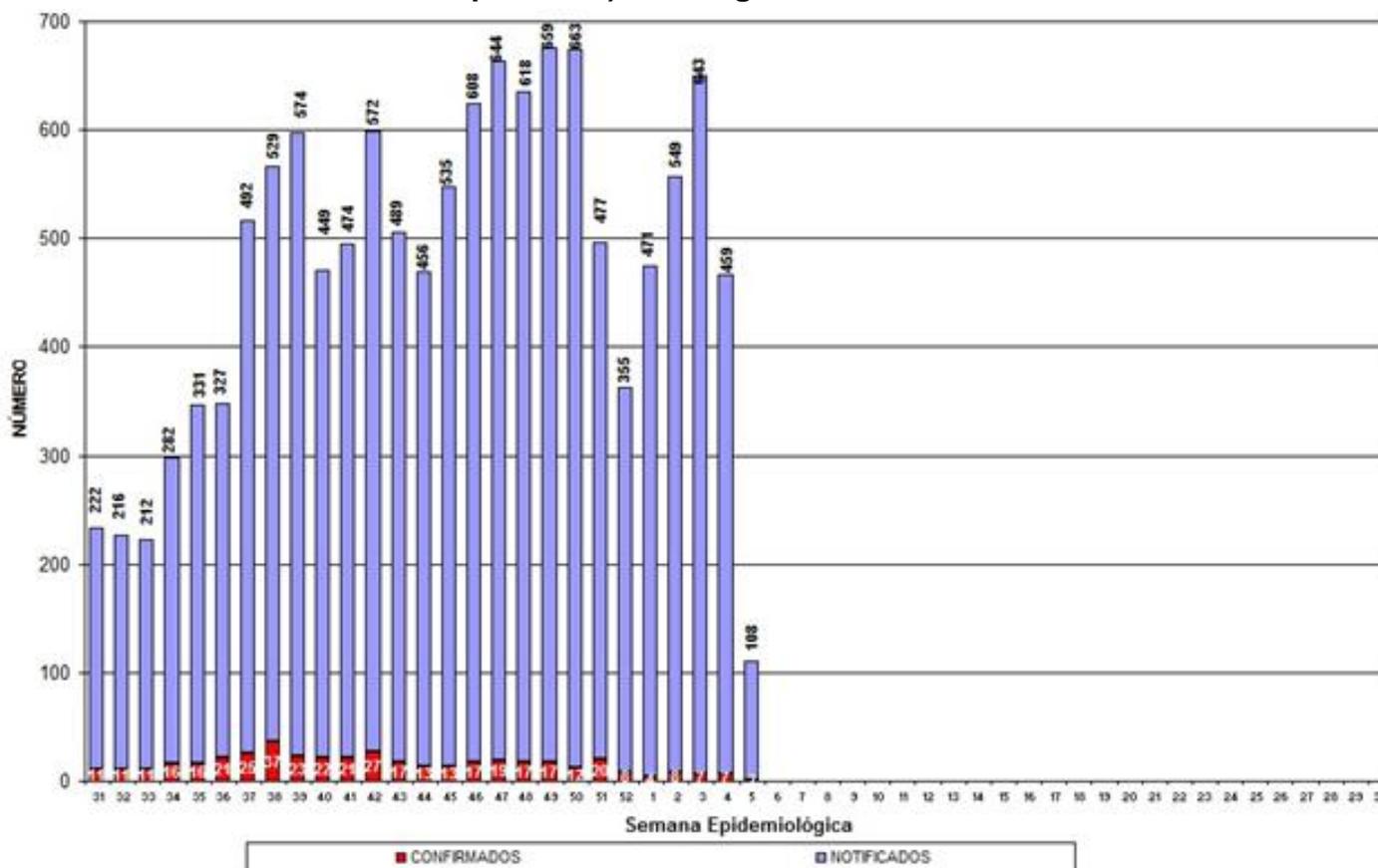
DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/02/2018

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 31/17 a 05/18.

DENGUE

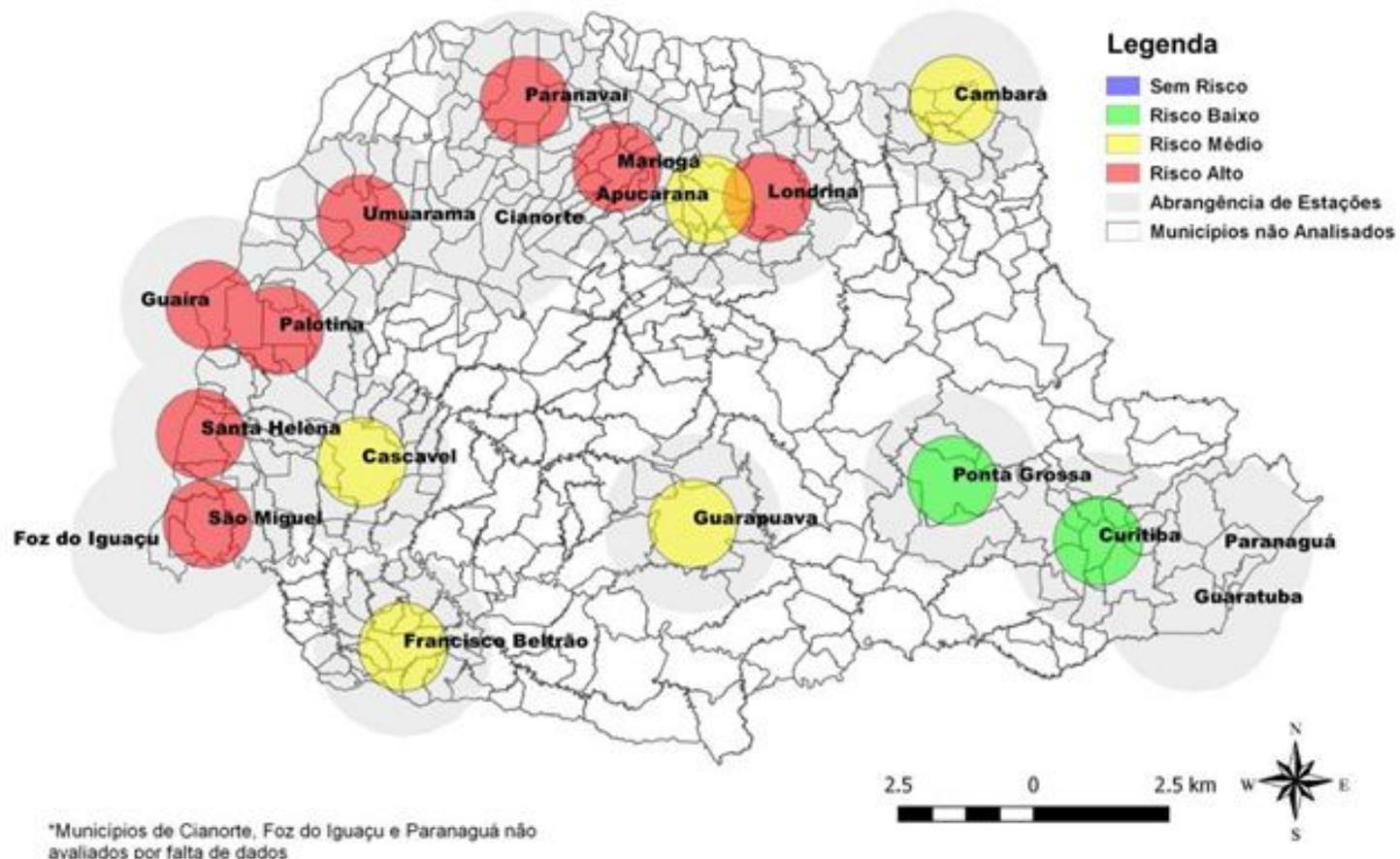
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/02/2018

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 (28/01/2018 - 03/02/2018)



Fonte: Laboclima/UFPR

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/02/2018

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 05/2018

REGIONAL DE SAÚDE	POPU- LAÇÃO	CASOS			NOTIFI- CADOS	DSA	DG	ÓBI- TOS	INCI- DENCIA
		AUTÔC	IMPORT	TOTAL					
1ªRS - Paranaguá	286.602	0	0	0	806	0	0	0	-
2ªRS - Metropolitana	3.502.790	0	4	4	604	0	0	0	-
3ªRS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	27	0	0	0	-
4ªRS - Irati	171.453	0	0	0	13	0	0	0	-
5ªRS - Guarapuava	459.398	0	0	0	23	0	0	0	-
6ªRS - União da Vitória	174.970	0	0	0	14	0	0	0	-
7ªRS - Pato Branco	264.185	0	0	0	57	0	0	0	-
8ªRS - Francisco Beltrão	355.682	0	0	0	208	0	0	0	-
9ªRS - Foz do Iguaçu	405.894	74	4	78	1.416	4	2	0	18,23
10ªRS - Cascavel	540.131	40	3	43	549	0	0	0	7,41
11ªRS - Campo Mourão	340.320	1	0	1	373	0	0	0	0,29
12ªRS - Umuarama	277.040	4	0	4	335	0	0	0	1,44
13ªRS - Cianorte	154.374	0	0	0	133	0	0	0	-
14ªRS - Paranavaí	274.257	46	0	46	926	0	0	0	16,77
15ªRS - Maringá	799.890	161	0	161	2.021	0	0	0	20,13
16ªRS - Apucarana	372.823	2	0	2	262	0	0	0	0,54
17ªRS - Londrina	935.904	77	0	77	3.806	1	1	0	8,23
18ªRS - Cornélio Procopio	230.231	1	0	1	200	0	0	0	0,43
19ªRS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	165	0	0	0	-
20ªRS - Toledo	385.916	27	1	28	422	0	0	0	7,00
21ªRS - Telêmaco Borba	184.436	1	0	1	39	0	0	0	0,54
22ªRS - Ivaiporã	138.130	1	0	1	25	0	0	0	0,72
TOTAL PARANA	11.163.018	435	12	447	12.424	5	3	0	3,90

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

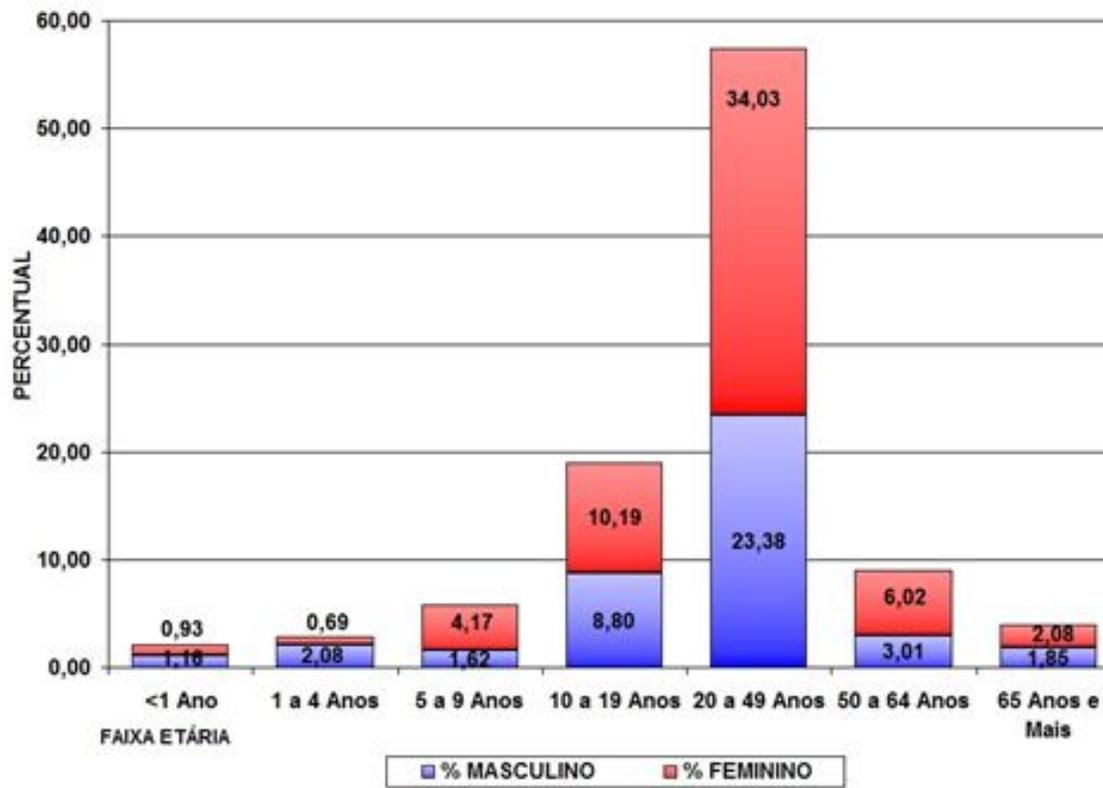
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/02/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 57,41% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pelas faixas etárias de 10 a 19 anos com 18,98% dos casos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2017 a 05/2018, Paraná – 2017/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação



EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 05/2018

(28/01/2018 a 03/02/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 30/01/2018

Fonte da informação: Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

COMENTÁRIOS:

No Diário Oficial da última sexta-feira do mês de janeiro (26/01), foram publicadas diversas resoluções que proíbem fabricação, distribuição e comercialização de produtos. Confira os produtos envolvidos.

A Resolução RE 188 proíbe, em todo o território nacional, a fabricação, comercialização, divulgação e uso do produto "KIT ANTIFUMO ANTÍDOTUS", constituído de dois frascos do produto em cápsulas "Neopassitini" e um frasco do produto em spray "Aversi Mint", distribuído por BENESSERE SOLUÇÕES NATURAIS LTDA-ME.

A empresa deve também recolher o estoque do produto citado.

A divulgação na internet fazia promessas não comprovadas tais como "perder os sintomas da abstinência que vem após deixar de fumar", "diminuir o estresse, tratar a insônia e melhorar a respiração", "reduzir e até perder o prazer em fumar imediatamente".

Para fazer alegações desse tipo, qualquer produto precisa comprová-las no processo de registro submetido à Anvisa.

Kit saúde sem registro obrigatório

Já a Resolução RE 204, determina a proibição da fabricação, distribuição e comercialização, em todo o território nacional, de todos os lotes dos produtos X-NUTRI SLIM e BELT CLIM SB THERMO PRO 25, cujos fabricantes são desconhecidos.

A determinação aponta a falta de registro obrigatório, além da propaganda em sites que atribuem propriedades terapêuticas, de saúde ou funcionais não autorizadas ao kit e aos produtos individuais do kit, tais como: "regula o intestino", "controle níveis de glicose sanguínea, reduzindo o risco ou equilibrando o Diabetes Mellitus", "previne contra flacidez e rugas", "emagrecedor natural inteligente", "termogênico com uma fórmula poderosa para emagrecer com saúde", dentre outras.

Kit antifumo com publicidade irregular

A Resolução RE 214 traz a proibição da fabricação, comercialização, divulgação e uso do produto "KIT ANTIFUMO BENESSERE", distribuído por BENESSERE SOLUÇÕES NATURAIS LTDA-ME, além do recolhimento do estoque do produto existente no mercado.

Essa resolução também considera irregular a divulgação e comercialização pelo site do produto e contendo indicações não comprovadas, tais como "O kit vem com 3 produtos que trabalham na aversão ao cigarro, no controle da ansiedade e na aceleração do processo de desintoxicação do organismo"; "Pare de fumar em 15 dias"; "Poderoso auxílio para parar de fumar de forma fácil e rápida"; "O combate ao tabagismo é feito com um tratamento rápido, prático, aprovado pela Anvisa e completo. Atua no corpo e na mente, de forma a aumentar as chances de libertar o fumante do vício. É livre de nicotina em sua fórmula e permite que o fumante perca o contato com ela, "quebrando" a dependência por ela originada".

Kit gravidez sem registro e com publicidade não autorizada

O produto ANDRES PRIME RED MACA PERUANA é alvo da Resolução RE 223. Sem o registro obrigatório e com fabricante desconhecido, a resolução determina a proibição da importação, distribuição e comercialização, em todo o território nacional, de todos os lotes do produto.

