



INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 13 e 14/2018
(25/03/2018 a 07/04/2018)

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 13 e 14/2018

(25/03/2018 a 07/04/2018)

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

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 10/04/2018

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

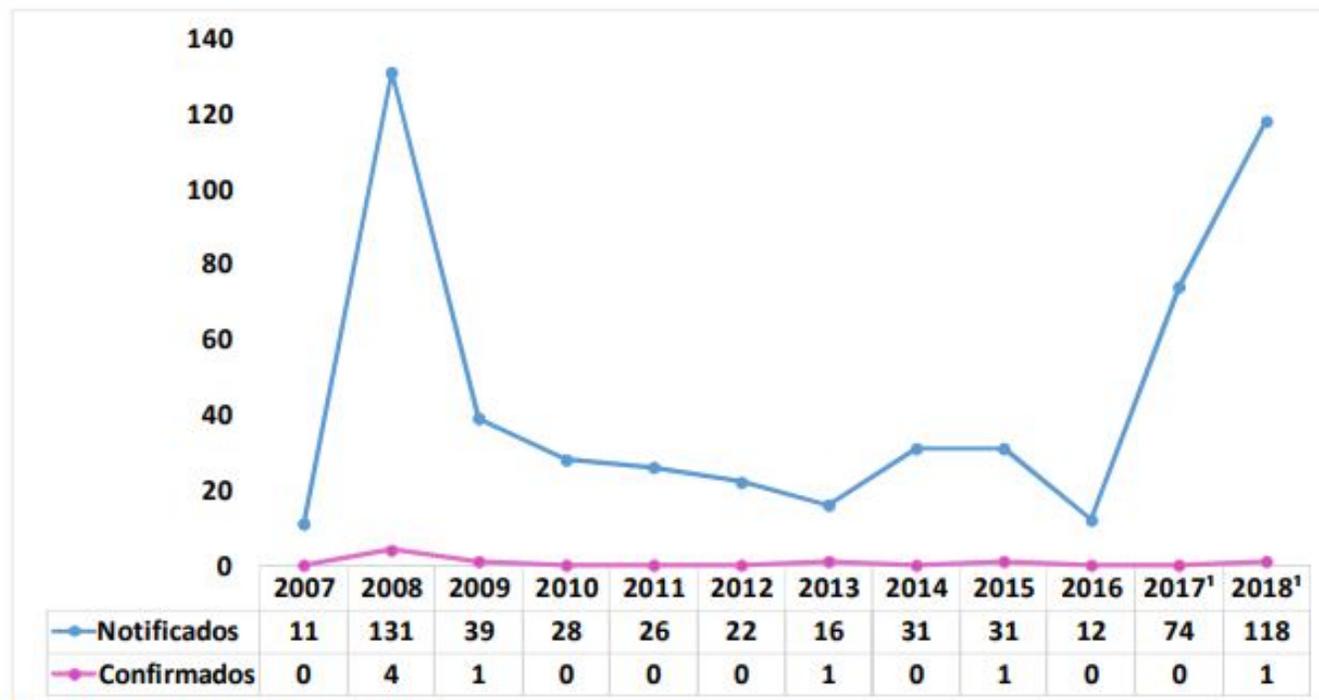
COMENTÁRIOS:

A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná divulgou o boletim nº04/2018 sobre a situação epidemiológica da febre amarela (FA), vigilância de epizootias de Primatas Não Humanos – PNH (macacos), com dados do período de 01 de julho/2017 a jun/2018, conforme sazonalidade da doença padronizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

A vigilância de casos humanos é feita por meio da notificação de casos com sinais e sintomas compatíveis com FA. Todo caso suspeito deve ser imediatamente comunicado por telefone ou e-mail às autoridades de saúde em até 24 horas. No período de 01 de julho/2017 a 09 de abril/2018, foram notificados 118 casos suspeitos de febre amarela no Paraná, dos quais 01 foi confirmado por critério laboratorial, 91 foram descartados (critério laboratorial) e 26 permanecem em investigação. O caso confirmado de febre amarela é residente do município de Curitiba, com histórico de viagem para o município de Mairiporã – SP, o que define como sendo um caso importado.

Em relação à ocorrência de PNH (Primata Não Humano) doente ou morto de jul/2017 a 07/04/2018, houve notificações em 34 municípios, no entanto, não houve a confirmação do vírus amarílico.

Casos de febre amarela notificados e confirmados, Paraná – 2007 a 2018¹



Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA-PR

Nota 1: Dados sujeitos a alteração. Atualização 09/04/2018

Casos autóctones 2 em 2008

Casos importados 2 em 2008 e 1 em 2009, 2013, 2015 e 2018

VÍRUS DA RAIVA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/04/2018

Origem da informação: cgn.inf.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Saúde informa que no mês de março de 2018 foi confirmado um morcego positivo para o vírus da raiva no Bairro Parque Verde, na zona oeste de Cascavel. O animal foi encaminhado para análise no Laboratório Central do Estado, onde foi confirmada a contaminação do mesmo. Nenhuma pessoa ou animal de estimação chegou a ser afetado pelo vírus.

De acordo com a diretora do Departamento de Vigilância em Saúde, Beatriz Tambosi, o morcego encontrado é da espécie *Lasiurus cinereus* e não é hematófago, portanto não se alimenta de sangue. Como é insetívoro, alimenta-se de insetos. Esses morcegos não têm como característica comportamental atacar pessoas ou animais, mas no ato de defesa, quando manipulados, podem morder ou arranhar humanos e outros animais, como os de estimação, como cães e gatos.

Beatriz explica que, diante da confirmação, a Divisão de Vigilância em Saúde Ambiental da Secretaria de Saúde desencadeou ações de educação em saúde no bairro um dia após o recebimento do laudo. Foram envolvidos profissionais das unidades de saúde locais, incluindo agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias e profissionais das vigilâncias epidemiológicas e ambiental.

Por meio de visita às unidades de saúde do bairro e adjacências, foi informado e sensibilizado os técnicos das mesmas sobre a ocorrência e repassado material informativo a ser distribuído aos moradores atendidos no local sobre as ações de controle da raiva em morcegos e cuidados preventivos.

Também foram realizadas visitas domiciliares no bairro para o repasse de informações, esclarecimentos de dúvidas e distribuição de material informativo, além de realização de entrevista sobre a posse de cães e gatos e da cobertura vacinal dos animais para a raiva. Essa ação envolveu 21 pessoas que visitaram 441 imóveis, sendo que em 184 foi realizada a pesquisa e em 257, por não haver ninguém no momento, deixou-se o material informativo.

A continuidade dos trabalhos de educação em saúde no restante dos imóveis está sendo realizada durante os trabalhos dos agentes de endemias, conforme a programação do controle de vetores.

Beatriz alerta que devido ao risco de raiva transmitida pelo morcego é necessário que na presença deste animal com comportamento atípico - seja encontrado caído ou morto - as pessoas devem fazer contato com o Setor de Controle de Zoonoses da cidade.

A raiva é uma zoonose viral, ou seja, uma doença causada por um vírus que pode acometer humanos e animais. Caracteriza-se como uma encefalite progressiva aguda e letal. Todos os mamíferos são suscetíveis ao vírus da raiva, portanto podem transmiti-la. A doença apresenta vários ciclos de transmissão, os dois principais são os urbano e silvestre.

A transmissão se dá pela penetração do vírus presente na saliva do animal infectado, principalmente pela mordedura, arranhadura e lambedura.

RAIVA

Mais sobre a doença

O que é

É uma doença infecciosa **aguda e fatal**, causada por um **vírus** que se alastra pelo **sistema nervoso central** e se multiplica nas glândulas salivares

Sintomas da raiva humana

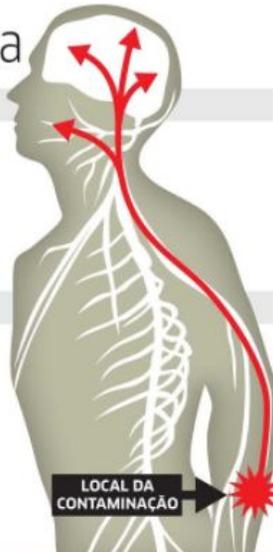
A **encefalite**, inflamação do encéfalo, é o resultado final da instalação e multiplicação do vírus no sistema nervoso central. Os sintomas da raiva são todos decorrentes deste acometimento:

- Confusão
- Desorientação
- Agressividade
- Alucinações
- Dificuldade de deglutir
- Paralisia motora
- Espasmos
- Salivação excessiva

Como se pega

O contágio se dá pela **saliva do animal** que está com a infecção, principalmente pela mordida, mas pode ocorrer por arranhadura ou lambedura. O tempo médio até o surgimento dos primeiros sintomas é de cerca de **45 dias no homem** e de até dois meses nos animais

Todos os mamíferos podem ser contaminados, mas os principais transmissores ao homem são, entre outros:



Cachorro **Gato** **Morcego** **Macaco**

CONJUNTIVITE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 09/04/2018

Origem da informação: pr.ricmais.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Pelo menos seis cidades do noroeste do Paraná estão em estado de atenção por conta de um surto de conjuntivite. Só Londrina, no norte do estado, registrou pelo menos 500 casos no fim de março. Agora Paranaguá, no litoral, está em estado de alerta. De acordo com a Secretaria de Saúde e Prevenção (Semsap), só no mês de março foram 13.404 registros de pessoas com a doença no município.

Paranaguá

Dos 13.404 casos registrados, só no domingo de Páscoa (1º/04), 600 pessoas foram atendidas com os sintomas da doença. No sábado, 491 e na sexta-feira, 383. A Semsap afirmou que o número de médicos foi reforçado nas Unidade de Pronto-Atendimento (UPA). No entanto, com a grande movimentação, a orientação é que só pacientes que apresentem sintomas mais graves ou piora no quadro se dirijam até as UPA's do município.

Noroeste

Dados da Secretaria Municipal de Saúde mostram os números alarmantes:

Casos confirmados de conjuntivite

Paranavaí: 344

Amaporã: 102

Marilena: 100

Querência do Norte: 50

Porto Rico: 18

Como o levantamento ainda está em andamento, os números podem sofrer uma atualização em breve.

Segundo o médico Juliano Kazuo Yoshizawa, existem vários tipos de conjuntivite, mas em todos o paciente deve procurar a ajuda do médico. "A orientação é sempre passar por uma avaliação médica para que a gente possa fechar o diagnóstico e excluir alguma outra causa um pouco mais grave", afirmou o profissional.

Ainda de acordo com o médico, quem estiver com a suspeita da doença deve evitar locais com grande aglomeração de pessoas.

A higiene das mãos deve ser frequente, se possível usar álcool gel para evitar que a mão contaminada toque em outros lugares.

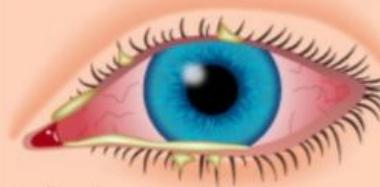
TIPOS DE CONJUNTIVITE

Olho Normal



A esclera é branca e há alguns vasos sanguíneos visíveis. Presença de filme lacrimal equilibrado.

Conjuntivite Bacteriana



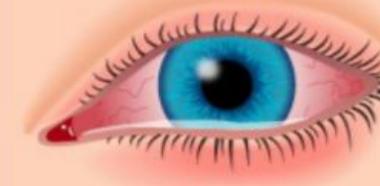
O olho fica vermelho e há secreção amarela ou amarelo-esverdeada. Ao acordar, o olho pode grudar. Ocorre em 1 ou 2 olhos. É Contagiosa.

Conjuntivite Viral



É considerada como "olho vermelho" além de coçar e o olho grudar ao acordar. Pode ocorrer nos 2 olhos. É contagiosa.

Conjuntivite Alérgica



Muito parecida à forma viral mas tem congestão nasal, espirros, pálpebra colando e sensibilidade à luz. Ocorre em ambos olhos. Não é contagiosa.

www.cbco.com.br

Fonte: google.com.br

CHIKUNGUNYA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 09/04/2018

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

COMENTÁRIOS:

A Secretaria Municipal de Saúde de Palotina, no oeste do Paraná, registrou desde o início do ano 15 casos de febre chikungunya. Esta é a primeira vez que a doença é confirmada no município de cerca de 30 mil habitantes.

O primeiro caso foi registrado em fevereiro. Outras 14 suspeitas, a maioria notificadas ainda em março, aguardam a conclusão dos exames.

Ainda de acordo com a secretaria, quase todos os doentes moram na região do Jardim Caiçara, onde foram encontrados vários focos do mosquito transmissor.

A febre chikungunya é transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, o mesmo responsável também pela transmissão da dengue e do vírus da zika.

A cidade conta ainda com cinco casos confirmados de dengue.

A coordenadora do setor de Controle de Endemias, Terezinha Zanette, alerta para a importância de se manter terrenos e quintais limpos para se evitar a proliferação do *Aedes Aegypti* e a transmissão das doenças.

“Assim que detectamos o primeiro caso, fizemos a varredura na região para a eliminação dos criadouros e logo percebemos que os registros diminuíram. Os agentes e a secretaria fazem o seu trabalho, mas se a população não colaborar a gente não consegue fazer esse combate sozinho. Por isso é importante que todos verifiquem seus quintais e eliminem a água parada”, observou.



DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 10/04/2018

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

O Paraná completou no mês de abril dois anos sem óbitos por dengue. A informação foi confirmada a partir do novo informe técnico divulgado na terça-feira (10/04). A última morte confirmada por dengue no Estado foi no início de abril de 2016. O objetivo agora é reforçar a campanha de vacinação e ações de conscientização para evitar a proliferação da doença.

“Foi graças a um trabalho coletivo, que um Estado, municípios e sociedade que os números de dengue reduziram drasticamente no Paraná. Saímos de uma epidemia de mais de 56 mil casos e 63 óbitos entre 2015 e 2016 para 587 casos e nenhum óbito entre 2017 e 2018”, explica a superintendente de Vigilância em Saúde, Júlia Cordellini.

Além de ações educativas e capacitações, o Paraná também está aplicando a terceira dose da vacina da dengue em 30 municípios. Iniciada no dia 20 de março, apenas 15% da população-alvo foi vacinada. O índice equivale a pouco mais de 17 mil pessoas vacinadas.

Os municípios com maior cobertura vacinal são Cruzeiro do Sul (66%), Santa Isabel do Ivaí (59%) e Munhoz de Melo (58%). As cidades com menor aderência da campanha são Mandaguari (4%), Paranaguá (6%) e São Miguel do Iguçu (7%). Os índices de grandes cidades como Maringá e Londrina também estão baixos, com 16% e 12%, respectivamente.

“Precisamos ressaltar a importância de tomar a vacina e se imunizar contra a dengue. Além da vacinação, também é importante manter os cuidados para evitar a presença do *Aedes aegypti*, não deixando recipientes com água parada que podem se tornar criadouros do mosquito”, reforça chefe do Centro estadual de Vigilância Ambiental, Ivana Belmonte.



Fonte: google.com.br

As formas da doença

CLÁSSICA

- Dor de cabeça e nos olhos
- Febre alta
- Dor nos músculos e nas juntas
- Manchas avermelhadas
- Falta de apetite
- Fraqueza

DENGUE COM COMPLICAÇÕES

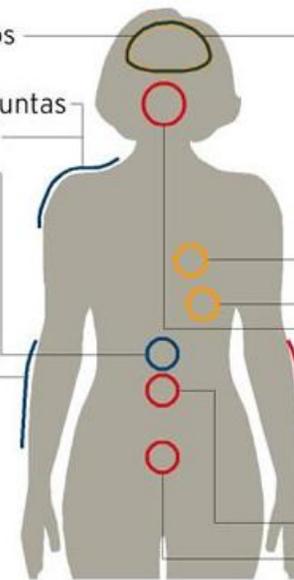
- Podem aparecer junto com a doença problemas:
- Neurológicos
 - Cardíacos
 - Hepáticos

SÍNDROME DO CHOQUE DA DENGUE

A pressão sanguínea do paciente com dengue hemorrágica vai a zero

HEMORRÁGICA Sangramentos:

- Nasais
- Gengivais
- Cutâneos
- Gastrointestinais
- Uterinos



INFOGRÁFICO/AE

Fonte: google.com.br

INFLUENZA



Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 09/04/2018

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

COMENTÁRIOS:

A campanha de vacinação contra a gripe do Ministério da Saúde terá início em 23 de abril e segue até o dia 1.º de junho. Em Curitiba, a meta é vacinar pelo menos pelo menos 90% dos 515 mil curitibanos que integram o público-alvo, o que corresponde a 463,5 mil pessoas. Todas as unidades de saúde oferecerão o imunizante. A vacina deste ano é diferente da que foi aplicada em 2017.

No Paraná, o objetivo é imunizar pelo menos 2,88 milhões de pessoas, número que equivale a 90% dos 3,2 milhões paranaenses que compõem os grupos de risco. Duas mortes por gripe já foram registradas no estado neste ano – uma em Cafezal do Sul e outra em Santa Izabel do Oeste. As duas vítimas integravam o grupo de risco.

A dose é contraindicada apenas para quem apresentou reação anafilática em doses anteriores ou tenha alergia grave ao ovo de galinha e seus derivados.

Para receber a imunização em Curitiba, basta se dirigir a uma das unidades básicas de saúde de segunda a sexta-feira, em horário comercial, portando um documento oficial. Vale ressaltar que a vacinação não será feita nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), que são locais destinados aos casos de urgência e emergência. Para saber qual é a unidade básica de saúde mais perto de sua casa, acesse o site da prefeitura de Curitiba.

“Gestantes que estão nos primeiros meses de gravidez devem apresentar um exame de comprovação, e pessoas com doenças crônicas precisam levar uma declaração médica”, explicou o enfermeiro sanitário João Luis Crivellaro, chefe do Centro Estadual de Epidemiologia.

Segundo Crivellaro, o objetivo da campanha é reduzir as complicações e mortalidade decorrentes de infecções pelos vírus da gripe e evitar outro surto da doença como o registrado em 2016. Para isso, é necessário que todos que integram o público-alvo se apresentem em um posto de saúde para realizar a imunização.

Quem não puder comparecer às unidades de saúde em horário comercial poderá tomar a vacina no dia 12 de maio, um sábado, que será o chamado Dia D da campanha, onde alguns oferecerão atendimento especial. Os endereços serão divulgados em breve.

A vacina de 2018 é diferente da que foi aplicada em 2017. A vacina deste ano contém duas alterações nos componentes. De acordo com Alcides Oliveira, diretor do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, uma das variantes é do conhecido vírus H1N1, enquanto a outra é do H3N2. “Esse último se apresentou mais agressivo no Hemisfério Norte do planeta nos últimos meses, causando um maior número de internamentos e óbitos”, informou.

