



INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 09/2018
(25/02/2018 a 03/03/2018)

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 09/2018

(25/02/2018 a 03/03/2018)

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

ENCHENTES

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 04/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

A chuva que chegou a Curitiba no sábado (3/03) deixou 200 pessoas desalojadas (fora de suas casas), segundo boletim da Defesa Civil do município divulgado no domingo (4/03).

Ao todo, 1500 pessoas foram afetadas - entre elas, 150 estão abrigadas na Escola Otto Bracaense, na Cidade Industrial de Curitiba (CIC), diz o órgão.

Ainda de acordo com o levantamento, 300 residências foram prejudicadas - a maioria na zona sul, em bairros como Cidade Industrial de Curitiba (CIC), Fazendinha e Portão.

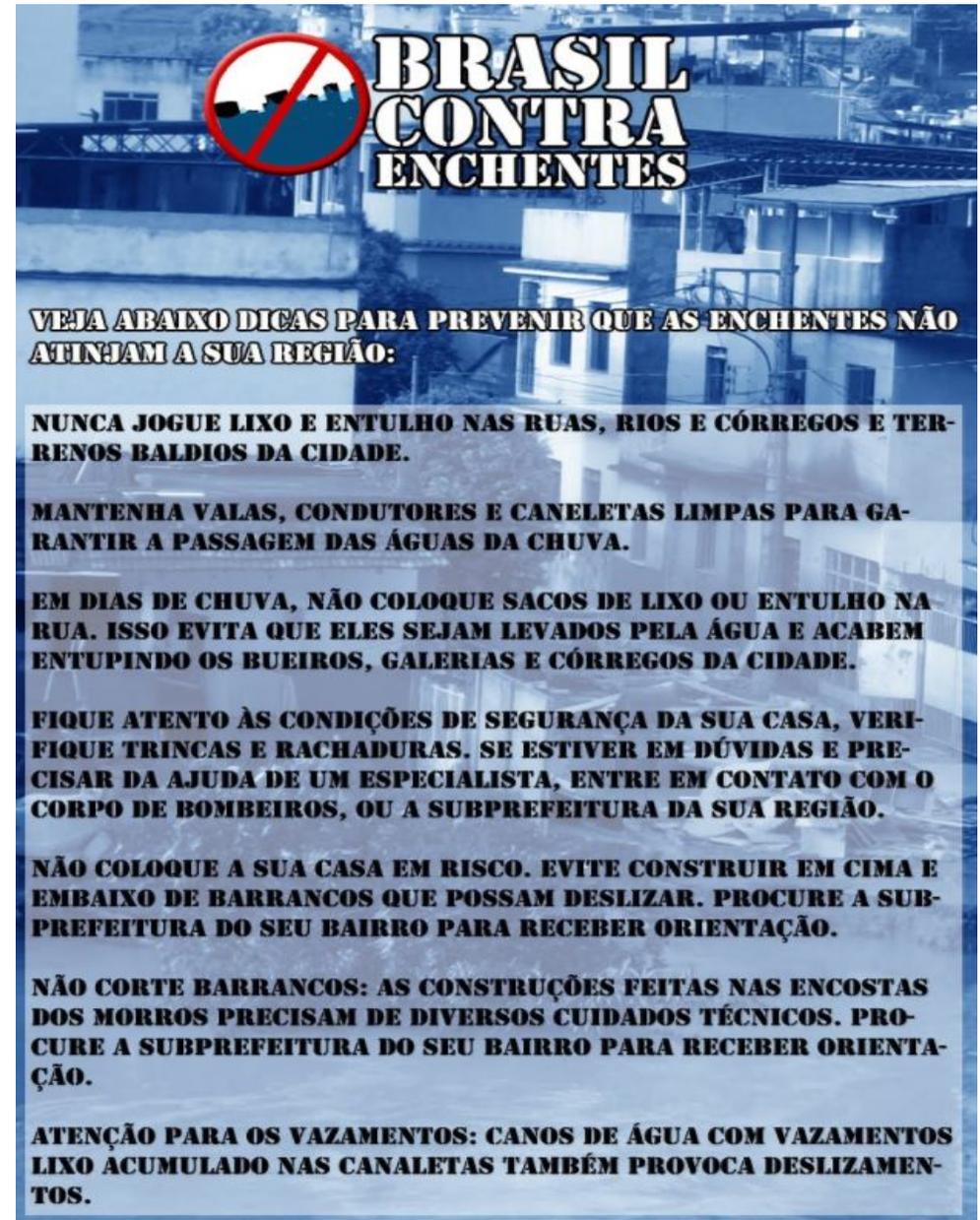
No bairro Portão, a chuva invadiu o estacionamento do Shopping Palladium. A Linha Verde foi tomada pela água, do Hauer ao Pinheirinho.

De acordo com o boletim da Defesa Civil, a Central de Operação da Guarda Municipal atendeu 23 ocorrências de alagamentos por toda a cidade, até as 21 horas.

As regionais com o maior número de ocorrência foram Tatuquara, CIC, Portão, Bairro Novo. Na regional Tatuquara, três famílias tiveram as casas destelhadas e precisaram ser alojadas em moradias de parentes.

Na regional CIC, foram registradas situações de alagamentos nas vilas Barigui, Luana, Sabará, Vila Verde e Itatiaia. No Portão, na Unidade de Saúde Parolin, parte do telhado desabou. No bairro CIC, houve a queda do muro da Escola Municipal Professor Dario Veloso. Na Regional Boa Vista, uma comunidade terapêutica para idosos alagou e os idosos foram remanejados pela Secretaria Municipal da Saúde.

O instituto Somar Meteorologia afirma que choveu 84,6 milímetros entre sábado e domingo, o que equivale a 60% do que é esperado para o mês de março inteiro, com base na média histórica.



BRASIL CONTRA ENCHENTES

VEJA ABAIXO DICAS PARA PREVENIR QUE AS ENCHENTES NÃO ATINJAM A SUA REGIÃO:

NUNCA JOGUE LIXO E ENTULHO NAS RUAS, RIOS E CÓRREGOS E TERRENOS BALDIOS DA CIDADE.

MANTENHA VALAS, CONDUTORES E CANELETAS LIMPAS PARA GARANTIR A PASSAGEM DAS ÁGUAS DA CHUVA.

EM DIAS DE CHUVA, NÃO COLOQUE SACOS DE LIXO OU ENTULHO NA RUA. ISSO EVITA QUE ELES SEJAM LEVADOS PELA ÁGUA E ACABEM ENTUPINDO OS BUEIROS, GALERIAS E CÓRREGOS DA CIDADE.

FIQUE ATENTO ÀS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA DA SUA CASA, VERIFIQUE TRINCAS E RACHADURAS. SE ESTIVER EM DÚVIDAS E PRECISAR DA AJUDA DE UM ESPECIALISTA, ENTRE EM CONTATO COM O CORPO DE BOMBEIROS, OU A SUBPREFEITURA DA SUA REGIÃO.

NÃO COLOQUE A SUA CASA EM RISCO. EVITE CONSTRUIR EM CIMA E EMBAIXO DE BARRANCOS QUE POSSAM DESLIZAR. PROCURE A SUBPREFEITURA DO SEU BAIRRO PARA RECEBER ORIENTAÇÃO.

NÃO CORTE BARRANCOS: AS CONSTRUÇÕES FEITAS NAS ENCOSTAS DOS MORROS PRECISAM DE DIVERSOS CUIDADOS TÉCNICOS. PROCURE A SUBPREFEITURA DO SEU BAIRRO PARA RECEBER ORIENTAÇÃO.

ATENÇÃO PARA OS VAZAMENTOS: CANOS DE ÁGUA COM VAZAMENTOS LIXO ACUMULADO NAS CANELETAS TAMBÉM PROVOCA DESLIZAMENTOS.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 01/03/2018

Origem da informação: noticias.r7.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Dados do Ministério da Saúde publicados na quinta-feira (1º/03) revelam que o Paraná possui 19 casos de febre amarela sob investigação de um total de 65 notificados. Em todo o país, entre 1º de julho de 2017 e 28 de fevereiro deste ano, foram registrados 723 casos e 237 mortes. No fim de janeiro, a Prefeitura de Curitiba confirmou um caso da doença, em uma mulher, importado de Mairiporã, no interior de São Paulo, depois de 10 anos sem registros da febre amarela no Paraná.

Sintomas da febre amarela

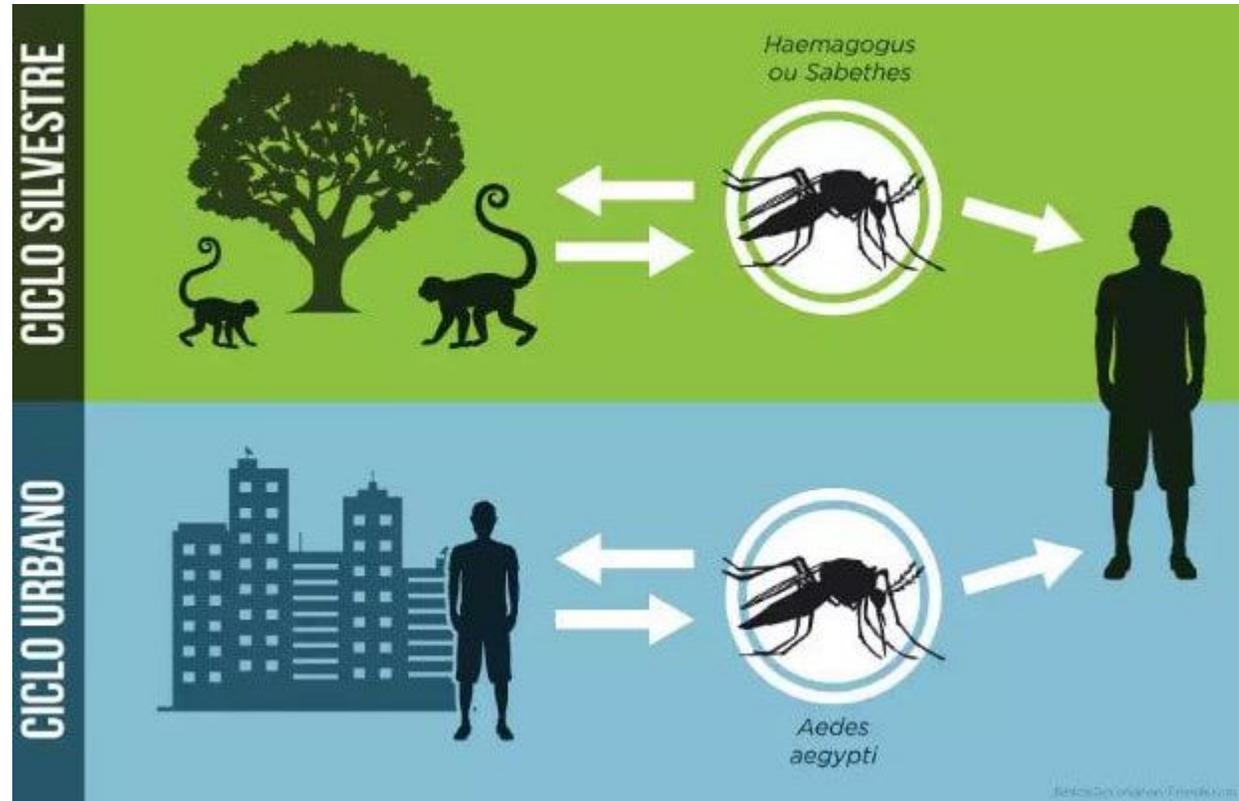
FEBRE AMARELA

- 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.

Fonte: google.com.br



Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/03/2018

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 sentinela, de Síndrome Gripal (SG) e de Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI (SRAG), e pela Vigilância Universal dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) dos internados e óbitos. A vigilância sentinela é composta por uma rede de 47 unidades sentinelas (US), sendo 23 US de Síndrome Gripal (SG) e 24 US de Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI, que estão distribuídas em 14 Regionais de Saúde (RS) e 17 municípios no Estado do Paraná. O objetivo destas vigilâncias 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 09 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 02/03/2018.

A partir de 2018, o número de casos contabilizados no SRAG universal será apenas para os que obedecerem a definição de caso, conforme solicitação do Ministério da Saúde, com exceção do gráfico 6 que foi mantido os mesmos critérios dos anos anteriores a fim de comparação. Nos anos anteriores, todos os casos hospitalizados e óbitos, entraram na contagem de SRAG.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 09 foram notificados 183 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 3,8% (7/183) foram confirmados para Influenza (Tabela 1). Dos 32 óbitos notificados por SRAG, 3,1% (1) foram confirmados para o vírus Influenza (Tabela 1).

Tabela 1 – Casos e óbitos de SRAG segundo classificação final, residentes no Paraná, 2018 até a SE 9.

Classificação Final	Casos		Óbitos	
	n	%	n	%
SRAG por Influenza	7	3,8	1	3,1
Influenza A(H1N1)pdm09	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	4	57,1	1	100,0
Influenza A não subtipado	0	0,0	0	0,0
Influenza B	3	42,9	0	0,0
SRAG não especificada	98	53,6	26	81,3
SRAG por outros vírus respiratórios	21	11,5	1	3,1
SRAG por outros agentes etiológicos	4	2,2	1	3,1
Em investigação	53	29,0	3	9,4
TOTAL	183	100	32	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/03/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

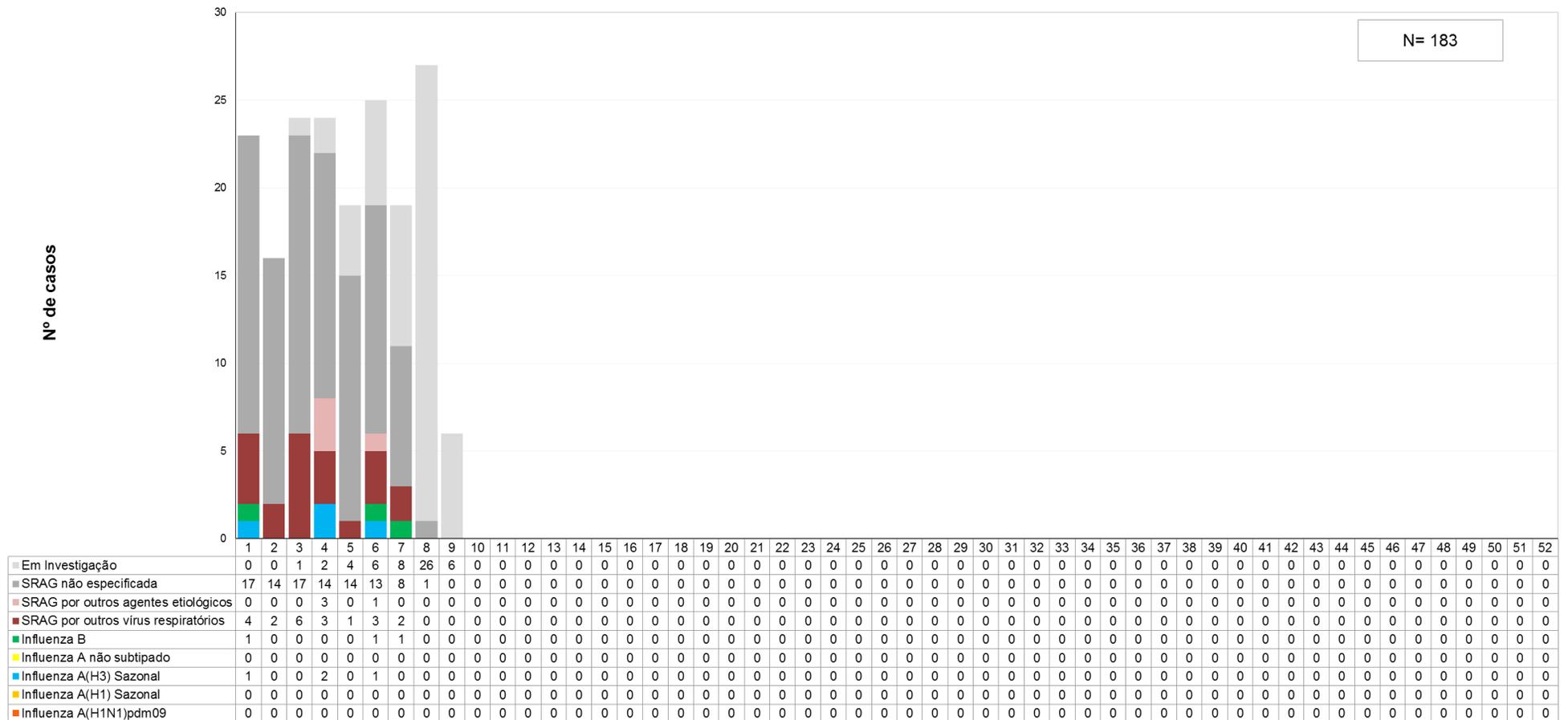
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

Gráfico 1 - Distribuição dos casos de SRAG, segundo agente etiológico e SE do início dos sintomas, residentes no Paraná, 2018 até a SE 9.



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/03/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/03/2018

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

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

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
2. Reg. Saúde Metropolitana	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0
Curitiba	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Fazenda Rio Grande	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
6. Reg. Saúde União da Vitória	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
União da Vitória	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
10. Reg. Saúde Cascavel	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Cascavel	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
12. Reg. Saúde Umuarama	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Cafézal do Sul	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
19. Reg. Saúde Jacarezinho	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Jacarezinho	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Total	0	0	0	0	4	1	0	0	3	0	7	1

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/03/2018, dados sujeitos a alterações.

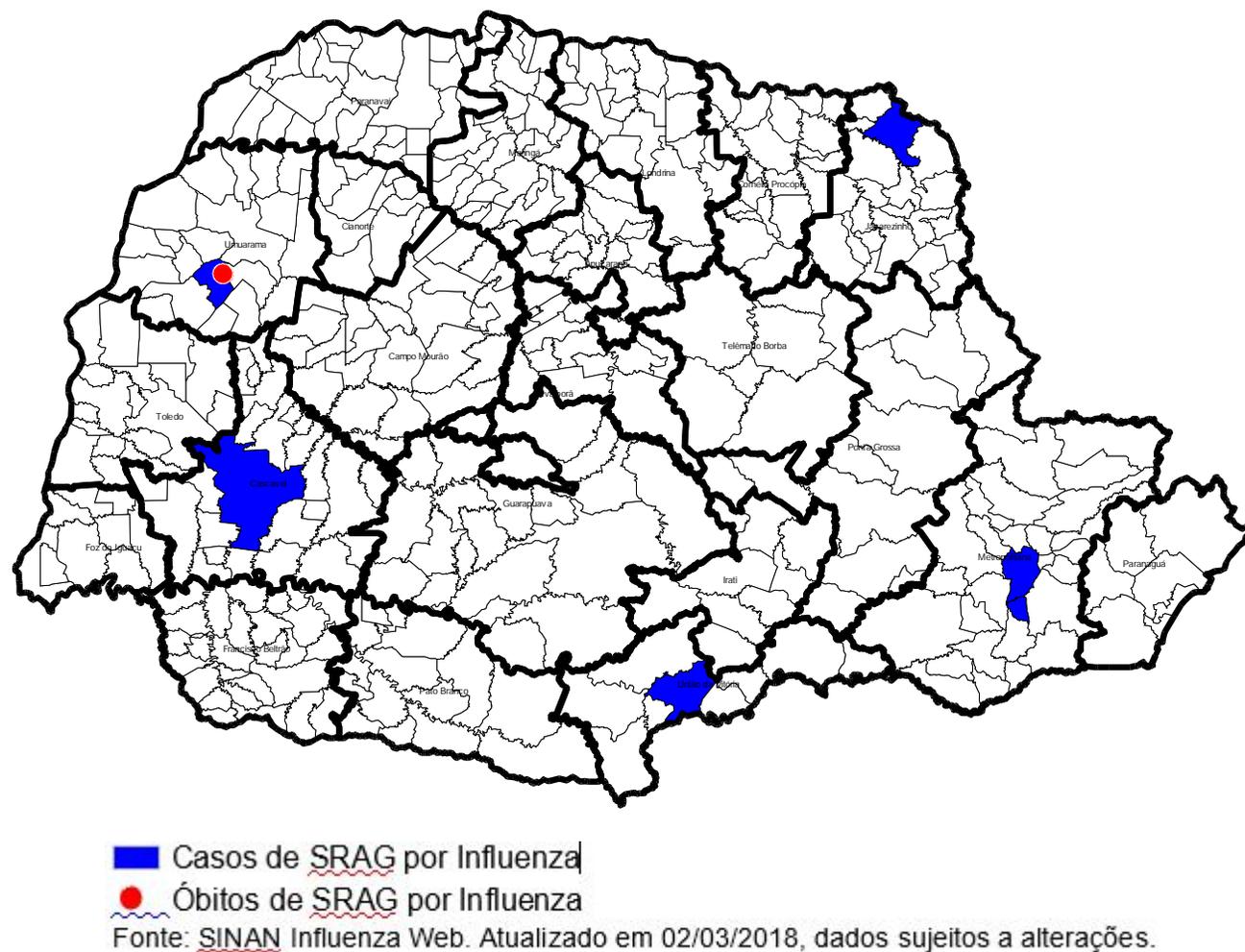
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/03/2018

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

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



INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, foi observada diferença entre eles. Nos casos: o gênero feminino apresentou 57,1% (4/7) dos casos e o gênero masculino 42,9% (3/7) (Gráfico 2). E no óbito de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 0,0% (0/1) dos casos e o gênero masculino 100,0% (1/1) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi acima dos ≥ 60 anos, com 57,1% (4/7) e 100,0% (1/1) respectivamente (Tabelas 3 e 4).