A suspensão, em todo território nacional, todas as propagandas e publicidades que atribuam propriedades terapêuticas, de saúde ou funcionais ao produto ANDES PRIME RED MACA PERUANA, veiculadas no site e em qualquer tipo de mídia, não se restringindo ao site do produto, também é uma das medidas.

CONTAMINAÇÃO

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 30/01/2018

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

COMENTÁRIOS:

No ano passado, a Prefeitura Municipal de Salvador contabilizou 2,5 milhões de foliões na cidade durante o Carnaval. Rio de Janeiro e São Paulo receberam 6 milhões e 3,5 milhões de turistas, respectivamente, segundo dados da Rio Tour e da Prefeitura paulista. Com tanta gente na rua, não deve faltar animação para a folia, e nem os perigos de contaminação por agentes microbianos. Doenças respiratórias virais (adenovírus, rinovírus, parainfluenza e VSR) e Hepatite A são algumas das doenças que potencialmente podem ocorrer sob forma surto neste Carnaval.

Júlia Kawagoe, docente do Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade Albert Einstein e consultora técnico – científica da B.Braun Brasil, explica que as mãos são a principal via de transmissão nesses casos. “Nós nos contaminamos ao tocar em superfícies como corrimão de escada, suporte de ônibus/ trens/ metrô, entre outros e mexer em água contaminada. Com a nossa mão contaminada, inconscientemente tocamos nariz, boca ou olhos. E após isso, ainda continuamos tocando outras pessoas e outras superfícies e perpetuando a cadeia de transmissão de micro-organismos”, explica a especialista.

Ainda segundo Júlia, o cuidado nas relações sexuais deve ser redobrado, já que doenças como a hepatite A podem ser transmitidas também através da relação sexual. “Além da necessidade do uso de preservativos para se proteger dessas doenças e também de uma possível gravidez indesejada, a proteção por meio da vacina é fundamental inclusive para adultos”. A especialista ressalta que como a doença pode ser transmitida através do contato, as crianças também devem ser imunizadas. “Para crianças de até 5 anos a vacina é gratuita”.

Outro modo de transmissão de agentes microbianos, especialmente os vírus que causam gripe e resfriados, ocorre pelas gotículas contaminadas expelidas durante o espirro e a tosse. “As mãos se contaminam ao cobrir a boca e o nariz, e se não forem higienizadas, podem contaminar as superfícies do ambiente a serem tocadas logo a seguir”. Banheiros químicos também são vilões disfarçados nessa esfera de contaminação, já que a falta de água para higienização das mãos acaba por alimentar a

cadeia. “Parasitoses intestinais e até hepatite A podem ser transmitidas nesses casos. A dica para reduzir os riscos é levar um frasco de álcool gel pequeno no bolso ou na bolsa, para usar sempre que for utilizar o banheiro”, afirma.

Alimentos também não estão imunes à contaminação. “Uma das ocorrências comuns nesta época do ano é a gastroenterocolite aguda (GECA), cujo quadro inclui vômitos e diarreia (podendo causar desidratação), devido à manipulação e consumo de alimentos produzidos sem condições higiênicas e má conservação. Lembrando que entre os alimentos, as bebidas (leite, água – gelo também, sucos, batidas) também podem ser fonte de infecção. Os alimentos podem se contaminar durante e após o seu preparo, e ao ser consumido. As bactérias (*Salmonella spp*) ou suas toxinas (*Staphylococcus aureus*), e mesmo os agentes virais (norovírus, adenovírus) podem causar infecções intestinais”.

Prevenção

Para tentar fugir de imprevistos e aproveitar a festa do Momo até o fim, a especialista cita algumas práticas que podem auxiliar no combate dessas doenças. São elas:

-Ao tossir e espirrar, cubra a boca e nariz com lenço de papel. Descarte o lenço em uma lixeira, e higienize as mãos – lavando-as com água e sabonete, ou friccionando-as com preparação alcoólica. Caso não tenha lenço de papel e não tiver recursos para higienizar as mãos, não deve tossir ou espirrar nas mãos – elas ficarão contaminadas e irão contaminar superfícies aos serem tocadas. Neste caso, tussa ou espirre na parte interna do cotovelo.

-Não leve as mãos à boca, olhos ou nariz. Evitará se contaminar.

– Atenção a alimentos e bebidas: não consuma alimentos se desconfiar da procedência, qualidade, acondicionamento e conservação térmica. A água deve ser tratada/filtrada, mesmo sob forma de gelo.

– Proteja-se nas relações sexuais utilizando preservativo.

LEISHMANIOSE VISCERAL

Local de ocorrência: Bahia

Data da informação: 01/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

Um homem de 44 anos está internado com leishmaniose visceral, doença conhecida como calazar, no Hospital Clériston Andrade, em Feira de Santana, cidade a cerca de 100 quilômetros de Salvador.

De acordo com a vigilância epidemiológica de Feira de Santana, este é o segundo caso na região em 2018. No primeiro caso, outro homem morreu. Ele morava no distrito de Maria Quitéria, também em Feira de Santana, considerado pela saúde pública uma área de risco para a doença.

A leishmaniose não é contagiosa, nem é transmitida diretamente de uma pessoa para outra. Também não é transmitida de um animal para outro, nem dos animais para as pessoas. A transmissão do parasita ocorre apenas através da picada do "mosquito palha" fêmea.

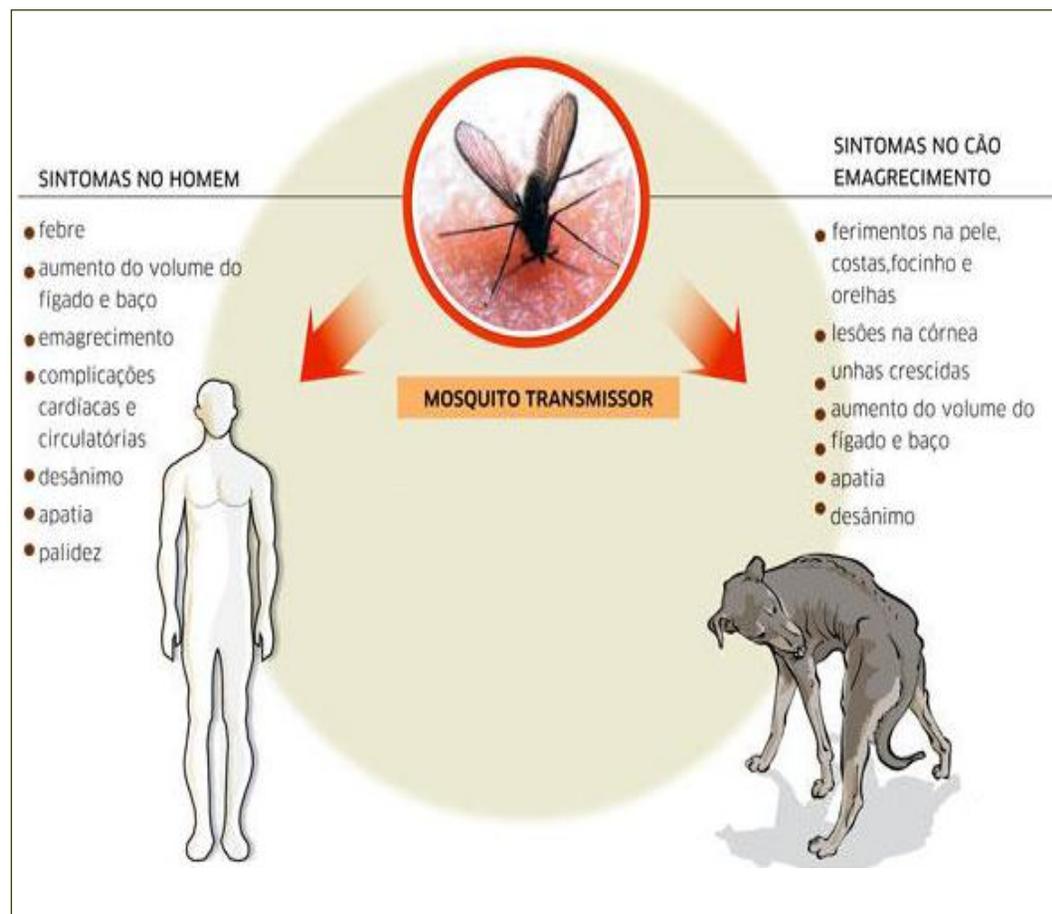
Os principais sintomas são febre alta com semanas de duração, fraqueza, perda de apetite, emagrecimento, anemia, palidez, aumento do baço e do fígado

Em Maria Quitéria, alguns moradores estão preocupados com a grande quantidade de cães no distrito, já que os cachorros são hospedeiros do protozoário que causa a leishmaniose visceral.

"A gente não cria cachorro, mas os cachorros das pessoas ficam na porta da gente. Aí fica todo mundo com medo", disse a lavradora Célia Santos.

Entretanto, a preocupação aumentou depois que um morador do distrito, o agente de portaria Antônio Cesar Silva, de 34 anos, morreu vítima do Calazar. Ele começou a sentir os primeiros sintomas da doença em novembro do ano passado.

Antônio Cesar ficou internado por 15 dias em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), foi transferido para o Hospital Clériston Andrade, e morreu na madrugada do dia 26 de janeiro.



FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 06/02/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde - Brasil

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde informa que não há registro confirmado de febre amarela urbana no país. O caso de febre amarela em São Bernardo do Campo (SP) está sendo investigado por uma equipe da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, o que inclui o histórico do paciente e captura de mosquitos para identificar a forma de transmissão na região. Deve ser observado que o paciente mora na região urbana, e possivelmente trabalha na área rural. Qualquer afirmação antes da conclusão do trabalho é precipitada. É importante informar que São Bernardo do Campo (SP) é uma das 77 cidades dos três estados do país (São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia) incluídas na campanha de fracionamento da vacina de febre amarela.

O Ministério da Saúde esclarece que todos os casos de febre amarela registrados no Brasil desde 1942 são silvestres, inclusive os atuais, ou seja, a doença foi transmitida por vetores que existem em ambientes de mata (mosquitos dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*). Além disso, o que caracteriza a transmissão silvestre, além da espécie do mosquito envolvida, é que os mosquitos transmitem o vírus e também se infectam a partir de um hospedeiro silvestre, no caso o macaco.

Temos segurança de que a probabilidade da transmissão urbana no Brasil é baixíssima por uma série de fatores: todas as investigações dos casos conduzidas até o momento indicam exposição a áreas de matas; em todos os locais onde ocorreram casos humanos, também ocorreram casos em macacos; todas as ações de vigilância entomológica, com capturas de vetores urbanos e silvestres, não encontraram presença do vírus em mosquitos do gênero *Aedes*; já há um programa nacionalmente estabelecido de controle do *Aedes aegypti* em função de outras arboviroses (dengue, zika, chikungunya), que consegue manter níveis de infestação abaixo daquilo que os estudos consideram necessário para sustentar uma transmissão urbana de febre amarela. Além disso, há boas

coberturas vacinais nas áreas de recomendação de vacina e uma vigilância muito sensível para detectar precocemente a circulação do vírus em novas áreas para adotar a vacinação oportunamente.



FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 07/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

Dois casos notificados de febre amarela de Alagoas estão incluídos no balanço nacional do Ministério da Saúde (MS), divulgado quarta-feira (07/2). Um já foi descartado e o outro está sob investigação.

A Secretaria de Estado da Saúde informou à reportagem do G1 que as notificações são referentes aos casos de dois militares do Exército Brasileiro que voltaram para Alagoas com sintomas sugestivos da doença, após missão no Amazonas e passagem pelo Rio de Janeiro.

Em um deles, a febre amarela foi descartada, tendo sido confirmado diagnóstico de malária. O caso do outro militar ainda aguarda resultado do exame que detecta a febre amarela, mas ele já recebeu alta do hospital onde estava internado por não apresentar mais sintomas da doença.

Em Alagoas, apenas Delmiro Gouveia, no Sertão, está na área de recomendação do Ministério da Saúde para vacina da febre amarela. O motivo é a proximidade com Paulo Afonso (BA), onde foi encontrado um macaco infectado. Nenhum outro município no estado foi incluído na área de recomendação.

De acordo com a publicação do Ministério da Saúde, o Brasil confirmou 353 casos e 98 óbitos no período de 1º julho de 2017 a 6 de fevereiro deste ano. No mesmo período do ano passado, foram confirmados 509 casos e 159 óbitos.

O Ministério da Saúde também informa que “não há registro confirmado de febre amarela urbana no país e reforça que todos os casos de febre amarela registrados no Brasil desde 1942 são silvestres, inclusive os atuais, ou seja, a doença foi transmitida por vetores que existem em ambientes de mata (mosquitos dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*)”.

Além disso, o que caracteriza a transmissão silvestre, além da espécie do mosquito envolvida, é que os mosquitos transmitem o vírus e também se infectam a partir de um hospedeiro silvestre, no caso o macaco”, completa.

O MS lembra ainda que “a probabilidade da transmissão urbana no Brasil é baixíssima por uma série de fatores: todas as investigações dos casos conduzidas até o momento indicam exposição a áreas de matas; em todos os locais onde ocorreram casos humanos, também ocorreram casos em macacos; todas as ações de vigilância entomológica, com capturas de vetores urbanos e silvestres, não encontraram presença do vírus em mosquitos do gênero *Aedes*”.

Sintomas da febre amarela

FEBRE AMARELA

- Febre
- Calafrios
- Dor de cabeça
- Dores nas costas
- Dores no corpo em geral
- Náuseas e vômitos
- Fadiga e fraqueza.



Em casos graves, a pessoa pode desenvolver febre alta, coloração amarelada da pele e do branco dos olhos, hemorragia e, eventualmente, choque e insuficiência de múltiplos órgãos.

#saúde nasredes

SUS

/minsaude

DENGUE / CHIKUNGUNYA / ZIKA

Local de ocorrência: Minas Gerais

Data da informação: 06/02/2018

Fonte da informação: brasilemfolhas.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Casos prováveis de dengue, zika e chikungunya disparam em uma semana e seguem fazendo vítimas no estado e a passos largos. É o que diz o boletim epidemiológico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) publicado na segunda-feira (5/02) sobre casos prováveis de vítimas do mosquito. O relatório da última semana aponta alta superior a 50% para todas as doenças ligadas ao mosquito: dengue, zika e chikungunya.

O número de pacientes prováveis de dengue cresceu 73% desde o relatório da semana passada, saltando de 2.221 casos para 3.007 – a relação é referente a este ano. O número de mortes pela doença também cresceu, passando de uma para três. No ano passado, 15 óbitos por dengue foram confirmados, de acordo com a SES/MG. Somente na Região Central, cinco municípios tiveram casos: Capim Branco, Curvelo, Ibirité, Pedro Leopoldo e Ribeirão das Neves.

As outras cidades foram: Arinos (Noroeste), Bocaiúva (Norte), Leopoldina (Mata), Medina (Jequitinhonha), Monsenhor Paulo (Sul), Patos de Minas (Alto Paranaíba), São José do Divino (Rio Doce), Araguari (Triângulo), Uberaba (Triângulo) e Uberlândia (Triângulo). Não existe uma faixa etária predominante, e a média aritmética das idades foi de 58,6 anos, sendo que as vítimas tinham entre 3 e 93 anos.

Já os casos de chikungunya cresceram 67% desde o último balanço divulgado. Os números de casos prováveis subiram de 496 para 734, sendo que não há óbito confirmado ou em investigação pela doença em 2018. Em 2017, 13 pessoas morreram de chikungunya – só em Governador Valadares, no Rio Doce, foram 10 óbitos; os

outros foram em Central de Minas, Ipatinga e Teófilo Otoni. A média das idades foi de 75,7 anos, e 12 pessoas tinham mais de 65 anos.

Os números para zika são menores do que os de outras doenças provocadas pelo mosquito: alta de 53% em uma semana. Na semana passada, 17 casos foram relatados pela pasta, sendo que na segunda-feira o documento continha 32 casos prováveis. Dez eram gestantes. A maior incidência da doença é em Timóteo, no Rio Doce, com quatro gestantes. Belo Horizonte e Ubá, na Zona da Mata, tiveram duas gestantes registradas, cada uma. No ano passado, 748 casos foram registrados. Das 136 grávidas que estavam entre os casos prováveis, 74 receberam o diagnóstico confirmando a doença, que pode provocar malformação do cérebro.

		DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA
PRINCIPAIS SINTOMAS	 FEBRE	Sempre presente: alta e de início imediato	Quase sempre presente: alta e de início imediato	Pode estar presente: baixa
	ARTRALGIA (DORES NAS ARTICULAÇÕES)	Quase sempre presente: dores moderadas	Presente em 90% dos casos: dores intensas	Pode estar presente: dores leves
	RASH CUTÂNEO (MANCHAS VERMELHAS NA PELE)	Pode estar presente	Pode estar presente: se manifesta nas primeiras 48 horas (normalmente a partir do 2º dia)	Quase sempre presente: se manifesta nas primeiras 24 horas
	PRURIDO (COCEIRA)	Pode estar presente: leve	Presente em 50 a 80% dos casos: leve	Pode estar presente: de leve a intensa
	VERMELHIDÃO NOS OLHOS	Não está presente	Pode estar presente	Pode estar presente

LEPTOSPIROSE

Local de ocorrência: Minas Gerais

Data da informação: 31/01/2018

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

COMENTÁRIOS:

Três casos de leptospirose foram registrados pela Superintendência Regional de Saúde de Pouso Alegre (MG) em janeiro. Os pacientes internados são do próprio município, de Estiva (MG) e de Cambuí (MG).

Um homem de 53 anos morador de Pouso Alegre e um adolescente de 16 anos, foram internados no Hospital Samuel Libânio na semana passada. A outra vítima, um adolescente de 14 anos, foi internada na Santa Casa de Cambuí após ter nadado em uma cachoeira em Córrego do Bom Jesus. Todos já receberam alta.

Segundo as autoridades de saúde, os pacientes deram entrada com suspeita de febre amarela, mas o resultado deu negativo para a doença transmitida pelo mosquito e positivo pra leptospirose. Todos os casos ainda estão sendo acompanhados pela Superintendência Regional de Saúde.

Os casos da doença haviam crescido em Minas Gerais, mas caíram em 2017:

2015: 114 casos, com 7 mortes

2016: 158 casos, com 23 mortes

2017: 125 casos, com 10 mortes

A doença é infecciosa e transmitida ao homem pela urina de roedores, principalmente por ocasião das enchentes, comuns na região neste período do ano. Qualquer pessoa que tiver contato com a água ou lama pode contrair a leptospirose.

Os principais sintomas são: febre, dor de cabeça, dores pelo corpo, vômitos, diarreia, tosse, pele e olhos amarelados (*forma mais grave da doença*), sangramento (*forma mais grave da doença*), alterações urinárias (*forma mais grave da doença*).

Segundo o Ministério da Saúde, “os casos leves são tratados em ambulatório, mas os casos graves precisam ser internados. A automedicação não é indicada, pois pode agravar a doença”.



LEPTOSPIROSE

- É uma doença grave causada pela bactéria da urina do rato
- **SINTOMAS:** dor de cabeça, febre, mal estar, dor no corpo (principalmente na **panturrilha**).
- **COMO EVITAR?**
 - Evitar contato com água ou lama de enchente, pois a bactéria fica nesses lugares e entra pela nossa pele.
 - Não consumir água e alimentos contaminados, pois também transmitem a doença.

The infographic includes illustrations of a mouse, a person in bed, a person in floodwaters with a red 'X' over it, and a can of water.

CARNAVAL I

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 04/02/2018

Fonte da informação: correio24horas.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

São várias as doenças que podem ser adquiridas no carnaval: DST e AIDS, Hepatite B, conjuntivites, cólera e diarreias, etc.

Mas, pela boca, além dessas doenças, a pessoa ainda pode adquirir uma febre tifo ou ter uma diarreia crônica, a depender do nível de inadequação higiênica do alimento que ela ingeriu. “Durante o Carnaval, as pessoas não costumam lavar as mãos, até mesmo porque não têm muitos locais para fazer isto. Fazem as necessidades nesses banheiros químicos que sabemos como é e voltam para o circuito para se alimentar, beijar, fazer sexo e aí acabam pegando essas doenças”, comentou a médica infectologista da Escola Bahiana de Medicina Nanci Silva.

Como não tem como falar para as pessoas deixarem de beijar na boca ou fazer sexo no Carnaval, diz a médica, a orientação é se envolver com o mínimo de pessoas possível, de preferência apenas com um(a) parceiro(a) fixo e ainda assim usar preservativo durante o ato sexual.

“Sempre que puder, deve-se lavar bem as mãos e evitar ficar muito tempo em locais com muita gente, procurar locais mais abertos onde se possa respirar com mais tranquilidade”, indica ela.

A Coordenadora do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância e Saúde, da Prefeitura de Salvador, a médica infectologista Cristiane Cardoso disse que durante o Carnaval é preciso ainda ter cuidado com os pés.

“Importante sempre andar calçado, pois ocorre muito de ter vidros no chão, de garrafas de cerveja e outras bebidas. Além do mais, as poças de água podem acumular sujeira e transmitir doenças, como a leptospirose, causada pela contaminação da água com a urina do rato”, comenta a infectologista.

Os profissionais da área consultados pelo CORREIO disseram também que um cuidado essencial durante o Carnaval é a pessoa sempre beber líquido, de preferência água, e se alimentar bem. “Dessa forma, corre menos risco de o corpo ficar com a imunidade baixa e pegar doenças”, observou Cristiane Cardoso.



1	DST E AIDS E HEPATITE B	3	CÓLERA E DIARREIA	4	VIOLÊNCIA E ACIDENTES
	<ul style="list-style-type: none">● Use camisinha em todas as relações sexuais● Não use drogas● Não compartilhe seringas e agulhas		<ul style="list-style-type: none">● Beba muita água● Lave bem as mãos● Coma frutas e verduras somente depois de lavadas● Só coma alimentos bem cozidos, principalmente frutos do mar (ostras, caranguejos, lambretas e outros)● Observe a data de validade dos alimentos (enlatados, frios, etc.) antes de consumi-los● Evite: alimentos com molhos à base de maioneses, mostarda, ketchup; com aparência estranha, com mau cheiro ou mal conservados. Beber refrigerantes e cervejas em lata, sem antes lavar● Se tiver diarreia, aumente a ingestão de líquidos e use reidratante oral ou soro caseiro● Não use antidiarreicos● Procure a unidade de saúde mais próxima		<ul style="list-style-type: none">● Vá para a avenida com espírito de paz, sem provocar confusão com ninguém● Não aceite provocações● Não se envolva em brigas● Mantenha a calma em todas as situações● Modere o consumo de bebidas alcoólicas● Se beber, não dirija. Use os meios de transporte coletivos, como ônibus, táxis, carros particulares de aplicativos ou vá de carona● Não leve armas (faca, revólver, canivete, etc.) para o circuito de Carnaval, porque, na avenida, só cabe alegria. Nada de violência● Não use drogas energéticas

CARNAVAL II

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 03/02/2018

Fonte da informação: blogs.ne10.uol.com.br
(fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Febre alta, dor ao deglutir, tosse, inchaço dos gânglios, desconforto abdominal, vômitos, dor muscular e perda de apetite são alguns dos avisos dados quando um vírus, que atende pelo nome (pouco sonoro) de Epstein-Barr, atinge o organismo. Transmitido pela saliva contaminada num contato íntimo entre pessoas, ele está por trás da mononucleose, popularmente conhecida como doença do beijo.

Mais comum entre 15 e 25 anos, essa síndrome infecciosa se torna mais frequente, nos consultórios médicos, no pós carnaval. Sim, os beijos são durante os festejos de Momo, mas a doença só se desenvolve depois de 30 a 45 dias (período de incubação) da transmissão do vírus.

“Alguns dos fatores que influenciam a transmissão são más condições de higiene e grande concentração de pessoas em espaços pequenos”, relata a infectologista Andrezza de Vasconcelos, do Hospital Jayme da Fonte, no Recife. A médica enfatiza que, em casos de apresentação de algum dos sintomas, é preciso procurar um médico.

“Os sintomas agudos, que aparecem em torno de quatro semanas após a exposição ao vírus, perduram por aproximadamente 15 dias.

MONONUCLEOSE

O que é
Doença infecciosa causada pelo vírus Epstein-Barr, que acomete principalmente indivíduos entre 15 e 25 anos e pode ser transmitido pelo beijo na boca, relações sexuais e transfusão de sangue.
A transmissão ocorre principalmente no período de incubação que dura de 30 a 45 dias. Uma vez infectada, a pessoa pode permanecer com o vírus no organismo para sempre e, em circunstâncias especiais, ele ainda pode ser transmitido.

Sintomas
→ Dor de garganta
→ Fadiga
→ Inchaço dos gânglios
→ Tosse
→ Perda de apetite
→ Inflamação do fígado
→ Hipertrofia do baço

Vacinação
Não existem vacinas para prevenir a mononucleose.

Diagnóstico
Para confirmar o diagnóstico clínico, existe o Monoteste, um exame de sangue que só apresenta resultados confiáveis, a presença de linfócitos atípicos, quando o paciente tem mais de 4 anos de idade e está na segunda semana da doença.

Prevenção
→ Não partilhe a mesma comida e o mesmo copo
→ Evite os beijos na boca de desconhecidos

Tratamento
Como nas demais viroses, não há medicamentos específicos contra a mononucleose. O tratamento se resume em combater os sintomas com antitérmicos, analgésicos e anti-inflamatórios, e repouso. Exercícios físicos estão proibidos e o contato físico deve ser evitado até que fígado e baço voltem ao normal.

29 músculos
Um beijo apaixonado movimenta

250 bactérias e grande quantidade de vírus
Durante o beijo troca-se um número aproximado de

ANDRÉA VIANA/EDITORIA DE ARTE

Fonte: google.com.br

O diagnóstico é confirmado através de sorologia específica para o vírus, com tratamento que consiste em repouso, hidratação e remédios paliativos aos sintomas, como antitérmicos, analgésicos e anti-inflamatórios”, alerta o clínico-geral Maurício Torres, do Hapvida Saúde.

Por terem sintomas semelhantes aos de uma gripe ou amidalite, muitas pessoas infectadas recorrem à automedicação, o que é um perigo. A doença do beijo, garantem infectologistas, é uma virose de evolução geralmente benigna. Em poucos casos, evolui para complicações como rompimento do baço, meningite e encefalite.

BOTULISMO

Local de ocorrência: São Paulo

Data da informação: 02/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto confirmou o caso e informou que há mais duas suspeitas em investigação. Segundo a pasta, esses últimos pacientes também apresentam alterações neurológicas que podem ser causadas pelo botulismo.

Segundo a publicitária I.F., 27 anos, a mãe foi internada no dia 2 de janeiro com vertigem, enjoo, fraqueza, fofobia e dificuldade para engolir. "Inicialmente pensamos que ela tivesse tido uma AVC, mas no hospital, após os exames, o médico descartou o acidente cerebral e já suspeitou de botulismo", diz a filha.

A advogada foi internada na hora, por volta das 17h30. Às 23h do mesmo dia foi transferida para a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), onde teve uma parada respiratória. No dia seguinte, antes mesmo da divulgação do resultado do exame, a paciente já tomou o soro antibotulínico.

Contudo, o surgimento de alterações neurológicas no dia 4, fez a equipe médica suspeitar também de que a paciente estivesse com a Síndrome de Guillain-Barré. A doença foi descartada posteriormente.

R., que ficou internada na UTI por 20 dias, sofreu paralisia nos membros. Ela já está no quarto, onde recupera, aos poucos, os movimentos, mas sem previsão de alta. "Ela ainda respira com a ajuda de aparelhos, mas tem reagido bem. Já consegue abrir os olhos e está consciente", afirma a filha.

Segundo a filha, a advogada já consegue mexer as mãos e pernas, mudar a posição do corpo e, apesar de ainda não falar devido a uma traqueostomia, se comunica com os filhos por meio da escrita. "Estamos bastante otimistas. A fase de risco da doença já passou e agora é esperar os movimentos voltarem."

A publicitária elogiou a rápida intervenção médica e o diagnóstico certo da equipe do São Lucas. "Como os médicos suspeitaram desde o início que podia ser botulismo e já prescreveram o soro, a chance de plena recuperação é de 100%. Estamos bem otimistas."



Fonte: google.com.br

Acidade ON tentou ouvir o neurologista Francisco Coletto, chefe da equipe responsável pelo caso da advogada, mas não conseguiu contatá-lo. Foi deixado recado com a secretária dele em seu consultório particular, mas até a publicação desta reportagem, não houve retorno.

A publicitária afirmou que a Vigilância Sanitária fez apreensão de leite e um queijo de soja na casa da paciente para tentar descobrir a origem da bactéria causadora da doença. Segundo a Saúde, o material foi encaminhado ao Adolfo Lutz para análise e ainda aguarda os resultados.

Segundo a médica Lúcia Helena Mercuri Granero, coordenadora do Ambulatório de Bloqueio Químico do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), o botulismo é provocado pela toxina liberada pelas bactérias *Clostridium botulinum* e *Clostridium parabotulinum*, que se desenvolvem em enlatados ou em alimentos mal conservados.

A doença provoca náuseas, mal-estar, vômitos e fraqueza muscular progressiva. Caracteristicamente, as pálpebras caem (ptose palpebral). O comprometimento da contração muscular é responsável pela falta de ar e dificuldade de deglutição que acometem o paciente. Quando a quantidade de toxina é muito grande, a pessoa morre em pouco tempo.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 29/01/2018

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 252 Unidades Sentinelas, sendo 140 de SG; 112 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 04 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 27/01/2018.

A positividade para influenza, outros vírus respiratórios e outros agentes etiológicos entre as amostras processadas em unidades sentinelas foi de 20,0% (101/506) para SG e de 25,0% (7/28) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 9,0% (21/234) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H3N2). Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 4,8% (2/42) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H3N2).

GRIFE PODE SER EVITADA COM MEDIDAS SIMPLES DE HIGIENIZAÇÃO

- EVITAR CONTATO PRÓXIMO A PESSOAS QUE APRESENTEM SINAIS/SINTOMAS DE GRIFE.
- 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: 29/01/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

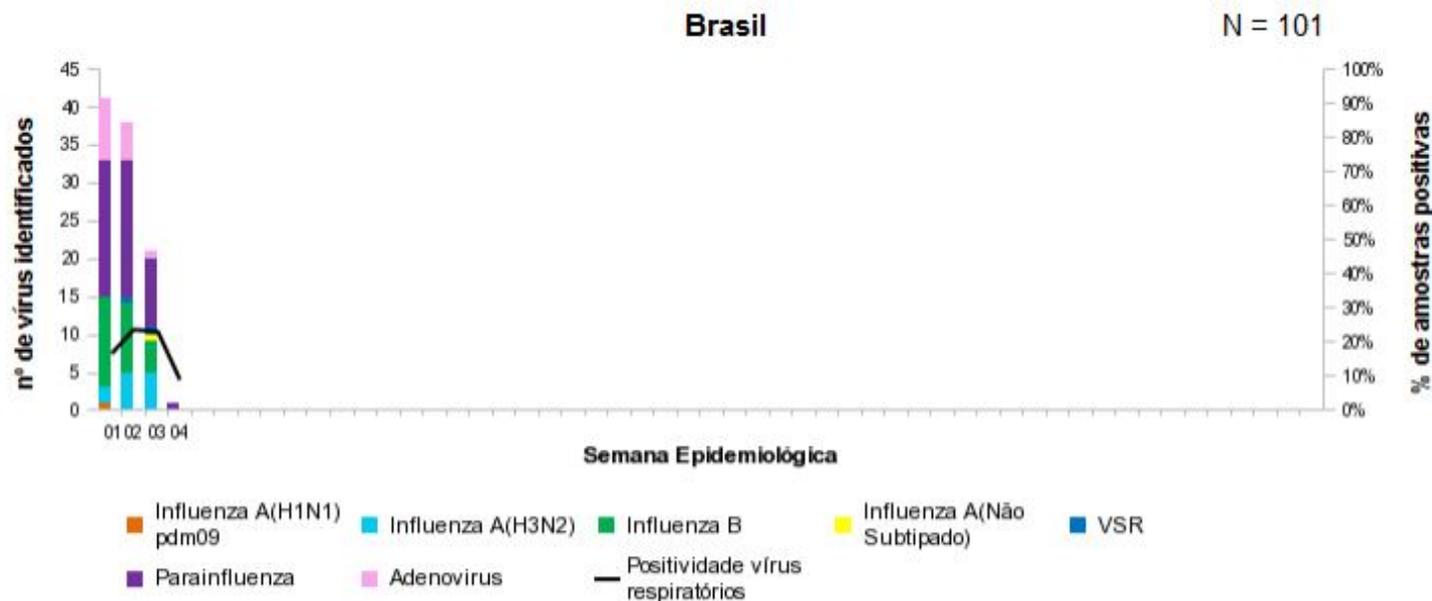
VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 04 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 1.350 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 506 (37,5%) foram processadas e 20,0% (101/506) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 39 (38,6%) foram positivos para influenza e 62 (61,4%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 1 (2,6%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 25 (64,1%) de influenza B, 1 (2,6%) de influenza A não subtipado e 12 (30,8%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 46 (74,2%) de Parainfluenza (Figura1).