Além da vacina para os grupos de risco, toda população deve atentar para a prevenção. Entre os cuidados principais, Oliveira destaca a importância de lavar as mãos com frequência utilizando água e sabão ou passando álcool 70. “Também é importante cuidar ao falar e tossir perto de outras pessoas e nunca tossir colocando a mão na frente da boca, mas próximo do cotovelo para evitar que as mãos toquem em outras superfícies e as contamine”, explicou.

Para completar, ele orienta que as janelas sejam mantidas abertas para garantir a circulação de ar, principalmente em locais com aglomeração de pessoas. “Já em ambientes que permanecem fechados deve-se realizar a limpeza com álcool 70 e evitar o acúmulo de poeira”.

Indicações

- Crianças entre 6 meses de idade até 4 anos, 11 meses e 29 dias;
- Idosos acima com 60 anos ou mais;
- Pessoas com doenças crônicas como diabetes, hipertensão, câncer, asma, bronquite e doenças degenerativas do sistema nervoso central;
- Gestantes, independente do mês gestacional;
- Mulheres em pós-parto, até 45 dias após o nascimento do bebê;
- Profissionais de saúde da rede pública ou privada;
- Professores de escolas públicas ou privadas;
- População Indígena;
- População carcerária e funcionários do sistema prisional;
- Adolescentes e jovens entre com 12 e 21 anos sob medidas socioeducativas.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/04/2018

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

COMENTÁRIOS:

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

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

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

Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas on-line: SIVEP-Gripe (Sistema das Unidades Sentinelas) e SINAN Influenza Web (Sistema dos casos internados ou óbitos por SRAG). As amostras são coletadas e encaminhadas para análise no Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR). As informações apresentadas neste informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 13 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 31/03/2018.

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

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 13 foram notificados 334 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 5,4% (18) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 51 óbitos notificados por SRAG, 3,9% (2) foram confirmados para o vírus Influenza (Tabela 1).

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

Classificação Final	Casos		Óbitos	
	n	%	n	%
SRAG por Influenza	18	5,4	2	3,9
Influenza A(H1N1)pdm09	2	11,1	1	50,0
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	5	27,8	1	50,0
Influenza A não subtipado	6	33,3	0	0,0
Influenza B	5	27,8	0	0,0
SRAG não especificada	189	56,6	43	84,3
SRAG por outros vírus respiratórios	62	18,6	4	7,8
SRAG por outros agentes etiológicos	5	1,5	1	2,0
Em investigação	60	18,0	1	2,0
TOTAL	334	100	51	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/04/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

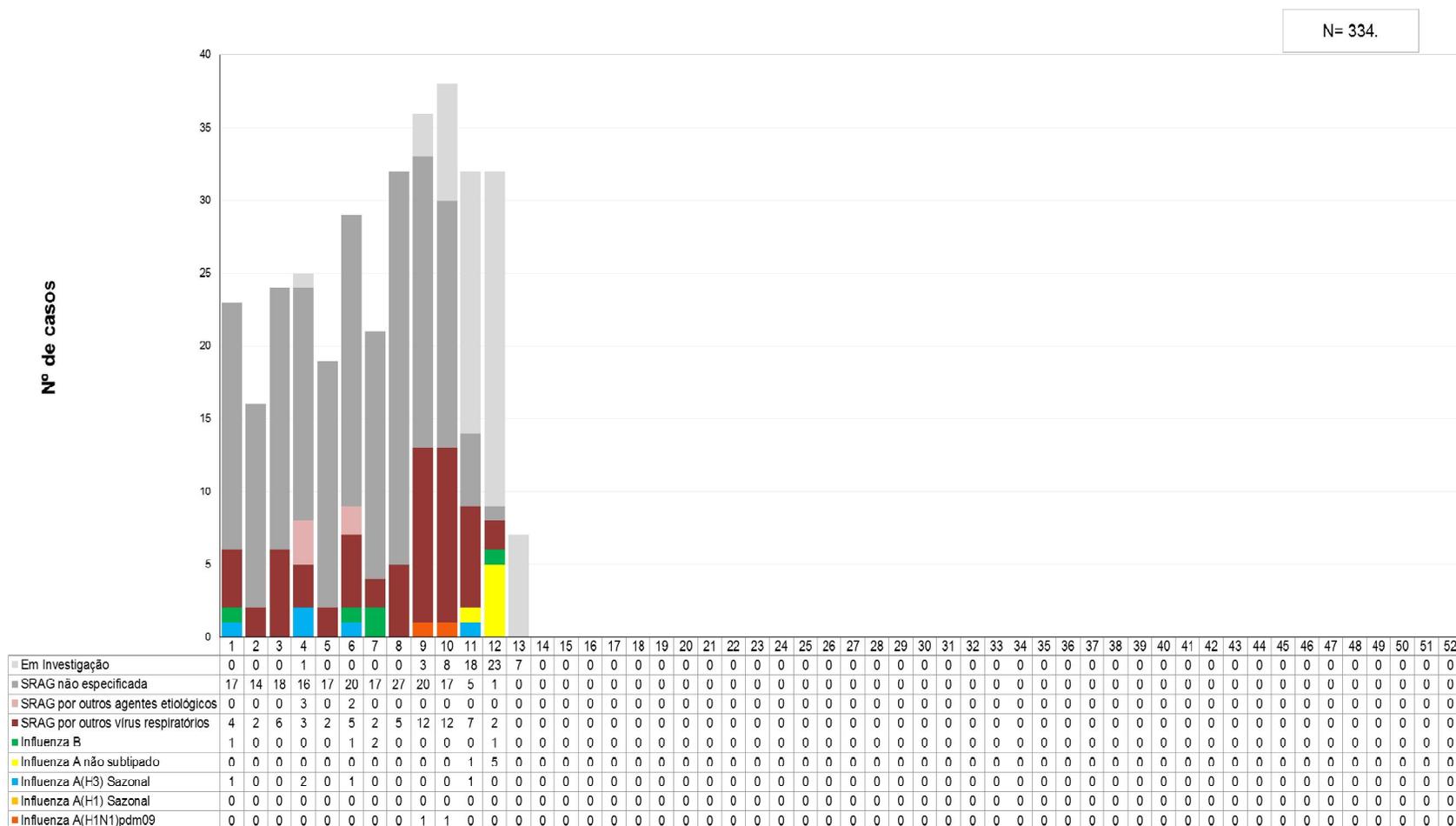
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/04/2018

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.



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/04/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/04/2018

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	2	0	2	0
São Mateus do Sul	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
8. Reg. Saúde Francisco Beltrão	2	1	0	0	0	0	6	0	0	0	8	1
Santa Izabel d'Oeste	2	1	0	0	0	0	6	0	0	0	8	1
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Foz do Iguaçu	0	0	0	0	1	0	0	0	0	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
Cafezal do Sul	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
17. Reg. Saúde Londrina	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Ibiporã	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
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	2	1	0	0	5	1	6	0	5	0	18	2

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/04/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/04/2018

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 61,1% (11/18) dos casos e o gênero masculino 38,9% (7/18) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 0,0% (0/2) dos casos e o gênero masculino 100,0% (2/2) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi acima dos ≥ 60 anos, com 38,9% (7/18) e 50,0% (1/2) respectivamente (Tabelas 3 e 4).

Os casos de SRAG por Influenza apresentaram no Paraná uma mediana de idade de 45 anos, variando de 0 a 91 anos e, no Brasil, mediana de idade de 35 anos, variando 0 a 107 anos.

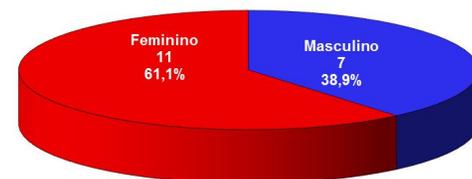
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 58 anos, variando de 24 a 91 anos e no Brasil a mediana foi de 59 anos, variando de 0 a 107 anos.

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

Faixa etária	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	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	1	20,0	2	11,1
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 19 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 29 anos	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	2	11
30 a 39 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	33,3	1	20,0	3	16,7
40 a 49 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	20,0	2	11,1
50 a 59 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	5,6
≥ 60 anos	0	0,0	0	0,0	4	80,0	2	33,3	1	20,0	7	38,9
TOTAL	2	100	0	0	5	100	6	100	5	100	18	100

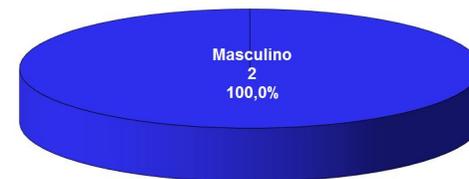
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/04/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/04/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/04/2018, dados sujeitos a alterações.

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

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

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/04/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/04/2018

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

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 72,2% (13/18) tinham pelo menos um fator de risco para complicação, predominando os Adultos \geq 60 anos, Pneumopatias crônicas e crianças < 5 anos (tabela 5).

Entre os óbitos por Influenza, no Paraná 100,0% (2/2) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 0,0% (0/2) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 82,1% (23/28) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos \geq 60 anos, Pneumopatias, Cardiopatias e Neuropatias.

No Paraná dos 50,0% (1/2) indivíduos que foram a óbito por Influenza que fizeram uso do antiviral, a mediana foi de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, e no Brasil, dos 28 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 21 (75,0%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 1 a 14 dias.

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

Casos por Influenza (N=18)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	13	72,2	3	23,1
Adultos \geq 60 anos	7	38,9	3	42,9
Pneumopatias crônicas	4	22,2	1	25,0
Crianças < 5 anos	3	16,7	0	0,0
Doença cardiovascular crônica	2	11,1	1	50,0
Gestantes	2	11,1	0	0,0
Diabetes mellitus	1	5,6	0	0,0
Doença neurológica crônica	1	5,6	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	1	5,6	0	0,0
Obesidade	1	5,6	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Doença renal crônica	0	0,0	0	0,0
Índigenas	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	12	66,7		
Vacinados	3	16,7		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/04/2018, dados sujeitos a alterações.

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

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

Óbitos por Influenza (N=2)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	2	100,0	0	0,0
Adultos \geq 60 anos	1	50,0	0	0,0
Doença neurológica crônica	1	50,0	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	1	50,0	0	0,0
Obesidade	1	50,0	0	0,0
Pneumopatias crônicas	1	50,0	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 renal crônica	0	0,0	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Índigenas	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	1	50,0		
Vacinados	0	0,0		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/04/2018, dados sujeitos a alterações.

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

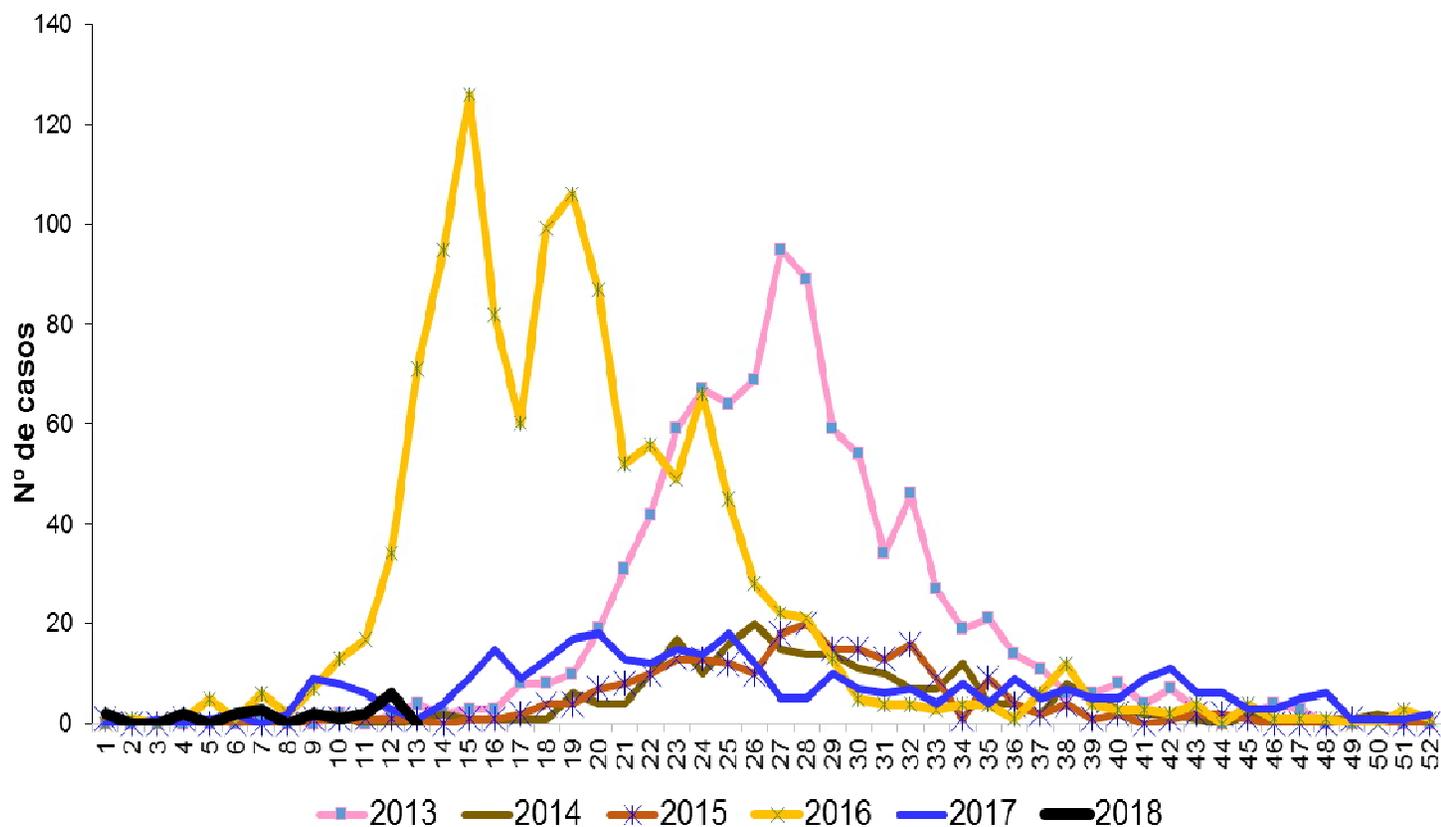
Data da informação: 02/04/2018

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 02/04/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/04/2018

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

COMENTÁRIOS:

Em relação aos tipos de vírus Influenza no Paraná, em 2013 houve um predomínio dos casos de SRAG por Influenza B, com 44,2% (401/908) e Influenza A(H1N1)pdm09 com 42,3% (384/908) e 71,2% (47/66) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2014 houve um predomínio da Influenza A(H3N2) com 72,4% (165/228) dos casos e 50,0% (8/16) dos óbitos entre os vírus: Influenza A(H3) Sazonal e o Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2015 também predominou a Influenza A(H3) Sazonal com 54,4% (124/228) dos casos e 44,0% (11/25) dos óbitos por este vírus. Em 2016, predominou a Influenza A(H1N1)pdm09, com 88,9% (1087/1223) dos casos e 90,8% (218/240) dos óbitos. Em 2017, houve predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 61,2% (210/343) dos casos e, ocorrência de 66,0% (35/53) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal. Já em 2018, há predominância da Influenza A não subtipado com 33,3% (6/18) dos casos e, ocorrência de 50,0% (1/2) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09 e 50,0%(1/2) de 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 13 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 1.316 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 1.154 amostras.

Das amostras processadas, 37,8% (436/1154) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 72 (6,2%) foram positivas para influenza e 364 (31,5%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para influenza, 5 (6,9%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 26 (36,1%) de Influenza A(H3) Sazonal, 2 (2,8%) de Influenza A (não subtipado) e 39 (54,2%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de 199 (54,7%) 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	2	1
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	5	1
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	6	0
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	132	18	5	0
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1223	240	343	53	18	2

*Obs: Resultados provenientes de laboratórios particulares, prováveis Influenza A(H1N1)pdm09.
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/04/2018, dados sujeitos a alterações.

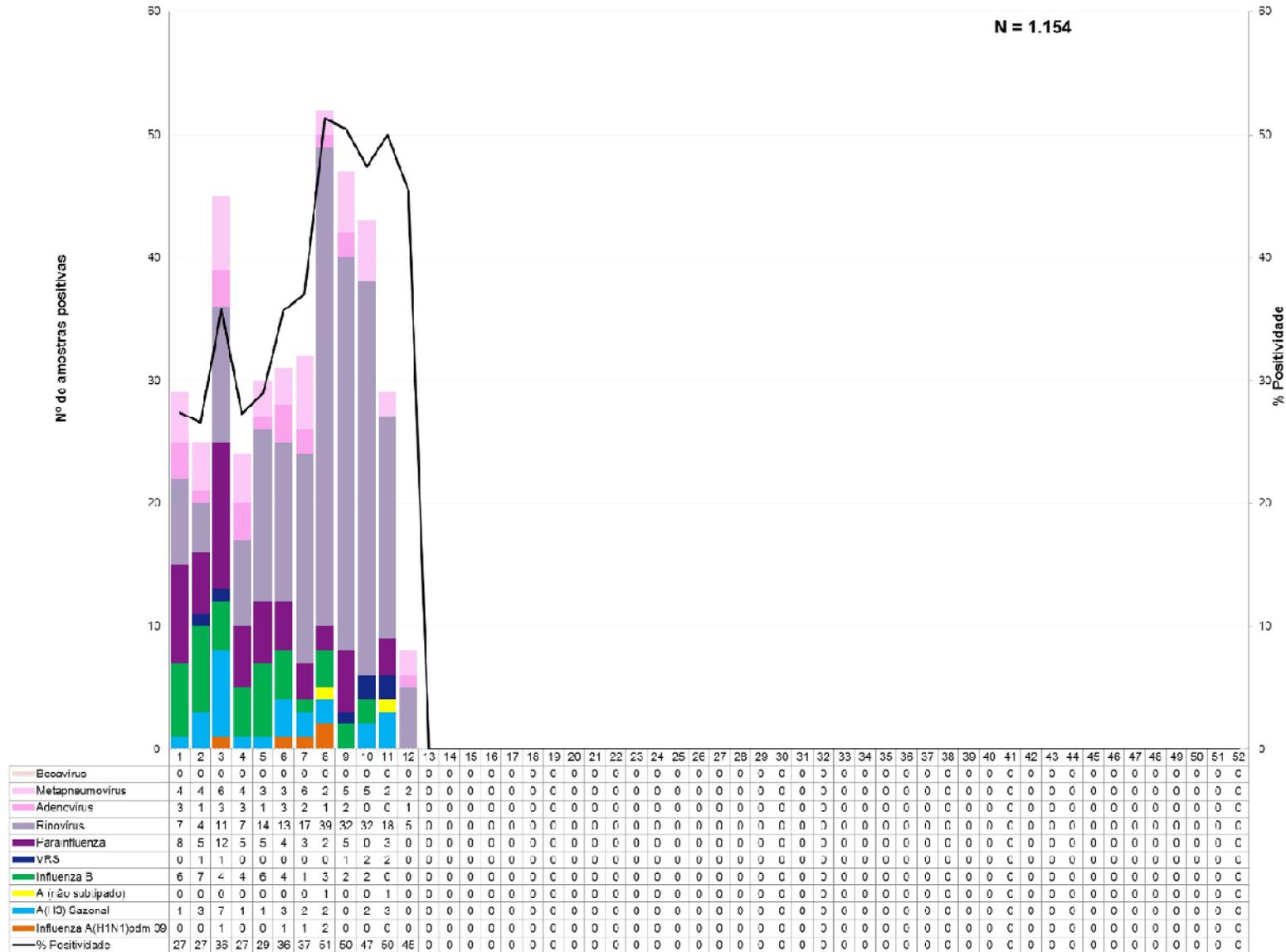
Tabela 8 - Casos de SG de Influenza segundo faixa etária e subtipo viral, Paraná, 2018.