Os casos de SRAG por Influenza apresentaram no Paraná uma mediana de idade de 63 anos, variando de 3 a 91 anos e, no Brasil, mediana de idade de 35 anos, variando 0 a 91 anos.

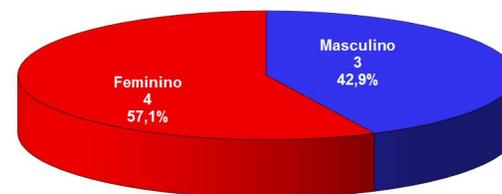
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 91 anos, variando de 91 a 91 anos e no Brasil a mediana foi de 73 anos, variando de 21 a 91 anos.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 2 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	33,3	2	28,6
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 19 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 29 anos	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	1	33,3	1	14,3
40 a 49 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
50 a 59 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
≥ 60 anos	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	1	33,3	4	57,1
TOTAL	0	0	0	0	4	100	0	0	3	100	7	100

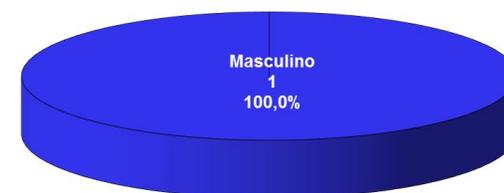
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/03/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/03/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/03/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
< 2 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 19 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 29 anos	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
50 a 59 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
≥ 60 anos	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
TOTAL	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0	1	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/03/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 100,0% (7/7) tinham pelo menos um fator de risco para complicação, predominando os Adultos \geq 60 anos, crianças $<$ 5 anos, Doença cardiovascular crônica e Pneumopatias crônicas (tabela 5).

Entre os óbitos por Influenza, no Paraná 100% (1/1) apresentou pelo menos um fator de risco para complicação e não era vacinado (Tabela 6) e, no Brasil 62,5% (5/8) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos \geq 60 anos, Pneumopatias e Cardiopatias.

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

Casos por Influenza (N=7)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	7	100,0	1	14,3
Adultos \geq 60 anos	4	57,1	1	25,0
Crianças $<$ 5 anos	2	28,6	0	0,0
Doença cardiovascular crônica	2	28,6	1	50,0
Pneumopatias crônicas	2	28,6	0	0,0
Diabetes mellitus	1	14,3	0	0,0
Gestantes	1	14,3	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Doença neurológica crônica	0	0,0	0	0,0
Doença renal crônica	0	0,0	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	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	4	57,1		
Vacinados	1	14,3		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/03/2018, dados sujeitos a alterações.
Obs: Um mesmo caso pode ter mais de um fator de risco.

No Paraná, o indivíduo que foi a óbito por Influenza não fez uso do antiviral, e no Brasil, dos 8 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 5 (62,5%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 1 a 6 dias.

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

Óbitos por Influenza (N=1)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	1	100,0	0	0,0
Adultos \geq 60 anos	1	100,0	0	0,0
Pneumopatias crônicas	1	100,0	0	0,0
Crianças $<$ 5 anos	0	0,0	0	0,0
Diabetes mellitus	0	0,0	0	0,0
Doença cardiovascular crônica	0	0,0	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Doença neurológica crônica	0	0,0	0	0,0
Doença renal crônica	0	0,0	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
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	0	0,0		
Vacinados	0	0,0		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/03/2018, dados sujeitos a alterações.
Obs: Um mesmo óbito pode ter mais de um fator de risco.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

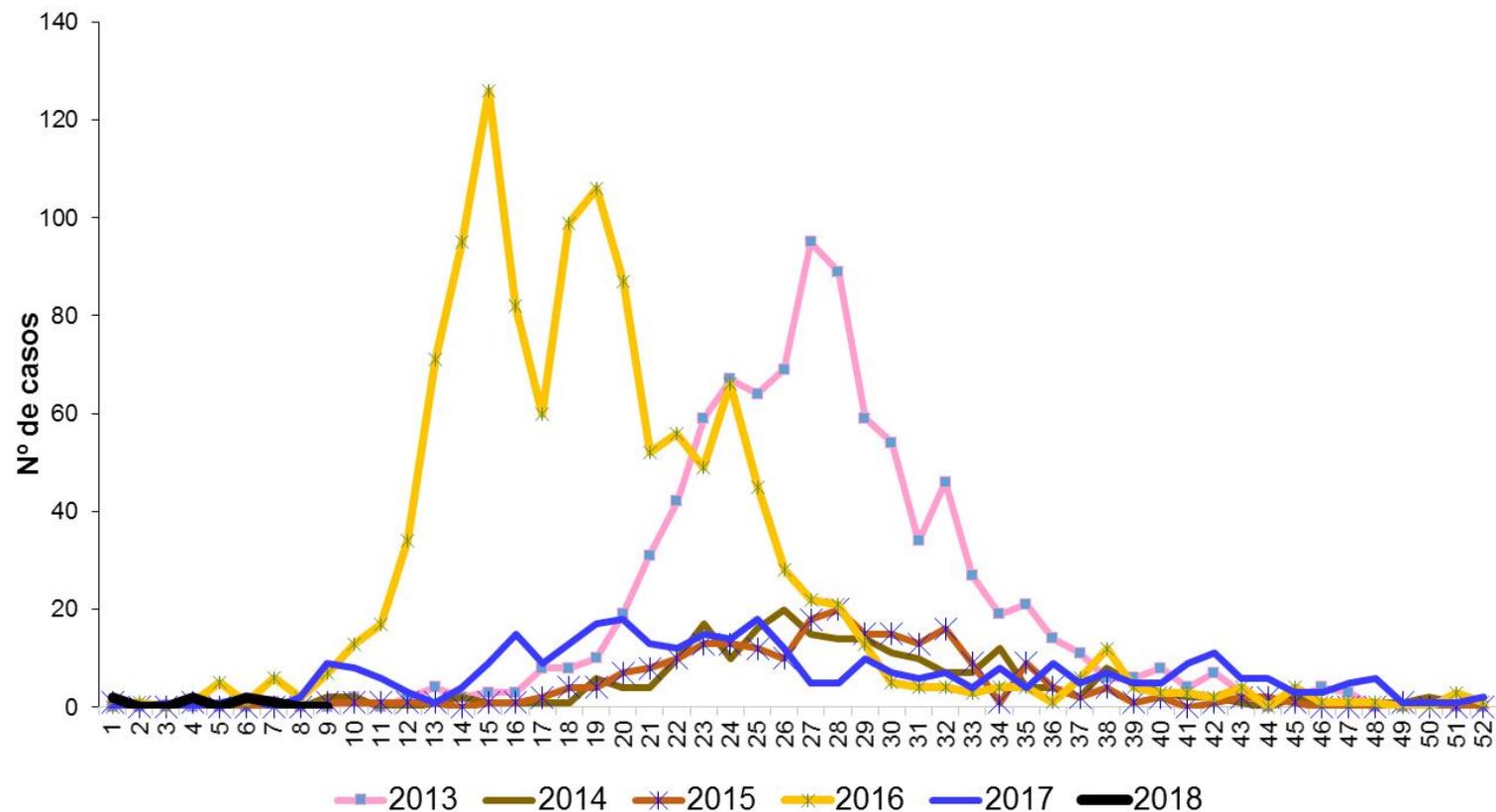
Data da informação: 02/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

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

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/03/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

Em relação aos tipos de vírus Influenza no Paraná, em 2013 houve um predomínio dos casos de SRAG por Influenza B, com 44,2% (401/908) e Influenza A(H1N1)pdm09 com 42,3% (384/908) e 71,2% (47/66) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2014 houve um predomínio da Influenza A(H3) Sazonal com 72,4% (165/228) dos casos e 50,0% (8/16) dos óbitos entre os vírus: Influenza A(H3) Sazonal e o Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2015 também predominou a Influenza A(H3) Sazonal com 54,4% (124/228) dos casos e 44,0% (11/25) dos óbitos por este vírus. Em 2016, predominou a Influenza A(H1N1)pdm09, com 88,9% (1087/1223) dos casos e 90,8% (218/240) dos óbitos. Em 2017, houve predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 61,4% (210/342) dos casos e, ocorrência de 66,0% (35/53) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal. Já em 2018, continua a predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 57,1% (4/7) dos casos e, ocorrência de 100,0% (1/1) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal(Tabela 7).

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

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

Até a SE 09 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 870 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 716 amostras.

Das amostras processadas, 30,7% (220/716) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 51 (7,1%) foram positivas para influenza e 169 (23,6%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para influenza, 0 (0,0%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 16 (31,4%) de influenza A(H3) Sazonal, 3 (5,9%) de Influenza A (não subtipado) e 32 (62,7%) de influenza B. Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação de 68 (40,2%) amostras de Rinovírus (Gráfico 5).

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

Classificação Final	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Influenza A(H1N1)pdm09	384	47	48	8	37	4	1087	218	1	0	0	0
Influenza A(H1) Sazonal*	6*	0	0	0	4*	1*	1*	1*	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	114	6	165	8	124	11	4	1	210	35	4	1
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	0	0
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	131	18	3	0
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1223	240	342	53	7	1

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

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/03/2018, dados sujeitos a alterações.

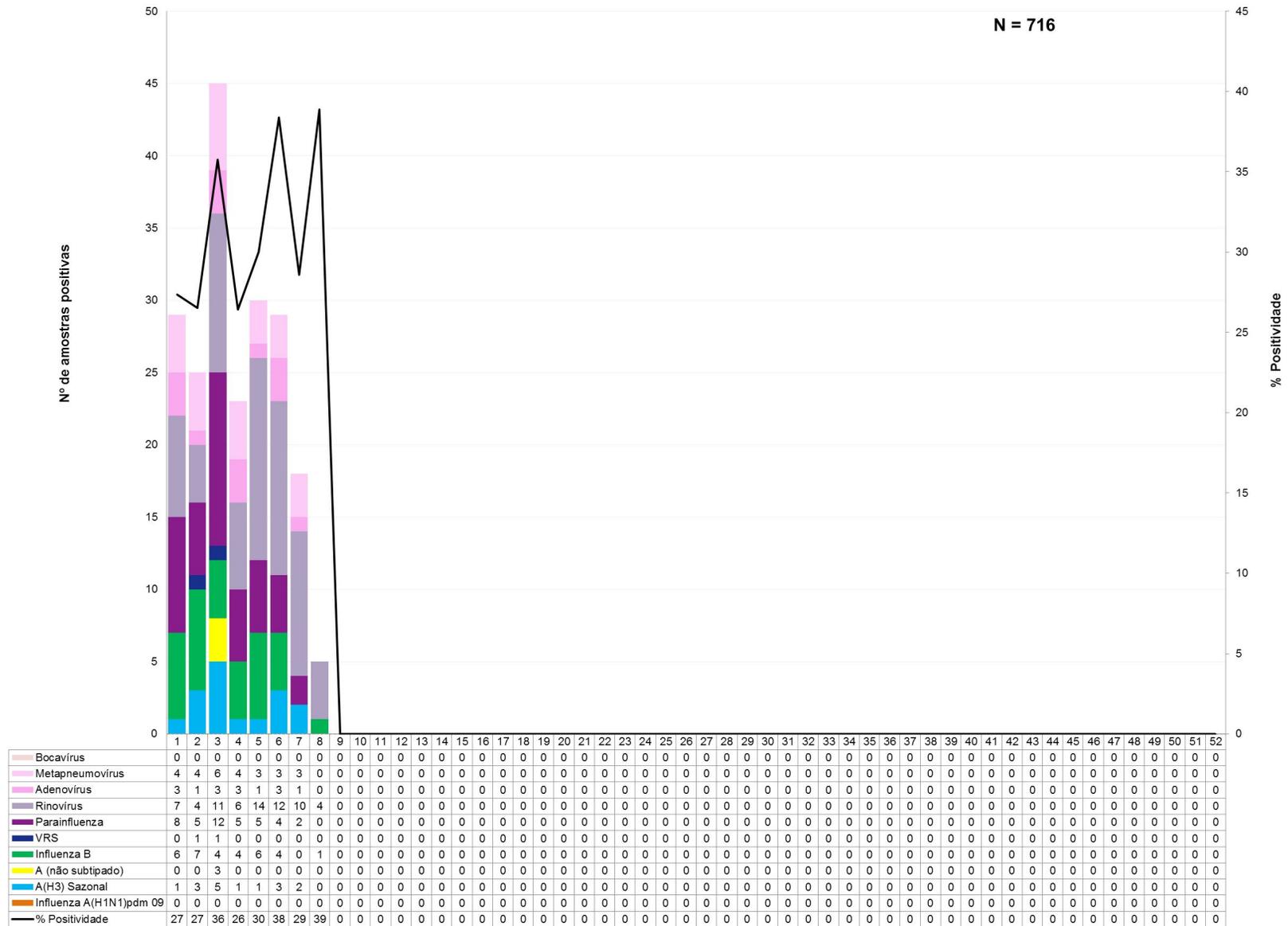
Tabela 8 - Casos de SG de Influenza segundo faixa etária e subtipo viral, Paraná, 2018.

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza		Total Coletas	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Num	%
< 2 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	84	9,7
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	42	4,8
5 a 9 anos	0	0,0	1	6,3	0	0,0	1	3,1	2	3,9	21	2,4
10 a 19 anos	0	0,0	1	6,3	0	0,0	6	18,8	7	13,7	114	13,1
20 a 29 anos	0	0,0	4	25,0	1	33,3	7	21,9	12	23,5	206	23,7
30 a 39 anos	0	0,0	4	25,0	1	33,3	7	21,9	12	23,5	139	16,0
40 a 49 anos	0	0,0	2	12,5	1	33,3	6	18,8	9	17,6	76	8,7
50 a 59 anos	0	0,0	3	18,8	0	0,0	2	6,3	5	9,8	79	9,1
≥ 60 anos	0	0,0	1	6,3	0	0,0	3	9,4	4	7,8	109	12,5
TOTAL	0	0,0	16	100	3	100,0	32	100	51	100	870	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/03/2018, 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, 2018.



Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 02/03/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/03/2018

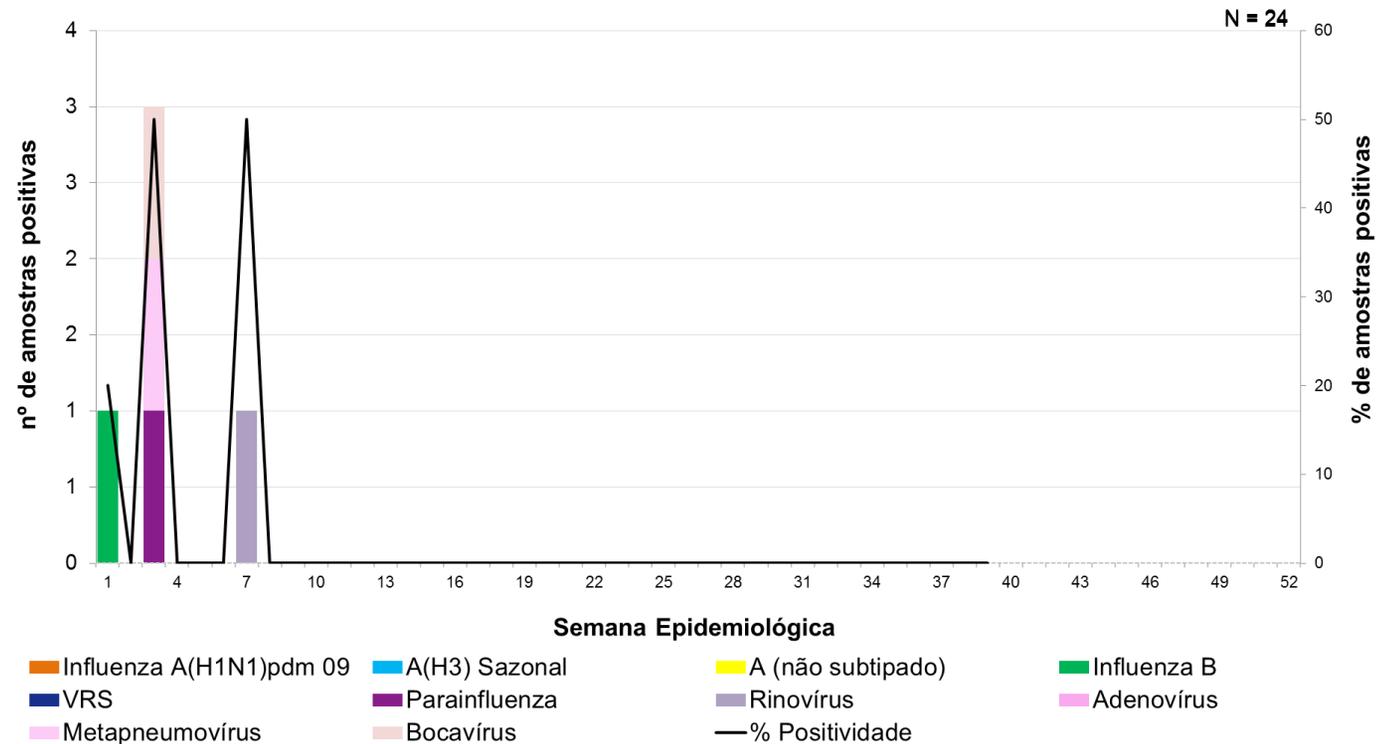
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 41 coletas, sendo 24 (58,5%) processadas. Dentre estas, 5 (20,8%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios. Das amostras positivas para Influenza, foram detectados 0 (0,0%) para Influenza A(H1N1)pdm 09, 0 (0,0%) para Influenza A(H3) Sazonal, 0 (0,0%) para Influenza A (não subtipado), 1 (100,0%) para Influenza B. Entre os outros vírus evidenciam-se: 0 (0,0%) de VRS, 1 (25,0%) de Parainfluenza, 1 (25,0%) de Rinovírus, 1 (25,0%) de Metapneumovírus, 0 (0,0%) de Adenovírus, 1 (25,0%) de Bocavírus (Gráfico 6).