Em todas as regiões destaca-se a circulação do vírus Parainfluenza e Influenza B (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 B e Parainfluenza. Entre os indivíduos menores de 10 anos ocorre uma maior circulação de 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 04.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 29/1/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 29/01/2018

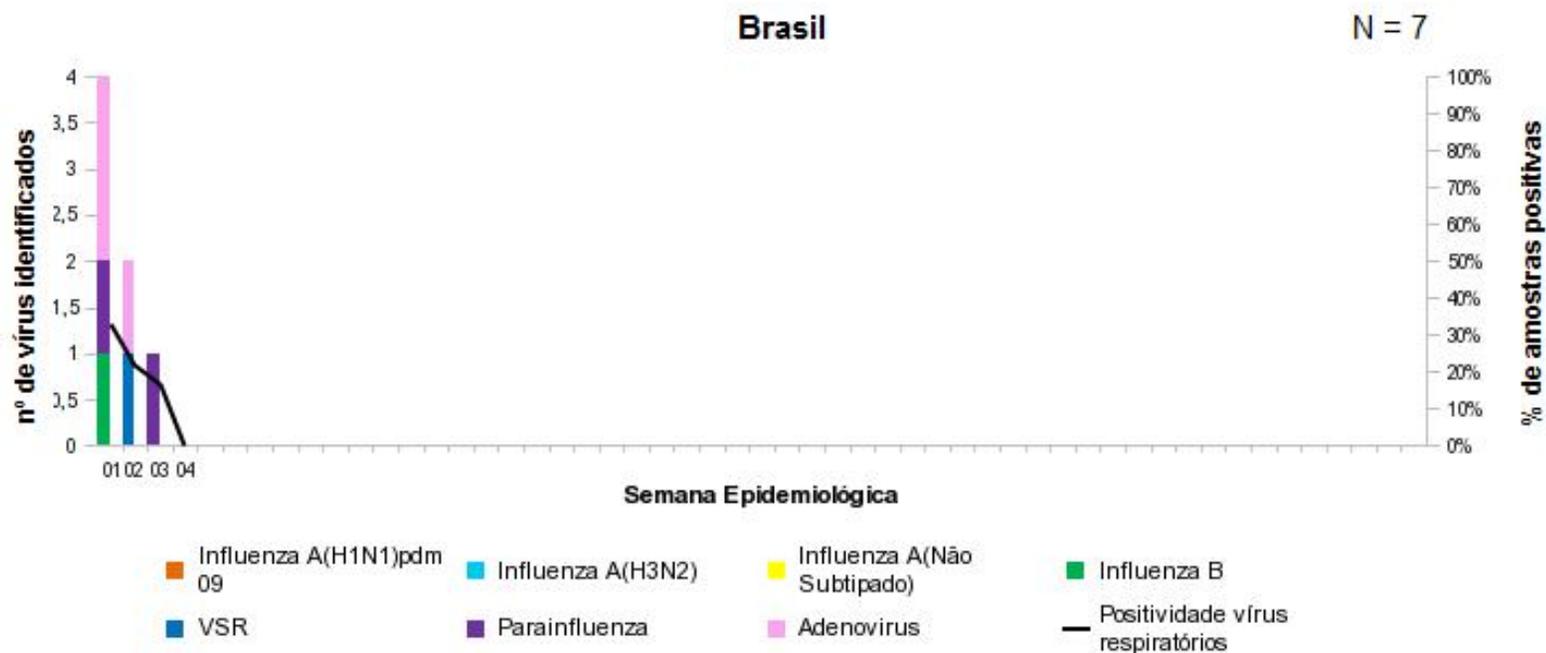
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 64 coletas, sendo 28 (43,8%) processadas. Dentre estas, 7 (25,0%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 1 (14,3%) para influenza e 6 (85,7%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 0 (0,0%) para influenza A(H1N1)pdm09, 0 (0,0%) para influenza A não subtipado, 1 (100,0%) para influenza B e 0 (0,0%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 3 (50,0%) Adenovírus (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 04.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 29/1/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 29/01/2018

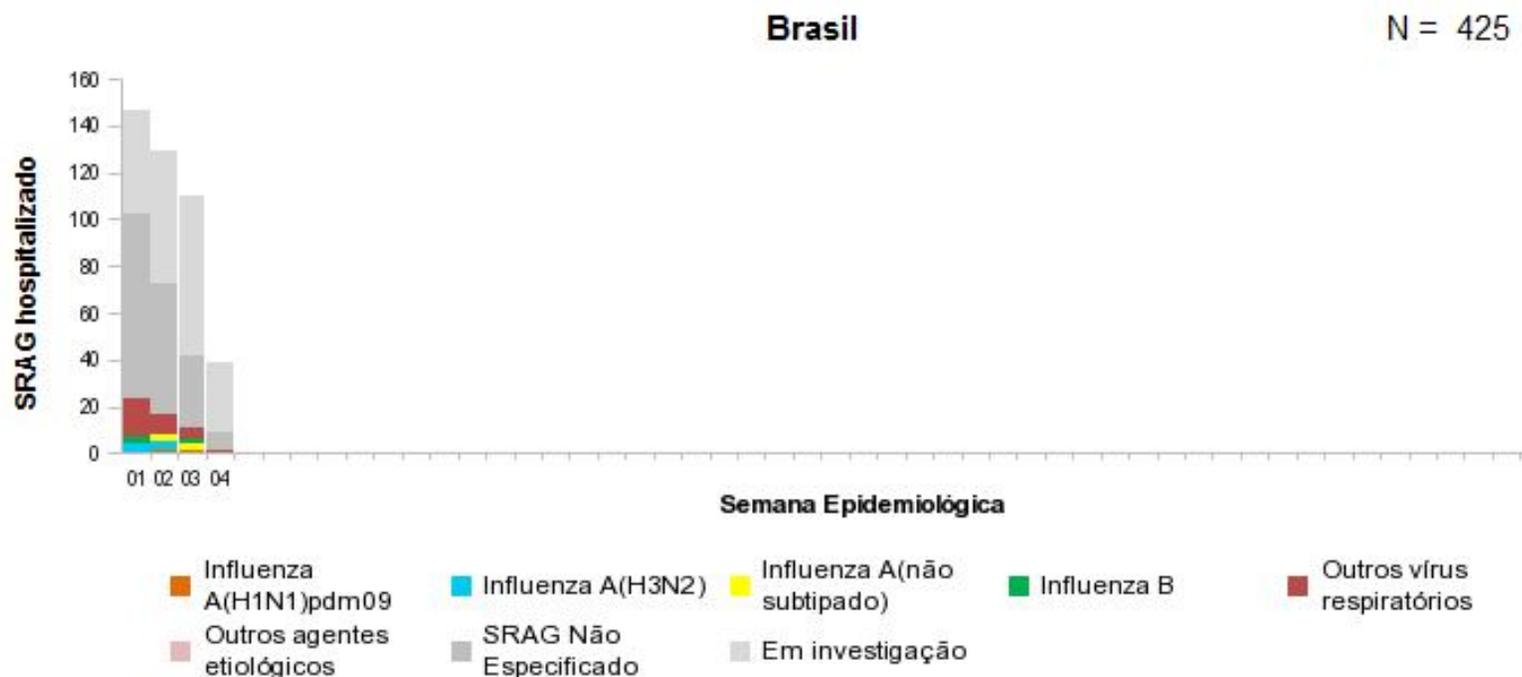
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 04 de 2018 foram notificados 425 casos de SRAG, sendo 234 (55,1%) com amostra processada. Destas, 9,0% (21/234) foram classificadas como SRAG por influenza e 13,7% (32/234) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 2 (9,5%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 6 (28,6%) influenza A não subtipado, 5 (23,8%) influenza B e 8 (38,1%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2).

Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 35 anos, variando de 0 a 76 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região Sudeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 57,1% (12/21).

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 04.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 29/1/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 29/01/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 04 de 2018 foram notificados 42 óbitos por SRAG, o que corresponde a 9,9% (42/425) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 2 (4,8%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 0 (0,0%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 0 (0,0%) influenza A não subtipado, 0 (0,0%) por influenza B e 2 (100,0%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). Os óbitos por influenza ocorreram nos estados da Bahia e em Santa Catarina, sendo um em cada estado (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 04.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 29/1/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 29/01/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 58 anos, variando de 44 a 72 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,00/100.000 habitantes. Dos dois indivíduos que foram a óbito por influenza, 1 (50,0%) apresenta pelo menos um fator de risco para complicação, tendo este sido, Adultos \geq 60 anos, Pneumopatas e Imunodeficiência/Imunodepressão. Além disso, 2 (100,0%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 6 dias (Tabela 1). Recomenda-se iniciar o tratamento nas primeiras 48 horas.

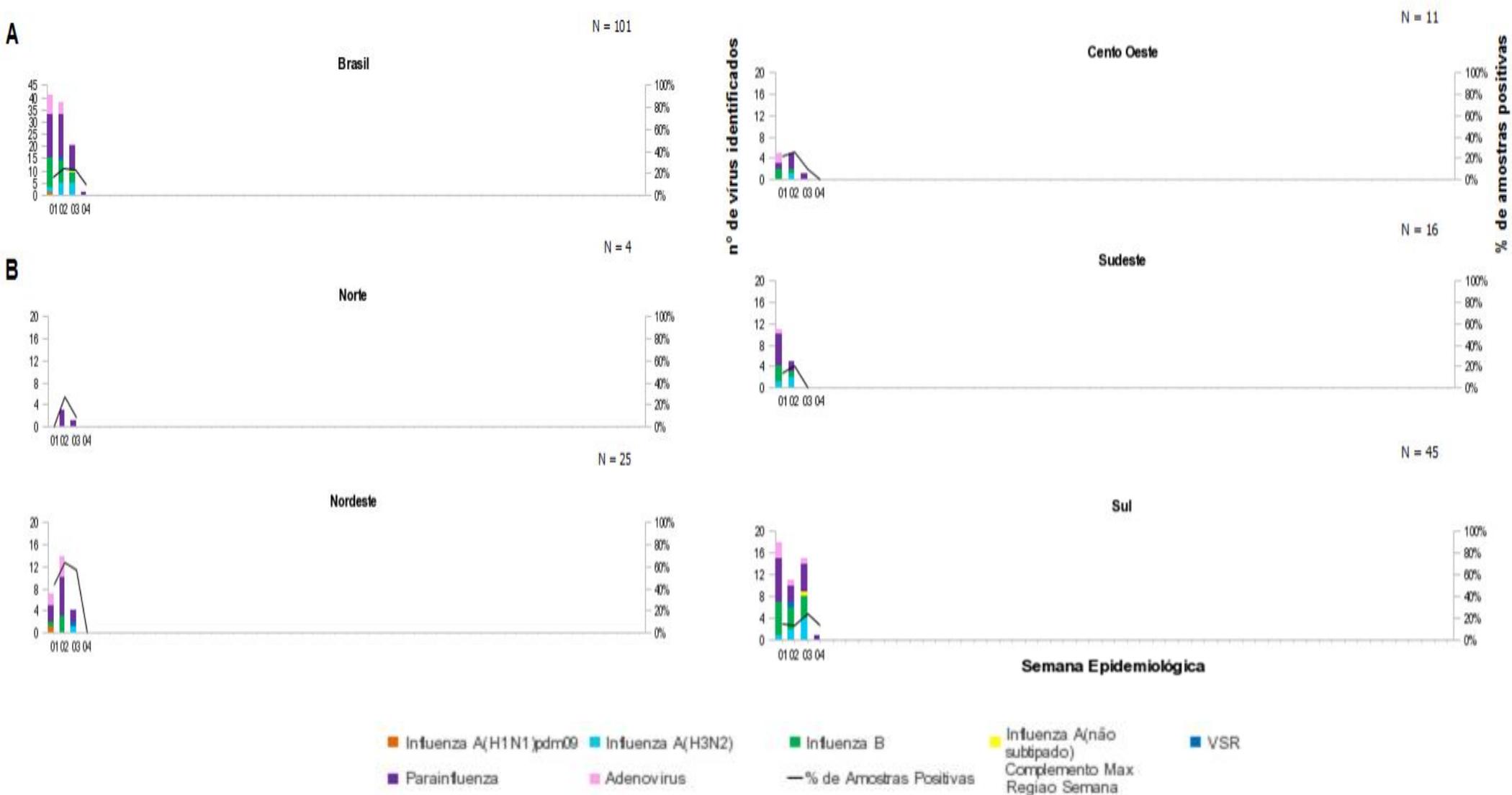
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 04.

Óbitos por Influenza (N = 2)	n	%
Com Fatores de Risco	1	50,0%
Adultos \geq 60 anos	1	100,0%
Doença cardiovascular crônica		0,0%
Pneumopatas crônicas	1	100,0%
Diabete mellitus		0,0%
Obesidade		0,0%
Doença Neurológica crônica		0,0%
Doença Renal Crônica		0,0%
Imunodeficiência/Imunodepressão	1	100,0%
Gestante		0,0%
Doença Hepática crônica		0,0%
Criança < 5 anos		0,0%
Puérpera (até 42 dias do parto)		0,0%
Indígenas		0,0%
Síndrome de Down		0,0%
Que utilizaram antiviral	2	100,0%

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 29/1/2018, 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 04.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 29/1/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

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 04.