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	128	9,7
2 a 4 anos	0	0,0	2	7,7	1	50,0	0	0,0	3	4,2	74	5,6
5 a 9 anos	0	0,0	1	3,8	0	0,0	1	2,6	2	2,8	42	3,2
10 a 19 anos	1	20,0	1	3,8	0	0,0	8	20,5	10	13,9	182	13,8
20 a 29 anos	0	0,0	7	26,9	0	0,0	8	20,5	15	20,8	298	22,6
30 a 39 anos	2	40,0	6	23,1	0	0,0	9	23,1	17	23,6	197	15,0
40 a 49 anos	0	0,0	4	15,4	1	50,0	6	15,4	11	15,3	120	9,1
50 a 59 anos	2	40,0	3	11,5	0	0,0	4	10,3	9	12,5	119	9,0
≥ 60 anos	0	0,0	2	7,7	0	0,0	3	7,7	5	6,9	156	11,9
TOTAL	5	100,0	26	100	2	100,0	39	100	72	100	1316	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/04/2018, 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 02/04/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/04/2018

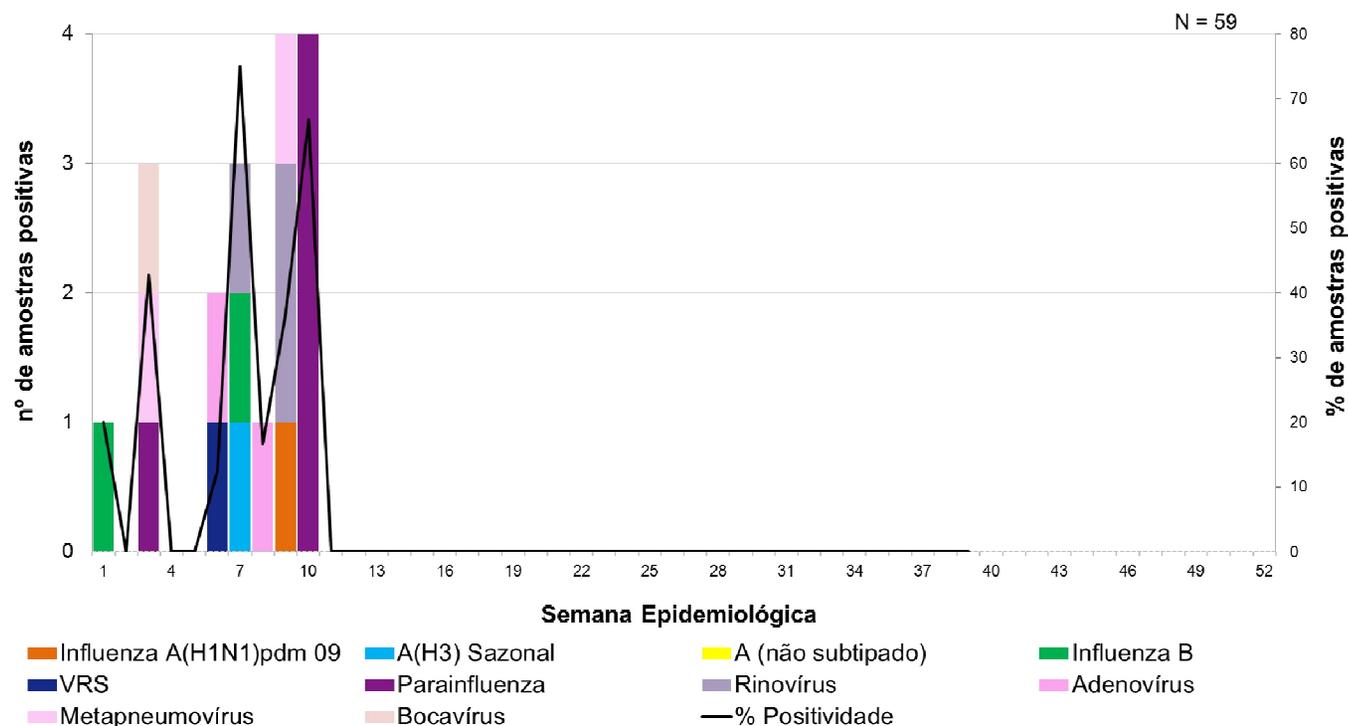
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 79 coletas, sendo 59 (74,7%) processadas. Dentre estas, 17 (28,8%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios. Das amostras positivas para Influenza, foram detectados 1 (25,0%) para Influenza A(H1N1)pdm 09, 1 (25,0%) para Influenza A(H3) Sazonal, 0 (0,0%) para Influenza A (não subtipado), 2 (50,0%) para Influenza B. Entre os outros vírus evidenciam-se: 1 (7,7%) de VRS, 5 (38,5%) de Parainfluenza, 6 (46,2%) de Rinovírus, 2 (15,4%) de Metapneumovírus, 2 (15,4%) de Adenovírus, 1 (7,7%) 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 02/04/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/04/2018

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: 06/04/2018

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 14/2018.

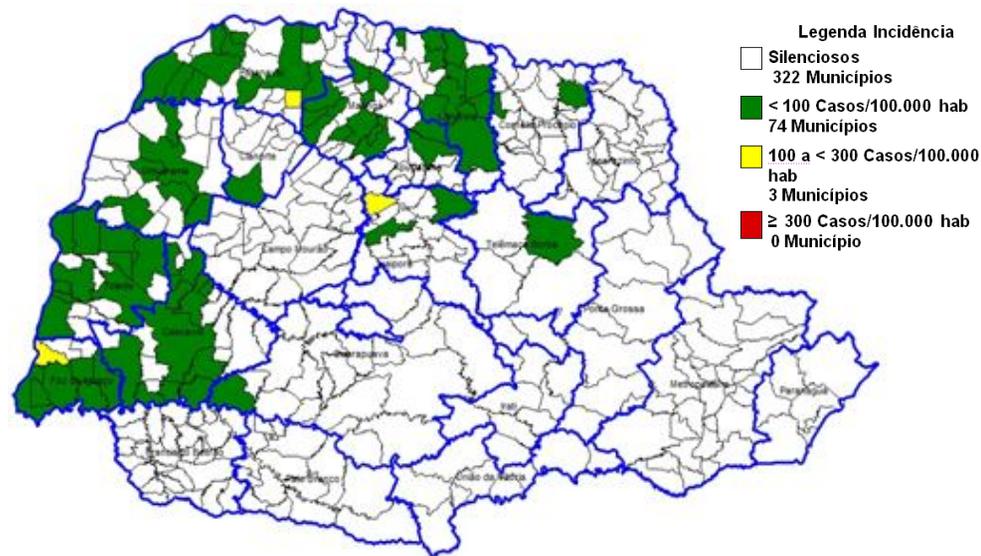
Foram notificados no referido período 16.153 casos suspeitos de dengue, dos quais 11.511 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 5,03 casos por 100.000 hab. (561/11.163.018 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 (2.773), Maringá (1.932) e Foz do Iguaçu (1.441).

Os municípios com maior número de casos confirmados são: Maringá (148), Foz do Iguaçu (73), e Cambé (27).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2017 a 14/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2017 A 14/2018*	PERÍODO 2017/2018
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	302
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	81
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	13
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	77
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (09 ^a , 10 ^a , 12 ^a , 13 ^a , 14 ^a , 15 ^a , 16 ^a , 17 ^a , 18 ^a , 20 ^a , 21 ^a e 22 ^a)	12
TOTAL DE CASOS	587
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	561
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	26
TOTAL DE NOTIFICADOS	16.153

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2017 a 14/2018.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	474 (80,7)	113 (19,3%)	587
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	10	-	10
Dengue Grave (D G)	4	-	4
Descartados	-	-	11.511
Em andamento/investigação	-	-	4.041
Total	488 (3,0%)	113 (0,7%)	16.153

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

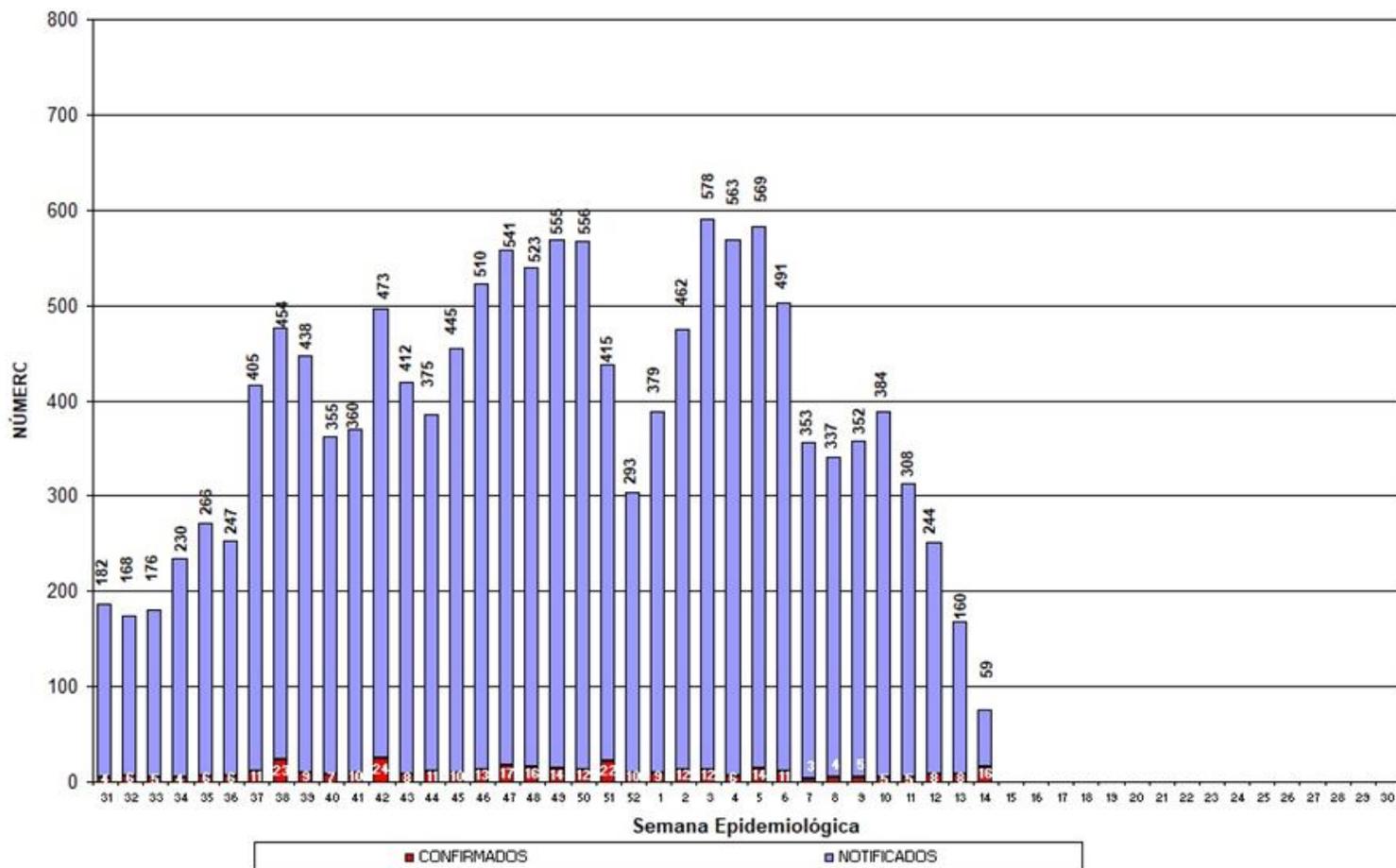
DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/04/2018

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 14/2018.

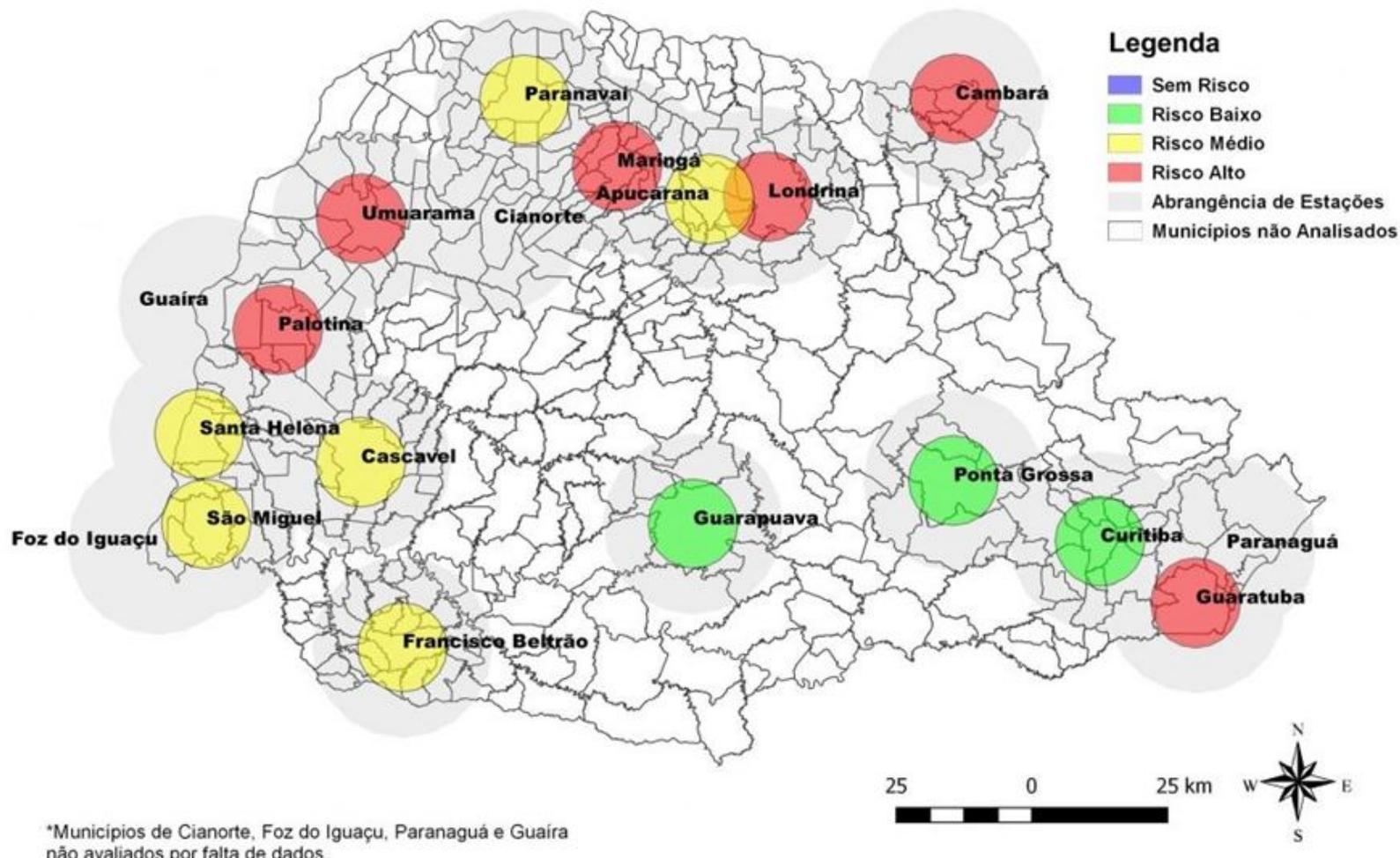
DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/04/2018

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

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



Fonte: Laboclima/UFPR

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/04/2018

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 14/2018*

REGIONAL DE SAÚDE	POPU- LAÇÃO	CASOS			NOTIFI- CADOS	DSA	DG	ÓBI- TOS	INCI- DÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	1.213	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	35	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	16	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	47	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	18	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	91	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	0	0	0	348	0	0	0	-
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	110	5	115	1.869	8	3	0	27,10
10ª RS - Cascavel	540.131	60	4	64	773	0	0	0	11,11
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	560	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	6	0	6	403	0	0	0	2,17
13ª RS - Cianorte	154.374	1	0	1	181	0	0	0	0,65
14ª RS - Paranavaí	274.257	46	0	46	1.017	0	0	0	16,77
15ª RS - Maringá	799.890	171	1	172	2.535	0	0	0	21,38
16ª RS - Apucarana	372.823	3	0	3	391	0	0	0	0,80
17ª RS - Londrina	935.904	98	0	98	4.794	2	1	0	10,47
18ª RS - Cornélio Procópio	230.231	1	0	1	282	0	0	0	0,43
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	230	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	51	2	53	597	0	0	0	13,22
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	1	0	1	56	0	0	0	0,54
22ª RS - Ivaiporã	138.130	13	10	23	93	0	0	0	9,41
TOTAL PARANÁ	11.163.018	561	26	587	16.153	10	4	0	5,03

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

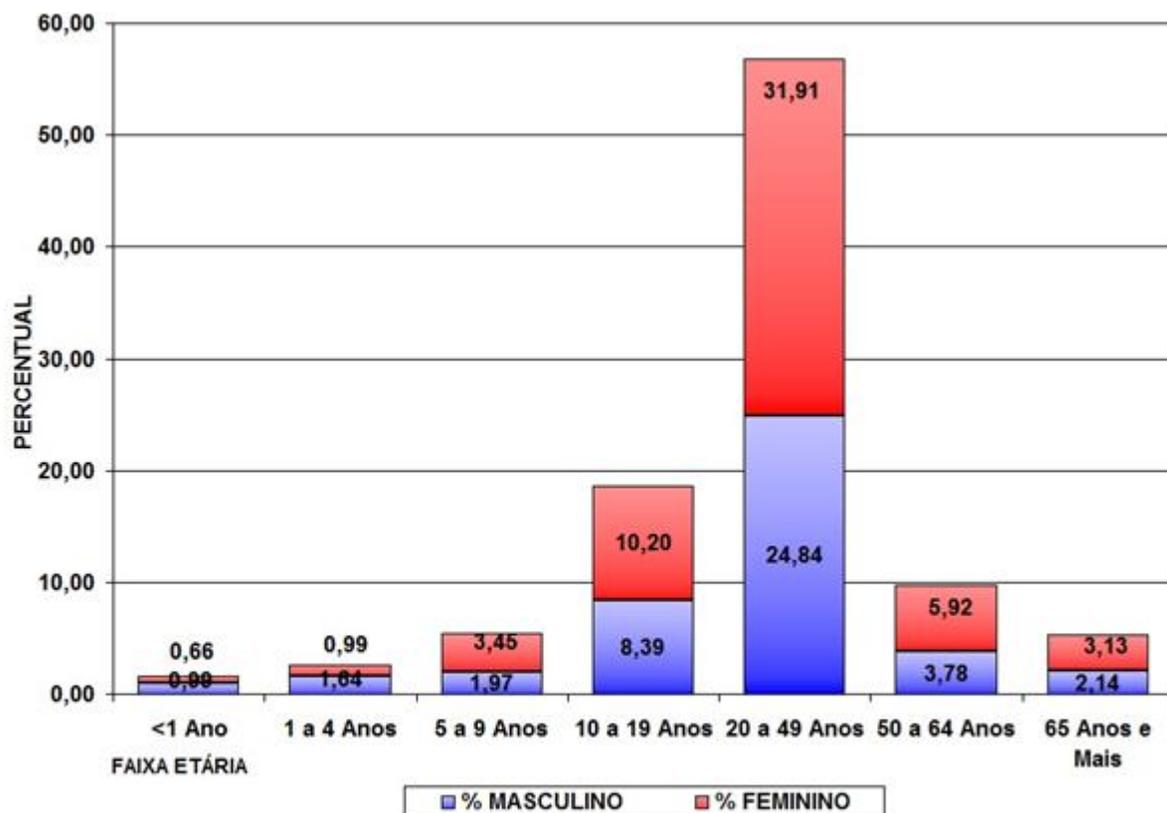
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 06/04/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 56,35% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pelas faixas etárias de 10 a 19 anos com 18,73% dos casos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2017 a 14/2018, Paraná – 2017/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação



EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 13 e 14/2018

(25/03/2018 a 07/04/2018)

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: 10/04/2018

Fonte da informação: ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COMENTÁRIOS:

A Anvisa determinou na terça-feira (10/04) a proibição de 4 lotes do chocolate **Barra de Confeiteiro ao Leite, da marca BEL**. A empresa **ZD Alimentos S.A.** encaminhou o comunicado de recolhimento voluntário do produto após verificar a presença de filamentos metálicos em lotes do produto.