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



Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 02/03/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/03/2018

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

Medidas Preventivas para Influenza

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

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

Outras medidas são:

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

Utilizar lenço descartável para higiene nasal.

Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.

Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.

Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.

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

Manter os ambientes bem ventilados.

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

Evitar sair de casa em período de transmissão da doença.

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

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

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

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

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/03/2018

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 09/2018.

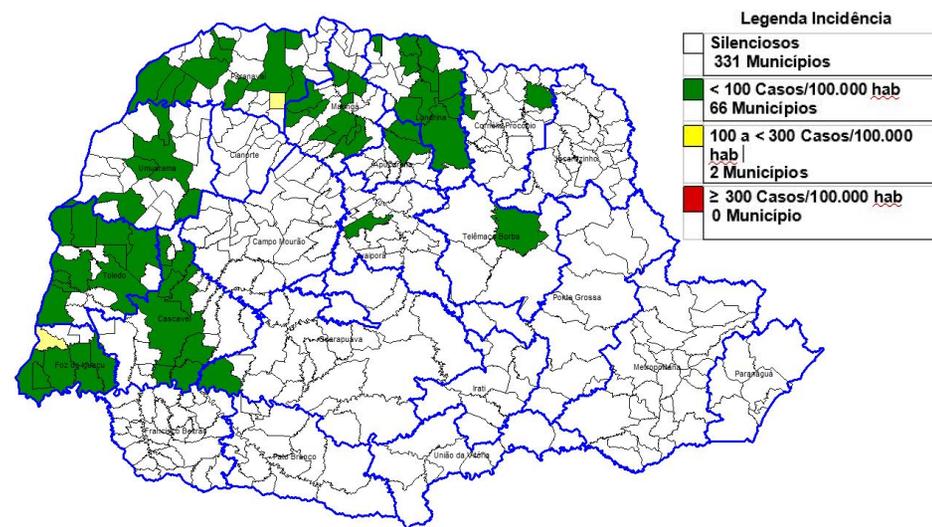
Foram notificados no referido período 14.109 casos suspeitos de dengue, dos quais 9.785 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 4,35 casos por 100.000 hab. (486/11.163.018 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 (2.602), Maringá (1.631) e Foz do Iguaçu (1.249).

Os municípios com maior número de casos confirmados são: Maringá (145), Foz do Iguaçu (52), e Cambé (25).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2017 a 09/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2017 a 09/2018.

Classificação Final	Critério de encerramento		Total
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	386 (77,4)	113 (22,6%)	499
Dengue com Sinais de Alarme (D S A)	8	-	8
Dengue Grave (D G)	3	-	3
Descartados	-	-	9.769
Em andamento/investigação	-	-	3.869
Total	397 (2,8%)	113 (0,8%)	14.148

Fonte: Sala de Situação em Saúde/SVS/SESA

DENGUE – PARANÁ 2017/2018*	Período 2017/2018
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	292
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	71
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (09ª, 10ª, 11ª, 12ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª, 18ª, 20ª, 21ª e 22ª)	12
	68
	11
TOTAL DE CASOS	499
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	486
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	13
TOTAL DE NOTIFICADOS	14.148

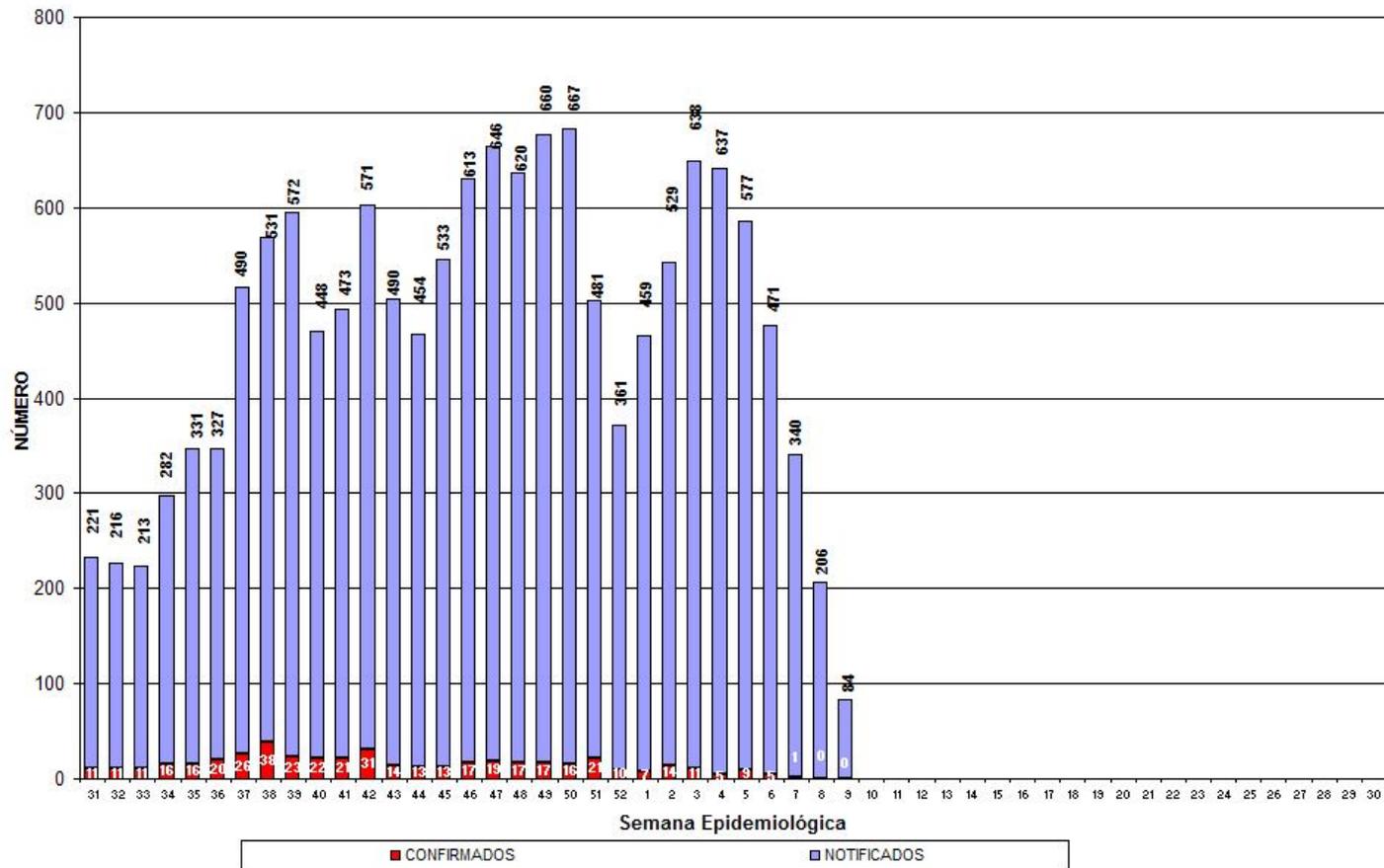
DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/03/2018

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

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



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2017 a 09/2018.

DENGUE

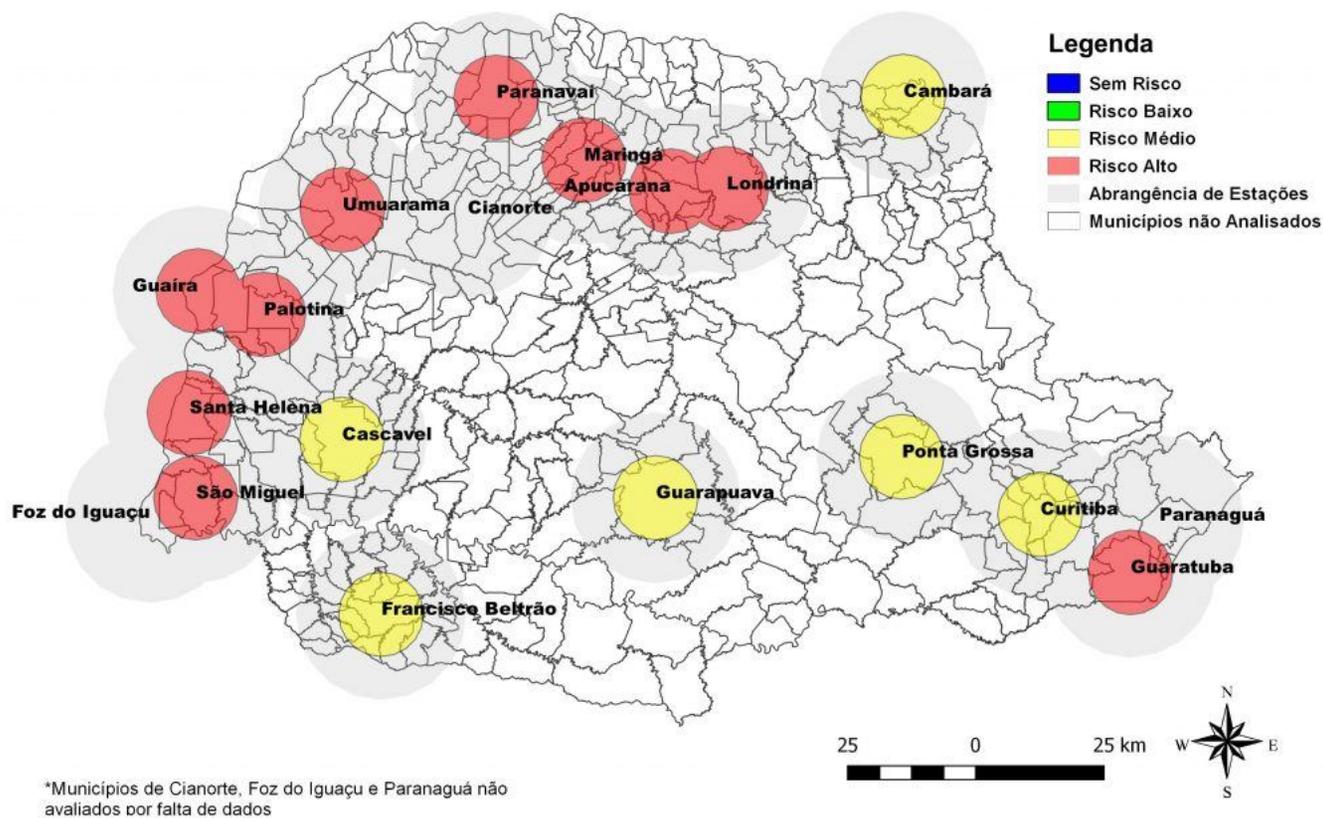
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/03/2018

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 (25/02/2018 - 03/03/2018)



Fonte: Laboclima/UFPR

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/03/2018

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 09/2018

REGIONAL DE SAÚDE	POPULAÇÃO	CASOS			NOTIFICADOS	DSA	DG	ÓBITOS	INCIDÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	1.029	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	0	4	4	604	0	0	0	-
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	32	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	14	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	38	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	15	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	75	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	0	0	0	285	0	0	0	-
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	87	4	91	1.613	6	2	0	21,43
10ª RS - Cascavel	540.131	52	3	55	681	0	0	0	9,63
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	499	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	5	0	5	368	0	0	0	1,80
13ª RS - Cianorte	154.374	0	0	0	162	0	0	0	-
14ª RS - Paranavaí	274.257	38	0	38	876	0	0	0	13,86
15ª RS - Maringá	799.890	162	0	162	2.102	0	0	0	20,25
16ª RS - Apucarana	372.823	2	0	2	322	0	0	0	0,54
17ª RS - Londrina	935.904	92	0	92	4.385	2	1	0	9,83
18ª RS - Comélio Procópio	230.231	1	0	1	265	0	0	0	0,43
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	185	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	45	2	47	519	0	0	0	11,66
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	1	0	1	45	0	0	0	0,54
22ª RS - Ivaiporã	138.130	1	0	1	34	0	0	0	0,72
TOTAL PARANÁ	11.163.018	486	13	499	14.148	8	3	0	4,35

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

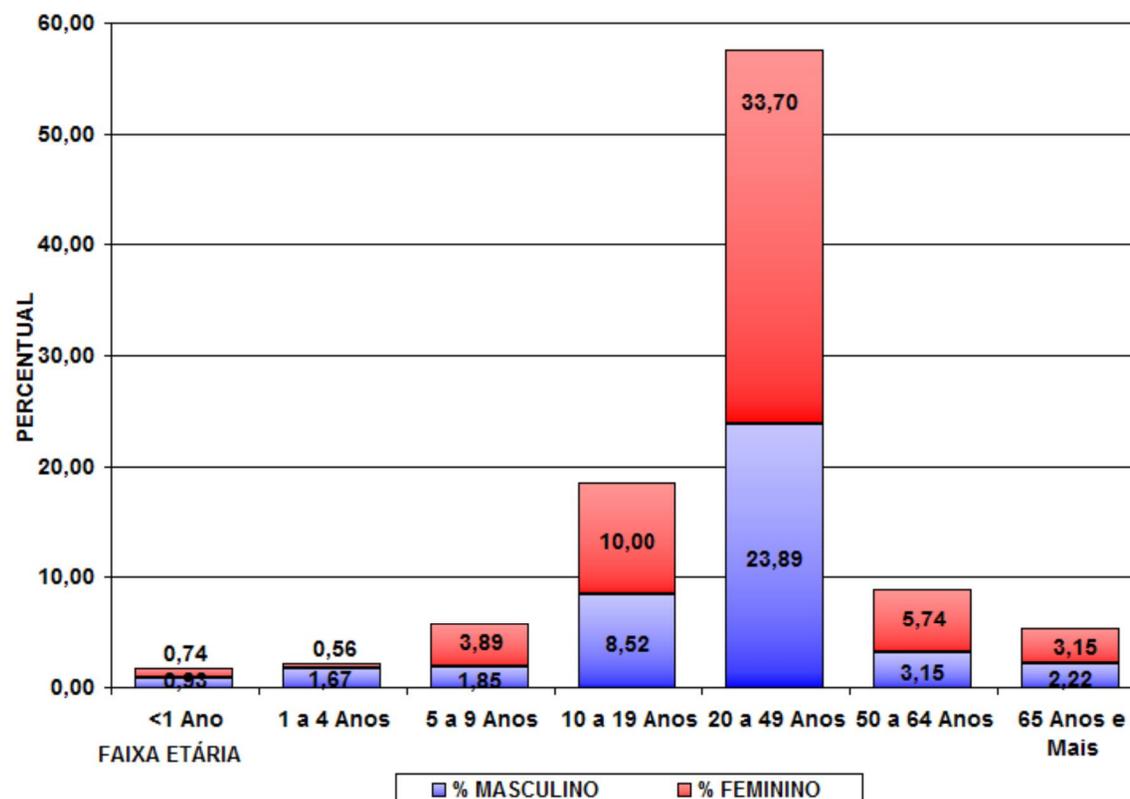
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/03/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 57,59% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pelas faixas etárias de 10 a 19 anos com 18,52% dos casos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2017 a 09/2018, Paraná – 2017/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação



EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 09/2018

(25/02/2018 a 03/03/2018)

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: 06/03/2018

Fonte da informação: ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COMENTÁRIOS:

Em resolução publicada na segunda-feira (5/03) no Diário Oficial da União (DOU), a Anvisa proibiu 11 lotes falsificados do medicamento oncológico Sutent® na embalagem com 28 cápsulas de 50 mg. São falsificados os lotes 746EE, 747EE, 748EE, 190EE, 045AA, 191EE, 189EE, 985EE, 986EE, 987EE e 749EE.

A denúncia sobre a fraude foi levada à Anvisa pelo fabricante do produto, o Laboratório Pfizer Ltda. Na segunda-feira (5/03), por meio da Resolução (RE) 512/18, a Anvisa determinou que sejam apreendidos e inutilizados os lotes falsificados.

O medicamento oncológico Sutent® (malato de sunitinibe) é comercializado em diferentes dosagens, cápsulas de 12,5 mg, 25 mg ou 50 mg, em embalagens com 28 cápsulas. A fraude detectada pela indústria que detém o registro, a Pfizer, foi produzida contra a apresentação de 50 mg.

O Sutent® (malato de sunitinibe) é indicado para o tratamento de um tipo de câncer gastrointestinal, o tumor estromal gastrointestinal, para câncer metastático de células renais avançado e no tratamento de tumores neuroendócrinos pancreáticos não ressecáveis.



Fonte: google.com.br

DOAÇÃO DE SANGUE

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 05/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde fez um alerta, na segunda-feira (5/03), sobre a queda de doação de sangue, que tem impactado os estoques de várias cidades de acordo com relatos dos hemocentros. As doações de sangue, habitualmente, são menores nos períodos de férias escolares e feriados prolongados. Estados que registram casos de febre amarela apresentam maiores quedas, pois quem é vacinado contra a doença fica inapto para doar sangue durante quatro semanas.

“O sangue é insubstituível. Ainda não existe nenhum tipo de medicamento que possa substituir a doação de sangue. E quem precisa, só consegue graças à generosidade de quem doa. O importante é doar regularmente, pois em períodos de férias e seca, a tendência é diminuir os estoques. Vale lembrar que uma doação pode beneficiar até quatro pessoas”, reforçou o coordenador da área de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde, Flávio Vormittag.

No Brasil, são feitas cerca de 3,4 milhões de doações de sangue por ano. Dados de 2016 indicam que 1,6% da população brasileira – 16 a cada mil habitantes – doa sangue. Embora o percentual fique dentro dos parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS) – de pelo menos 1% da população – o Ministério da Saúde tem se esforçado para aumentar a taxa.

Em 2017, o Ministério da Saúde investiu R\$1,2 bilhão na rede de sangue e hemoderivados (Hemorrede). Os recursos foram destinados a estruturação da rede nacional para a modernização das unidades, qualificação dos profissionais e processos de produção da Hemorrede, além do fornecimento de medicamentos de alto custo a pacientes portadores de doenças hematológicas.

Atualmente, o Brasil possui 32 hemocentros coordenadores e 2.033 serviços de hemoterapia, incluindo hemocentros regionais, núcleos de hemoterapia, unidades de coleta e transfusão, central de triagem laboratorial de doadores e agências transfusionais. A doação de sangue é 100% voluntária e beneficia qualquer pessoa independente de parentesco com o doador.

É importante lembrar que o sangue é essencial para os atendimentos de urgência, realização de cirurgias de grande porte e tratamento de pessoas com doenças crônicas, como a Doença Falciforme e a Talassemia, além de doenças oncológicas variadas que, frequentemente, necessitam de transfusão sanguínea.



Fonte: google.com.br

Quem pode doar: todo indivíduo saudável, com idades entre 18 e 67 anos; adolescentes entre 16 e 17 anos, com autorização e presença do responsável; mulheres podem fazer três doação em um ano, com intervalo mínimo de três meses; homens podem doar quatro vezes em um ano, com intervalo mínimo de dois meses; é preciso sempre levar um documento oficial com foto; o doador não deve ir em jejum. Após o almoço, tem de aguardar duas horas e, após o lanche aguardar uma hora. Devem-se evitar alimentos gordurosos.

Quem não pode doar: quem estiver com febre, resfriado, gripado ou qualquer outra doença viral; quem estiver usando algum medicamento – mas cada caso será avaliado; quem tiver ingerido bebida alcoólica nas 12 horas que antecedem a doação; quem fez tatuagem, maquiagem definitiva ou piercing nos últimos 12 meses; quem tiver piercing na cavidade oral ou na região genital; quem possui histórico de doenças hematológicas ou renais, câncer, diabetes, epilepsia, sífilis, doença de Chagas, malária ou hanseníase; indivíduos com história de infecção pelo vírus da Hepatite B ou C, da AIDS, HTL ou parceiros sexuais deles; usuários de drogas.

BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES

Local de ocorrência: Distrito Federal

Data da informação: 07/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

Desde o aparecimento de casos de infecção por bactérias multirresistentes, a Secretaria de Saúde está em alerta para as contaminações com a bactéria *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase* (KPC). Seis pacientes estão isolados no Hospital Regional do Guará com o micro-organismo. A pasta descarta um surto, mas até o fim da semana deve divulgar um boletim com recomendações aos hospitais e atualização dos dados. Todos os hospitais do Distrito Federal estão em sentinela para monitorar as infecções.