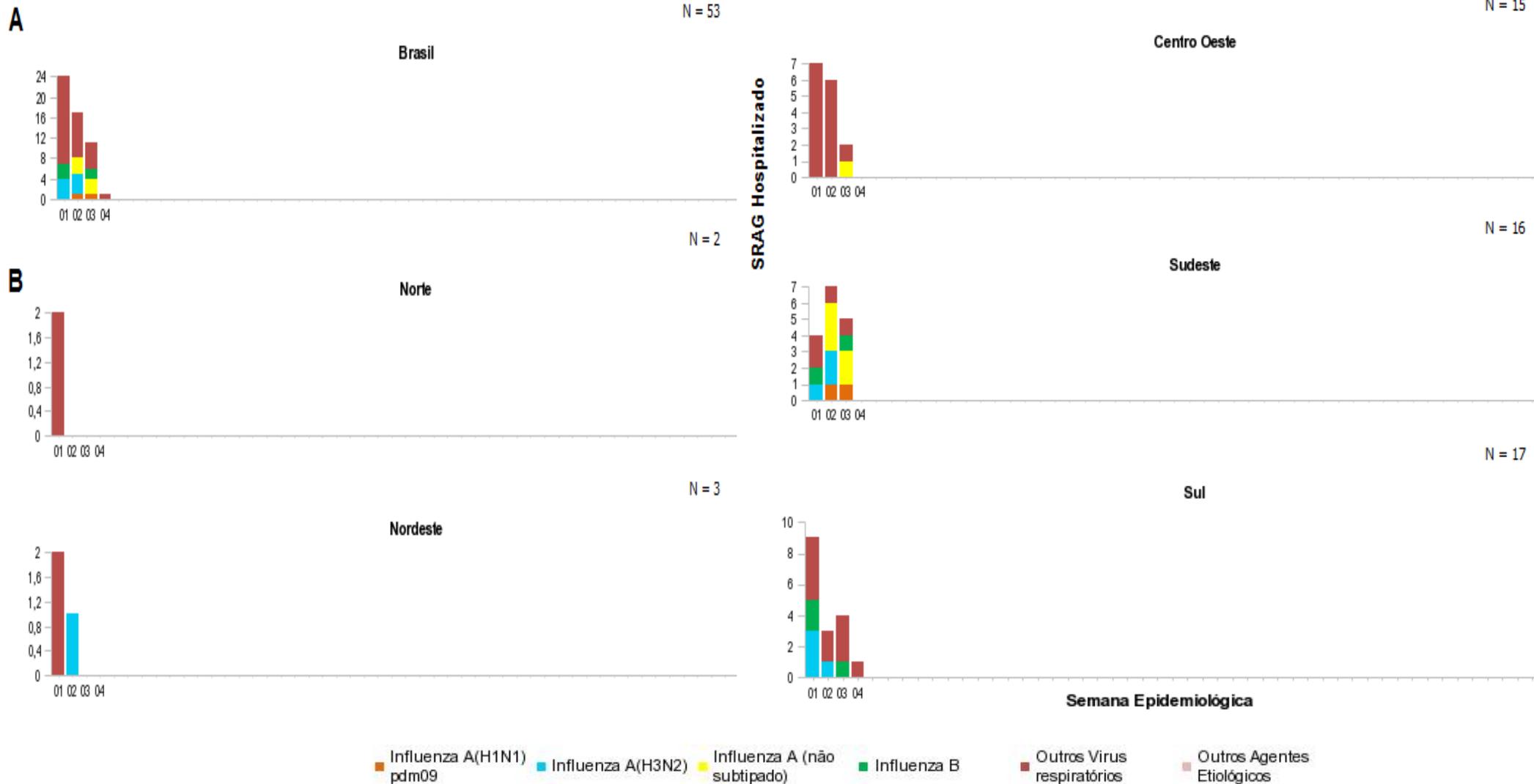
REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza										SRAG por outro vírus respiratório		SRAG por outro agente Etológico		SRAG não Especificado		Em Investigação		
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtipado)		Influenza B		Total Influenza		Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos											
NORTE	22	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	11	1	9	0
ACRE	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
AMAZONAS	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	2	0
PARÁ	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	7	0	3	0
TOCANTINS	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0
NORDESTE	62	4	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	21	1	38	2
PIAUÍ	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	4	1
CEARÁ	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0
PARABÁ	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
PERNAMBUCO	41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	28	0
ALAGOAS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
BAHIA	7	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3	1	3	0
SUDESTE	157	18	2	0	3	0	5	0	2	0	12	0	4	0	0	0	0	40	9	101	9
MINAS GERAIS	42	3	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	15	2	23	1
ESPÍRITO SANTO	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
RIO DE JANEIRO	15	1	1	0	1	0	1	0	2	0	5	0	0	0	0	0	0	2	1	8	0
SÃO PAULO	96	14	1	0	1	0	3	0	0	0	5	0	2	0	0	0	0	23	6	66	8
SUL	139	15	0	0	4	1	0	0	3	0	7	1	10	1	0	0	0	89	13	33	0
PARANÁ	63	8	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	8	1	0	0	0	27	7	26	0
SANTA CATARINA	11	1	0	0	2	1	0	0	1	0	3	1	1	0	0	0	0	4	0	3	0
RIO GRANDE DO SUL	65	6	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	58	6	4	0
CENTRO OESTE	45	4	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	14	1	0	0	0	12	3	18	0
MATO GROSSO DO SUL	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	1	3	0
MATO GROSSO	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0
GOIÁS	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	2	0	8	0
DISTRITO FEDERAL	20	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	9	0	0	0	0	5	1	5	0
BRASIL	425	42	2	0	8	2	6	0	5	0	21	2	32	2	0	0	0	173	27	199	11
Outro País	Nenhum dado retornado para esta exibição. Isso pode ter acontecido porque o filtro aplicado exclui todos os dados.																				
TOTAL	425	42	2	0	8	2	6	0	5	0	21	2	32	2	0	0	0	173	27	199	11

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 29/1/2018, sujeitos a alteração.

OBS: Os estados que não possuem notificações não aparecem na tabela.

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 04.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 29/1/2018, sujeitos a alteração.

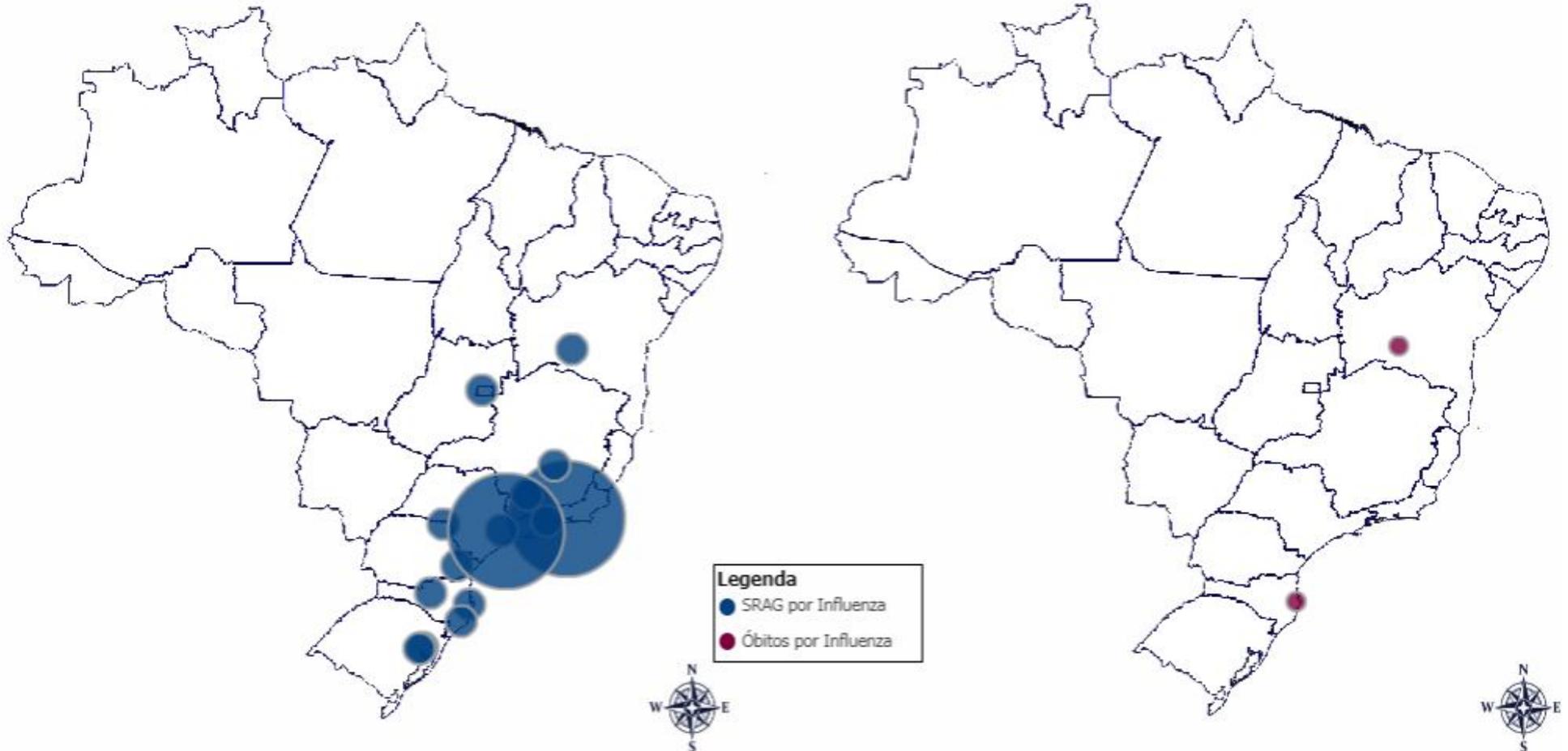
Fonte: Ministério da Saúde

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 04.

SRAG por Influenza
N=21

Óbitos por Influenza
N= 2



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 29/1/2018, sujeitos a alteração.

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 29/01/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

OUTRAS INFORMAÇÕES:

Os Estados Unidos vêm enfrentando uma atividade generalizada da circulação de vírus influenza. A temporada 2017-2018 naquele país teve início cedo e provavelmente está em seu pico. Comparada a anos anteriores, a atividade do vírus é muito parecida com a apresentada na temporada de 2014-2015, com predomínio de circulação do vírus influenza A(H3N2), associada a um maior número de hospitalizações e óbitos especialmente em idosos, crianças e doentes crônicos. Conforme informações disponibilizadas na página do Centers for Disease Control and prevention (CDC) <https://www.cdc.gov/flu/index.htm>, as principais medidas para enfrentamento da doença têm sido: vacinação da população, tratamento precoce com antiviral e adoção de ações preventivas para a doença. A situação epidemiológica da doença nos Estados Unidos serve como alerta para uma possível circulação do vírus da influenza A (H3N2) nos demais países das Américas, o que exige a adoção de ações de preparação. No Brasil, as recomendações para a sazonalidade de 2018 seguem em consonância com as orientações internacionais (vacinação, tratamento com antiviral e adoção de medidas preventivas). O Ministério da Saúde (MS) realiza anualmente a Campanha de Vacinação em toda rede pública, voltada a grupos prioritários.

A Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, será no período de 16 de abril a 25 de maio de 2018 e terá a data de 05 de maio como o dia de mobilização nacional (dia D). Aliado a esta estratégia, o tratamento com o antiviral fosfato de oseltamivir (Tamiflu) deve ocorrer o mais precoce possível, preferencialmente nas primeiras 48 horas após início dos sintomas, independente de coleta de material ou resultado laboratorial. As recomendações para tratamento devem seguir de acordo com o protocolo de Tratamento de Influenza 2015 publicado pelo MS e disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/17/protocolo-influenza2015-16dez15-isbn.pdf>. O MS dispõe de estoque estratégico do referido medicamento, que poderá ser solicitado, sempre que houver necessidade. Ressalta-se que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem abastecer os serviços de forma estratégica com o medicamento e facilitar o acesso à população. É importante reforçar para as equipes de saúde e a população em geral sobre a necessidade da adoção de medidas de higiene pessoal como a constante lavagem das mãos e a adoção da etiqueta respiratória, visando à redução do risco de infecção pelo vírus. Ademais, recomenda-se que as secretarias estaduais e municipais de saúde planejem suas ações, de maneira que os fluxos estejam estabelecidos, em especial com as áreas responsáveis pela assistência em saúde, assistência farmacêutica, rede de diagnóstico laboratorial, comunicação, entre outras.

Cabe destacar que o Ministério da Saúde está organizando suas ações para a próxima temporada de influenza e em breve entrará em contato com todos os responsáveis pela vigilância nos estados, com intuito de alinhar as estratégias e repassar orientações. Mediante qualquer dúvida ou sugestão, a área técnica de influenza está à disposição por meio do e-mail institucional gripe@saude.gov.br.



EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 05/2018

(28/01/2018 a 03/02/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

SARAMPO

Local de ocorrência: Inglaterra

Data da informação: 03/02/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

Sete casos suspeitos de sarampo foram relatados no oeste de Londres durante o primeiro mês de 2018.

A Public Health England (PHE) está alertando as pessoas a estarem vigilantes após um pico significativo em todo o país no início do ano. Quase 200 casos foram registrados nacionalmente e o número de casos suspeitos no oeste de Londres é superior a seis durante o mesmo período do ano passado.

Embora nem todos os casos tenham sido confirmados como sarampo, nas primeiras quatro semanas de 2018, houve dois casos em Kensington e Chelsea e dois mais em Ealing.

Além disso, houve um caso relatado em Hillingdon, Hounslow e Hammersmith e Fulham.

De acordo com PHE, este número é maior que no mesmo período dos dois anos anteriores.

Em toda a Inglaterra e País de Gales, 183 casos suspeitos de sarampo foram relatados nas primeiras quatro semanas.

Isso é maior do que no mesmo período nos dois anos anteriores, quando 86 casos foram relatados em 2016/17 e 98 em 2015/16.

O número de casos relatados de sarampo em toda a Inglaterra e País de Gales está no seu nível mais alto para esta época do ano desde 2013, quando 325 casos foram relatados nas primeiras quatro semanas de janeiro.

Isto ocorreu quando houve grande surto de sarampo na Inglaterra e no País de Gales entre novembro de 2012 e julho de 2013, principalmente concentrado no País de Gales, mas com grande número de casos no norte da Inglaterra.

A Dra. Mary Ramsay, Chefe de Imunização na PHE, disse: "Isso serve como um lembrete importante para que os pais adotem a oferta de vacinação MMR para seus filhos com um ano de idade. Crianças e jovens adultos que perderam sua vacina no passado ou não tem certeza se tiveram 2 doses devem entrar em contato com os centros de vacinação para recuperar o atraso".

Ela acrescentou: "Nós também incentivamos as pessoas a garantir que estão atualizadas com sua vacina antes de viajar para países com surtos atuais de sarampo. O Reino Unido recentemente alcançou o status de eliminação do sarampo da OMS e, portanto, o risco geral de sarampo para a população do Reino Unido é baixo. No entanto, devido a surtos contínuos de sarampo na Europa, continuaremos a ver casos em indivíduos não imunizados e a disseminação limitada pode ocorrer em comunidades com baixa cobertura em grupos etários com uma mistura muito próxima".

Quais são os sintomas do sarampo?

Os sintomas tendem a começar cerca de uma a duas semanas após a exposição a um caso infeccioso.

As pessoas contaminadas transmitem desde os primeiros sintomas a quatro dias após a ocorrência da erupção cutânea.

Sintomas: febre alta, coriza, conjuntivite, tosse, erupção cutânea começando na cabeça e se espalhando para o tronco e os membros.

As complicações do sarampo, incluindo a pneumonia, são comuns e a taxa de mortalidade é aproximadamente uma em 5.000 casos no Reino Unido.

A vacina está disponível para adultos e crianças que não foram vacinados com as duas doses.

MALÁRIA

Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 30/01/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)



COMENTÁRIOS:

Após uma diminuição contínua do número de casos de malária de 2005 a 2014 na Região das Américas, um aumento foi observado em 2015, 2016 e, mais recentemente, em 2017. Em 2016, 9 países da Região (Colômbia, Equador, El Salvador, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Bolivariana da Venezuela) relataram um aumento nos casos de malária.

Em 2017, cinco países relataram um aumento nos casos de malária: Brasil, Equador, México, Nicarágua e Venezuela. Além disso, Cuba e Costa Rica relataram casos indígenas e Honduras relatou casos de malária em uma área onde os casos não foram detectados recentemente.

No Brasil, o Ponto Focal Nacional do Regulamento Internacional de Saúde (RSI) informou que, entre janeiro e novembro de 2017, havia 174.522 casos de malária relatados na região amazônica, representando um aumento em relação ao mesmo período de 2016, quando 117.832 casos de malária foram relatados. Em 2017, os mesmos estados, com exceção de Mato Grosso, apresentaram aumento em relação a 2016. Os estados que relataram a maioria dos casos foram Amazonas, Pará e Acre. Em 2017, 10% (17.411 casos) dos casos notificados de malária na região amazônica, correspondem a malária por *P. falciparum* e infecções mistas, representando um total maior que o registrado no mesmo período em 2015 (14.084) e em 2016 (12.366).

Na Costa Rica, o Ministério da Saúde informou 12 casos indígenas de malária em 2017, na região de San Carlos (6 casos), Matina (3 casos) e Sarapiquí (3 casos). Isso representa um aumento em relação a 2016, quando foram notificados 4 casos indígenas. A detecção de casos nessas localidades evidencia o risco de restabelecimento da transmissão em áreas onde as condições ecológicas persistem.