Confira os lotes que foram proibidos:

Lote/Prazo de Validade

05 MAR 19

06 MAR 19

07 MAR 19

08 MAR 19

Com a medida, os lotes da Barra de Confeiteiro ao Leite, da marca BEL, estão proibidos de serem comercializados em todo o território nacional. A empresa deve recolher os estoques existentes no mercado.



Fonte: google.com.br

Foi publicado na segunda-feira (09/04) a proibição de lotes de água mineral e queijo, devido à presença de bactérias. O **lote 1702 da Água Mineral, da marca Santa Rita do Sapucaí**, apresentou resultado insatisfatório para Pseudomonas aeruginosa, uma bactéria que pode causar infecções.

A Água Mineral Natural é fabricada pela empresa Fonte Azul Indústria, Comércio e Empreendimentos Imobiliários Ltda., e teve o lote 1702, com data de fabricação 13/09/2017, data de validade 13/09/2018, proibido.

Já a empresa Indústria de **Laticínios Santa Tereza Eirel**, constatou a presença da bactéria Listeria monocytogenes em três lotes de diferentes produtos. A bactéria pode causar doenças em seres humanos. O comunicado de recolhimento foi emitido pela própria fabricante.

Confira os produtos proibidos:

Produto	Lote	Data de Fabricação	Validade
Queijo Mussarela Fatiado	065/88	8/3/2018	8/5/2018
Queijo Mussarela Fatiado	066/89	9/3/2018	9/5/2018
Queijo Mussarela (peça)	053/52	22/2/2018	22/6/2018

As empresas devem promover o recolhimento dos estoques existentes no mercado referentes aos lotes citados.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 04/04/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde atualizou na quarta-feira (04/04) 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 3 de abril de 2018), foram confirmados 1.127 casos de febre amarela no país e 328 óbitos. Ao todo, foram notificados, neste período, 4.548 casos suspeitos, sendo 2.441 já descartados e 980 ainda em investigação.

Vale destacar que, com relação ao último boletim divulgado, houve uma redução no número de casos e óbitos. Isso se deve à constante revisão e reclassificação dos casos que são, semanalmente, incorporados à base de dados. Assim, alguns casos foram reclassificados conforme justificativas e complementação dos dados pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

No ano passado, considerando o mesmo período de monitoramento (julho/2016 a 3 de abril/2017) eram 691 casos e 220 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 35,9 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 10 milhões de pessoas.

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 3 de abril, é de 3,0 casos para 100 mil/habitantes. Já na sazonalidade passada, 2016/2017, a incidência foi de 6,8/100 mil habitantes, no mesmo período.

Todo o território brasileiro será área de recomendação para vacina contra a febre amarela. A medida será feita de forma gradual, iniciando neste ano e sendo concluída até abril de 2019. A ampliação é preventiva e tem como objetivo antecipar a proteção contra a doença para toda população, em caso de um aumento na área de circulação do vírus.

Atualmente, alguns estados do Nordeste e parte do Sul e Sudeste não fazem parte das áreas de recomendação de vacina. Com a ampliação, devem ser vacinadas 77,5 milhões de pessoas em todo o país. O quantitativo corresponde à estimativa atual de pessoas não vacinadas nessas novas áreas.

Distribuição dos casos de febre amarela notificados: 1º/7/2017 a 03/04/2018

UF (LPI)*	Notificados	Descartados	Em Investigação	Confirmados	Óbitos
AC	1	1	-	-	-
AP	5	2	3	-	-
AM	7	5	2	-	-
PA	37	26	11	-	-
RO	9	8	1	-	-
RR	3	3	-	-	-
TO	17	15	2	-	-
AL	8	2	6	-	-
BA	51	29	22	-	-
CE	2	1	1	-	-
MA	5	4	1	-	-
PB	5	-	5	-	-
PE	5	3	2	-	-
PI	8	5	3	-	-
RN	1	1	-	-	-
SE	2	2	-	-	-
DF	74	44	29	1	1
GO	60	34	26	-	-
MT	3	3	-	-	-
MS	11	8	3	-	-
ES	113	84	23	6	1
MG	1.416	595	344	477	148
RJ	425	132	105	188	63
SP	2.104	1.306	343	455	115
PR	93	85	8	-	-
RS	44	29	15	-	-
SC	39	14	25	-	-
Total	4.548	2.441	980	1.127	328

Dados preliminares e sujeitos à revisão

**LPI – Local Provável de Infecção*

INFLUENZA A

Local de ocorrência: Goiás

Data da informação: 03/04/2018

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

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) confirmou na terça-feira (3/04) a terceira morte por H1N1 no estado neste ano. A vítima morava em Jaupaci, na região central. Também foi confirmada uma morte por H3N2, outro tipo de Influenza A. Para combater o avanço das doenças, o governo criou um comitê que vai debater sobre ações e levantar o que ainda é necessário ser feito.

Uma das primeiras ações do comitê criado pela SES-GO foi a reserva de 30 leitos de hospital para casos graves das influenzas. De acordo com a gerente da Vigilância Epidemiológica, Magna Maria de Carvalho, só na última semana foram registrados 14 casos graves de influenza A.

"A secretaria está preocupada, é um aumento significativo, mas é sazonal", afirmou a gestora. "Goiás não vive epidemia, o número de casos está crescendo, mas estamos em alerta para epidemia."

A Influenza A é dividida em dois tipos, de acordo com o vírus que a provoca: H1N1 e H3N2. As últimas mortes por H1N1 ocorreram em 2016. Também existe a Influenza B.

O avanço no registro de casos e a morte de um pediatra da rede municipal por suspeita da doença levou a população a procurar clínicas de vacinação. A campanha do Ministério da Saúde foi adiada em uma semana e só vai começar em 23 de abril. De acordo com o governo federal, houve problemas na entrega das doses.

A SES-GO destaca que a vacinação é importante todos os anos porque os vírus sofrem mutações e, a cada nova dose, a vacina protege contra um novo tipo.

O boletim mais recente, divulgado na segunda-feira (2/03), registrou 50 casos de Influenza, sendo 44 diagnósticos de H1N1, cinco por H3N2 e um de Influenza B. O documento aponta ainda para 235 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (Srag), que podem ter várias causas, entre elas as gripes, registrando aumento de 16% em uma semana.

"Por enquanto o que predomina é H1N1. Pode ter circulação de H3N2 também, pode ter vindo do hemisfério norte. Dentro da síndrome, a maior preocupação é com a influenza porque, historicamente, ela tem mais potencial de epidemia", afirmou.

Magna destaca que a vacina fornecida pela rede pública de saúde protege contra H1N1, H3N2 e Influenza B, que são os tipos com maior número de ocorrências no momento. A gerente avaliou que a época em que ocorreu o aumento sazonal neste ano foi diferente se comparado aos anos anteriores.

A enfermeira Katiane Karla de Melo, de 35 anos, conta que ficou seis dias internada na UTI de um hospital em Goiânia com suspeita de gripe H1N1. Ela disse que atendeu uma paciente com sintomas da doença e acredita que se contagiou nesse momento.

Das três mortes confirmadas, duas são de pacientes da Vila São Cottolengo em Trindade, na Região Metropolitana de Goiânia. Houve surto da doença no local e outros 10 pessoas que viviam no local morreram, mas as causas estão ainda sob investigação.

O médico infectologista Boaventura Bras explica que os principais sintomas da gripe H1N1 são os mesmos de um estado gripal comum, como febre que dura entre 3 e 5 dias, tosse seca, secreção e dores no corpo. A forma mais eficaz de evitar a transmissão do vírus é a higienização das mãos, principalmente com álcool gel.

Caso a pessoa tenha algum sintoma da doença, ela pode procurar qualquer unidade de saúde e, lá, será dado o encaminhamento adequado a ela, de acordo com a gravidade da doença.

Podem se vacinar bebês a partir de 6 meses de idade. A vacina é contraindicada apenas para aqueles que têm alergia a ovo, segundo o médico infectologista.

Os grupos prioritários são grávidas em qualquer período da gestação, crianças entre 6 meses e 5 anos e idosos acima de 65 anos. Também têm recomendação de vacinação portadores do vírus HIV, com problemas cardíacos, diabéticos, com insuficiência renal e doenças respiratórias crônicas.

"Pessoas que já tiveram comprovadamente a gripe H1N1 têm uma resistência maior ao vírus, então seria mais difícil contrair novamente. Porém, o vírus sofreu modificações e ele também pode ser infectado por outros vírus dentro da influenza", explicou o médico.

Além disso, familiares de pacientes com o vírus também precisam tomar cuidados especiais. "Os parentes também precisam tomar o mesmo medicamento, mas em uma dose menor, mas tudo com orientação médica", completou.

DENGUE

Local de ocorrência: Santa Catarina

Data da informação: 05/04/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

Santa Catarina registrou os primeiros dois casos de dengue contraídos dentro do estado em 2018, conforme boletim da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Dive) divulgado na quinta-feira (5/03). Os pacientes foram infectados em Itapema, no Litoral Norte.

O estado tem outros três casos de dengue contraídos fora do território catarinense. Os pacientes são moradores de Biguaçu e São José, na Grande Florianópolis, e Porto União, no Norte. Os prováveis locais de infecção são Mato Grosso do Sul, Paraíba e Bahia, respectivamente.

Segundo a Dive, com a confirmação dos dois casos em Itapema, foi feita a aplicação de inseticida no município.

Febre de chikungunya e vírus da zika

Também há dois casos de febre de chikungunya contraídos dentro de Santa Catarina. Ambos os pacientes foram infectados em Cunha Porã, no Oeste. Um caso de uma pessoa que teria contraído a doença em São Miguel do Oeste, no Oeste, é investigado.

Outros três casos confirmados foram de pessoas que contraíram a doença fora do estado. São moradores de Cunha Porã, Tubarão, no Sul, e Itajaí. Os dois primeiros foram infectados em Mato Grosso e o último, no Rio de Janeiro.

Não há casos de vírus da zika em Santa Catarina este ano.

Infestação

No estado, 67 municípios são considerados infestados pelo mosquito *Aedes aegypti*, transmissor dessas três doenças:

Para evitar a proliferação do mosquito, a Dive recomenda:

Evitar usar pratos nos vasos de plantas. Se usar, colocar areia até a borda;

Guardar garrafas com o gargalo virado para baixo;

Manter lixeiras tampadas;

Deixar os depósitos para guardar água sempre vedados, sem qualquer abertura, principalmente as caixas d'água;

Plantas como bromélias devem ser evitadas, pois acumulam água;

Tratar a água da piscina com cloro e limpe uma vez por semana;

Manter ralos fechados e desentupidos;

Lavar com escova os potes de comida e de água dos animais, no mínimo, uma vez por semana;

Retirar a água acumulada em lajes;

Dar descarga, no mínimo, uma vez por semana em banheiros pouco usados;

Manter fechada a tampa do vaso sanitário;

Evitar acumular entulhos, pois podem se tornar locais de foco do mosquito;

Denunciar a existência de possíveis focos de *Aedes aegypti* para a Secretaria Municipal de Saúde.



Fonte: google.com.br

DENGUE

Local de ocorrência: Minas Gerais

Data da informação: 11/04/2018

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

COMENTÁRIOS:

Com a população e as autoridades de saúde ainda às voltas com o surto de febre amarela silvestre – que acumulava há uma semana 150 mortes no estado, mais óbitos que em período equivalente do ano passado –, o mosquito transmissor da dengue também volta a matar em Minas Gerais. Boletim epidemiológico divulgado pela Secretaria de Estado de Saúde (SES) confirmou os dois primeiros casos fatais da doença do ano em território mineiro – um deles na cidade de Conceição do Pará, no Centro-Oeste, e outra em Uberaba, no Triângulo. E esse número tende a subir, já que há ainda nove mortes em investigação. Em 15 dias, aumentou em 25,6% o número de casos prováveis (confirmados mais suspeitos) da enfermidade nos primeiros meses de 2018. A preocupação se completa com os números da febre chikungunya e da zika, também transmitidas pelo *Aedes aegypti* e que tiveram aumento expressivo das notificações. Em relação à dengue, os casos prováveis passaram de 9.050 (número divulgado pela SES há duas semanas) para 11.367. Entre os municípios com registros acima de 100 casos por 100 mil habitantes, dois têm incidência considerada muito alta: Visconde do Rio Branco e Piraúba, ambas na Zona da Mata, com índices de 1.155,84 e 513,4, respectivamente. Nove cidades se encontram com alta incidência, 21 estão com média, 243 com baixa e 578 não têm registro de casos prováveis. No ano passado, houve 18 mortes por dengue no estado.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde, desde 2011 os quatro sorotipos do vírus da dengue foram identificados em Minas Gerais, com predomínio da circulação do sorotipo DENV1. Este ano, pela primeira vez o sorotipo DENV2 predomina entre as amostras em que foi possível a identificação de sorotipo no estado.

Os casos de chikungunya saltaram de 1.857 infecções para 2.724 – alta de 46,7%. Os casos estão concentrados no Vale do Aço. Desse total, 32 pacientes são gestantes, sendo que 10 já têm confirmação laboratorial. A quantidade de grávidas saiu de 22 no boletim divulgado no fim do mês passado para 32 no documento publicado. Não há mortes registradas nem em investigação para a febre chikungunya, que no ano passado tirou a vida de 13 pessoas em Minas. Já os números da zika foram elevados em 10,8%, saindo de 102 para 113. Desse total, 34 pessoas com sintomas são mulheres grávidas. Os casos prováveis foram detectados em 20 cidades mineiras.

De acordo com a SES, dos 828 municípios que enviaram dados relativos ao Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti* (Liraa), 191 municípios estão em situação de risco para ocorrência de surto, 353 estão em situação de alerta e 290 em situação satisfatória, enquanto 19 cidades não informaram resultados. Índices até 0,9% indicam condições satisfatórias; entre 1% e 3,9%, situação de alerta; e índices superiores a 4%, risco de surto.

O Estado de Minas não conseguiu contato com a Prefeitura de Conceição do Pará. Em Uberaba, a Secretaria Municipal de Saúde informou que o óbito, ocorrido em 14 de fevereiro em um hospital particular do município, é de uma mulher de 68 anos. A paciente apresentava comorbidades, ou seja, tinha outras doenças associadas: hipotireoidismo, dislipidemia e depressão. A vítima deu entrada no hospital em 26 de janeiro, com febre, náuseas e vômitos. Dois dias antes ela havia sido atendida no pronto-socorro da unidade e liberada em seguida para ir para casa. Sem melhora, a paciente procurou atendimento médico em outro hospital particular, em 29 de janeiro, onde permaneceu internada. Segundo o Departamento de Vigilância Epidemiológica da secretaria, o quadro se agravou, com sinais de rebaixamento do nível de consciência, insuficiência renal aguda e sangramentos na pele. Ainda de acordo com a secretaria, a doença foi confirmada em laboratório particular em 31 de janeiro, mas apenas ontem a SES confirmou o óbito por dengue.

Em nota, a Secretaria de Saúde de Uberaba informou ainda que faz mutirão de limpeza, por meio do Departamento de Controle de Zoonoses e Endemias, e já recolheu mais de 59 toneladas de lixo em 68 caminhões cheios até a última quinta-feira, desde o começo dos trabalhos, em fevereiro. Nas ações, agentes de combate às endemias percorrem bairros para visitas regulares e recolhimento de materiais que podem servir para o desenvolvimento de focos do *Aedes aegypti*.

Além das visitas domiciliares, o departamento faz controle de UBV Pesado (fumacê), no início da manhã e à noite, em bairros com maior índice de infestação do mosquito apontado no último Liraa. O município está fazendo esta semana o segundo levantamento de 2018 para mapear os locais que ainda estão com altos índices de infestação do *Aedes aegypti*.

LEPTOSPIROSE

Local de ocorrência: São Paulo

Data da informação: 07/04/2018

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

COMENTÁRIOS:

Santos notificou, em março, quatro casos suspeitos de leptospirose. Entre eles, um homem de 41 anos, morador do Rádio Clube, que morreu devido à gravidade do quadro. Todos os pacientes foram atendidos no Pronto-Socorro da Zona Noroeste. As suspeitas da doença acontecem justamente no período em que a cidade registrou muitas enchentes, principalmente na Zona Noroeste.