As estatísticas mais recentes, divulgadas pela Secretaria de Saúde, são de 2015. Naquele ano, 789 pessoas foram contaminadas com alguma bactéria resistente a medicamentos. Todos os casos ocorreram em unidades de terapia intensiva (UTI). Em 56% das infecções, o paciente é adulto. Ao todo, a pasta notificou 917 micro-organismos, número maior do que o de pacientes, já que cada pessoa pode ter mais de uma bactéria. A estafilococos representa a maior parcela das contaminações.

Nos últimos oito anos, houve três surtos de infecções por KPC. Em 2010, 2013 e 2015, a Secretaria de Saúde notificou contaminações e mortes pela bactéria.

A Secretaria de Saúde endureceu as medidas de monitoramento e de controle. A gerente de Risco em Serviços de Saúde, Fabiana Mendes, adiantou ao Correio que uma nota técnica — espécie de alerta na comunidade médica — deve ser divulgada até o fim da semana. "O documento deve conter números das infecções, prevalência de micro-organismos e medidas de prevenção e controle. Estamos monitorando todos os hospitais do DF", explica.

Apesar das medidas, Fabiana afirma que não há surto de KPC. "A bactéria é comum no organismo do ser humano. Os pacientes que estão há muito tempo internados são idosos, tomaram muito antibiótico ou têm déficit nutricional, então a bactéria passa a ser resistente aos medicamentos", destaca.

A Secretaria de Saúde não explicou se os seis pacientes contaminados com KPC estavam na mesma enfermaria, no Hospital Regional do Guará. A pasta não divulgou as idades e quais os tratamentos que os pacientes estavam recebendo. A KPC pode ser encontrada em fezes, na água, no solo, em vegetais, cereais e frutas. A transmissão ocorre em ambiente hospitalar, por meio do contato com secreções do paciente infectado.



Fonte: google.com.br

A falta de higiene, segundo a literatura médica, pode contribuir para a transmissão, mas Fabiana descarta falhas na limpeza do hospital. "Não faltou higiene", pondera. Mesmo assim, medidas foram tomadas. "Recomendamos a higiene de mão para qualquer pessoa no hospital. Essa é a estratégia mais barata, simples e eficaz para frear a transmissão. Os servidores estão usando luvas e capote (espécie de avental) descartáveis em qualquer procedimento nesses pacientes", destaca.

Em maio de 2015, o Hospital Regional de Taguatinga (HRT) passou por uma limpeza geral das alas vermelha e amarela para conter a proliferação do micro-organismo.

Como prevenir?

POPULAÇÃO

- » Evitar o contato direto com pacientes infectados. O uso de luvas, máscaras e capotes é essencial. Não compartilhar objetos pessoais, como talheres, copos e sabonetes;
- » Lavar as mãos antes e depois de ter contato com pacientes infectados ou em ambiente hospitalar;
- » Não fazer uso frequente de antibióticos sem orientação médica;
- » Evitar tocar as superfícies hospitalares, como camas, portas e paredes.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- » Isolar pacientes infectados ou suspeitos de infecção;
- » Para entrar em contato com os pacientes isolados, usar equipamentos de proteção individual e descartáveis;
- » Higienizar as mãos antes e depois do contato com qualquer paciente;
- » Esterilizar adequadamente os instrumentos médicos.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 01/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

O Brasil tem 68,4 bebês nascidos de mães adolescentes a cada mil meninas de 15 a 19 anos, diz relatório da Organização Mundial da Saúde.

O índice brasileiro está acima da média latino-americana, estimada em 65,5. No mundo, a média é de 46 nascimentos a cada mil.

Em países como os Estados Unidos, o índice é de 22,3 nascimentos a cada 1 mil adolescentes de 15 a 19 anos.

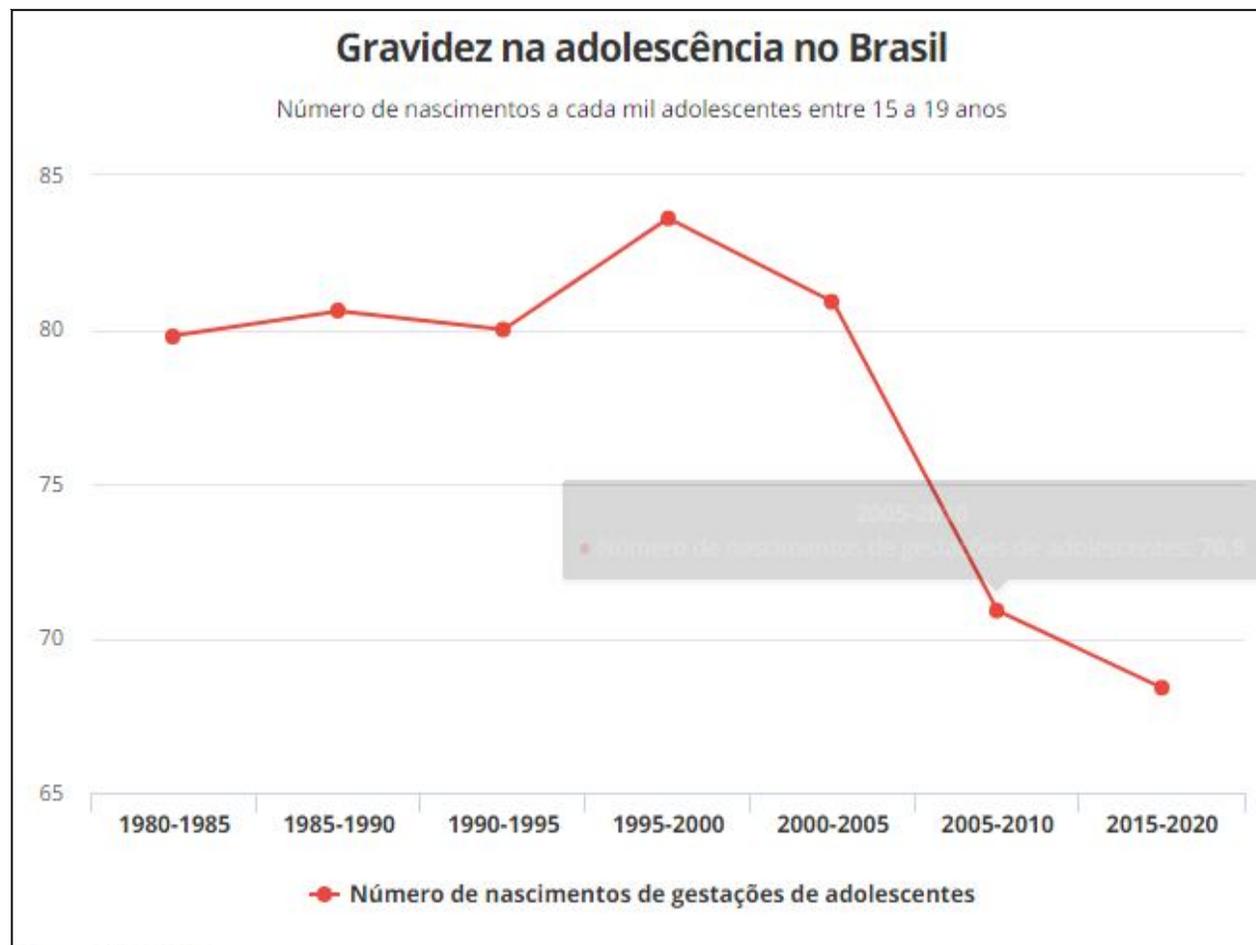
O relatório da OMS foi divulgado na quarta-feira (28/02) e as taxas se referem ao último período analisado - entre 2010 e 2015.

Um outro ponto divulgado pela entidade é que a América Latina é a única região do mundo com uma tendência crescente de gravidez entre adolescentes menores de 15 anos.

“Não apenas cria obstáculos para seu desenvolvimento psicossocial, como se associa a resultados deficientes na saúde e a um maior risco de morte materna. Além disso, seus filhos têm mais risco de ter uma saúde mais frágil e cair na pobreza”, disse Carissa Etienne, diretora da Organização Pan-Americana de Saúde/OPAS.

Também o documento indica que, apesar de a fecundidade total na América Latina ter diminuído nos últimos 30 anos, o mesmo ritmo não foi observado nas gestações de adolescentes.

(Continua na próxima página)



GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 01/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

A taxa total de fecundidade na América Latina e no Caribe caiu de 3,95 nascimentos por mulher no período de 1980-1985 para 2,15 nascimentos por mulher em 2010-2015.

Comparativo entre os países

A taxa de adolescentes grávidas no Brasil teve diminuição nos últimos dez anos, mas ainda está aquém da taxa de outros países na América Latina, como o Chile e Argentina.

Principal causa de morte

Segundo o relatório, a mortalidade materna é uma das principais causas da morte entre adolescentes e jovens de 15 a 24 anos na região das Américas.

Ainda, globalmente, o risco de morte materna se duplica entre mães com menos de 15 anos em países de baixa e média renda.

Recomendações para diminuição de casos

A entidade exorta que os países com taxas altas apoiem programas dirigidos para mulheres em maior vulnerabilidade para gestações precoces.

Também há a recomendação para que se expanda o acesso a métodos anticoncepcionais e que sejam iniciados programas de educação sexual para homens e mulheres.

O relatório sugere ainda que se promovam medidas e normas que proíbam o casamento infantil e as uniões precoces antes dos 18 anos.

Outras medidas de prevenção indicadas no relatório incluem prevenir as relações sexuais sob coação e manter um entorno favorável para a igualdade de gênero.

Taxa de nascimentos a cada mil adolescentes entre 15 e 19 anos

Países	2005-2010	2010-2015
Brasil	70,9	68,4
Chile	52,7	49,3
Argentina	60,6	64
Estados Unidos	39,7	22,3
Mexico	71,2	66
Canadá	13,9	11,3
Venezuela	82,6	80,9
Bolívia	81,9	72,6

Fonte: Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde

LEISHMANIOSE VISCERAL

Local de ocorrência: São Paulo

Data da informação: 04/03/2018

Fonte da informação: noticias.r7.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Embora o número de casos de leishmaniose visceral tenha diminuído no Estado de São Paulo nos últimos quatro anos, houve um aumento do número de cidades com registro da doença de 2017, segundo dados da Secretaria Estadual da Saúde.

O Estado de São Paulo apresentou 121 casos e 7 mortes no ano passado e, em 2014, foram 141 casos e 12 mortes. De acordo com o boletim da secretaria, 97 cidades apresentaram casos da doença no ano passado. Em 2014, eram 42 — São Paulo tem o total de 645 municípios.

No ano passado, a cidade com maior incidência da doença foi Marília, com 31 casos e nenhuma morte. Já Araçatuba registrou 28 casos e três mortes, seguida de Bauru e Presidente Venceslau, com 29 casos e duas mortes e 23 casos e uma morte, respectivamente.

Em 2014, Bauru chegou a registrar 38 casos e uma morte; Araçatuba, 34 casos e duas mortes; Marília, 33 casos e cinco mortes; e Presidente Venceslau, com 19 casos e duas mortes.

A leishmaniose visceral é uma doença infecciosa que apresenta sintomas poucos específicos, como febre intermitente e perda de peso. De difícil diagnóstico, caso não seja tratada, em 90% dos casos leva à morte.

A transmissão da doença ocorre quando fêmeas do mosquito-palha ou birigui picam uma pessoa ou um animal infectado, como cães, gatos e cavalos, e picam alguém saudável, transmitindo o protozoário *Leishmania chagasi*.

Não existe vacina contra a doença.

Retorno da leishmaniose após 30 anos

A doença foi descrita pela primeira vez na década de 1930. Chegou a ser erradicada, mas retornou nos últimos 30 anos. De acordo com dados do Ministério da Saúde, nos últimos 15 anos, a leishmaniose visceral se espalhou por 20 Estados, principalmente das regiões Nordeste, Norte, Centro-Oeste e Sudeste. Apenas a Sul não foi acometida.

Em 2016, segundo o último boletim divulgado pelo Ministério da Saúde, o país registrou 3.200 casos da doença e 265 mortes. O Maranhão é o recordista em casos, com 655. Estados como Rondônia, Acre e Amazonas não apresentaram

registro da doença naquele ano, ainda segundo o mesmo boletim.

Porto Alegre e Santa Catarina registraram casos da leishmaniose visceral humana pela primeira vez na história em 2017.

O Brasil apresenta 90% dos casos de leishmaniose canina da América Latina, segundo dados da Fiocruz. De acordo com o Ministério da Saúde, os cães são a principal fonte de infecção para o vetor. Vale ressaltar que o cachorro não transmite a doença.

Os sintomas da leishmaniose em cachorros costumam passar despercebidos aos donos porque também são inespecíficos, como problemas dermatológicos como perda de pelos em focinho, crescimento anormal das unhas, emagrecimento e perda de apetite.

O tratamento da doença pode suprimir os sintomas em cães, mas eles continuam sendo reservatórios do parasita. Diferentemente do *Aedes aegypti*, que transmite dengue, zika e chikungunyaque, e coloca os ovos em água parada, o mosquito-palha, transmissor da leishmaniose visceral, coloca os ovos em matéria orgânica, como restos de frutas e de folhas.

A DOENÇA

Saiba mais sobre a leishmaniose

O QUE É?

Doença infecciosa, não contagiosa, causada por parasitas do gênero leishmânia, que vivem e se multiplicam no interior das células do sistema de defesa do homem

TIPOS

- TEGUMENTAR OU CUTÂNEA**
Caracteriza-se por feridas na pele e lesões inflamatórias nas mucosas do nariz e da boca
- VISCERAL OU CALAZAR**
Ataca, principalmente, crianças de até 10 anos. Acomete órgãos internos como fígado, baço e medula óssea. Os sintomas são febre, anemia, palidez, falta de apetite, perda de peso e inchaço do abdômen

TRANSMISSÃO

Por insetos que se alimentam de sangue, como o mosquito-palha, encontrado em locais úmidos e escuros – onde há muitas plantas, por exemplo

FONTES DE INFECÇÃO

ANIMAIS SILVESTRES E DOMÉSTICOS COMO CÃES E GATOS

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

Fonte: google.com.br

MALÁRIA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 05/03/2018

Fonte da informação: correiodoestado.com.br

COMENTÁRIOS:

Depois de sete anos de queda, o número de casos de malária avançou 50% no último ano e tem gerado alerta na região Norte e em alguns outros estados do país.

Dados contabilizados pelo Ministério da Saúde e obtidos pela reportagem apontam 194 mil registros em todo o ano de 2017 - um aumento de 50% em relação ao ano anterior.

Em 2016, para efeito de comparação, o país chegou a alcançar o menor número de casos já registrado nos últimos 37 anos: 129 mil.

Neste ano, dados de janeiro, ainda preliminares, apontam que o avanço continua: são 17 mil confirmações.

Deste total, 99% são em estados da região amazônica, que é endêmica para a doença, em especial Amazonas, Acre e Pará.

O número de mortes ainda não foi atualizado. Foram 11 de janeiro a maio de 2017, o que não permite comparações com todo o ano de 2016.

A doença, causada por protozoários transmitidos pela fêmea infectada do mosquito Anopheles, ocorre em regiões rurais e acomete principalmente populações mais vulneráveis, em locais com más condições de saneamento e invasões em áreas de mata, por exemplo.

Entre os registros, também cresceram casos de malária falciparum, nome dado à forma da doença causada pelo protozoário Plasmodium Falciparum, mais grave.

Neste caso, o aumento foi de 37% no último ano se comparado ao anterior - passou de 15 mil para 21 mil. A situação ameaça o Plano de Eliminação da Malária assumido pelo Brasil em 2015, com foco principal na malária falciparum.

Na época, cerca de 500 cidades da região amazônica já estavam mais de três anos sem registro de transmissão da malária falciparum, e a meta era eliminar a doença até 2030.

Agora, só entre 2016 e 2017, o número de municípios com registros dessa forma da doença cresceu 68%, passando de 124 para 208.

Questionado, o coordenador substituto dos Programas Nacionais de Controle e Prevenção da Malária e doenças transmitidas pelo Aedes, Cássio Peterka, reconhece que parte das ações do plano terão de ser revistas devido ao aumento.

Com a mudança da situação epidemiológica da malária, "as metas e pactuações do plano estão sendo avaliadas com estados e municípios da região Amazônica, para a readequação das estratégias, a retomada da redução dos casos e a sustentabilidade das ações", diz.

Apesar disso, ele afirma que as metas estão mantidas. "Todos os programas de malária, nacional, estadual ou municipal, estão comprometidos com a eliminação da malária falciparum e trabalham em conjunto para o cumprimento das metas."

Para o epidemiologista Pedro Tauil, professor emérito da UnB (Universidade de Brasília), a situação preocupa. "Como se lança um plano de eliminação e tem um aumento de casos?", questiona.

Lembra que em países do Sudeste Asiático já há aumento da resistência a remédios antimaláricos, situação que pode se repetir no futuro no Brasil. "O grande risco é que, se não eliminarmos a malária pelo Plasmodium falciparum, não vamos ter remédios que atuem eficazmente no tratamento dessa doença."

Em reunião com gestores municipais e estaduais na semana passada, técnicos do ministério admitiram que a queda nos últimos anos pode ter feito a vigilância ter baixado a guarda.

Até então, o Ministério da Saúde dizia que o aumento de casos poderia estar associado "às condições climáticas da região e ao próprio ciclo da doença".

À reportagem, o secretário substituto de vigilância em saúde da pasta, Osnei Okumoto, reconheceu o problema.

"O que aconteceu muitas vezes é que as condições dos estados para fazer o atendimento está menor do que se precisava", afirma. "Estamos fazendo investimentos e aguardamos que possam executar as ações."

Já segundo o epidemiologista Tauil, professor da UnB, a malária perdeu prioridade na agenda de ações.

"Como outros países também tiveram aumento, é possível que tenha havido algum fenômeno climatológico que favoreceu a transmissão, mas há não comprovação disso."

O Ministério da Saúde diz que pretende reforçar ações nas áreas mais afetadas pela malária. Posição semelhante é compartilhada pelas secretarias estaduais de saúde.

Uma delas é a compra de mosquiteiros impregnados de inseticida, estratégia que já tem tido resultados positivos em alguns estados, como o Pará.

(Continua na próxima página)

MALÁRIA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 05/03/2018

Fonte da informação: correiodoestado.com.br

COMENTÁRIOS:

Outras são a aplicação de inseticidas nas casas, a criação de um alerta semanal para novos casos e a capacitação de profissionais para acelerar a identificação dos casos e o tratamento. Não existe vacina contra a doença.

A malária tem como principais sintomas quadro de febre alta, calafrios, tremores, sudorese e dor de cabeça. Podem ocorrer ainda dor muscular, taquicardia e aumento do baço.

No Pará, a Secretaria de Saúde informa que lançou um plano emergencial contra a doença, o qual inclui repasse de insumos para exames, microscópios e treinamento.

Em Roraima, que registrou 14 mil casos em 2017, os números também têm tido aumento com a entrada de venezuelanos em busca de assistência.

Assim como o Brasil, a Venezuela tem registrado forte avanço da doença, com 319 mil casos de malária até novembro, segundo boletim da Opas (Organização Pan-Americana de Saúde). No fim de janeiro, a entidade lançou alerta a países das Américas para que intensifiquem a vigilância contra a malária.

"Como na Venezuela há pouca fonte de renda, as pessoas têm ido muito para garimpos [um dos locais onde há maior presença do mosquito vetor] e vindo para cá para obter os remédios", diz a coordenadora-geral de vigilância em saúde do estado, Daniela Campos. "Isso tem aumentado os casos importados."