No Equador, entre a semana epidemiológica (SE) 1 e SE 52 de 2017, foram relatados 1.279 casos de malária, destes 72% correspondem a *P. vivax* e 28% a *P. falciparum*. O número de casos relatados em 2017 é maior que o registrado em 2016 (926). As quatro províncias com maior número de casos em 2017 foram Morona Santiago (489), seguidas de Orellana (240), Pastaza (223), e Esmeraldas (215).

Em Honduras, o Ponto Focal Nacional do RSI reportou os primeiros casos indígenas de malária de *P. vivax* em 30 de agosto de 2017 na vila de La Charamusca, município de Esquías, departamento de Comayagua. Um total de 34 casos confirmados foram relatados com a data de início dos sintomas entre SE 27 e 37 de 2017. Durante a investigação do surto, a presença de *Anopheles pseudopunctipennis* foi relatada como um vetor que poderia estar envolvido na transmissão. O baixo número de casos registrados no departamento de Comayagua nos últimos cinco anos e a ausência de transmissão por vários anos na localidade afetada, destaca a importância de manter a capacidade de vigilância e resposta em áreas onde a transmissão foi interrompida.

No México, a Secretaria de Saúde notificou 704 casos de malária entre a SE 1 a SE 50 de 2017, representando um aumento em relação aos 514 casos reportados no mesmo período de 2016. O aumento foi particularmente notável nos estados de Chiapas, Chihuahua e Tabasco, e destacados são casos em territórios sem transmissão recente (San Luis Potosí).

Na Nicarágua, entre a SE 1 e a SE 52 de 2017, houve 10.846 casos de malária relatados, representando um aumento em relação ao mesmo período em 2016, quando foram reportados 6.209 casos. A maioria dos casos foram relatados da Costa Autônoma do Caribe Região Norte.

DENGUE

Local de ocorrência: Paraguai/Argentina

Data da informação: 04/02/2018

Fonte da informação: noticiasdel6.com (fonte informal) / primeraedicion.com.ar

COMENTÁRIOS:

• Os casos confirmados e suspeitos de Dengue no departamento de Itapúa no Paraguai estão aumentando. A situação gerou uma preocupação nas instituições de saúde da região. Até agora, existem três casos positivos e 64 suspeitos, eles têm como fundo pessoas que fizeram viagens à capital do país. A ênfase continua a ser a prevenção.

As autoridades de saúde do país vizinho esclareceram que, no caso de casos suspeitos, eles devem ir aos centros de saúde para determinar se é positivo ou não. Se for confirmado que o paciente tem Dengue, a área é fumigada.

• Na Argentina, de janeiro até 02 de fevereiro, apenas um caso de dengue foi diagnosticado em Misiones. Durante este período, 60 casos suspeitos foram registrados, a maioria deles em Posadas, um dos quais ainda está em estudo no Instituto Nacional de Doenças Virais Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui", confirmou o diretor provincial de Epidemiologia, Jorge Abel Gutiérrez.

"As epidemias têm dois momentos, um de controle e outro de mitigação, estamos em investigação, o que significa que estudamos todos os pacientes suspeitos. É por isso que, em Misiones, tomamos amostras e realizamos antígenos (NS1) e testes de anticorpos (IGM) em todos os suspeitos febris. Se algum desses testes for positivo, nós enviamos para Maiztegui. Neste momento, há apenas um caso em estudo nesse centro de referência nacional porque os restantes foram negativos e foram descartados", disse o médico.

Segundo Gutiérrez, a situação no departamento de Itapúa (Paraguai) é semelhante à de Misiones em termos de casos confirmados e suspeitos. "Mantivemos uma comunicação permanente com o Chefe de Epidemiologia da Sétima Região de Saúde, que corresponde ao

Departamento Itapúa, que nos disse que existem três casos confirmados de dengue e cerca de 55 casos febris em estudo ... isto é, em números somos mais ou menos igual", analisou.

No entanto, o funcionário advertiu que o risco de um surto epidêmico de dengue em Encarnación é maior devido à proximidade e comunicação direta com Assunção e seus ambientes, onde o maior número de casos está concentrado nesse país.

Ele lembrou que, no Paraguai, a dengue já é endêmica, "há cinco anos nesse país, os casos são registrados durante o inverno incluído, o que significa que eles têm circulação viral todo o ano. No entanto, no departamento de Itapúa o número de casos foi reduzido e, nos últimos anos, não tiveram registros durante o inverno".

"Além disso, há contato permanente entre os ministros das duas regiões (Misiones e Itapúa), não houve operações conjuntas, cada um realiza os controles em sua região. O que está sendo trabalhado de forma coordenada é a questão da ponte internacional que conecta Posadas com Encarnación porque as pessoas cruzam permanentemente entre as duas cidades e os cuidados devem ser tomadas para evitar o contágio", disse ele.

No entanto, Gutiérrez sublinhou que o risco de ir a Assunção e pegar a dengue é muito maior do que atravessar Encarnación. "A situação da dengue em Asunción é muito mais complicada", advertiu. O funcionário informou aqueles que planejam atravessar Encarnación (ou outra localidade do país vizinho) para praticar o mesmo atendimento que é aconselhável se você ficar em casa: é usar roupas que cobrem o máximo possível do corpo e colocar repelentes nas horas de maior atividade do mosquito pela manhã entre 6 e 7 horas e à tarde, entre 18 e 19 horas.

NOVO CORONAVÍRUS (MERS-CoV)

Local de ocorrência: Arábia Saudita

Data da informação: 26/01/2018

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS)



COMENTÁRIOS

Entre 9 de dezembro de 2017 e 17 de janeiro de 2018, o Ponto Focal Nacional do RSI do Reino da Arábia Saudita informou 20 casos adicionais de Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), incluindo nove mortes. Além disso, uma morte de um caso relatado anteriormente foi relatada à OMS.

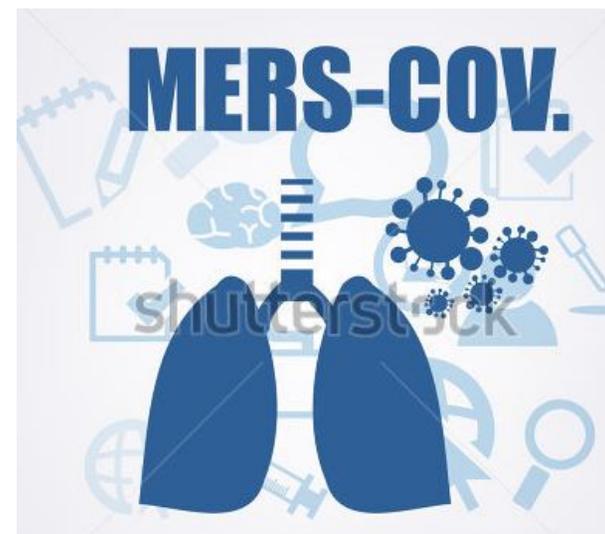
Os 20 casos de infecção por MERS-CoV relatados durante este período de tempo são de 11 áreas do país. Os casos relatados variam em idade de 28 a 89 anos e cinco dos 20 relatam contato direto ou indireto com camelos dromedários. Um paciente foi internado em outras condições antes do início dos sintomas.

A fonte de infecção por cada caso relatado está sob investigação pelo Ministério da Saúde e Ministério da Agricultura (quando os dromedários estão envolvidos) na Arábia Saudita. O Ministério da Saúde da Arábia Saudita identificou e acompanha os contatos, incluindo os profissionais de saúde e contatos domésticos, de pacientes conhecidos de MERS.

Globalmente, 2143 casos confirmados de laboratório de infecção com MERS-CoV, incluindo pelo menos 750 óbitos relacionados, foram relatados para a OMS.

A infecção com MERS-CoV pode causar doença grave, resultando em alta mortalidade. Os seres humanos podem se infectar com MERS-CoV por contato direto ou indireto com camelos dromedários. MERS-CoV demonstrou a capacidade de transmitir entre humanos. Até agora, a transmissão observada não-sustentada de humano a humano ocorreu principalmente em configurações de cuidados de saúde.

A notificação de casos adicionais não altera a avaliação geral de risco. A OMS espera que outros casos de infecção por MERS-CoV sejam reportados no Oriente Médio e que os casos continuarão a ser exportados para outros países por indivíduos que possam adquirir a infecção após exposição a animais ou produtos de origem animal (por exemplo, após contato com dromedários) ou fonte humana (por exemplo, em um ambiente de cuidados de saúde). A OMS continua monitorando a situação epidemiológica e conduz a avaliação de risco com base nas últimas informações disponíveis.



Fonte: google.com.br

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 31/01/2018

Origem da informação: *The Global Polio Eradication 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 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 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, foi recebida notificação antecipada de dois novos casos de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) na província de Kandahar. Um caso ocorreu no distrito de Shawalikot, com início em 5 de janeiro de 2018, e um ocorreu no distrito de Boldak, com início em 6 de janeiro de 2018. Estes casos serão confirmados no relatório de dados da próxima semana, aumentando o número de casos WPV1 oficialmente reportados no Afeganistão em 2018 a três.

No Paquistão, não foram relatados novos casos de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) na semana passada. O caso mais recente (por data de início) foi relatado no distrito de Zhob, província do Balochistan, com início em 15 de novembro de 2017. O número total de casos WPV1 oficialmente notificados no Paquistão em 2017 permanece oito. Não há casos relatados em 2018.

Na Síria, não foram relatados novos casos de poliovírus derivado da vacina circulante tipo 2 (cVDPV2) nesta semana. O caso mais recente (por data de início) foi relatado no distrito de Boukamal, com início em 21 de setembro de 2017. O número total de casos de cVDPV2 notificados oficialmente na Síria em 2017 permanece 74. Não há casos relatados em 2018.

Na Nigéria, não foram relatados novos casos de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) na semana passada. O número total de casos WPV1 para 2016 permanece quatro e nenhum caso foi relatado em 2017.

Na República Democrática do Congo (RD Congo), nenhum novo caso de poliovírus circulante derivado de vacina tipo 2 (cVDPV2) foi relatado esta semana.

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

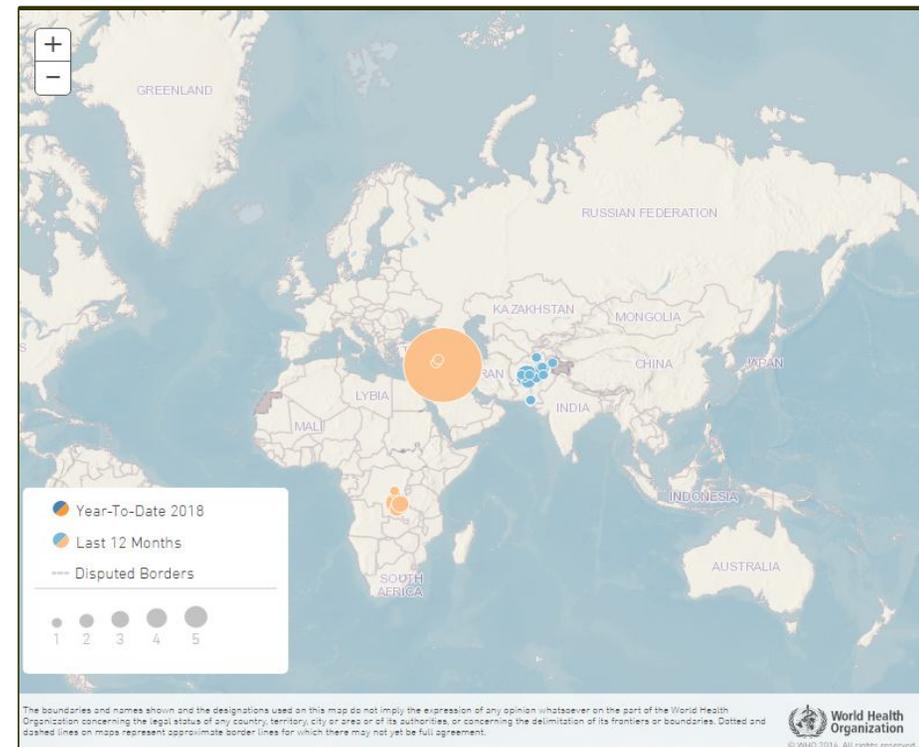
Total cases	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	0	0	0	0	22	91
- in endemic countries	0	0	0	0	22	0
- in non-endemic countries	0	0	0	0	0	91

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

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍIS

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	0	0	0	0	14	0	31/Dec/17	NA
Paquistão	0	0	0	0	8	0	14/Nov/17	NA
República Democrática do Congo	0	0	0	0	0	17	NA	24/Nov/17
Síria	0	0	0	0	0	74	NA	20/Sep/17

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



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: China

Data da informação: 02/02/2018

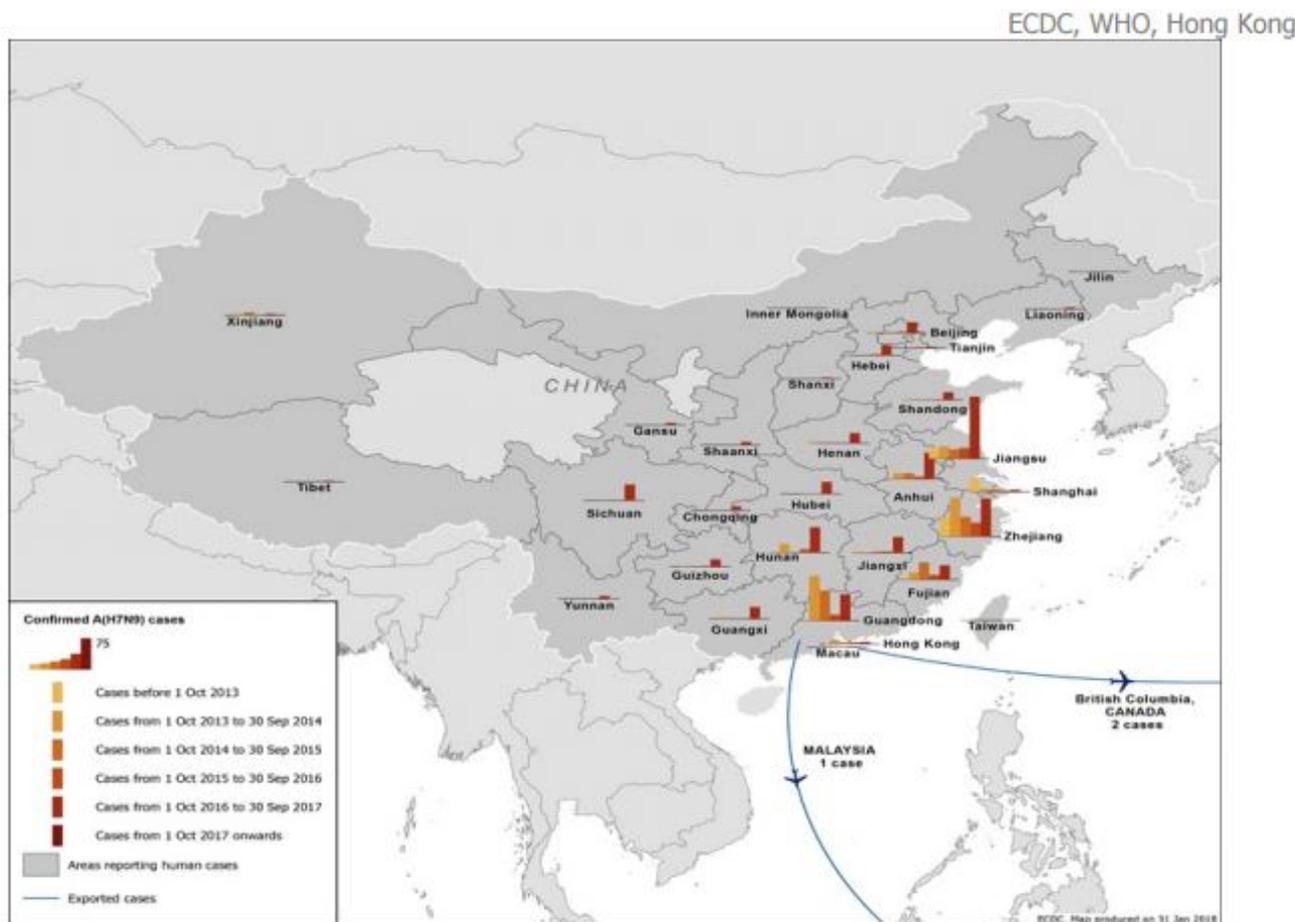
Fonte da informação: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

COMENTÁRIOS:

Em março de 2013, um novo vírus da gripe aviária A (H7N9) foi detectado em humanos na China. Desde então, até 31 de janeiro de 2018, 1.566 casos foram relatados, incluindo 567 óbitos. O foco mostra um padrão sazonal. A primeira onda na primavera de 2013 (semanas 7-2013 a 40-2013) resultou em 135 casos, a segunda onda (semanas 41-2013 a 40-2014) levou a 320 casos, a terceira onda (semanas 41-2014 a 40-2015) causaram 223 casos, a quarta onda (semanas 41-2015 a 40-2016) causou 120 casos, a quinta onda (semanas 41-2016 a 40-2017) resultou em 766 casos e a sexta onda que começou na semana 40-2017 resultou em dois casos até 31 de janeiro de 2018. Durante a quinta onda, 28 casos humanos com vírus da gripe aviária altamente patogênica (HPAI) A (H7N9) foram relatado na China.