A leptospirose tem relação direta com condições inadequadas de infraestrutura sanitária e alto número de ratos. A doença é causada por uma bactéria presente na urina dos roedores e transmitida às pessoas que pisam nas águas contaminadas das enchentes.

A Secretaria de Saúde de Santos enviou amostra do sangue do paciente morto para análise de sorologia no Instituto Adolf Lutz, em São Paulo, laboratório de referência do Governo Estadual. Não há prazo determinado para o resultado que pode confirmar a doença.

Segundo a Prefeitura, em 2017 foram notificados 46 casos suspeitos de leptospirose entre residentes de Santos, com sete casos confirmados e um óbito. Este ano, foram 12 notificações de casos suspeitos (4 em janeiro, 4 em fevereiro e 4 em março). Um já foi confirmado, trata-se de um morador do Areia Branca, que foi atendido em fevereiro na Santa Casa. Outros sete casos foram descartados e quatro estão em investigação.

O Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Secretaria Estadual da Saúde informa que em 2017 foram confirmados 434 casos e 61 mortes por leptospirose no Estado. Na Baixada Santista, houve o registro de 33 casos confirmados e 6 óbitos. O CVE não informou os dados de 2018.

O médico infectologista Evaldo Stanislau explica que quando as pessoas entram em contato com alagamentos, a bactéria pode penetrar na pele por meio de pequenos ferimentos.

“Grande parte das pessoas não fica doente, não apresenta sintomas ou tem um quadro leve. Porém, algumas desenvolvem uma forma grave, que

leva à inflamação dos vasos sanguíneos e alterações em órgãos que podem resultar em morte”, detalha o especialista.

Segundo ele, há um comprometimento grave dos rins e fígado, além da coagulação, com queda no número de plaquetas, quadro parecido com o da febre amarela. Diante disso, é comum sangramento nos pulmões e necessidade de intubação e hemodiálise.

“Existem alguns sintomas que os médicos ficam atentos. Se após enchente o paciente apresentar febres, dores musculares, nas panturrilhas e os exames apresentarem alterações nas enzimas do fígado e dos rins, tem que pensar em leptospirose”, afirma o infectologista.

Segundo ele, há como tentar prevenir a doença. “Quem teve contato com enchente, deve chegar em casa, tirar toda a roupa molhada e se lavar bem, principalmente as pernas. Verificar se tem alguma ferida e cuidar. Também é possível dar um antibiótico de maneira preventiva, se a pessoa ficar muito preocupada, procure um médico”.



Fonte: google.com.br

SARAMPO

Local de ocorrência: Roraima

Data da informação: 10/04/2018

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

COMENTÁRIOS:

Roraima passou de surto a epidemia de sarampo com 59 casos confirmados e 166 suspeitos da doença, informou na terça-feira (10/04) a Secretaria Estadual de Saúde.

O vírus que circula no estado é importado da Venezuela, segundo análises da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), laboratório de referência do Ministério da Saúde. O primeiro diagnóstico da doença em Roraima foi em uma bebê venezuelana de 1 ano, em fevereiro deste ano.

Conforme a Sesau, duas crianças venezuelanas com sarampo morreram em Boa Vista desde que começaram as notificações da doença no estado.

A doença havia sido erradicada no Brasil em 2001 e com o avanço dos casos em Roraima a campanha de vacinação contra o sarampo foi antecipada de agosto para março. Após o encerramento da campanha, o governo junto com os municípios definirá como e onde a campanha precisa continuar.

Conforme explicou a Sesau, o status passou de surto para epidemia porque a doença já chegou ao Amazonas, quando foram confirmados os primeiros casos de sarampo fora de Roraima.

"A diferença entre surto e epidemia está ligada a uma questão territorial, logo, quando foram confirmados os primeiros casos fora do estado - no Amazonas a partir de 24 de março - considera-se então, lamentavelmente, a evolução para uma epidemia".

Dentre os casos confirmados em Roraima, 45 são em venezuelanos e 14 em brasileiros. Desses, 46 foram registrados em Boa Vista, 12 em Pacaraima, cidade na fronteira com a Venezuela, e um em Uiramutã.

Além do aumento do número de brasileiros entre os casos confirmados, mais um município - Mucajaí - passa a integrar o boletim com casos notificados, somando um total de 10 municípios: Boa Vista continua sendo o município com o maior número de casos notificados, 156 no total, seguido por Pacaraima com 51 registros, Cantá com 10, Amajari com 9, Rorainópolis e Alto Alegre com dois casos cada e Caroebe, Mucajaí, São João da Baliza e Uiramutã com um caso cada.

A Sesau classifica todos os casos da doença - confirmados, suspeitos e descartados - como 'notificados'.

Quando uma pessoa tem os sintomas do sarampo são retiradas amostras e os exames são feitos no Lacen-RR para que seja confirmado ou descartado. Além disso, o mesmo material é encaminhado para a Fiocruz.

De acordo com a Sesau, o Ministério da Saúde está dando total apoio às ações de vigilância epidemiológica, tendo mantido uma equipe no local para apoio às equipes municipais e estadual.

A coordenadora Estadual de Vigilância em Saúde, Daniela Souza, ressalta a importância da vacinação como única forma de prevenção.

"O sarampo é uma doença altamente contagiosa e por isso é muito importante que a população verifique sua carteira de vacinação e procure os postos de saúde já que a vacina triplice viral é a única forma de prevenção à doença", disse.

A campanha de vacinação contra o sarampo já aplicou até o momento, 53.351 doses da vacina, que além de imunizar contra o sarampo, também age contra a caxumba e a rubéola.

Há aproximadamente 98 mil doses em estoque, segundo a Sesau. O Ministério da Saúde autorizou um total de 420 mil doses e se comprometeu a enviar todo o quantitativo necessário de doses para Roraima.

Sintomas

Os sintomas do sarampo são: febre e exantema (manchas avermelhadas), acompanhados de tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite. Quando identificado um ou mais desses sintomas a pessoa deve procurar um médico.



Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 02/04/2018

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

As informações apresentadas nesse informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 13 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 31/03/2018.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras processadas em unidades sentinelas foi de 16,0% (504/3.154) para SG e de 22,2% (52/257) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 13,0% (228/1.748) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1). Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 9,1% (28/309) 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.

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 02/04/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

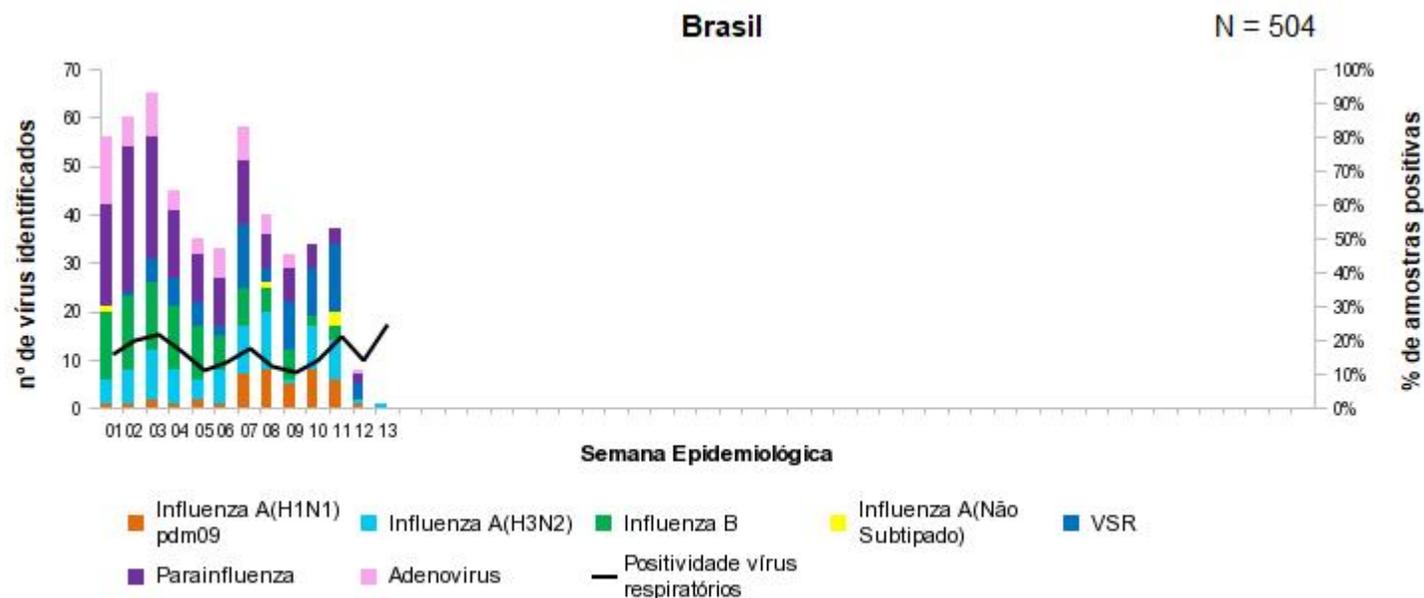
VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 13 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 4.968 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 3.154 (63,5%) foram processadas e 16,0% (504/3.154) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 228 (45,2%) foram positivos para influenza e 276 (54,8%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 43 (18,9%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 98 (43,0%) de influenza B, 5 (2,25%) de influenza A não subtipado e 82 (36,0%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 147 (53,3%) de Parainfluenza (Figura1).

As regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores quantidades de amostras positivas, com destaque para a maior circulação de Parainfluenza, Influenza B e A(H3N2). Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste destaca-se a circulação do vírus Parainfluenza, VSR e Influenza A(H1N1)pdm09. Na região Norte predomina a circulação de VSR e Influenza B, (Anexo 1 – B). Quanto à distribuição dos vírus por faixa etária, entre os indivíduos a partir de 10 anos predomina a circulação dos vírus Influenza B, A(H3N2) e Parainfluenza. Entre os indivíduos menores de 10 anos ocorre uma maior circulação de Parainfluenza e VSR.

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 13.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 2/4/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

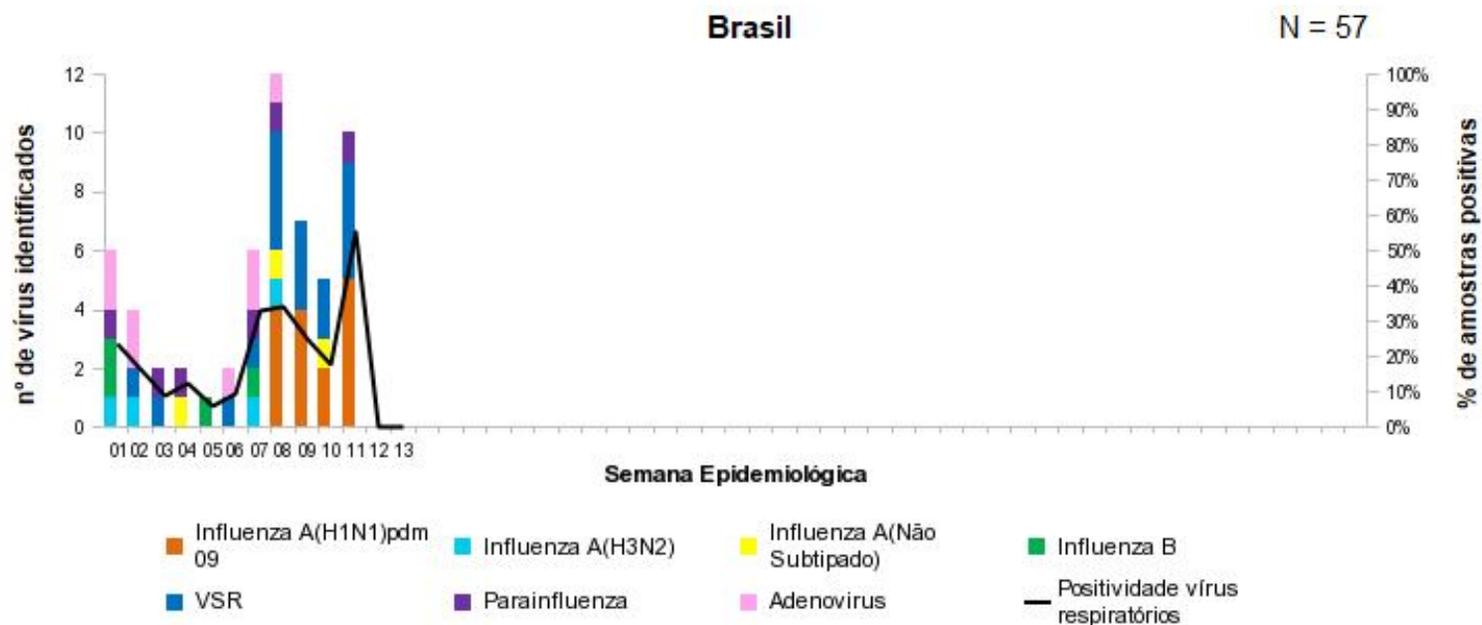
Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 02/04/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 411 coletas, sendo 257 (62,5%) processadas. Dentre estas, 57 (22,2%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 26 (45,6%) para influenza e 31 (54,4%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 15 (57,7%) para influenza A(H1N1)pdm09, 3 (11,5%) para influenza A não subtipado, 4 (15,4%) para influenza B e 4 (15,4%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 17 (54,8%) VSR(Figura 2).

Figura 2. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Respiratória Aguda Grave em Unidade de Terapia Intensiva, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 13.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 2/4/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

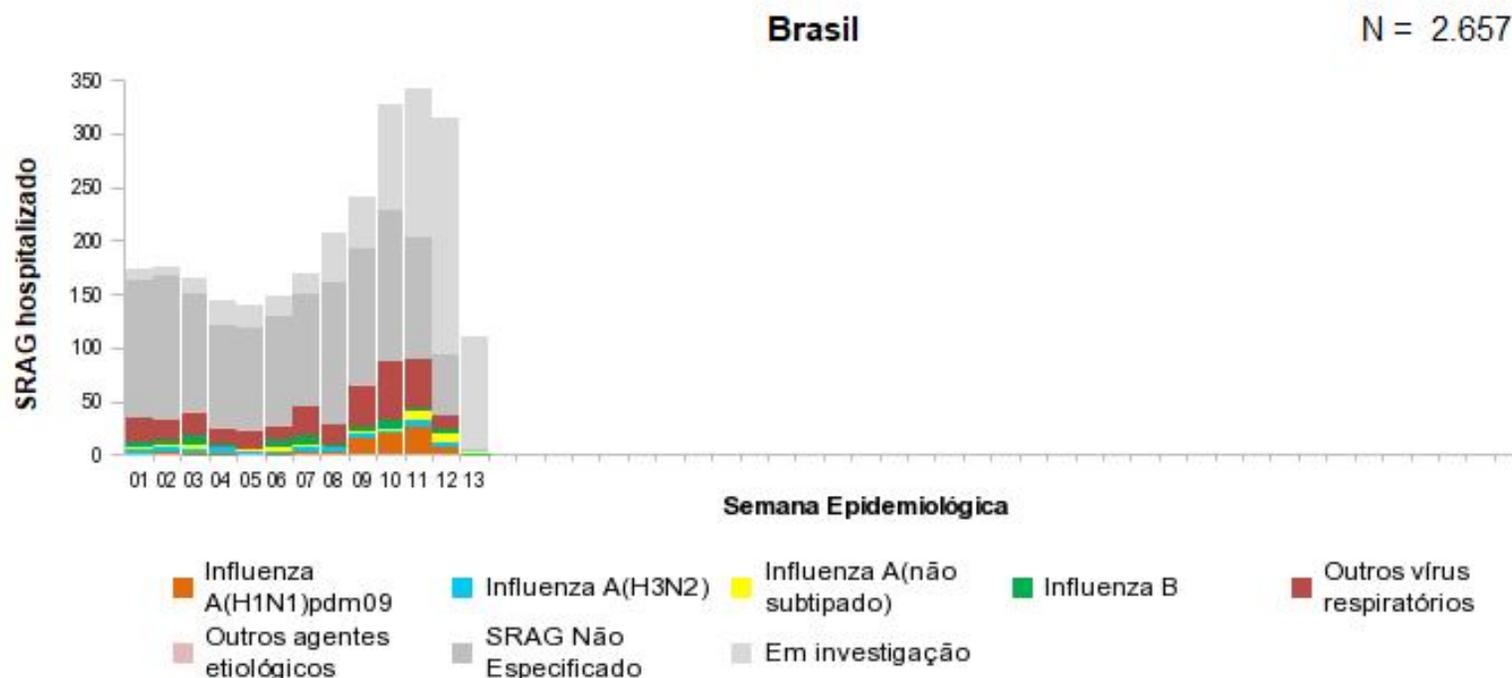
Data da informação: 02/04/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 13 de 2018 foram notificados 2.657 casos de SRAG, sendo 1.748 (65,8%) com amostra processada. Destas, 13,0% (228/1.748) foram classificadas como SRAG por influenza e 17,6% (308/1.748) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 84 (36,8%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 37 (16,2%) influenza A não subtipado, 50 (21,9%) influenza B e 57 (25,0%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 35 anos, variando de 0 a 107 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região Sudeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 45,6% (104/228).