Ela lembra que tratamento rápido e ações de controle do vetor são necessárias para evitar aumento na transmissão.

saiba mais? O que é a Malária?

Segundo o Ministério da Saúde, a malária é uma doença infecciosa febril aguda, causada por protozoários transmitidos pela fêmea infectada do mosquito *Anopheles*. Há cinco espécies de parasitas causadores da malária que infectam o homem: *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium malariae*, *Plasmodium ovale* e *Plasmodium knowlesi*, sendo que o mais violento deles é o *Plasmodium falciparum*.

Todas as cinco formas têm cura se forem tratadas em tempo oportuno e adequadamente, porém, se negligenciadas podem levar à morte. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2013, mais de 1 milhão de pessoas morreram em decorrência da doença, sendo mais de 70 mil na região Norte.

Em Manaus, a Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD) oferece o tratamento gratuito e trabalha diretamente no combate à malária, com pesquisas para controle e combate da doença.

Fonte: Ministério da Saúde

Sintomas da Malária

- Cérebro**
 - Dor de cabeça
- Sistêmico**
 - Febre
 - Falta de apetite
- Muscular**
 - Cansaço
 - Dor
- Costas**
 - Dor
- Pele**
 - Tremor
 - Suor
 - Palidez
- Respiratório**
 - Tosse Seca
- Fígado**
 - Inchaço
- Estômago**
 - Náusea
 - Vômito

Fonte: google.com.br

SARAMPO

Local de ocorrência: Roraima

Data da informação: 05/03/2018

Fonte da informação: portalamazonia.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Boletim informativo da situação da saúde em Roraima, relata que até o momento foram notificados 24 casos suspeitos, sendo 6 confirmados e 18 em investigação. Entre os casos suspeitos 4 são do município de Pacaraima.

O boletim informativo é elaborado semanalmente pela sala de situação das secretarias de saúde de estado, município de Boa Vista e Ministério da Saúde e contém as informações atualizadas da situação.

Para que haja um controle da doença na capital, o poder público vem trabalhando diversas ações. “Sabemos que esse é um momento delicado, mas precisamos nos unir para enfrentar toda essa situação que assola o nosso estado, contamos com o apoio de todos e eu continuo pedindo ajuda e medidas de controle do governo federal, em situações que dependem exclusivamente desse ente”, destaca a prefeita de Boa Vista Teresa Surita.

As ações de combate são realizadas diariamente pelas equipes de vigilância, entre elas os bloqueios e ações de intensificação vacinal nos abrigos e praças onde moram os venezuelanos e em pontos estratégicos do município. Uma sala de vacina foi instalada no posto da Polícia Federal, além da atualização do cartão de vacina das crianças em quatro creches de Boa Vista.

Esta semana, os biólogos que fazem parte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família se juntaram às equipes de vigilância para reforçar o monitoramento e ações de bloqueios. Nas ações de bloqueio e intensificação vacinal já foram administradas mais de 2 mil doses, até o momento.

Esta semana, foram conduzidas ao Hospital da Criança Santo Antônio, vindas do município de Pacaraima, três crianças com a saúde debilitada e com suspeita de sarampo. As amostras foram coletadas para análise e foram isoladas.

O hospital iniciou o tratamento para pneumonia e desnutrição grave. Na tarde da última quinta-feira (1/03), uma das crianças apresentou insuficiência respiratória e foi levada à Unidade de Tratamento Intensivo – UTI. Na manhã de sexta-feira (2/03), a criança infelizmente não resistiu.

O atestado de óbito aponta pneumonia, infecção generalizada e desnutrição grave. Ainda não é possível indicar a influência do sarampo sobre o óbito, visto que os resultados do exame sorológico ainda não foram liberados e o caso continua em investigação.

“É importante que fique claro, que essa criança estava com suspeita de sarampo, nós não recebemos os resultados de confirmação, de acordo com o atestado de óbito ela morreu de pneumonia, infecção generalizada e desnutrição grave”, explica a superintendente de vigilância em saúde, Francinete Rodrigues.

O município de Boa Vista vai realizar a campanha nacional contra o sarampo no próximo sábado, dia 10 e vai até o dia 10 de abril.

Durante toda a semana, a população poderá procurar uma unidade básica de saúde para tomar a vacina. A faixa etária é de seis meses a 49 anos. A meta é alcançar o maior número de pessoas possíveis, brasileiros e estrangeiros.

CONJUNTIVITE

Local de ocorrência: Mato Grosso do Sul

Data da informação: 06/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

Nas primeiras oito semanas do ano, 53 municípios notificaram casos de conjuntivite, o equivalente a 67% de cidades do Estado. Destes, 31 estão em situação de surto e 22 em alerta.

As informações são do Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e Vigilância Epidemiológica da SES (Secretaria de Estado de Saúde). Ao todo, Estado chega a ter registro de 4,1 mil casos da doença.

Os casos comparados abrangem todo o ano de 2017 e as primeiras semanas de 2018. Os municípios que tiveram aumento foram classificadas com surto. As cidades que permaneceram com o mesmo índice estão apenas em alerta. A cidade de Alcinoópolis, a 387 km de Campo Grande, por exemplo, já registrou sete casos em 2018, contra 26 casos durante todo o ano de 2017. Apesar da quantidade, a cidade está em alerta, porque a média casos por mês neste ano é 0,88, contra 0,50 no ano passado.

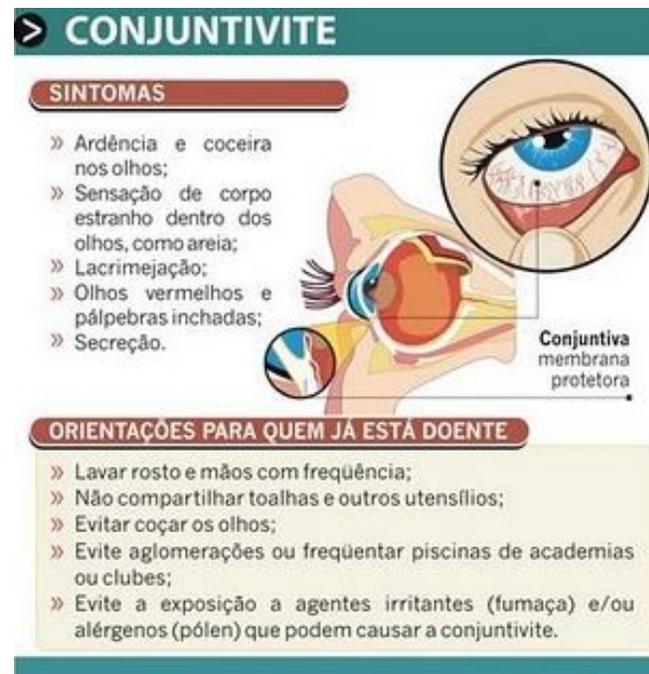
A SES esclarece que surto é avaliado a partir de dois casos no mesmo local, caso haja cinco notificações, a epidemia é confirmada. A secretaria definiu 31 cidades com surto da doença, a partir das casos, porque não há informações sobre o vínculos desses pacientes, ou seja, se os infectados estão no mesmo local.

Em Campo Grande, ainda conforme a SES, 1.140 foram diagnosticadas com a doença, nas primeiras oito semanas do ano. A quantidade deixa a Capital em alerta. Nos 12 meses de 2017, 7.470 casos foram registrados.

A secretaria estadual de saúde através da vigilância acompanha a situação dos agravos de notificação, dentre eles, a conjuntivite, que apresenta risco de infecção por *Haemophilus influenzae* sorotipo *aegyptius*, agente causador da Febre Purpúrica Brasileira.

A *aegyptius* não é diagnosticada em Mato Grosso do Sul há 20 anos. Ainda assim, o monitoramento do sorotipo é feito a partir da análise de secreção dos olhos, recolhida pelos médicos a cada 10 atendimentos. A Febre Purpúrica pode levar a morte, principalmente em crianças.

Surto em Corumbá - Com números relativamente altos, Corumbá chega aos 1200 casos somente em 2018. No ano passado, as notificações chegaram apenas a 162. Média de casos por mês para este ano é de 150,00 contra 3,12 no ano passado inteiro.



EDITORIA DE ARTE/EDER SOUZA
Fonte: google.com.br

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 01/03/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde atualizou na quinta-feira (1º/03) as informações repassadas pelas secretarias estaduais de saúde sobre a situação da febre amarela no país. No período de monitoramento (de 1º de julho/2017 a 28 de fevereiro de 2018), foram confirmados 723 casos de febre amarela no país, sendo que 237 vieram a óbito. Ao todo, foram notificados 2.867 casos suspeitos, sendo que 1.359 foram descartados e 785 permanecem em investigação, neste período. No ano passado, de julho de 2016 até 28 fevereiro de 2017, eram 576 casos confirmados e 184 óbitos confirmados. Os informes de febre amarela seguem, desde o ano passado, a sazonalidade da doença, que acontece, em sua maioria, no verão. Dessa forma, o período para a análise considera de 1º de julho a 30 de junho de cada ano.

Embora os casos do atual período de monitoramento tenham sido superiores à sazonalidade passada, o vírus da febre amarela hoje circula em regiões metropolitanas do país com maior contingente populacional, atingindo 32,3 milhões de pessoas que moram, inclusive, em áreas que nunca tiveram recomendação de vacina. Na sazonalidade passada, por exemplo, o surto atingiu uma população de 8 milhões de pessoas, muito menor que a atual.

Isso explica a incidência da doença neste período ser menor que no período passado. A incidência da doença no período de monitoramento 2017/2018, até 28 de fevereiro, é de 2,2 casos para 100 mil/habitantes. Já na sazonalidade passada, 2016/2017, a incidência foi de 7,1/100 mil habitantes, no mesmo período.

O Ministério da Saúde reforça a importância da vacinação da população dos estados do Rio de Janeiro, Bahia e São Paulo durante a campanha contra febre amarela. Dados preliminares dos três estados apontam que, até 27 de fevereiro, 5,5 milhões de pessoas foram vacinadas. O número corresponde a 23,2% do público-alvo previsto na campanha. A recomendação é que os estados continuem vacinando até atingir alta cobertura.

Para auxiliar os estados e municípios na realização da campanha, o Ministério da Saúde repassou aos estados no ano de 2018 até o momento, 20,2 milhões de doses da vacina. Para os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia foram enviados 15,7 milhões de doses para implementação da Campanha de Vacinação Contra a Febre Amarela. Foram 10,7 milhões para São Paulo, 4,7 milhões para o Rio de Janeiro e 300 mil para a Bahia.



Fonte: google.com.br

ANIMAIS PEÇONHENTOS

Local de ocorrência: São Paulo

Data da informação: 02/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

Os acidentes com animais peçonhentos são recorrentes em Votuporanga. Segundo dados a Secretaria Municipal de Saúde, nos dois primeiros meses do ano, pelo menos uma pessoa foi picada por dia. No total, 84 pessoas foram vítimas desses animais na cidade. Porém, o número é menor que o mesmo período do ano passado, quando foram registrados 97 acidentes com animais peçonhentos.

O campeão no ranking de registros é o escorpião. Neste anos, 77 pessoas foram picadas pelo animal. Outros quatro registros foram relacionados a aranhas e três a abelhas. Nenhum acidente com serpentes foi registrado.

Os bairros com mais ocorrências registradas foram São João, com oito; área rural, com sete; Pozzobon, com seis; Vila América, Estação e São Cosme com cinco.

De acordo com a Secretaria Municipal da Saúde, o calor e a umidade característicos do verão são fatores importantes que propiciam condições ambientais favoráveis para a reprodução de escorpiões. “A Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Setor de Controle de Endemias e Zoonoses (Secez), realiza as ações de prevenção periodicamente, e nesta época, intensifica as orientações junto à população. Manter os quintais e casas limpos e sem entulhos continua sendo a melhor maneira de evitar o aparecimento”, explicou.

A pasta orientou que, de acordo com o Manual de Controle de Escorpiões do Ministério da Saúde, a utilização de agentes químicos para dedetização é ineficaz.

“Isso se deve ao hábito dos escorpiões se abrigarem em frestas de paredes, embaixo de caixas, papelões e em locais onde muitas vezes o veneno não entra e não os atingem; somado a habilidade de sobrevivência que desenvolveram, permanecendo meses sem se movimentar e com seus estigmas pulmonares fechados por um longo período”, explicou.

O coordenador do Setor de Controle de Endemias e Zoonoses, o biólogo Nilton Santiago, afirmou que o manejo ambiental é a estratégia mais segura e eficaz para se evitar o surgimento dos animais. “O morador é responsável por manter sua casa limpa, organizada e em boas condições. Entulhos, materiais de construção, pedras e madeiras, constituem o ambiente ideal, com umidade e escuridão, propícios ao esconderijo dos escorpiões”, destacou.

Em casos de acidentes com escorpião:



O que fazer:

- Limpar o local com água e sabão; •Procurar orientação médica imediata mais próxima do local da ocorrência do acidente (UBS, posto de saúde, hospital de referência); •Se for possível, capturar o animal e levá-lo.

O que não fazer:

- Não amarrar ou fazer torniquete; •Não aplicar nenhuma substância sobre o local; •Não fazer curativos que fechem o local; •Não cortar, perfurar ou queimar o local; •Não dar bebidas alcoólicas ao acidentado.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 05/03/2018
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 09 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 03/03/2018.

A positividade para influenza, outros vírus respiratórios e outros agentes etiológicos entre as amostras processadas em unidades sentinelas foi de 16,4% (293/1.789) para SG e de 17,9% (22/123) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 9,9% (75/757) 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, 5,5% (9/164) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H3N2).



GRIPE PODE SER EVITADA COM MEDIDAS SIMPLES DE HIGIENIZAÇÃO

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

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 05/03/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

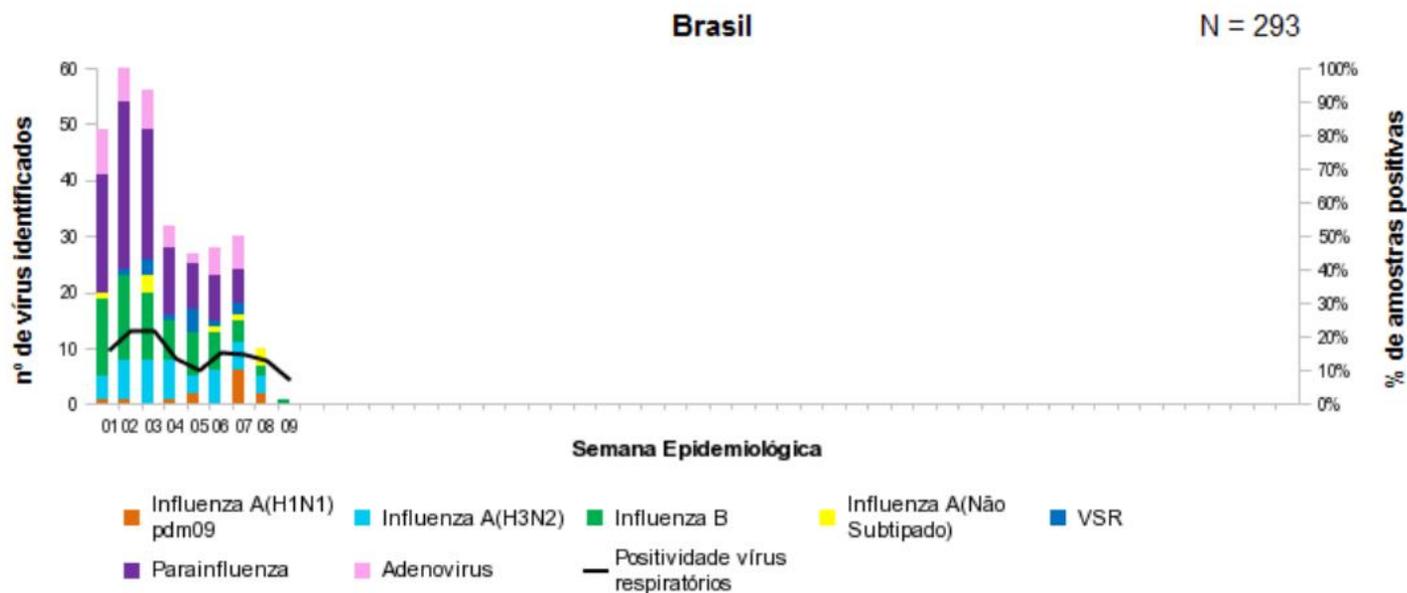
SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 09 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 3.292 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 1.789 (54,3%) foram processadas e 16,4% (293/1.789) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 135 (46,1%) foram positivos para influenza e 158 (53,9%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 13 (9,6%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 70 (51,9%) de influenza B, 9 (6,7%) de influenza A não subtipado e 43 (31,9%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 108 (68,4%) de Parainfluenza (Figura1).

As regiões Sudeste e Sul apresenta a maior quantidade de amostras positivas, com destaque para a maior circulação de Parainfluenza e Influenza B. Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste destaca-se a circulação do vírus Parainfluenza e Influenza A(H1N1). Na região Norte predomina a circulação de Parainfluenza e Influenza A(H3N2), (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 e Adenovírus.

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 09.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 5/3/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 05/03/2018

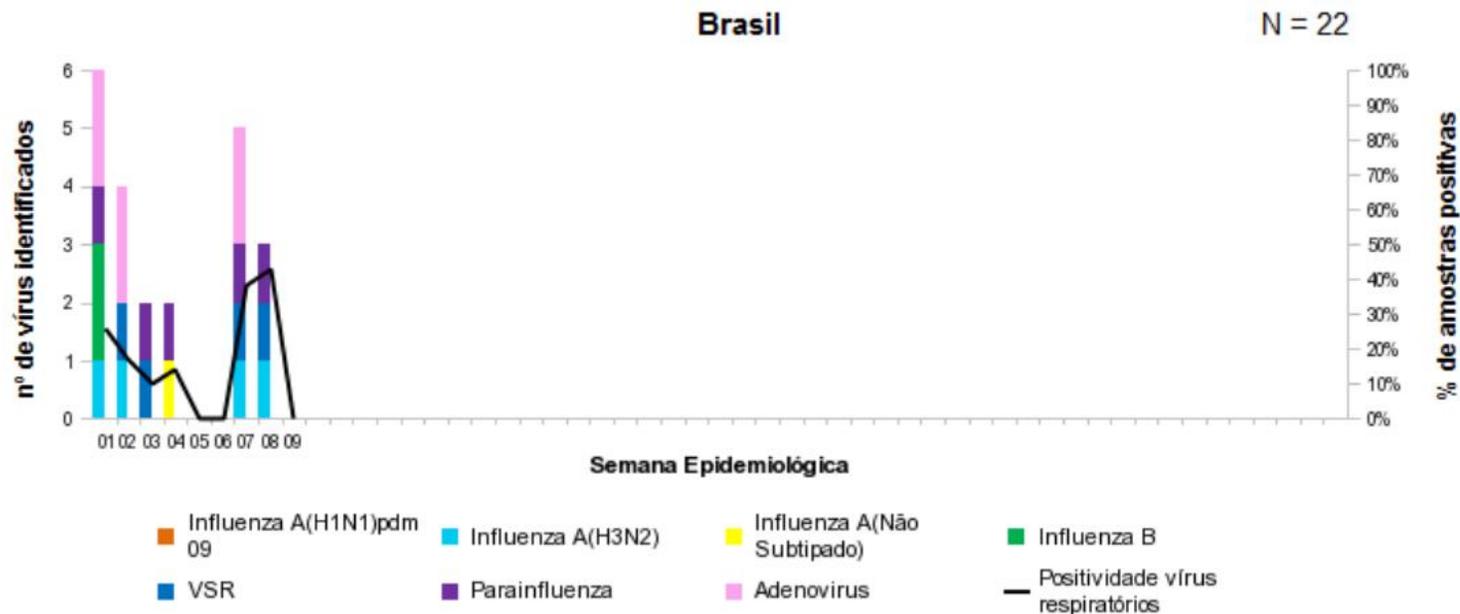
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 204 coletas, sendo 123 (60,3%) processadas. Dentre estas, 22 (17,9%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 7 (31,8%) para influenza e 15 (68,2%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 0 (0,0%) para influenza A(H1N1)pdm09, 1 (14,3%) para influenza A não subtipado, 2 (28,6%) para influenza B e 4 (57,1%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 6 (40,0%) 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 09.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 5/3/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 05/03/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 09 de 2018 foram notificados 1.164 casos de SRAG, sendo 757 (65,0%) com amostra processada. Destas, 9,9% (75/757) foram classificadas como SRAG por influenza e 14,3% (108/757) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 9 (12,0%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 12 (16,0%) influenza A não subtipado, 27 (36,0%) influenza B e 27 (36,0%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 36 anos, variando de 0 a 91 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região Sudeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 62,7% (47/75).