Os 1.566 casos foram reportados de Zhejiang (310), Guangdong (258), Jiangsu (253), Fujian (108), Anhui (101), Hunan (95), Xangai (56), Jiangxi (50), Sichuan (38), Pequim (35), Guangxi (32), Hubei (31), Hebei (29), Henan (28), Shandong (27), Hong Kong (21), Guizhou (20), Xinjiang (14), Chongqing (9), Gansu (5), Shaanxi (7), Yunnan (8), Taiwan (5), Tianjin (5), Liaoning (5), Jilin (3), Tibet (3), Shanxi (3), Mongólia Interior (2) e Macau (2). Três casos importados foram reportados no Canadá (2) e Malásia (1).

Distribuição dos casos confirmados de A (H7N9) pelo primeiro mês disponível, de fevereiro de 2013 a 31 Janeiro de 2018



INFLUENZA

Local de ocorrência: Europa

Data da informação: 02/02/2018

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



COMENTÁRIOS:

A atividade da gripe na semana quatro de 2018 (22-28 de janeiro) foi generalizada na maioria dos países da Europa; alguns países tiveram os casos aumentados, mas a maioria dos países apresentou baixa ou média intensidade.

Ambos os tipos A e B do vírus influenza co-circulam, com uma maior proporção de vírus tipo B. Diferentes proporções dos tipos de vírus da gripe circulante (A e B) e subtipos A foram observados nos países da Região Europeia.

Dos indivíduos amostrados que se apresentam a centros de saúde primária sentinela com doença gripal (IAE) ou infecções respiratórias agudas (ARI), 52% testaram positivo para vírus da gripe. Isso está dentro do intervalo observado nas três semanas anteriores (42-52%).

Em geral, na Região Europeia, uma maior proporção de vírus de tipo B em comparação com o tipo A foi detectada em fontes sentinela, enquanto que proporções aproximadamente semelhantes de vírus do tipo A e do tipo B foram detectadas em fontes não sentinelas. A detecção de tipo A de fontes sentinelas, vírus A (H1N1) pdm09 têm superado em número os vírus A (H3N2), enquanto em fontes não sentinelas mais vírus A (H3N2) foram relatados do que vírus A (H1N1) pdm09.

Para os vírus de tipo B, os vírus da linhagem B / Yamagata superaram em grande parte os da linhagem B / Victoria em sentinelas e fontes não sentinelas. O vírus da linhagem B / Yamagata não está incluído na atual vacina trivalente da gripe sazonal.

Diferentes padrões de tipo dominante e subtipo A foram observados em todos os países da região. Uma análise de situação que descreve o padrão epidemiológico evolutivo da primeira temporada foi publicada pelo Escritório Regional da OMS na Europa em janeiro de 2018.

Uma avaliação antecipada dos riscos com base em dados dos países da União Europeia foi publicada pelo ECDC em 20 de dezembro de 2017.

As estimativas da eficácia da vacina do município de Estocolmo relatam uma eficácia de 31% (IC 95%: 14-45) entre os pacientes com 65 anos de idade ou mais idosos, com Suécia relatando principalmente a circulação do vírus do tipo B até agora.

Com base nos dados enviados ao projeto EuroMOMO, nas últimas semanas aumentou a mortalidade por todas as causas entre os idosos, nomeadamente na parte sul da região europeia e no Reino Unido (Escócia).

O CDC dos EUA publicou um aviso da Rede de Alerta de Saúde (HAN), em relação ao aumento da atividade de A (H3N2) que afeta principalmente pessoas com mais de 65 e crianças mais novas, levando a mais hospitalizações e óbitos. Com base na eficácia moderada da vacina, é fornecido também informações sobre o tratamento antiviral recomendado.

Como esperado para esta época do ano, a atividade da gripe está aumentando, pressionando os sistemas de saúde e criando atenção na mídia. Os programas de vacinação dirigidos aos idosos, as pessoas com doenças crônicas e os profissionais de saúde devem ser continuadas e intensificadas em países que não atingiram o pico sazonal. Tratamento antiviral deve ser usado para pessoas com alto risco de complicações da gripe, como pessoas com problemas respiratório crônico ou doenças cardiovasculares e para pessoas com sintomas graves. A profilaxia antiviral deve ser considerada durante as primeiras fases de surtos em ambientes fechados, como lares de idosos. As medidas de prevenção para não contaminação entre pessoas também são válidas para proteger as crianças, os idosos e pessoas com saúde debilitadas.

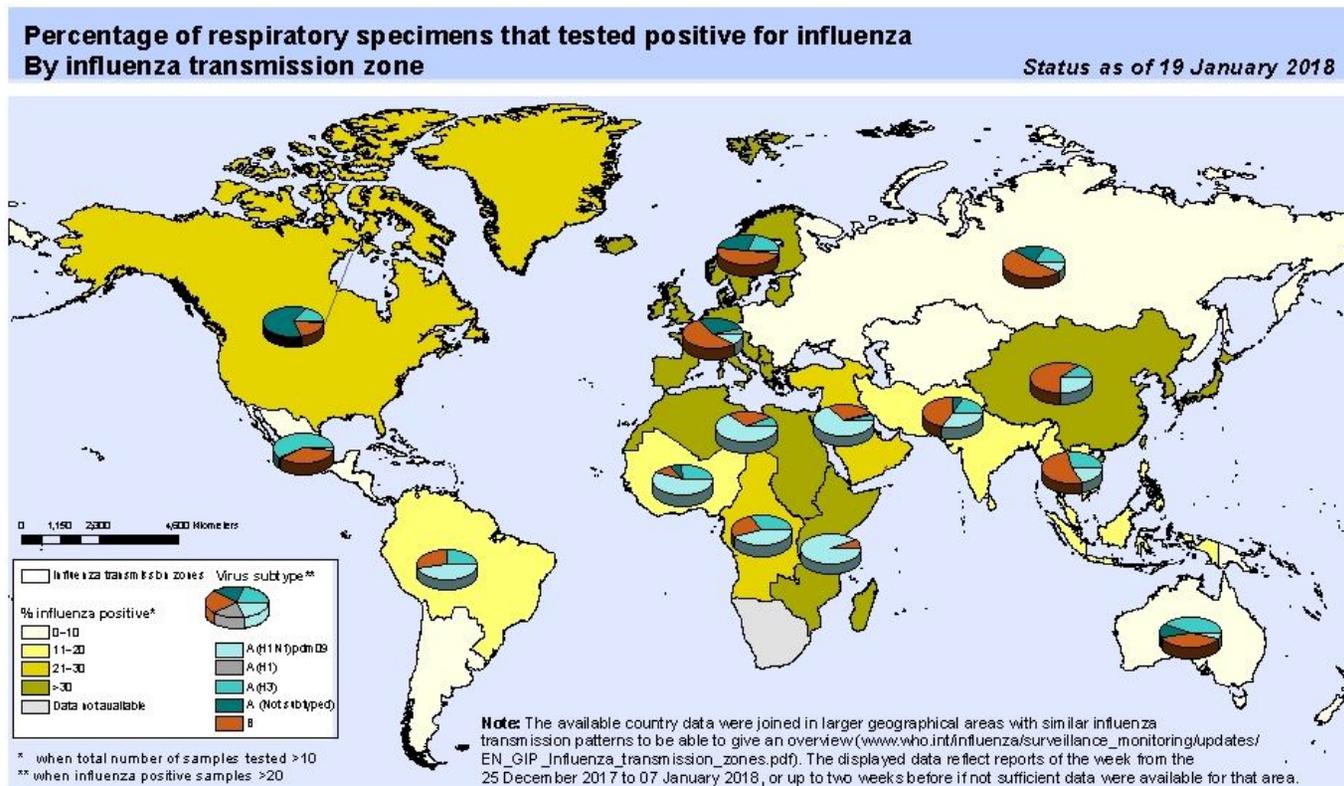
INFLUENZA



Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 19/01/2018
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde – OMS

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

A atividade da gripe continuou a aumentar na zona temperada do hemisfério norte, enquanto que na zona temperada do hemisfério sul estava em níveis intersazonais. Em todo o mundo, os vírus da gripe A (H3N2) e B representaram a maioria das detecções da gripe, embora os vírus pdm09 da gripe A (H1N1) tenham predominado em alguns países. Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de gripe de 108 países, áreas ou territórios relataram dados à FluNet no período de 25 de dezembro a 07 de janeiro de 2018 (dados de 2018-01-19 04:11:21 UTC). Os laboratórios WHO GISRS testaram mais de 225.174 espécimes durante esse período, 70.504 foram positivos para o vírus da gripe, dos quais 43.898 (62,3%) foram identificados como influenza A e 26.606 (37,7%) como influenza B. Dos vírus subtipados da gripe A, 6.160 (41,1%) eram influenza A (H1N1) pdm09 e 8.825 (58,9%) foram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 6.960 (89,2%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 845 (10,8%) à linhagem B-Victoria.



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS), FluNet (www.who.int/flu-net).



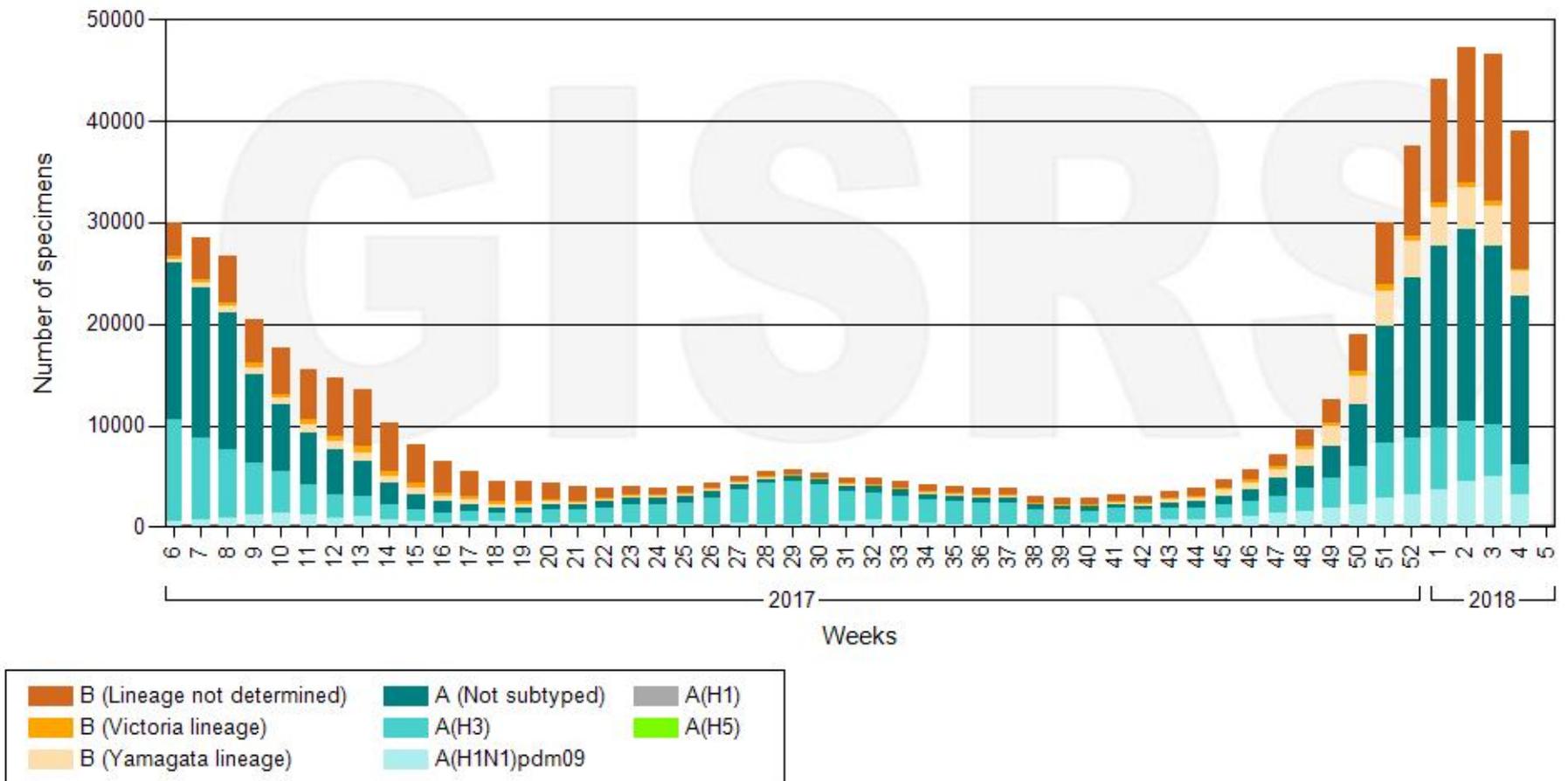
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 05/02/2018 11:21:34 UTC

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



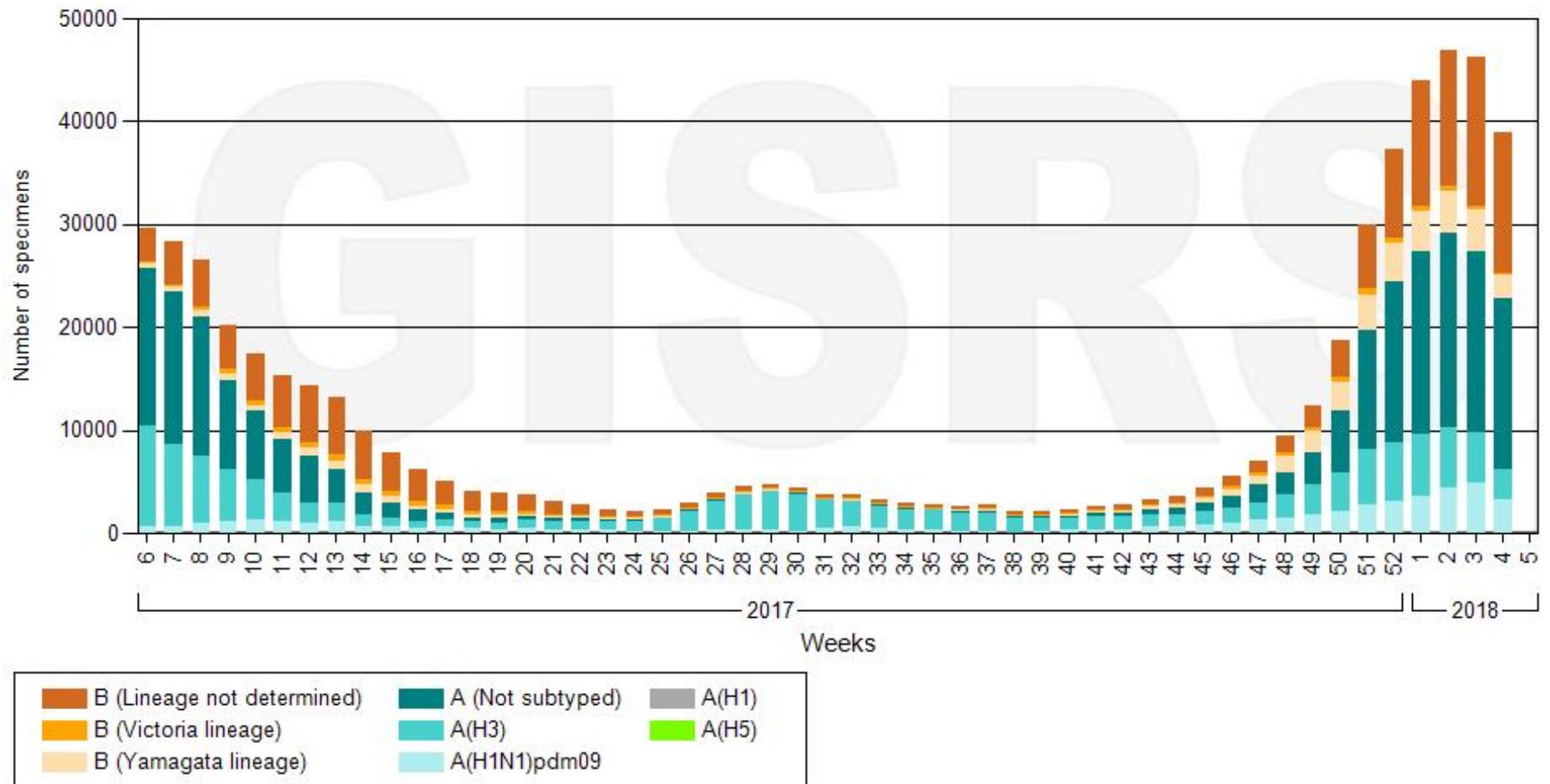
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 05/02/2018 11:22:54 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