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 13.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/4/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

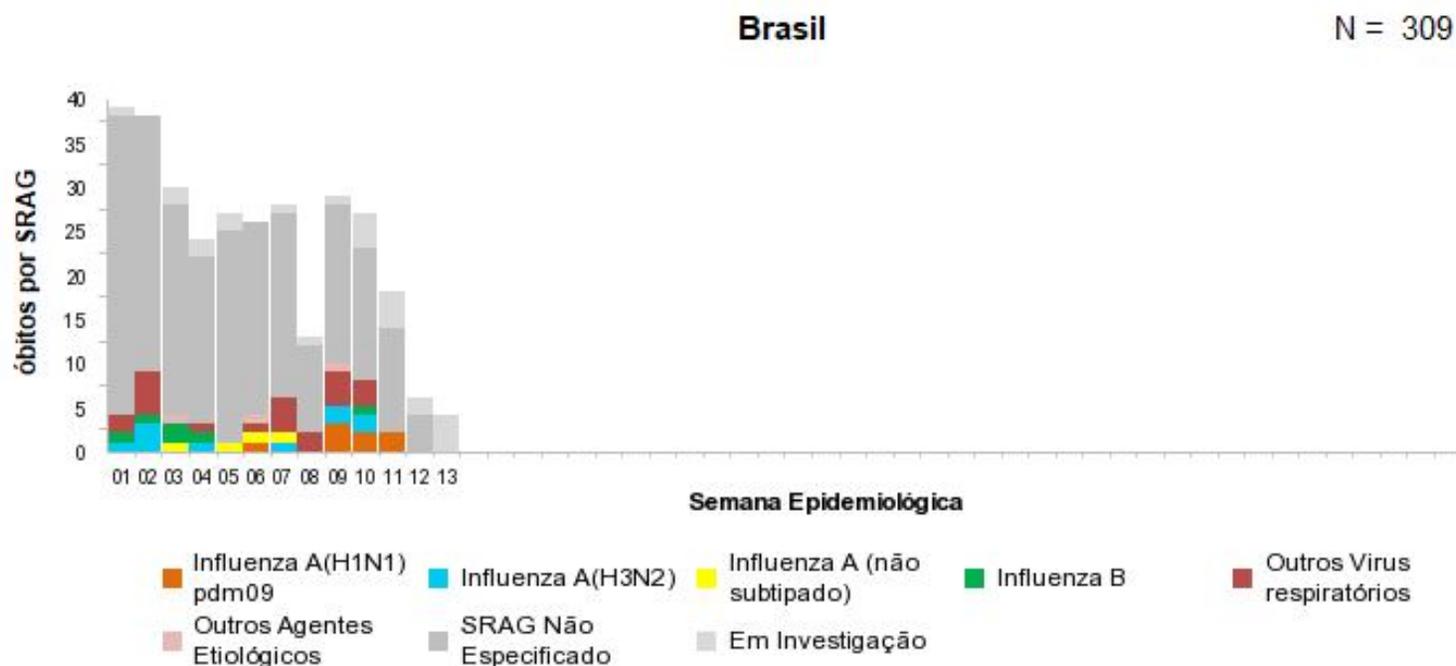
Data da informação: 02/04/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 13 de 2018 foram notificados 309 óbitos por SRAG, o que corresponde a 11,6% (309/2.657) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 28 (9,1%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 8 (28,6%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 4 (14,3%) influenza A não subtipado, 6 (21,4%) por influenza B e 10 (35,7%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 39,3 (11/28), 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 13.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/4/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 02/04/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 59 anos, variando de 0 a 107 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,02/100.000 habitantes. Dos 28 indivíduos que foram a óbito por influenza, 23 (82,1%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos \geq 60 anos, Pneumopatas, Cardiopatas e Neuropatas. Além disso, 21 (75,0%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 1 a 14 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento nas primeiras 48 horas.

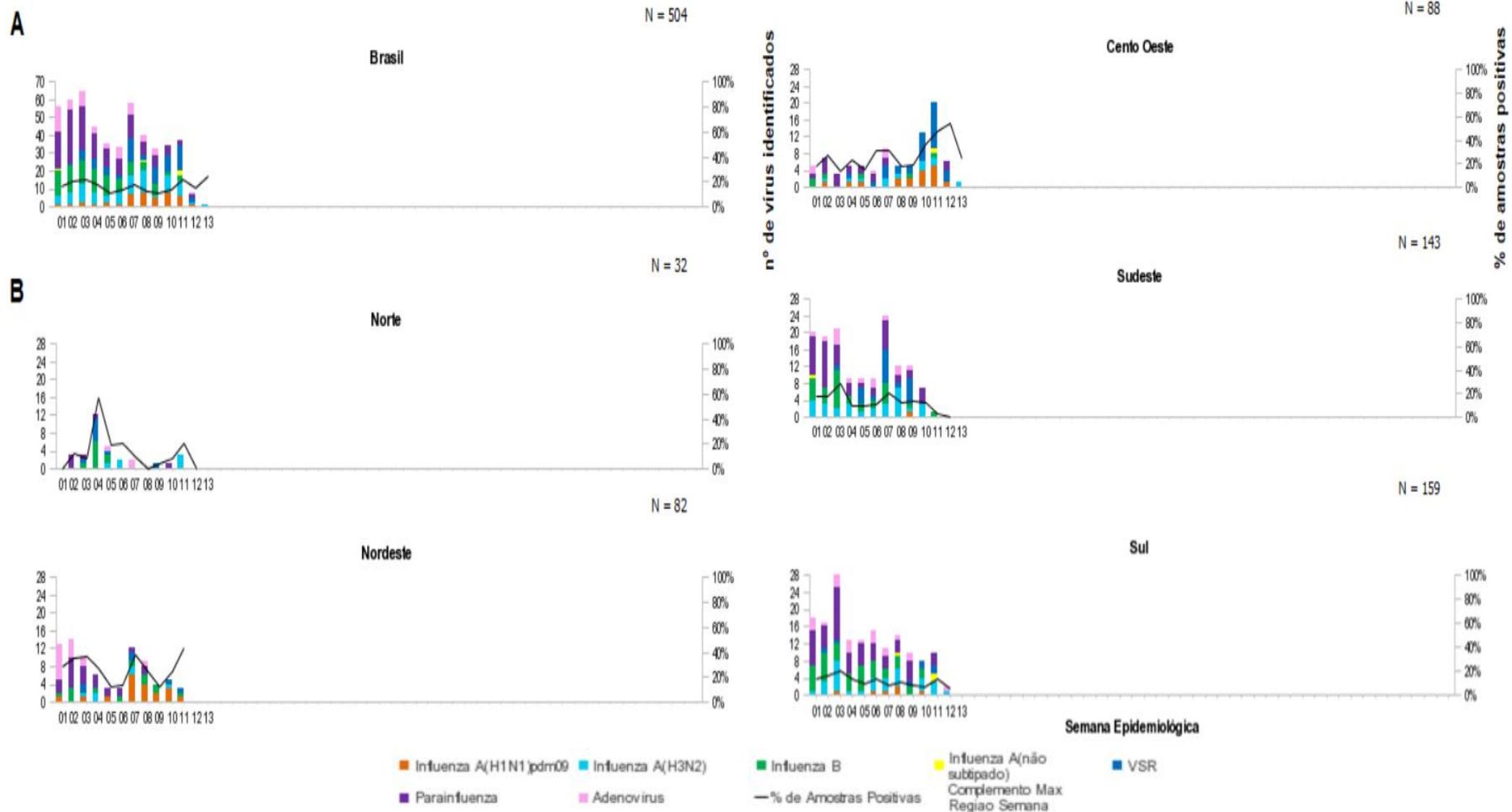
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 13.

Óbitos por Influenza (N = 28)	n	%
Com Fatores de Risco	23	82,1%
Adultos \geq 60 anos	13	56,5%
Doença cardiovascular crônica	6	26,1%
Pneumopatas crônicas	8	34,8%
Diabete mellitus	3	13,0%
Obesidade	2	8,7%
Doença Neurológica crônica	4	17,4%
Doença Renal Crônica	2	8,7%
Imunodeficiência/Imunodepressão	5	21,7%
Gestante		0,0%
Doença Hepática crônica		0,0%
Criança < 5 anos	3	13,0%
Puérpera (até 42 dias do parto)		0,0%
Indígenas		0,0%
Síndrome de Down		0,0%
Que utilizaram antiviral	21	75,0%

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/4/2018, 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 13.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 2/4/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 13.

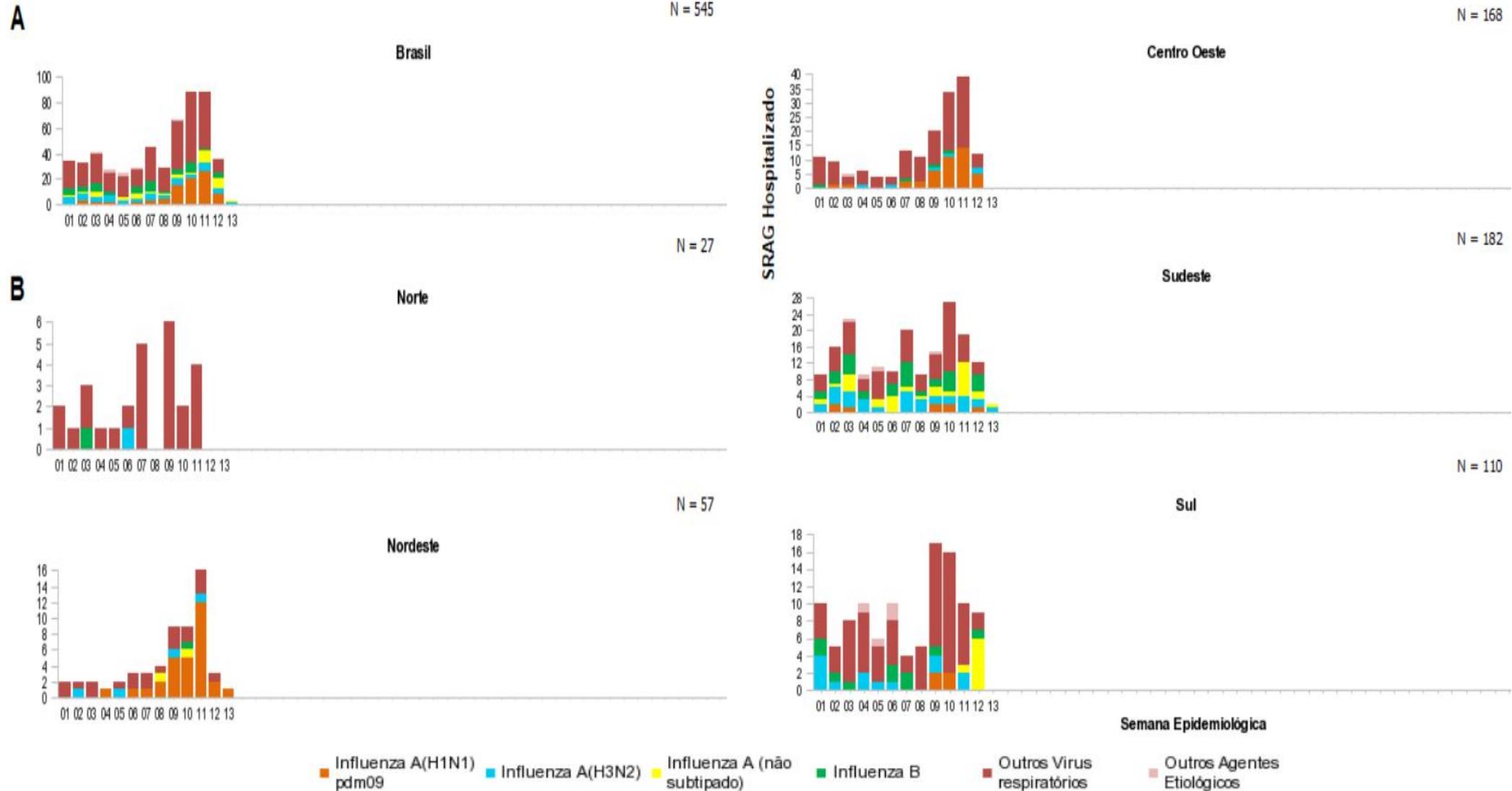
REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza										SRAG por outro vírus respiratório		SRAG por outro agente Etológico		SRAG não Especificado		Em Investigação	
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtipado)		Influenza B		Total Influenza		Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos										
NORTE	197	17	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	25	1	0	0	136	15	34	0
RONDÔNIA	10	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2	3	0
ACRE	33	6	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	0	0	0	10	5	20	0
AMAZONAS	51	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	17	0	0	0	29	1	4	0
PARÁ	100	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	0	87	6	7	0
TOCANTINS	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0
NORDESTE	419	31	30	3	4	2	2	0	1	0	37	5	20	1	0	0	140	22	222	3
MARANHÃO	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
PIAUI	21	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	8	2	6	1
CEARÁ	31	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	17	0	11	1
RIO GRANDE DO NORTE	19	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	9	3	8	0
PARAÍBA	25	5	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	10	3	14	1
PERNAMBUCO	176	7	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	61	7	111	0
ALAGOAS	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
SERGIPE	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6	0	2	0
BAHIA	132	11	27	3	3	1	2	0	1	0	33	4	4	0	0	0	27	7	68	0
SUDESTE	962	131	8	1	33	4	28	4	33	5	102	14	76	7	4	2	508	96	272	12
MINAS GERAIS	221	21	0	0	7	0	0	0	2	0	9	0	22	1	1	0	120	20	69	0
ESPIRITO SANTO	67	5	0	0	2	0	0	0	1	1	3	1	0	0	0	0	26	1	38	3
RIO DE JANEIRO	98	10	2	0	5	1	7	0	12	1	26	2	20	3	0	0	17	4	35	1
SÃO PAULO	576	95	6	1	19	3	21	4	18	3	64	11	34	3	3	2	345	71	130	8
SUL	581	79	4	1	13	2	7	0	10	0	34	3	72	6	4	1	383	68	88	1
PARANÁ	353	52	2	1	5	1	6	0	6	0	19	2	64	4	3	1	191	44	76	1
SANTA CATARINA	48	8	1	0	5	1	1	0	2	0	9	1	3	2	0	0	31	5	5	0
RIO GRANDE DO SUL	180	19	1	0	3	0	0	0	2	0	6	0	5	0	1	0	161	19	7	0
CENTRO OESTE	496	51	42	3	6	2	0	0	4	0	52	5	115	7	1	0	168	31	160	8
MATO GROSSO DO SUL	81	6	2	0	2	1	0	0	2	0	6	1	22	0	0	0	43	4	10	1
MATO GROSSO	18	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4	1	13	2
GOIÁS	274	37	39	3	2	1	0	0	0	0	41	4	50	6	0	0	83	22	100	5
DISTRITO FEDERAL	123	5	1	0	2	0	0	0	1	0	4	0	43	1	1	0	38	4	37	0
BRASIL	2.655	309	84	8	57	10	37	4	49	6	227	28	308	22	9	3	1.335	232	776	24
Outro País	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL	2.657	309	84	8	57	10	37	4	50	6	228	28	308	22	9	3	1.335	232	777	24

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/4/2018, 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 13.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 2/4/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 02/04/2018

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 13 e 14/2018

(25/03/2018 a 07/04/2018)

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

SARAMPO / RUBÉOLA

Local de ocorrência: Moçambique

Data da informação: 09/04/2018

Fonte da informação: observador.pt (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde de Moçambique iniciou na segunda-feira (09/04), uma campanha de vacinação contra o sarampo e rubéola que tem como objetivo abranger cerca de 12 milhões de crianças, anunciou a instituição em comunicado. A primeira fase da vacinação decorre até dia 15 e vai incluir as províncias de Niassa, Cabo Delgado e Nampula, no norte do país, e Zambézia, no centro.

A segunda fase vai decorrer entre os dias 21 e 25 nas províncias de Tete, Manica e Sofala, no centro, e em Inhambane, Gaza e Maputo, no sul. Dados do ministério referem que 90 mil casos de sarampo foram notificados nos últimos sete anos em Moçambique, metade em crianças com mais de dois anos.

A doença continua entre as principais causas de mortalidade evitáveis com vacinação e “ocorre em epidemias de magnitude preocupante”, diz o comunicado.

DOENÇAS

Diferenças entre elas

Sarampo

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

Rubéola

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

Catapora

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



SARAMPO

Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 09/04/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Onze países das Américas notificaram 385 casos confirmados de sarampo neste ano: Antígua e Barbuda (1 caso), Argentina (1), Brasil (46), Canadá (4), Colômbia (5), Equador (1), Estados Unidos (41), Guatemala (1), México (4), Peru (2) e Venezuela (279). Os dados são da mais recente atualização epidemiológica da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), publicada na noite do dia 6 de abril.

Os casos em Antígua e Barbuda e na Guatemala foram importados, respectivamente, do Reino Unido e da Alemanha. Os casos no Canadá, nos Estados Unidos e no México também são importados ou associados à importação. No Peru, estão sendo investigados os lugares onde ocorreram as infecções.

Na Argentina, o caso confirmado de sarampo foi registrado em uma menina de menos de um ano de idade, sem histórico de vacinação. Está em andamento uma investigação no país para identificar a fonte de infecção. No Equador, foi confirmado um caso em um menino venezuelano de cinco anos que havia viajado de Caracas para Quito durante o período de incubação da doença. A criança também não tinha histórico de vacinação.

Na Venezuela, 67% dos casos confirmados foram registrados no estado de Bolívar. A propagação do vírus para outras áreas geográficas é explicada, entre outros fatores, pelo alto movimento migratório da população devido à atividade econômica em torno da mineração e do comércio.

Para interromper a transmissão do vírus, o país elaborou um Plano Nacional de Resposta Rápida, que inclui estratégias e atividades de vacinação, vigilância epidemiológica, busca e investigação de casos, além de capacitação de profissionais de saúde. A OPAS está trabalhando para mobilizar recursos com parceiros estratégicos, a fim de apoiar todas as medidas de controle do surto na Venezuela, incluindo a campanha de imunização.

No Brasil, há um surto em andamento nos estados de Roraima (42 casos confirmados, dos quais 34 cidadãos venezuelanos e oito brasileiros) e do Amazonas (quatro casos confirmados, todos cidadãos brasileiros). Para enfrentar o surto, o Ministério da Saúde do país, em coordenação com os governos estaduais e municipais, está realizando campanhas de vacinação nos dois estados (tanto para residentes quanto imigrantes venezuelanos de 6 meses a 49 anos de idade).

O plano emergencial de contenção do surto de sarampo em Roraima conta com a colaboração da OPAS/OMS. O organismo internacional, a pedido do Ministério da Saúde do Brasil, está apoiando a montagem de um posto de vacinação em Pacaraima, município brasileiro localizado na fronteira com a Venezuela.

Além disso, está ajudando o governo federal brasileiro no fornecimento de seringas, na compra de materiais para manter a temperatura adequada das vacinas, na contratação de profissionais (por exemplo, vacinadores) e no envio de especialistas para apoiar as autoridades nacionais e locais, entre outros.

A região das Américas foi a primeira do mundo a ser declarada livre de sarampo, uma doença viral que pode causar graves problemas de saúde, inclusive pneumonia, cegueira, inflamação do cérebro e até mesmo a morte. A principal medida para prevenir a introdução e disseminação do vírus do sarampo é a vacinação da população suscetível, juntamente com a implementação de um sistema de vigilância de alta qualidade e sensível o suficiente para detectar de forma oportuna quaisquer casos suspeitos.

Tendo em vista as contínuas importações do vírus de outras regiões do mundo e os surtos em curso nas Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) insta os países e territórios a:

Vacinar a população para manter uma cobertura homogênea de 95% com a primeira e a segunda dose da vacina contra sarampo, caxumba e rubéola em todos os municípios. A Semana de Vacinação nas Américas, que começa em 22 de abril, é uma oportunidade para intensificar a cobertura vacinal e estabelecer níveis de cobertura mais homogêneos dentro dos países.

Vacinar populações em risco (sem comprovação de vacinação ou imunidade contra sarampo e rubéola), como profissionais de saúde, pessoas que trabalham com turismo e transporte (hotelaria, aeroportos, motoristas de táxi, etc.) e viajantes internacionais.

Manter uma reserva de vacinas contra sarampo e rubéola e de seringas para controle de casos importados em cada país da Região.

Fortalecer a vigilância epidemiológica para detecção oportuna de todos os casos suspeitos de sarampo e garantir que as amostras sejam recebidas por laboratórios.