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 09.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 5/3/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 05/03/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 09 de 2018 foram notificados 164 óbitos por SRAG, o que corresponde a 14,1% (164/1.164) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 9 (5,5%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 1 (11,1%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 1 (11,1%) influenza A não subtipado, 3 (33,3%) por influenza B e 4 (44,4%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 33,3 (3/9), em relação ao país (Anexo 4).

Figura 4. Distribuição dos óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 09.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 5/3/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 05/03/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 72 anos, variando de 21 a 91 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,01/100.000 habitantes. Dos nove indivíduos que foram a óbito por influenza, 5 (55,6%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, tendo este sido, Adultos \geq 60 anos, Pneumopatas, Cardiopatas e Diabéticos. Além disso, 6 (66,7%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 1 a 6 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento nas primeiras 48 horas.

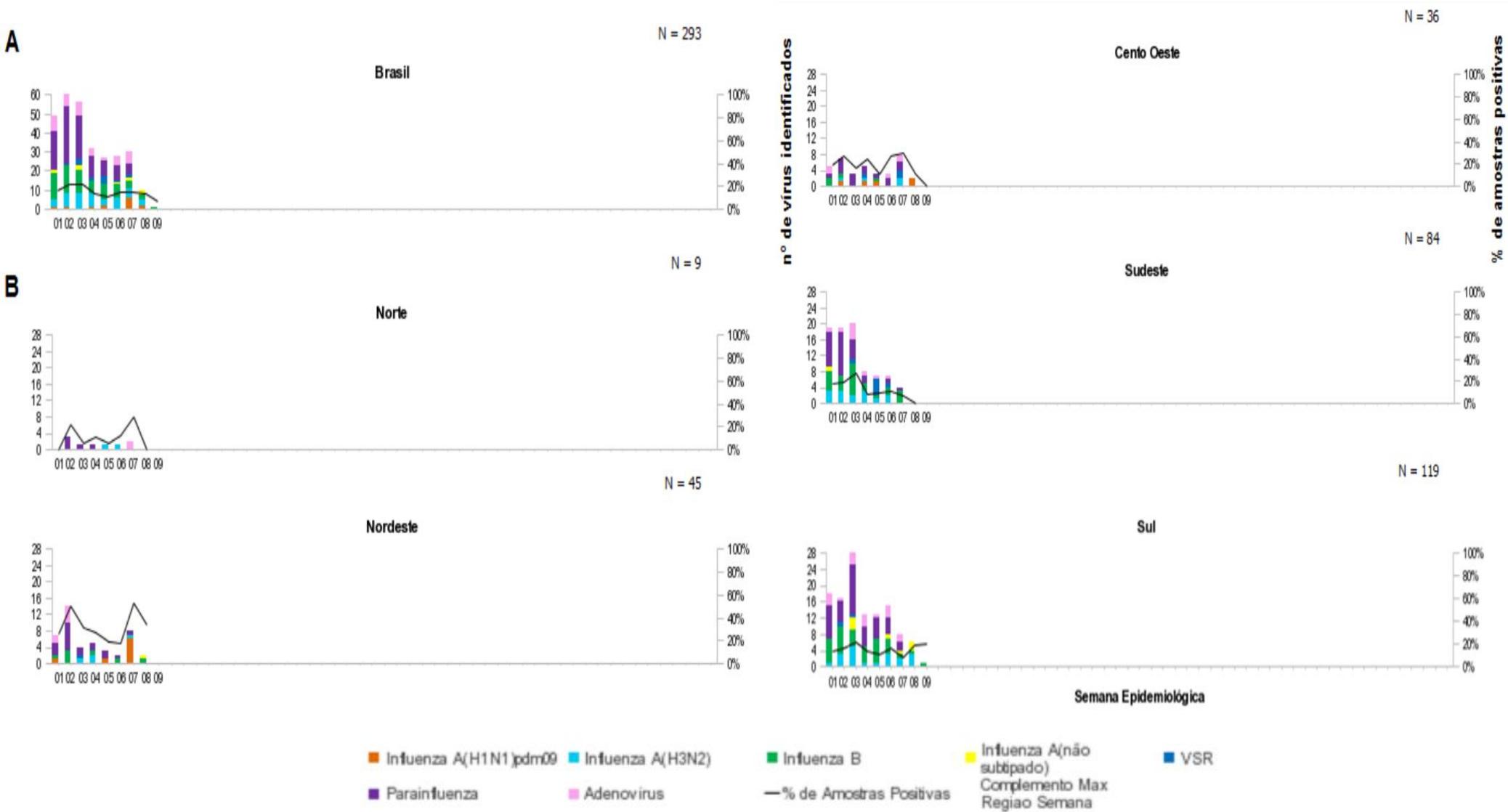
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 09.

Óbitos por Influenza (N = 9)	n	%
Com Fatores de Risco	5	55,6%
Adultos \geq 60 anos	5	100,0%
Doença cardiovascular crônica	3	60,0%
Pneumopatas crônicas	4	80,0%
Diabete mellitus	2	40,0%
Obesidade		0,0%
Doença Neurológica crônica	1	20,0%
Doença Renal Crônica		0,0%
Imunodeficiência/Imunodepressão	1	20,0%
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	6	66,7%

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 5/3/2018, 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 09.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 5/3/2018, 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 09.

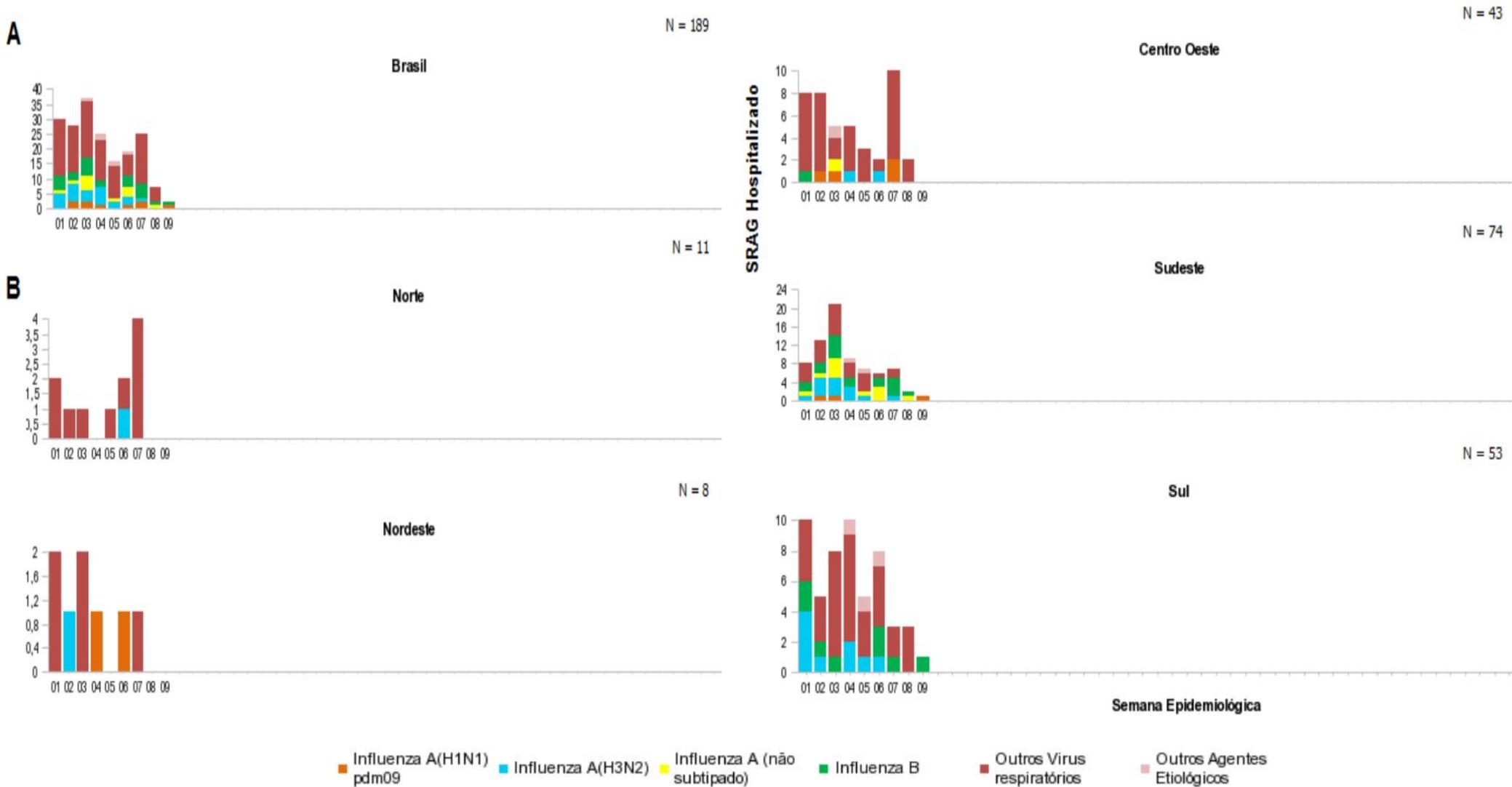
REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza										SRAG por outro vírus respiratório		SRAG por outro agente Etiológico		SRAG não Especificado		Em Investigação	
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtípado)		Influenza B		Total Influenza		Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos										
NORTE	115	9	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	10	0	0	0	63	9	41	0
RONDÔNIA	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	1	0
ACRE	22	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	18	0
AMAZONAS	34	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	7	0	0	0	18	1	8	0
PARÁ	50	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	33	4	14	0
TOCANTINS	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0
NORDESTE	163	11	2	1	1	1	0	0	0	0	3	2	5	0	0	0	71	7	84	2
MARANHÃO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
PIAUI	14	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	8	1	4	1
CEARÁ	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	3	0
RIO GRANDE DO NORTE	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	1	3	0
PARÁIBA	15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	1
PERNAMBUCO	88	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	39	3	47	0
ALAGOAS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
SERGIPE	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
BAHIA	21	4	2	1	1	1	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	9	2	9	0
SUDESTE	463	72	3	0	14	1	11	1	18	3	46	5	26	3	2	0	241	56	148	8
MINAS GERAIS	98	12	0	0	3	0	0	0	2	0	5	0	8	0	1	0	54	11	30	1
ESPIRITO SANTO	19	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	8	0	10	0
RIO DE JANEIRO	39	8	1	0	2	1	1	0	5	1	9	2	6	2	0	0	9	3	15	1
SÃO PAULO	307	52	2	0	8	0	10	1	11	2	31	3	12	1	1	0	170	42	93	6
SUL	312	54	0	0	9	2	0	0	8	0	17	2	33	3	3	1	207	45	52	3
PARANÁ	191	33	0	0	4	1	0	0	4	0	8	1	27	1	2	1	105	27	49	3
SANTA CATARINA	24	6	0	0	3	1	0	0	2	0	5	1	4	2	0	0	13	3	2	0
RIO GRANDE DO SUL	97	15	0	0	2	0	0	0	2	0	4	0	2	0	1	0	89	15	1	0
CENTRO OESTE	111	18	4	0	2	0	1	0	1	0	8	0	34	3	1	0	46	11	22	4
MATO GROSSO DO SUL	15	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	11	2	3	0
MATO GROSSO	7	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	4	2
GOIÁS	47	11	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0	16	3	0	0	17	6	10	2
DISTRITO FEDERAL	42	2	0	0	2	0	1	0	0	0	3	0	17	0	1	0	16	2	5	0
BRASIL	1.164	164	9	1	27	4	12	1	27	3	75	9	108	9	6	1	628	128	347	17
Outro País	Nenhum dado retornado para esta exibição. Isso pode ter acontecido porque o filtro aplicado exclui todos os dados.																			
TOTAL	1.164	164	9	1	27	4	12	1	27	3	75	9	108	9	6	1	628	128	347	17

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 5/3/2018, 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 09.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 5/3/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 05/03/2018

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 09/2018

(25/02/2018 a 03/03/2018)

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

HANTAVIROSE

Local de ocorrência: Argentina

Data da informação: 26/02/2018

Fonte da informação: infocielo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Uma mulher morreu em Buenos Aires, General La Madrid, confirmando ser um caso de hantavírus, conforme informado pelo município. O caso é adicionado a outros 17 divulgados pelo Ministério da Saúde, apesar do fato de que, no portfólio de saúde, não há surto.

O paciente falecido foi internado várias semanas durante o qual foram realizadas investigações que determinaram que era um caso de hantavírus. Na verdade, a Província indicou que a localização estava dentro da "zona endêmica". Além de La Madrid, havia casos em Florencio Varela.

De acordo com o Ministério da Saúde, as estatísticas mostram um aumento de 10 casos em relação a 2017, o que é atribuído a questões sazonais. "Rejeitamos risco epidêmico ou epidemiológico", disse Telam a essa agência.

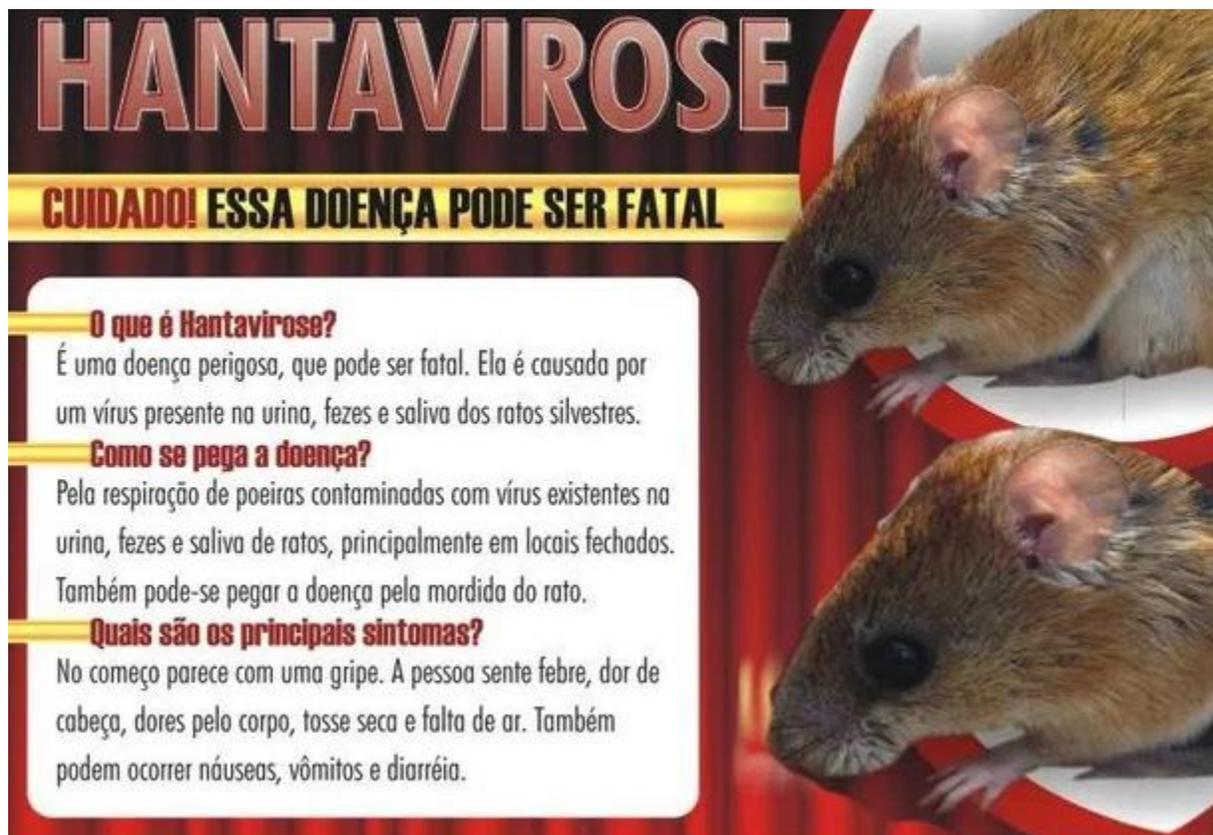
Eles também declararam que a Província enfrentou uma operação de vigilância e recomendou tomar medidas preventivas para evitar a presença do chamado "mouse colilargo".

Para isso, eles sugeriram a cobertura de furos nas portas, paredes e tubulações, mantendo a higiene com água e água sanitária, colocando jardins e lenha a mais de 30 metros das casas e cortando grama e ervas daninhas até um raio de 30 metros em torno da casa.

Também ventilar as casas que estavam fechadas, antes de entrar. Cobrir a boca e o nariz com lenço úmido antes de entrar e limpar (pisos, mesas, gavetas e armários) com uma parte de água sanitária a cada dez de água.

Em acampamentos, retirar matos e entulhos ao redor, não durma diretamente no chão e consome água potável.

E estar atento a sintomas como febre, decadência, dores de cabeça, dor de cabeça, tosse e vômitos.



HANTAVIROSE

CUIDADO! ESSA DOENÇA PODE SER FATAL

O que é Hantavirose?
É uma doença perigosa, que pode ser fatal. Ela é causada por um vírus presente na urina, fezes e saliva dos ratos silvestres.

Como se pega a doença?
Pela respiração de poeiras contaminadas com vírus existentes na urina, fezes e saliva de ratos, principalmente em locais fechados. Também pode-se pegar a doença pela mordida do rato.

Quais são os principais sintomas?
No começo parece com uma gripe. A pessoa sente febre, dor de cabeça, dores pelo corpo, tosse seca e falta de ar. Também podem ocorrer náuseas, vômitos e diarreia.

DROGAS

Local de ocorrência: Estados Unidos

Data da informação: 01/03/2018

Fonte da informação: saude.ig.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A taxa de mortes causadas por overdose, principalmente as provocadas por opioides sintéticos, em países da América do Norte atingiu "nível histórico", segundo o último relatório que avaliou a situação das drogas no mundo, publicado pela Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (Jife) na quinta-feira (1/03).

Só em 2016 foram 64 mil mortes por overdose nos EUA, superando os índices por arma de fogo e acidentes de trânsito no país. A tendência aumentou 36% em relação a 2014, quando o número era de 47.055 óbitos. Das mortes causadas por overdose em 2016, estima-se que mais de um terço estejam relacionadas ao fentanil e seus análogos.

"Os países da América do Norte, em particular os Estados Unidos e o Canadá, seguem enfrentando uma mortífera epidemia de opioides impulsionada pela crescente disponibilidade de drogas de venda popular e adulteradas com fentanil", informou a organização da ONU.

Os opiáceos têm sua origem no ópio, substância que se relaciona a receptores naturais do cérebro e diminuem a tensão, ansiedade e dor. Eles podem ser divididos em três categorias, de acordo com o Centro de Controle de Doenças americano (CDC): naturais e semissintéticos, heroína e opiáceos sintéticos.

Na década de 1960, o fentanil, um opiáceo sintético, foi criado em laboratório e tem se tornado o responsável por milhares de mortes nos EUA. Ele pode ser vendido legal e ilegalmente, consumido via injeções ou pílulas. O fentanil era a base do analgésico que levou à morte por overdose o cantor Prince, em abril de 2016.