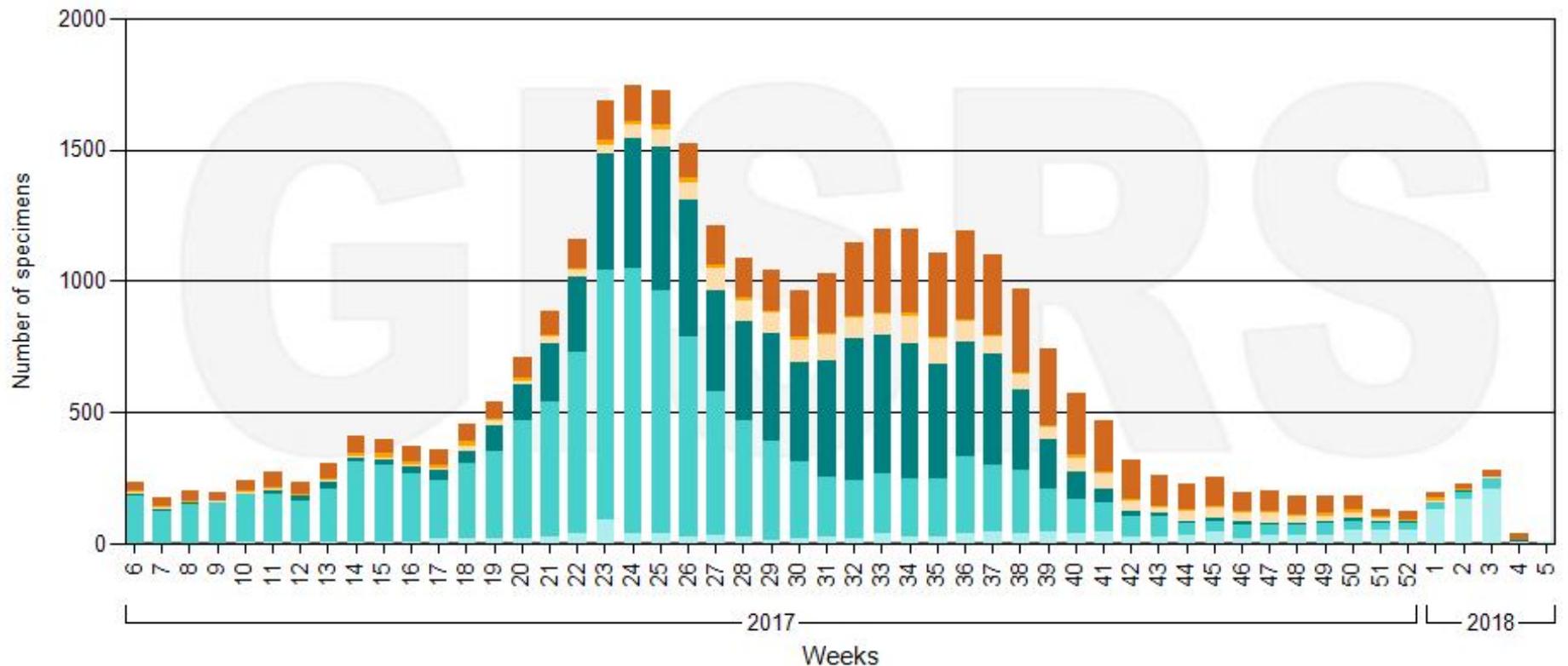
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 05/02/2018 11:23:47 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

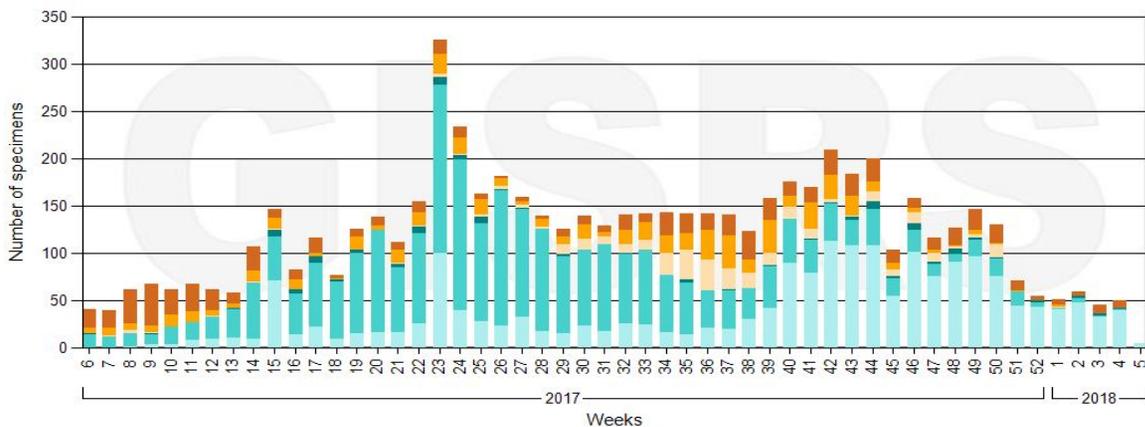
Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

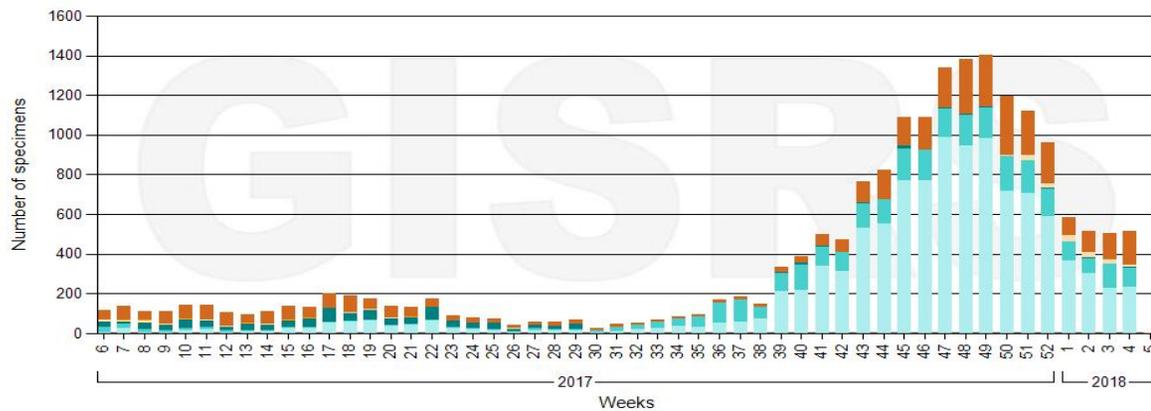


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

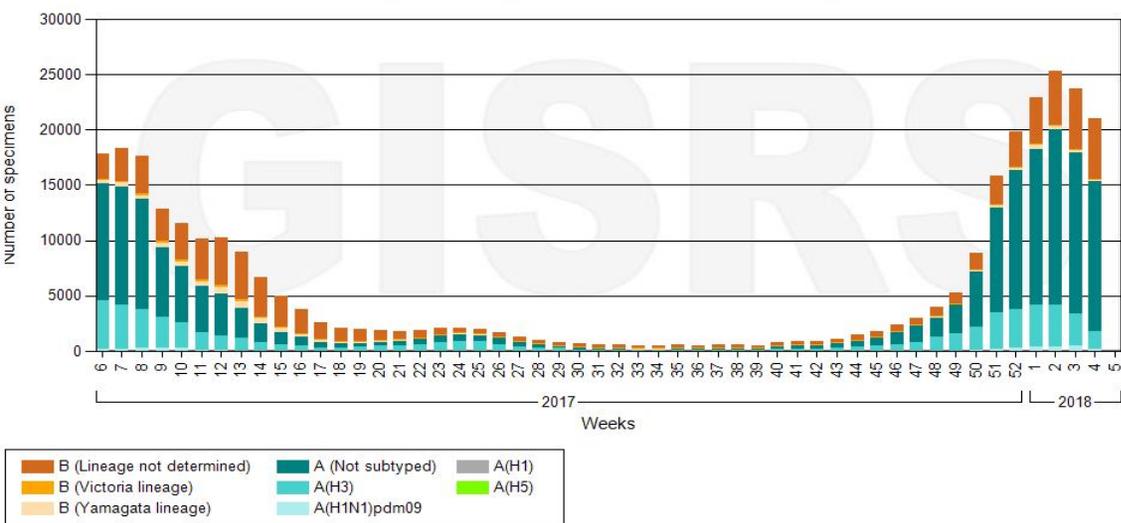


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

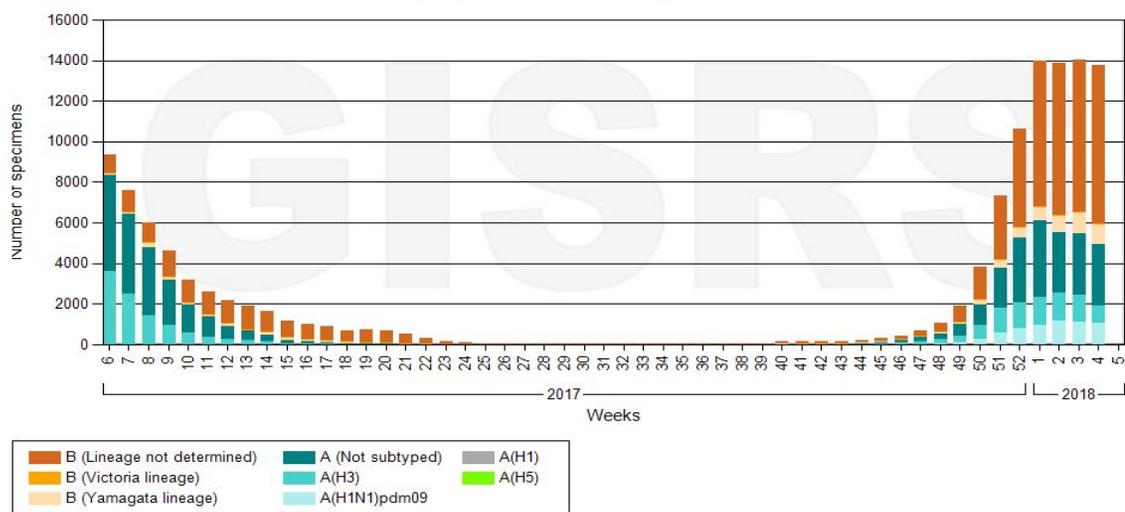


Data source: FluNet (www.who.int/fluNet), GISRS

© World Health Organization 2018

European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

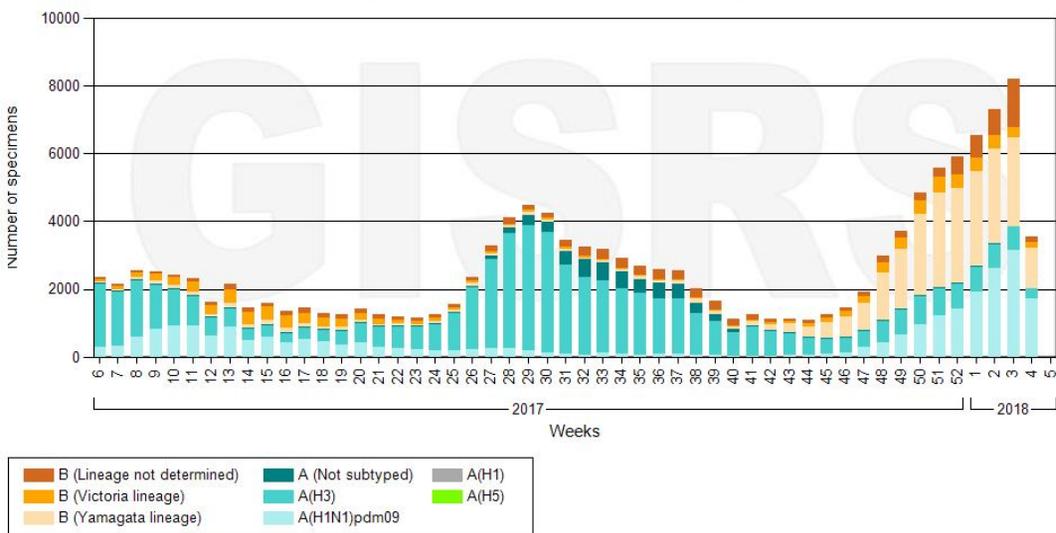


Data source: FluNet (www.who.int/fluNet), GISRS

© World Health Organization 2018

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

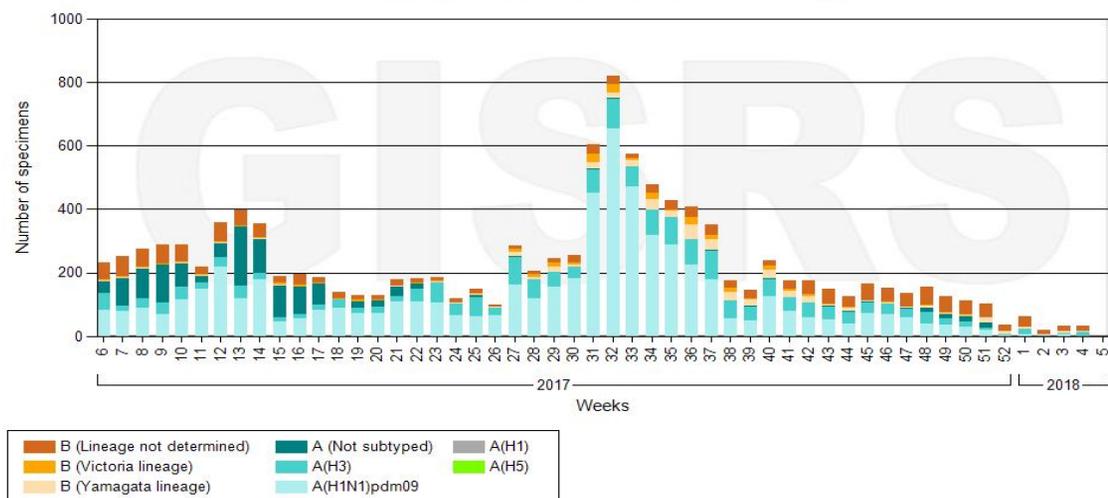


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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