DOENÇA DE CHAGAS

Local de ocorrência: Venezuela

Data da informação: 09/04/2018

Fonte da informação: dc.clicrbs.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Cinco pessoas morreram na cidade de Puerto Nuevo, no estado de Táchira, oeste da Venezuela, por uma suposto surto da "doença de Chagas aguda", informou a governadora da região, Laidy Gómez.

"A informação oficial: surto epidemiológico de chagas agudo detectado em Puerto Nuevo, município Libertador, deixa cinco mortos", escreveu a governadora no Twitter.

Os falecidos são um bebê de 11 meses, uma mulher de 79 anos e três homens de 31, 42 e 51 anos.

Gómez anunciou a ativação de um plano especial na região para tratar o surto.

O médico Ely Toubia explicou que a doença de Chagas aguda pode ser transmitida de várias maneiras: as duas mais comuns são a picada do barbeiro (inseto), que transmite o parasita (*Trypanosoma cruzi*), ou pelos excrementos do inseto em frutas.

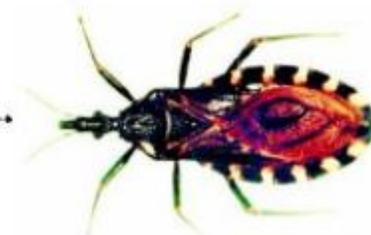
Em sua etapa inicial (aguda), os sintomas da infecção podem ser confundidos com os de uma gripe comum, mas o parasita permanece alojado no corpo por longos períodos, por até 30 anos, provocando um grave dano ao coração que pode inclusive provocar a morte.

Também pode provocar danos no esôfago e no intestino grosso, além de gerar severos transtornos digestivos.

ENTENDA O CICLO

O habitat normal do *Trypanosoma cruzi* é a corrente circulatória, onde permanece nadando no plasma até invadir novas células.

1 O barbeiro defeca ao mesmo tempo em que suga o sangue da vítima.



Barbeiro em tamanho real

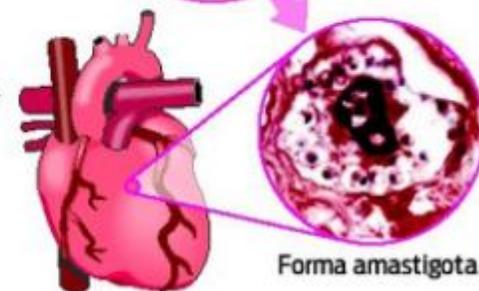
2 Ao coçar o local da picada, o indivíduo permite a entrada do tripomastigota metacíclico na corrente sanguínea.



Formas tripomastigotas

3 A forma tripomastigota invade as células e se transforma na forma amastigota.

4 Formas amastigotas do parasita se reproduzem nas fibras musculares do coração, podendo originar outras formas semelhantes ou tripomastigotas sanguíneas.



Forma amastigota

Infografia: Gazeta do Povo

Fonte: google.com.br

FEBRE DE LASSA

Local de ocorrência: Nigéria

Data da informação: 05/04/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

A epidemia de Febre de Lassa que assola a Nigéria já provocou desde janeiro 142 mortos entre os mais de 400 casos confirmados, indica um balanço divulgado recentemente pelas autoridades sanitárias nigerianas.

Segundo o comunicado do Centro Nacional Nigeriano de Controle de Epidemias (NCDC, na sigla inglesa), desde o início de março registraram-se 110 mortes entre os 353 casos confirmados, elevando para 142 o total de mortos, o que representa uma taxa de mortalidade "muito elevada" de 24,3%.

No total, foram registrados 1.706 casos suspeitos da febre hemorrágica, 400 confirmados, nove prováveis, 1.273 negativos e 24 que ainda aguardam pelos resultados das análises.

O vírus foi detectado em 20 dos 36 estados em que se divide administrativamente a Nigéria, mas está a afetar sobretudo os de Edo, Ondo e Ebonyi, todos no sul do país.

"Oito Estados saíram da fase ativa da epidemia, enquanto outros 12 permanecem ativos", sublinhou o centro, indicando que, face aos resultados, a própria NCDC e a Organização Mundial de Saúde (OMS) intensificaram a resposta em todo o país.

A OMS descreve a Febre de Lassa como uma infecção viral pertencente à mesma família do vírus de Marburgo e do Ébola.

O nome provém de uma localidade no norte da Nigéria, Lassa, onde foi identificado pela primeira vez, em 1969.

Endêmico na Nigéria, Guiné-Conacri, Libéria e Serra Leoa, o vírus é assintomático em 80% dos casos, podendo provocar lesões graves, hemorrágicas e neurológicas e, em alguns casos, a morte.

A transmissão para humanos acontece face à exposição de excrementos e animais, do trato respiratório ou na área gastrointestinal.

Crê-se que a inalação de partículas minúsculas de material infectado seja o meio mais simples de contaminação.

Segundo a OMS, a capacidade de se detectar rapidamente os casos de infecção ajuda a diminuir a mortalidade do vírus.



Fonte: google.com.br

MALÁRIA

Local de ocorrência: Angola

Data da informação: 07/04/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

Angola registrou no primeiro trimestre deste ano mais de 720 mil casos de malária, a principal causa de morte no país, que resultou em quase 2.100 óbitos, segundo um relatório do Ministério angolano da Saúde, a que a agência Lusa teve acesso.

Os dados indicam como províncias mais afetadas Luanda, a capital de Angola, com 177.029 casos e 278 óbitos, Benguela (90.896 e 348 óbitos), Uíge (69.164 e 250 óbitos) e Bié (65.068 e 324 óbitos).

Já as províncias com os menores números de casos e óbitos são Cabinda (2.061 e cinco óbitos), Namibe (5.355 e cinco óbitos) e Cunene (5.926 e 28 óbitos).

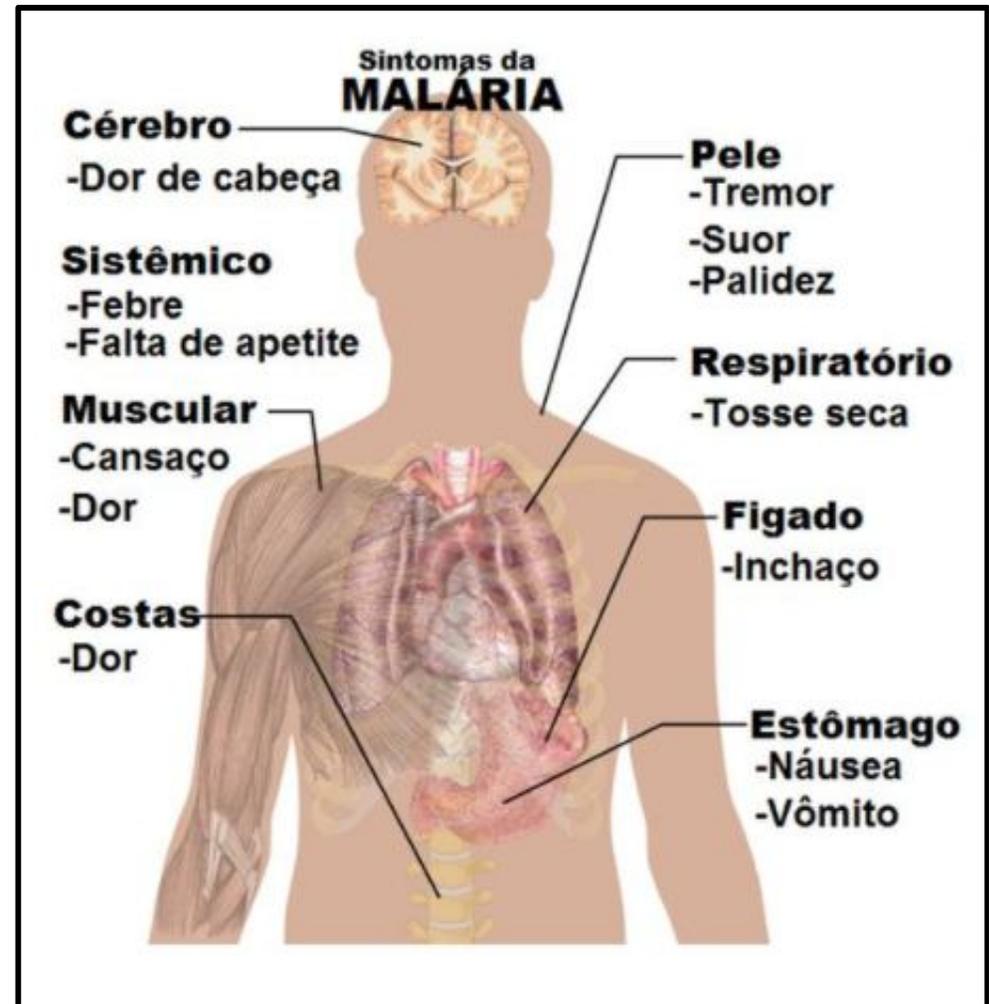
A província do Huambo, apesar do reduzido índice de casos (24.757), comparativamente às restantes regiões apresenta um elevado número de mortes, com um total de 122 óbitos, igual à situação do Cuanza Sul, com um registo de 40.990 casos e 141 mortes.

A malária, além de constituir a principal causa de morte em Angola, é também o maior motivo de internamentos hospitalares e de abstenção escolar e laboral.

Os dados indicam ainda que só nas últimas 24 horas houve a necessidade de internamento de 394 doentes, tendo sido solicitadas 103 transfusões sanguíneas e realizadas 137 hemotransfusões.

Também nas últimas 24 horas, a malária afetou 4.774 crianças entre os zero e quatro anos, com um total de 28 óbitos, seguindo-se menores entre os cinco e 14 anos, com 4.250 casos e nove óbitos, sendo o restante maiores de 15 anos com 4.471 casos e 13 mortes, que perfazem o total em todo o país de 13.405 casos e 50 óbitos.

Como medidas de controle vetorial e ações de prevenção da doença em todo o país, foram realizadas várias ações nas últimas 24 horas, como a distribuição de mosquiteiros, fumigação aérea, pulverização intra-domiciliar e aplicação de biolarvicidas em criadouros, para o controle larval.



HIV

Local de ocorrência: Estados Unidos

Data da informação: 06/04/2018

Fonte da informação: outbreaknewstoday.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Os Centros dos EUA para Controle e Prevenção de Doenças concordaram em ajudar o Departamento de Saúde Pública de Massachusetts (DPH) a investigar um grande grupo de novas infecções por HIV na região nordeste do estado entre pessoas que injetam drogas e / ou moradores de rua. Depois de ver o aumento de novos casos de HIV no ano passado em Lawrence e Lowell entre pessoas que usam drogas injetáveis, a DPH solicitou assistência formal do CDC.

Apesar de Massachusetts como um todo não ter visto um aumento geral no número de novos diagnósticos de HIV, o número de novos diagnósticos atribuídos a pessoas que injetam drogas aumentou nos últimos anos, principalmente nas cidades de Lawrence e Lowell. Os dados preliminares do DPH mostram 52 novos casos de HIV em 2017 na região nordeste entre usuários de drogas injetáveis, em comparação com 23 em 2016.

"Temos visto um aumento no número de casos de hepatite C recentemente diagnosticados relacionados ao uso de drogas injetáveis em pessoas com menos de 30 anos nos últimos anos e estamos preocupados com o potencial de infecção pelo HIV seguindo um curso semelhante", disse o Dr. Al DeMaria, diretor médico de doenças infecciosas e epidemiologista estadual do DPH. "Para caracterizar completamente o que está acontecendo e o que seria necessário para prevenir efetivamente a disseminação da infecção, pedimos a assistência do CDC. Esta assistência pode permitir uma investigação mais rápida, colocando mais investigadores no campo e fazendo um maior uso da capacidade do CDC para métodos laboratoriais avançados e seus conhecimentos adquiridos em outras investigações. Quanto mais cedo pudermos descobrir por que essas infecções estão acontecendo agora, mais cedo poderemos usar as intervenções de prevenção mais eficazes baseadas nas evidências."

A solicitação do DPH incluía pedir apoio do CDC com a investigação epidemiológica, assistência na determinação das causas subjacentes desses grupos de infecção e por que isso está acontecendo agora, após uma década de aumento do uso de drogas injetáveis relacionado à epidemia de opióides sem evidência de transmissão significativa.

O Departamento também está buscando assistência no campo para entrevistar indivíduos infectados e parceiros sexuais e de troca de seringas, auxílio com estudos etnográficos, apoio à análise epidemiológica e o desempenho e interpretação dos resultados do sequenciamento genético viral. Espera-se que esta assistência adicional do CDC comece no final deste mês.

Depois de ver o primeiro pico em 2016 em casos de HIV na região nordeste, o DPH expandiu seu alcance de triagem entre usuários de drogas injetáveis, quadruplicou o número de seus programas de troca de agulhas em todo o estado e implantou unidades móveis para abrigos e programas para atender pessoas risco.

Em novembro passado, o Departamento emitiu uma recomendação clínica para notificar os profissionais de saúde sobre o aumento de infecções por HIV recém-diagnosticadas e agudas entre pessoas que usam drogas injetáveis.



Fonte: google.com.br

NOVO CORONAVÍRUS MERS-CoV



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 06/04/2018

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

COMENTÁRIOS:

Desde abril de 2012 até 4 de abril de 2018, 2.216 casos de MERS, incluindo 829 mortes, foram relatados pelas autoridades de saúde no mundo todo.

Desde que a doença foi identificada pela primeira vez na Arábia Saudita em setembro de 2012, aproximadamente 2.000 casos de MERS-CoV foram detectado em mais de 20 países. Na Europa, oito países relataram casos confirmados, todos com conexões diretas ou indiretas para o Oriente Médio. A maioria dos casos de MERS-CoV continua a ser relatada no Oriente Médio. A fonte do vírus permanece desconhecido, mas o padrão de transmissão e estudos virológicos apontam para camelos dromedários no Oriente Médio, sendo um reservatório do qual os seres humanos esporadicamente se infectam através da transmissão zoonótica. A transmissão entre humanos é amplificada entre contatos domiciliares e em ambientes de saúde.

Desde a última atualização, em 25 de fevereiro de 2018, a Arábia Saudita registrou 21 casos humanos de MERS-CoV. Dos 21 casos, quatro eram do sexo feminino. A idade dos casos variou entre 5 e 74 anos, com média de 56 anos. Cinco casos em Riyadh foram relatados devido à transmissão nosocomial. Três casos em Jeddah foram contatos domésticos. Nove casos relataram contato com camelo. Para quatro casos, a possível via de infecção não foi especificada. Os 21 casos foram relatados de Riad (8), Jeddah (4), Hufoof (3), Najran (2), Ahad Rufaidah (1), Buraidah (1), Hail (1) e Medinah (1).

Omã relatou um caso, um homem de 74 anos de idade, cidadão de Omã, vivendo em Batinah, que teve início dos sintomas em 23 de fevereiro de 2018.

O paciente não tinha viajado recentemente nem relatou nenhum contato com pessoas que tiveram sintomas respiratórios.

Ele também não teve contato com casos conhecidos de MERS-CoV. O paciente cuidou de camelos que estavam supostamente doentes. Este é o décimo primeiro caso que foi relatado em Omã desde 2013.



Fonte: google.com.br

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 03/04/2018

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, um novo caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) foi confirmado esta semana. O caso ocorreu no distrito de Ghaziabad, província de Kunar, com o início da paralisia em 3 de março. Isso aumenta o número total de casos de WPV1 oficialmente registrados no Afeganistão em 2018 a sete.

No Paquistão, um novo caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) foi confirmado esta semana. O caso ocorreu no distrito de Dukki, província de Balochistan, com o início da paralisia em 8 de março. Este é o primeiro caso relatado em 2018. O número total de casos de WPV1 oficialmente relatados no Paquistão em 2017 continua sendo oito.

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

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

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

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

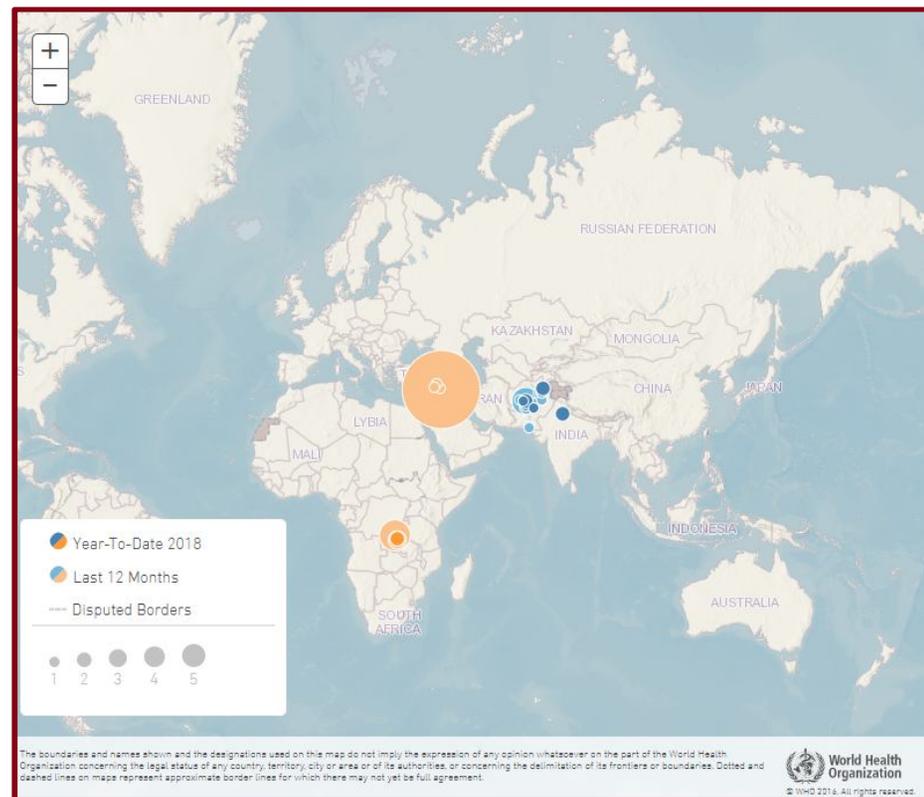
Total cases	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	7	3	5	0	22	96
- in endemic countries	7	0	5	0	22	0
- in non-endemic countries	0	3	0	0	0	96

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

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS

Countries	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afeganistão	6	0	3	0	14	0	02/Mar/18	NA
Paquistão	1	0	2	0	8	0	07/Mar/17	NA
República Democrática do Congo	0	3	0	0	0	22	NA	30/Jan/18
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/>