Uma das principais características da droga, e que colabora para que seu consumo aumente cada vez mais, é que ela pode ser dezenas de vezes mais forte do que a heroína, e ainda é uma alternativa mais barata e mais forte.

A crise está concentrada, em maior parte, nos EUA, mas outros países também estão sendo afetados pela epidemia. Canadá, Austrália, Reino Unido e outras nações europeias também já apontam casos alarmantes da prática.

A Jife chama a atenção das autoridades desses países para que tomem providências urgentemente em relação ao consumo das drogas por meio da aprovação de novas estratégias, medidas e leis de combate.

"Nos Estados Unidos, o número de casos de morte por overdose em que se certificou que a cocaína tinha sido a causa do falecimento, com ou sem a presença de opioides, aumentou em mais de 50% de 2015 a 2016", aponta a Jife. Em 2017 o governo americano declarou uma emergência nacional de saúde pública.

Com relação ao cannabis, o relatório fala dos processos de legalização aprovados em vários estados dos Estados Unidos e insiste que isso contraria a atual norma internacional. A Jife indica que, segundo os dados de pesquisas nacionais, a legalização do uso do cannabis com finalidades médicas teria acarretado o aumento do consumo de maconha ilícita e dos transtornos relacionados ao consumo dessa planta.

Ao mesmo tempo, indica que "a discriminação do cannabis parece ter levado grupos de criminosos a focarem na fabricação e no tráfico de outras drogas ilícitas, como a heroína".

O relatório também aponta que a disponibilidade e o consumo de cocaína parecem aumentar na América do Norte.

HEPATITE A



Local de ocorrência: Dinamarca

Data da informação: 02/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

Até 2 de março de 2018, 24 casos de hepatite A foram notificados na Dinamarca (23) e da Noruega (1) como resultado de um surto, possivelmente relacionado a uma fonte comum de infecção.

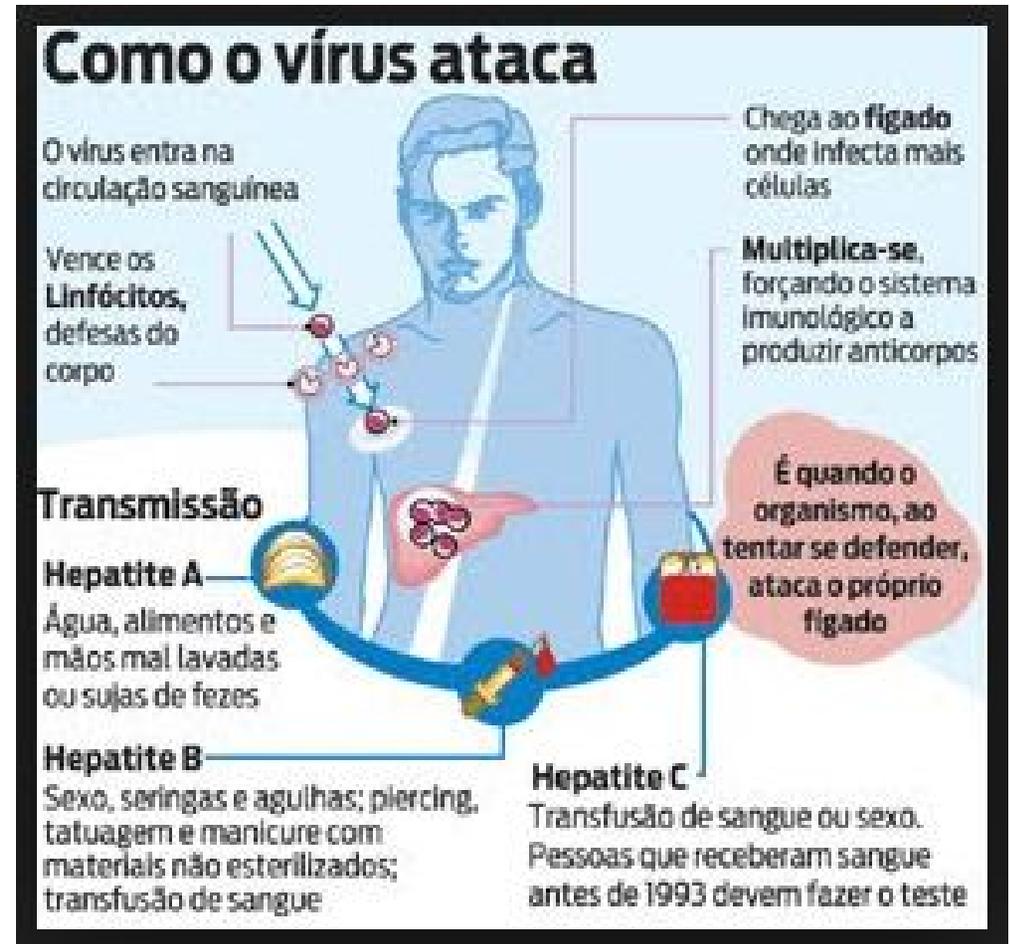
Em 1º de fevereiro de 2018, a Dinamarca informou uma investigação em curso sobre um surto de origem doméstica de infecções de hepatite A adquiridas. Até 26 de fevereiro de 2018, 23 casos com início da doença de 22 de dezembro de 2017 a 3 de fevereiro de 2018 foram associados a este surto em todo o país. Entre os casos, 12 eram mulheres e 11 homens, 15 a 85 anos de idade. A maioria dos casos foi hospitalizada. Com base em resultados de entrevistas, investigações caso a caso e um estudo caso controle, um possível veículo de infecção foi identificado.

No período de 2012-2016, entre 12.500 e 14.100 casos confirmados de hepatite A foram notificados anualmente por 30 países.

A Romênia representou 35% dos casos, e a Bulgária reportou 15% adicionais. Os casos foram relatados em toda as idades, com maior proporção em crianças de 5 a 14 anos de idade (36%), seguidas de 25-44 anos de idade (21%). Casos masculinos eram mais frequentes do que os casos femininos, particularmente nos grupos etários 15-24 e 25-44 (58%). A maioria (89%) das infecções foram relatadas como adquirido internamente. Entre os casos associados a viagens, o Egito, Marrocos e Turquia foram os destinos mais comuns.

A Dinamarca está vivendo um surto de hepatite A. As entrevistas, as investigações caso a caso e um estudo de caso controle indicam um veículo comum provável de infecção. As ações tomadas pelas autoridades competentes são susceptíveis de reduzir significativamente o risco de infecções humanas. No entanto, novos casos podem ser detectados devido ao longo período de incubação (15-50 dias) e a longa vida útil de potencial veículo de infecção.

O ECDC está monitorando este evento através do EPIS FWD.



Fonte: google.com.br

INFLUENZA A (H7N9)



Local de ocorrência: China

Data da informação: 27/02/2018

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 e até 27 de fevereiro de 2018, foram relatados 1.567 casos, 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 três casos até 27 de fevereiro de 2018. Durante a quinta onda, 28 casos humanos com vírus da gripe aviária altamente patogênica (HPAI) A (H7N9) foram relatados na China.

Os 1.567 casos foram reportados de Zhejiang (310), Guangdong (259), 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),

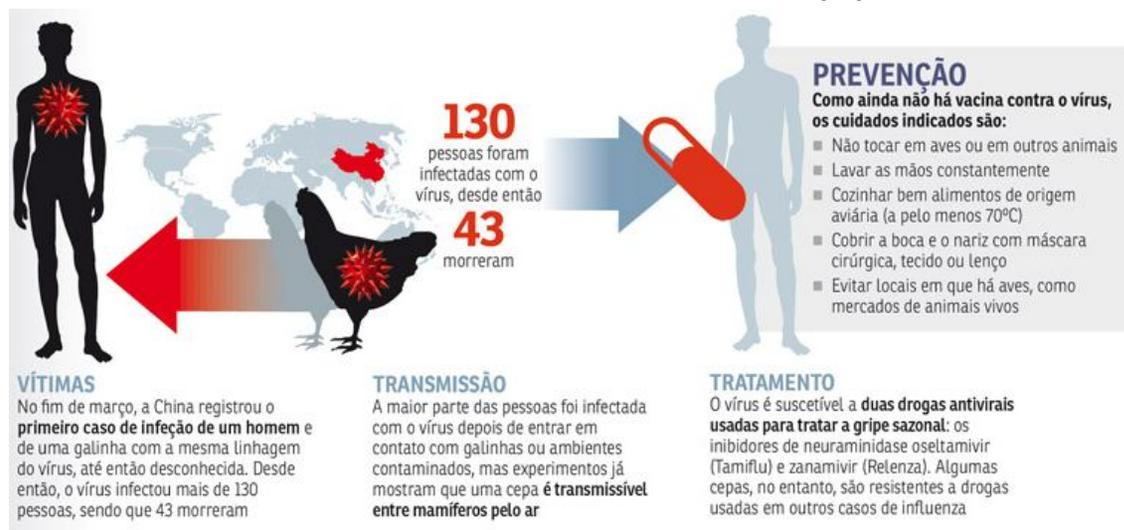
Jilin (3), Tibet (3), Shanxi (3), Mongólia Interior (2) e Macau (2). Três casos importados foram reportados no Canadá (2) e Malásia (1).

Com base no padrão sazonal dos vírus da gripe aviária A (H7N9), esperam-se mais casos humanos como a atividade de gripe aumenta durante os meses de inverno. Durante as temporadas anteriores, o número de casos humanos atingiu o pico em janeiro. Durante todo o mês de janeiro de 2018, um caso foi identificado, isso pode indicar uma mudança no padrão de doença.

A possibilidade de pessoas infectadas com influenza A (H7N9) retornar à UE / EEE não pode ser excluída. No entanto, o risco da propagação de doenças na Europa através dos seres humanos ainda é considerada baixa, uma vez que não há evidência de transmissão de humano a humano.



Fonte: google.com.br



Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Europa

Data da informação: 02/03/2018

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



COMENTÁRIOS:

Os casos de gripe continuam em vários países da Europa.

Em geral, 49% dos indivíduos que colheram amostras na área de cuidados de saúde primários testaram positivo para o vírus influenza, uma pequena diminuição em comparação com a semana anterior (51%).

Ambos os tipos A e B do vírus influenza co-circulam, com uma maior proporção de vírus tipo B. Diferenças nas proporções dos tipos de vírus da gripe circulante e os subtipos A foram observados entre os países.

A maioria dos casos graves admitidos em hospitais eram adultos infectados por vírus da gripe tipo B. A maioria dos casos graves admitidos na UTI eram adultos infectados principalmente por vírus da gripe tipo A.

Com base nos dados fornecidos por 20 países da União Europeia, o excesso de mortalidade por todas as causas aumentou significativamente ao longo dos últimos meses na região sul ocidental da região europeia, mas vem diminuindo em alguns países.

Em 21 de fevereiro de 2018, a OMS publicou recomendações de vacinas contra a gripe para a temporada 2018-2019 no hemisfério norte.

A gripe atingiu o pico nas partes ocidentais da Europa e está aumentando nas partes orientais da Europa, pressionando os sistemas de saúde e criando uma atenção significativa da mídia. O aumento da mortalidade no inverno está sendo relatado em vários países, especialmente após circulação A (H3N2). Programas de vacinação dirigidos aos idosos, pessoas com doenças crônicas e aos profissionais de saúde devem ser continuados e intensificados em países que não atingiram o pico sazonal. Tratamento antiviral deve

ser orientado para pessoas com alto risco de complicações da gripe, como pessoas com doenças respiratórias ou cardiovasculares crônicas subjacentes e para pessoas com sintomas graves.

A profilaxia deve ser considerada durante as fases iniciais de surtos em ambientes fechados, como lares de idosos. As medidas de distanciamento também são indicadas para proporcionar proteção as crianças, aos idosos e as pessoas com a saúde debilitada.

O ECDC monitora a atividade de gripe na Europa durante a temporada de inverno e as avaliações de risco para a temporada estão disponíveis no site da ECDC.



Fonte: google.com.br

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 28/02/2018

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, não foram relatados novos casos de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) na semana passada. O número total de casos WPV1 oficialmente reportados no Afeganistão em 2018 permanece três.

No Paquistão, não foram relatados novos casos de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) na semana passada. O número total de casos WPV1 oficialmente notificados 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 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 ou 2018.

Na República Democrática do Congo (RD Congo), não foram relatados novos casos de poliovírus circulante tipo derivado de vacina tipo 2 (cVDPV2) nesta semana. O número total de casos de cVDPV2 notificados oficialmente na RDC em 2017 continua 21. Não há casos relatados em 2018.

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

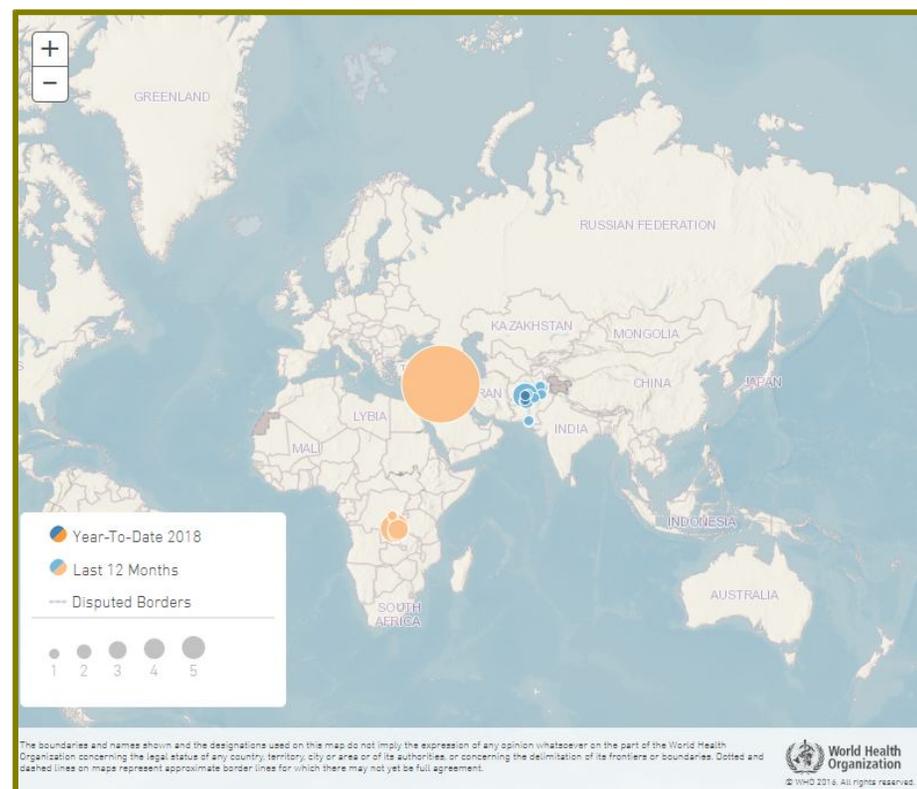
Total cases	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	2	0	3	0	22	95
- in endemic countries	2	0	3	0	22	0
- in non-endemic countries	0	0	0	0	0	95

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

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS

Countries	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afeganistão	2	0	2	0	14	0	05/Jan/18	NA
Paquistão	0	0	1	0	8	0	14/Nov/17	NA
República Democrática do Congo	0	0	0	0	0	21	NA	02/Dec/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/>

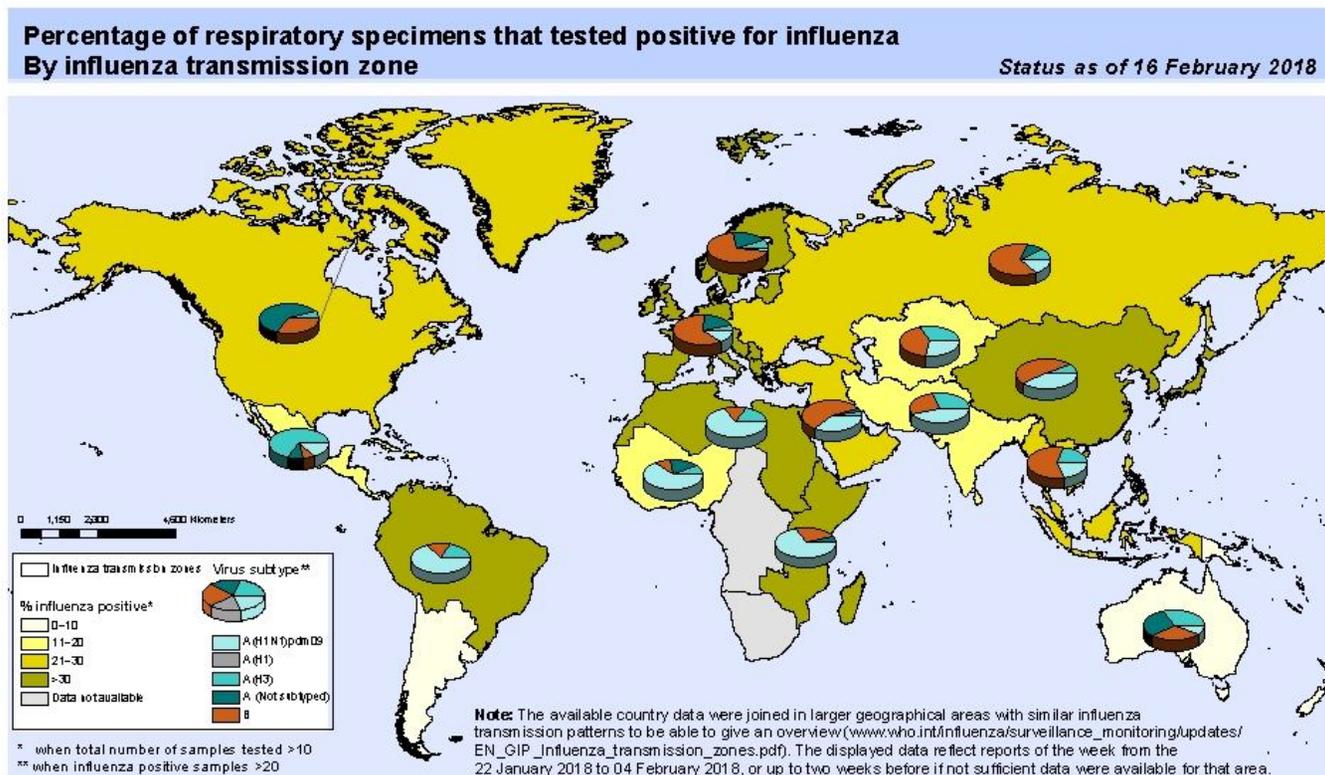
INFLUENZA



Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 19/02/2018
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde – OMS

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

A atividade da gripe manteve-se elevada na zona temperada do hemisfério norte, enquanto que na zona temperada da atividade do hemisfério sul estava em níveis inter-sazonais. Em todo o mundo, a gripe A representou a maioria das deteções da gripe, mas a gripe B (principalmente da linhagem Yamagata) aumentou nas últimas semanas. Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de gripe de 104 países, áreas ou territórios relataram dados à FluNet no período de 22 de janeiro de 2018 a 04 de fevereiro de 2018 (dados de 2018-02-16 04:33:50 UTC). Os laboratórios WHO GISRS testaram mais de 302.596 espécimes durante esse período, 98.068 foram positivos para o vírus da gripe, dos quais 54.142 (55,2%) foram identificados como influenza A e 43.926 (44,8%) como influenza B. Dos vírus subtipados da gripe A, 10.290 (58%) eram influenza A (H1N1) pdm09 e 7.441 (42%) foram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 7.553 (92,5%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 615 (7,5%) à linhagem B-Victoria.



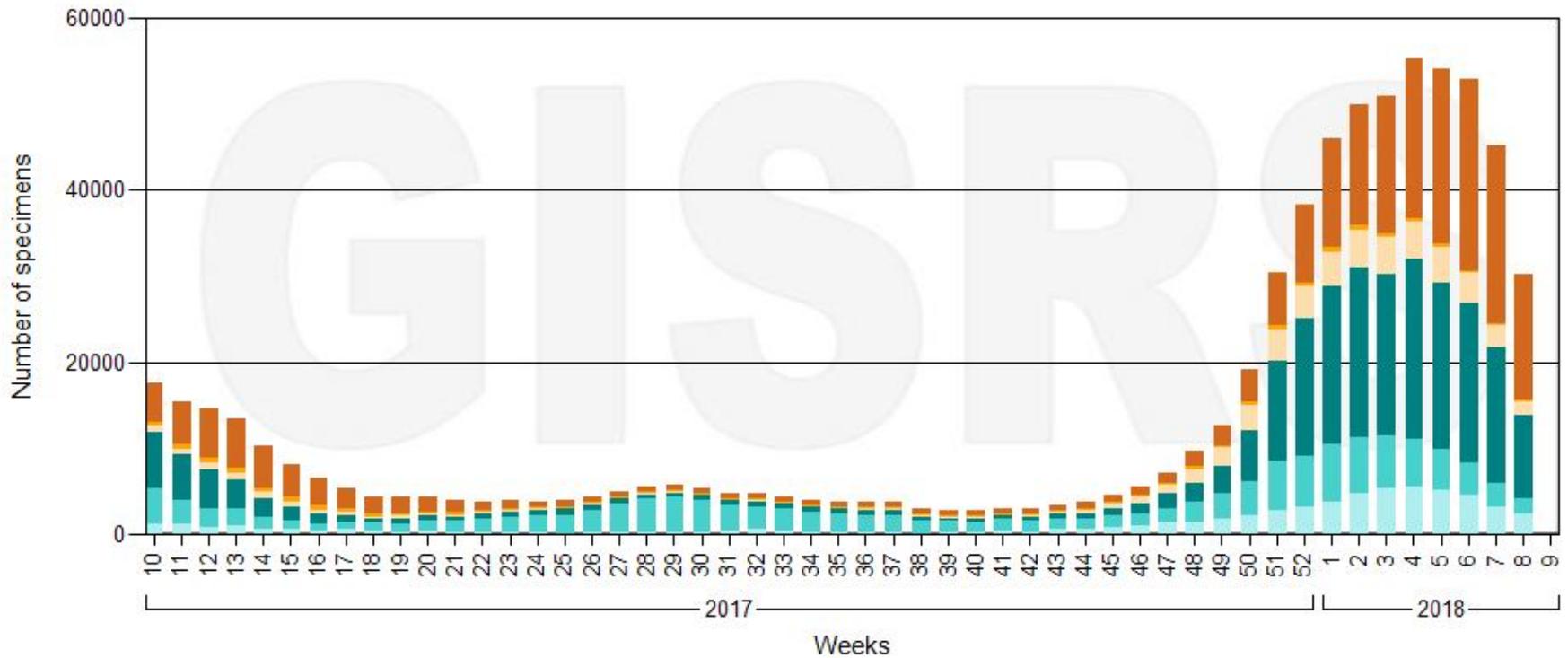
The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers 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)

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



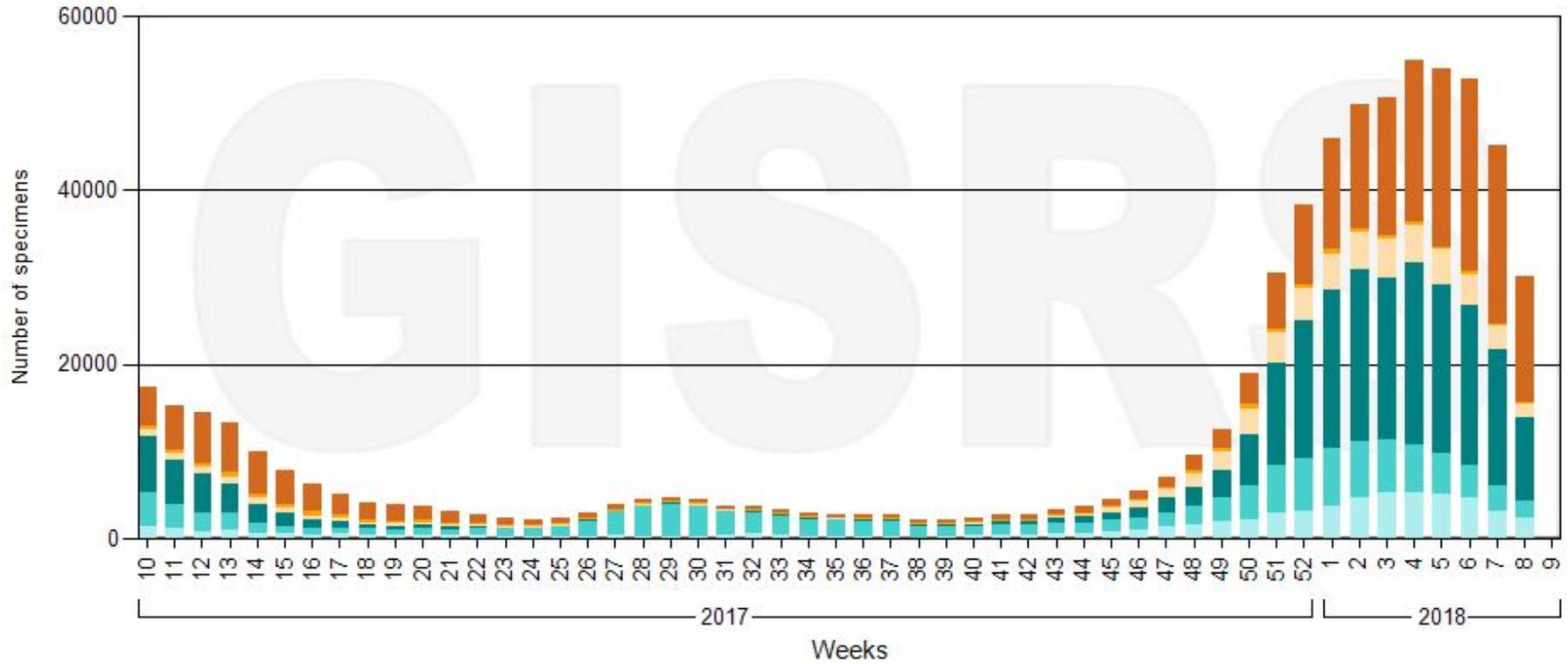
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 05/03/2018 14:21:54 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

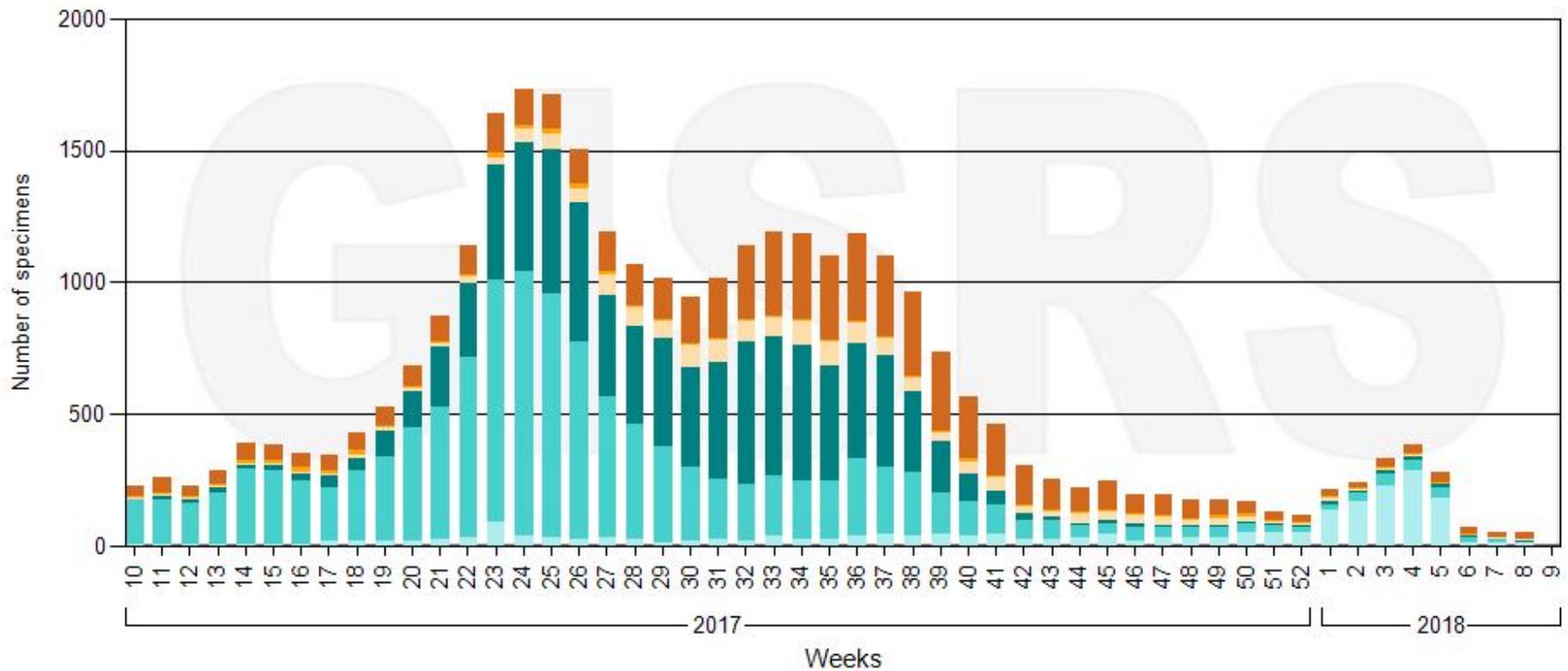
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 05/03/2018 14:23:11 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype

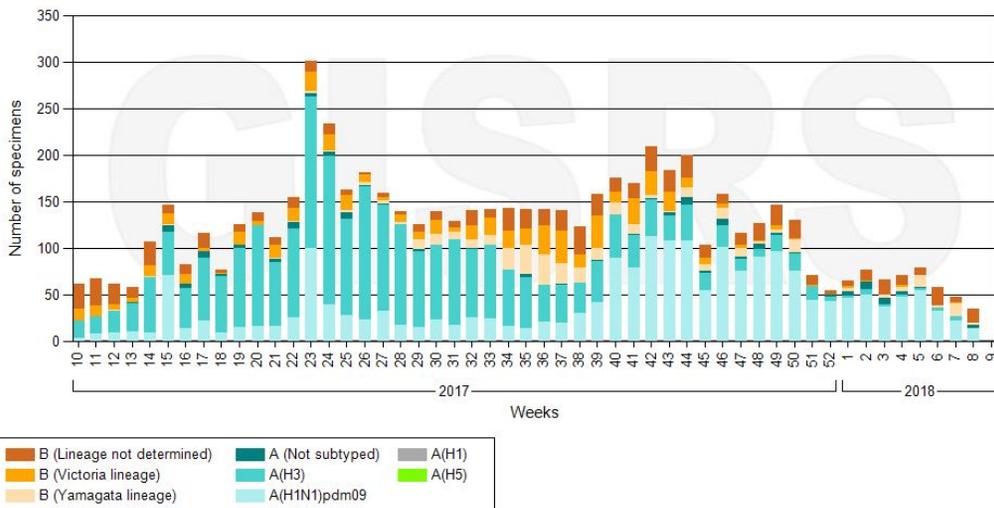


Data source: FluNet (www.who.int/fluNet), GISRS

© World Health Organization 2018

African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

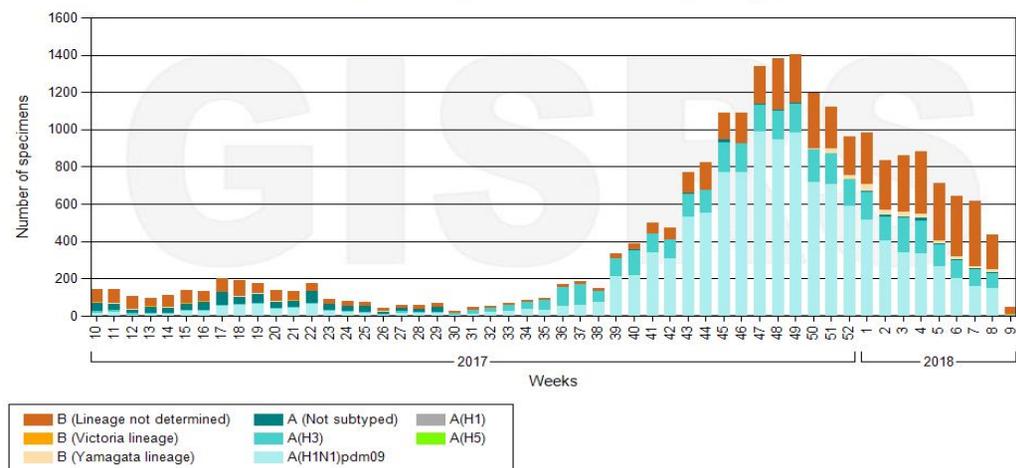


Data source: FluNet (www.who.int/flu/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

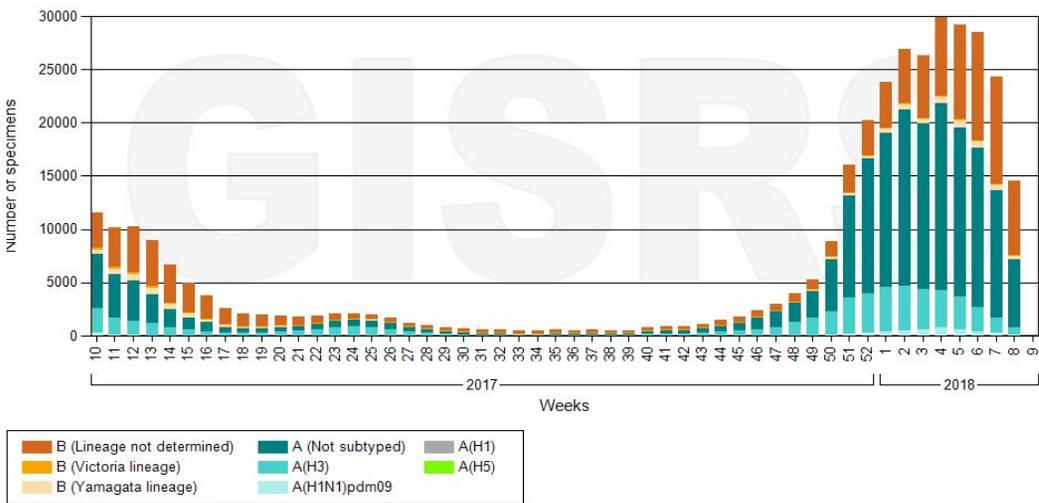


Data source: FluNet (www.who.int/flu/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

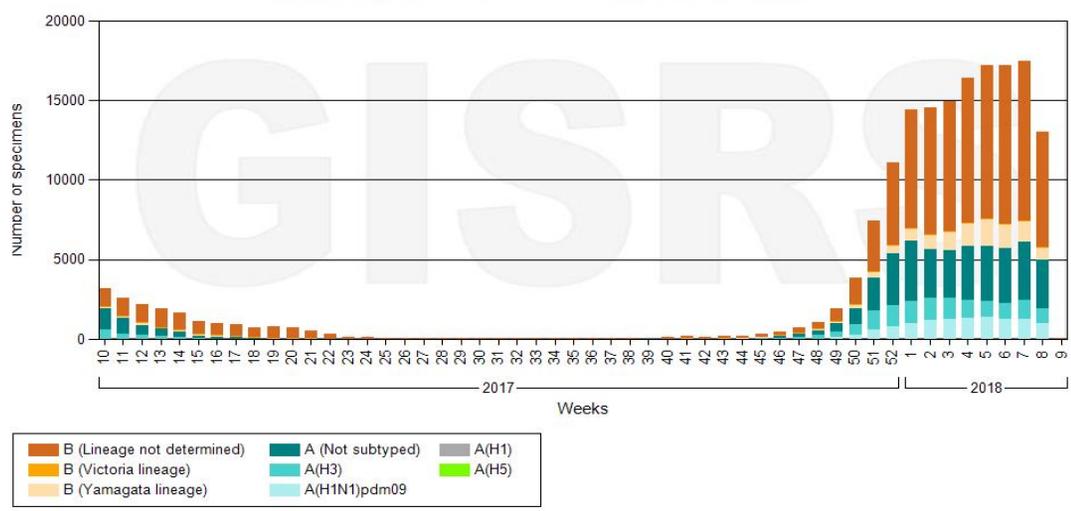


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



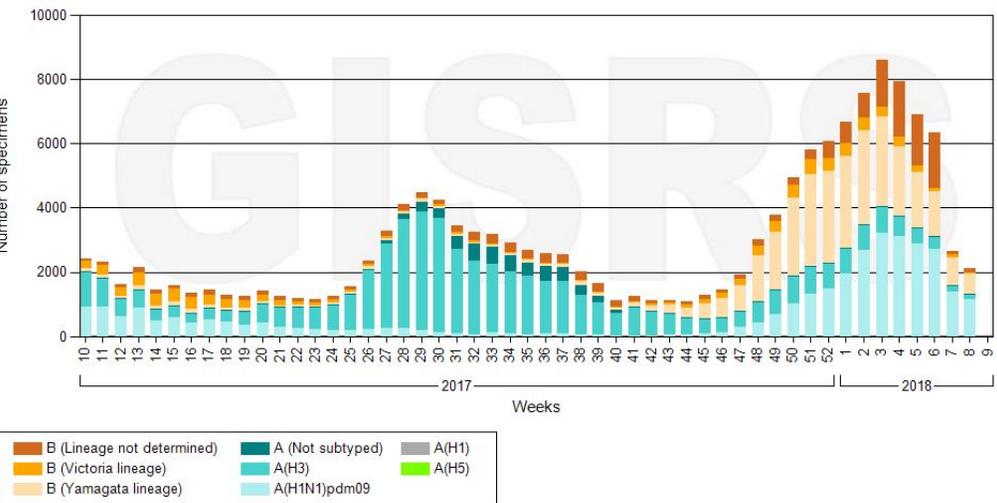
Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018



Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

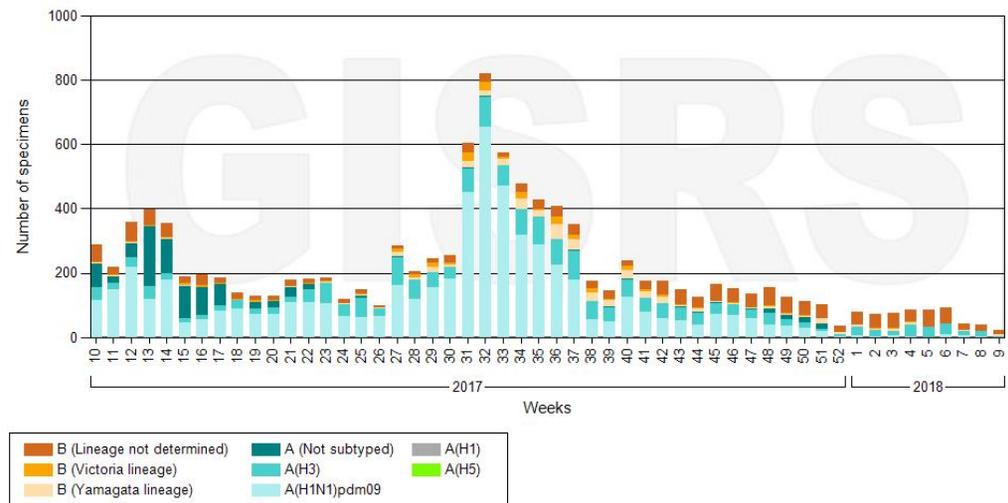


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© 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>