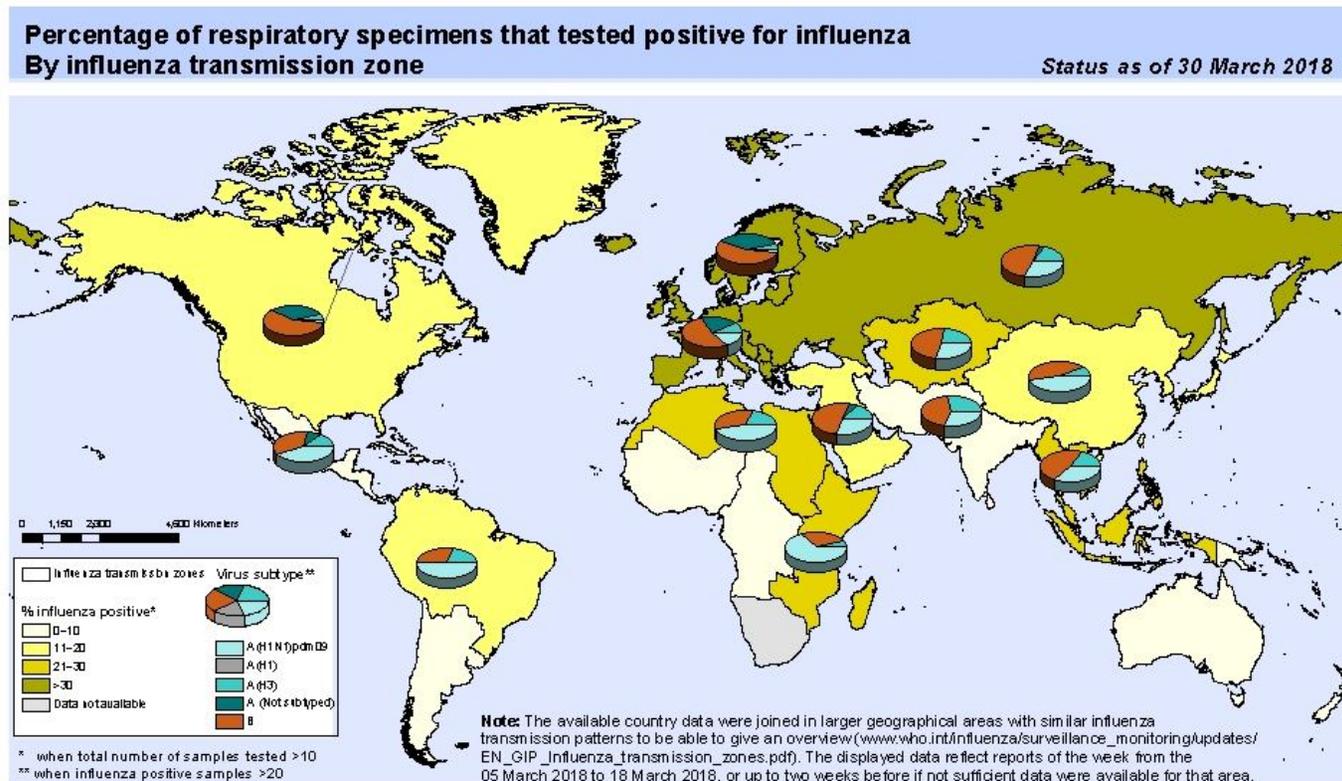
INFLUENZA



Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 02/04/2018
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde – OMS

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

A atividade da gripe pareceu diminuir na maioria dos países na zona temperada do hemisfério norte, com exceção da Europa Oriental, onde a atividade continuou a aumentar. Na zona temperada do hemisfério sul, a atividade da influenza permaneceu em níveis inter-sazonais. Em todo o mundo, o influenza A e o influenza B foram responsáveis por uma proporção similar de detecções de influenza. Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de gripe de 107 países, áreas ou territórios relataram dados à FluNet no período de 05 a 18 de março de 2018 (dados de 2018-03-30 04:46:41 UTC). Os laboratórios WHO GISRS testaram mais de 206.175 espécimes durante esse período, 50.579 foram positivos para o vírus da gripe, dos quais 23.651 (46,8%) foram identificados como influenza A e 26.928 (53,2%) como influenza B. Dos vírus subtipados da gripe A, 6.313 (64%) eram influenza A (H1N1) pdm09 e 3.552 (36%) foram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 3.184 (91%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 316 (9%) à linhagem B-Victoria.



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

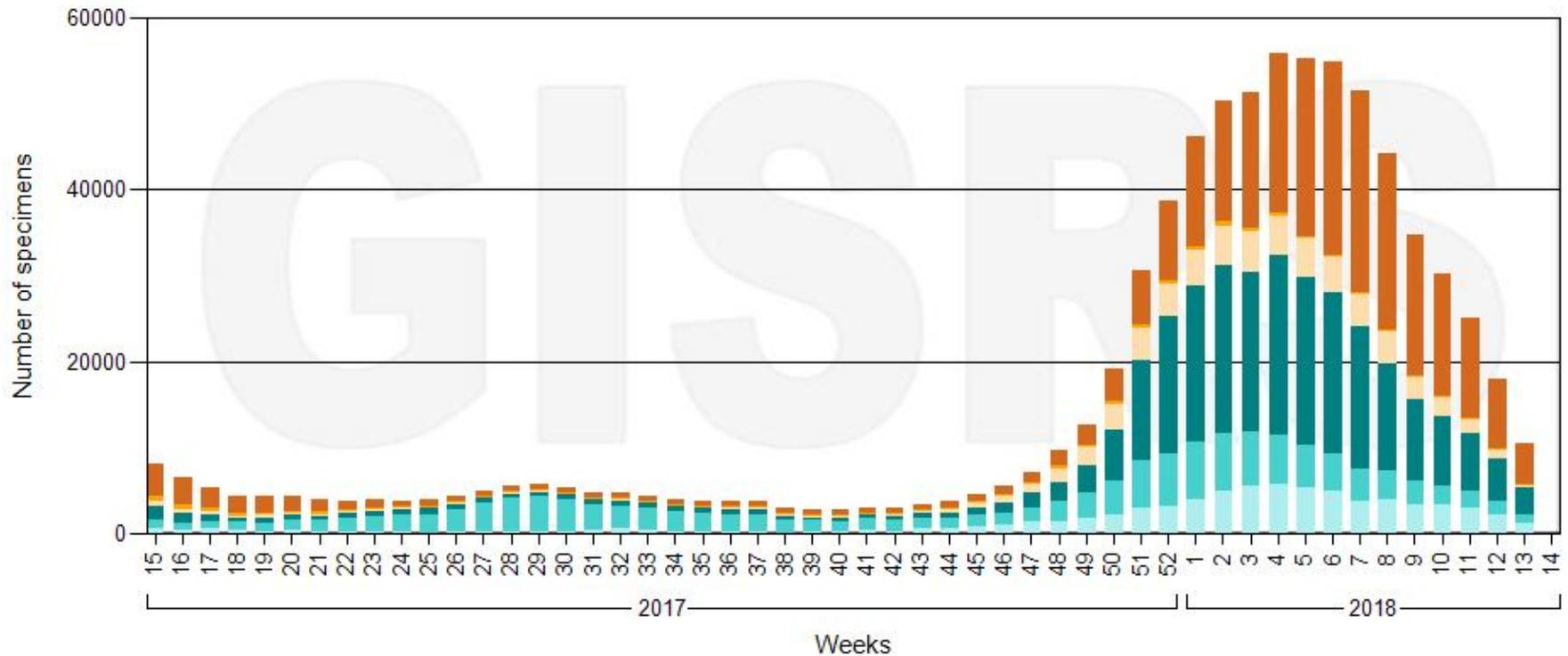
Data Source: Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS), FluNet (www.who.int/flu-net).

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

generated on 09/04/2018 17:44:46 UTC

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype

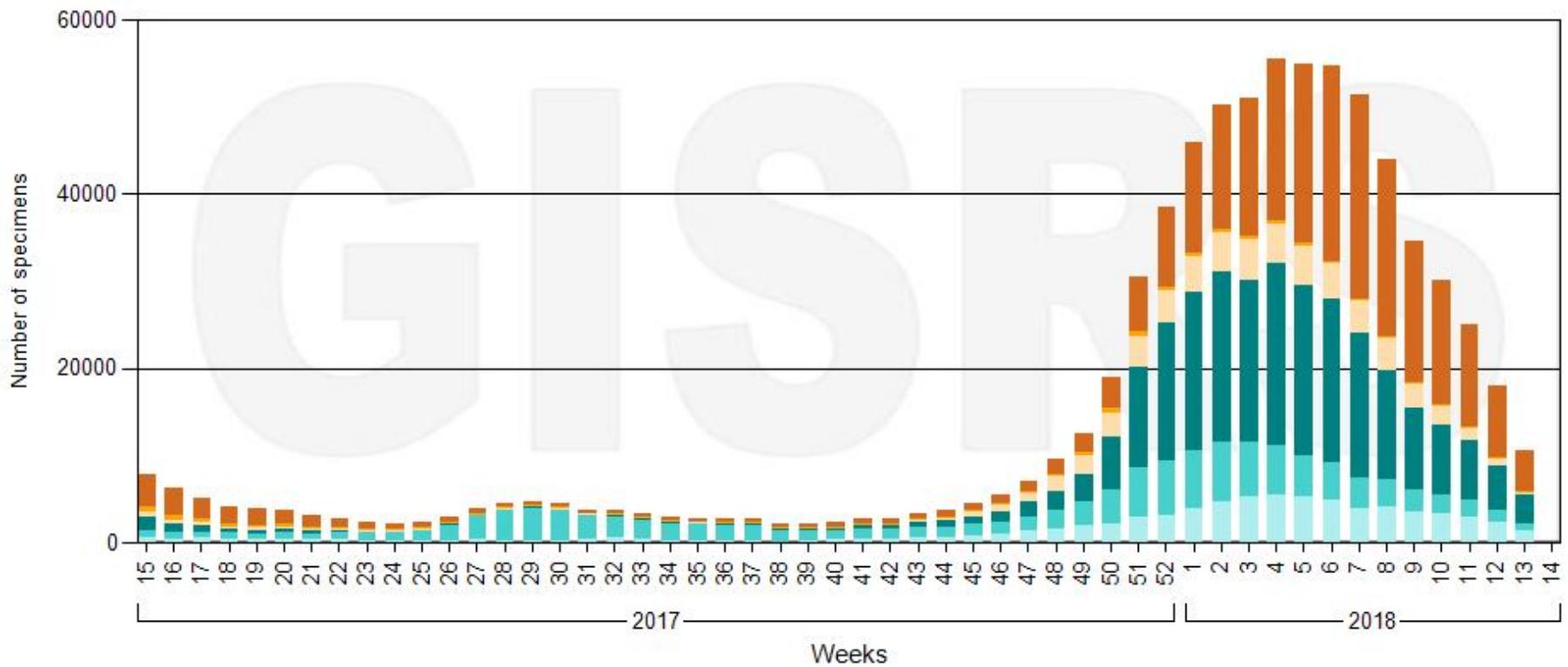


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 09/04/2018 17:46:10 UTC

Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype

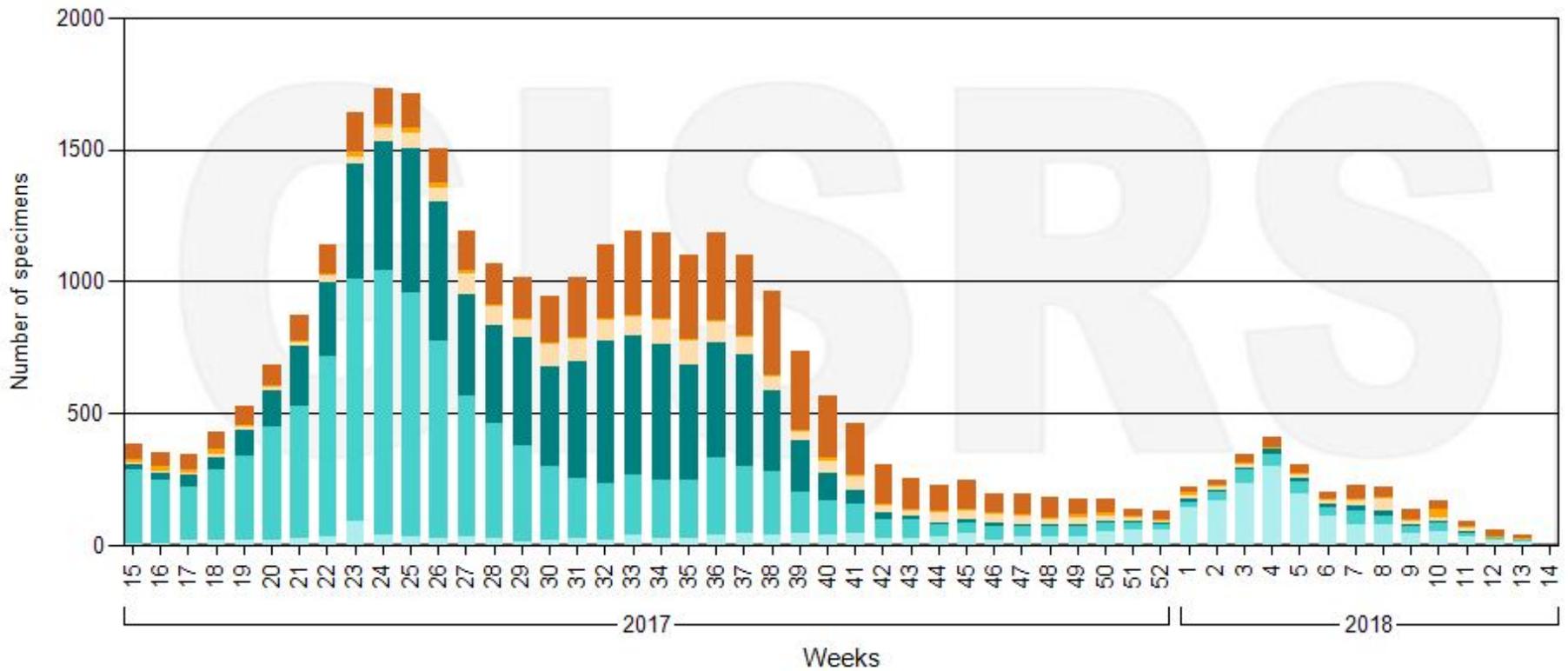


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 09/04/2018 17:47:29 UTC

Southern hemisphere

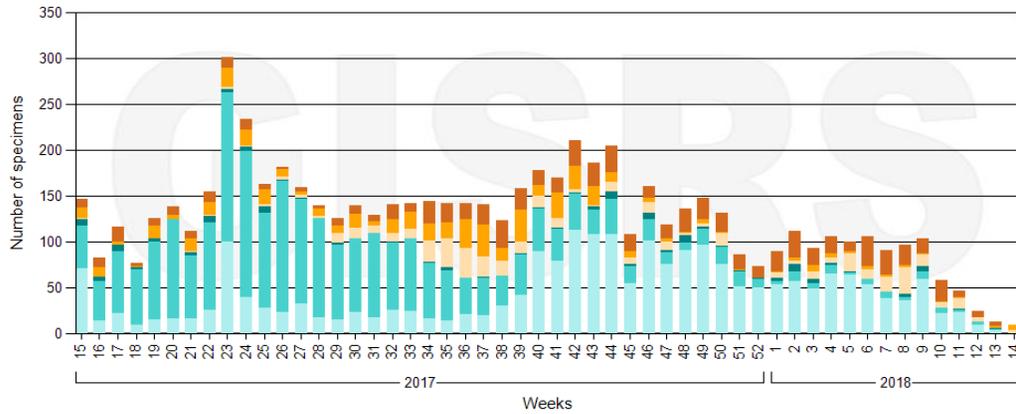
Number of specimens positive for influenza by subtype





African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

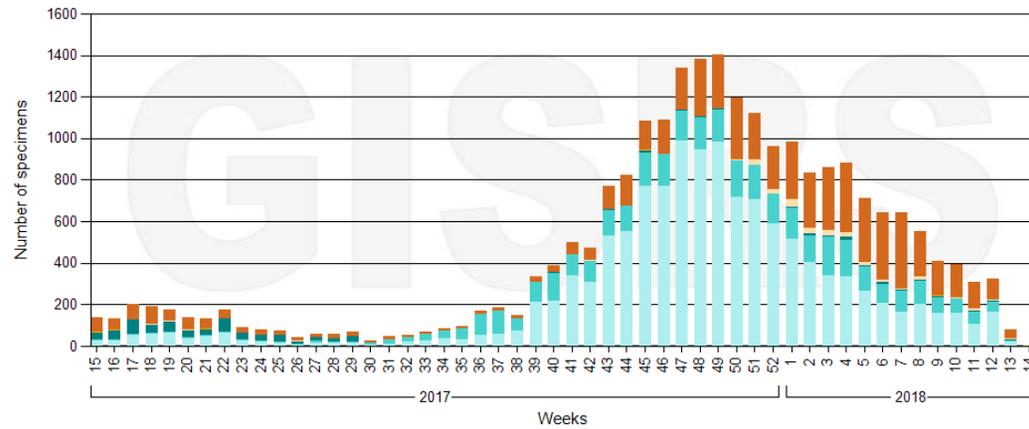


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



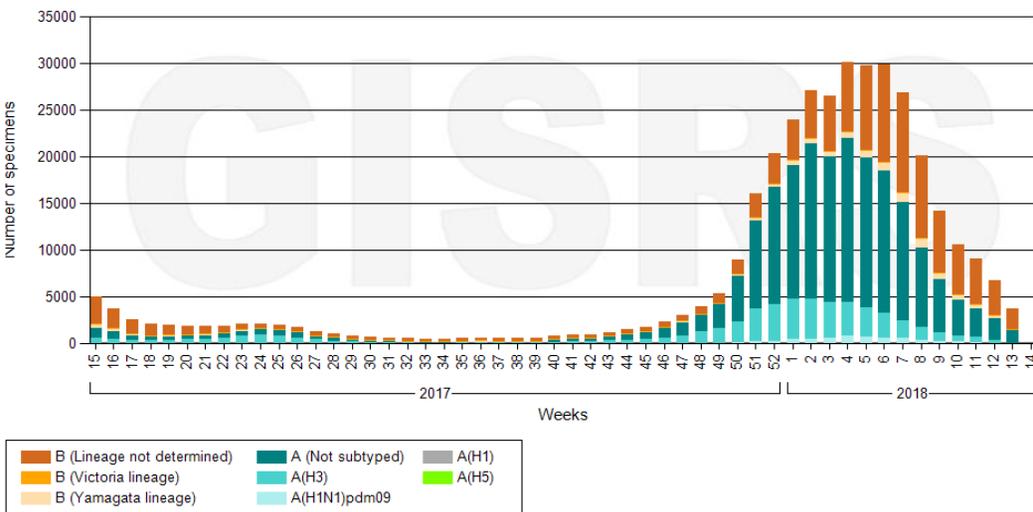
Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018



Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

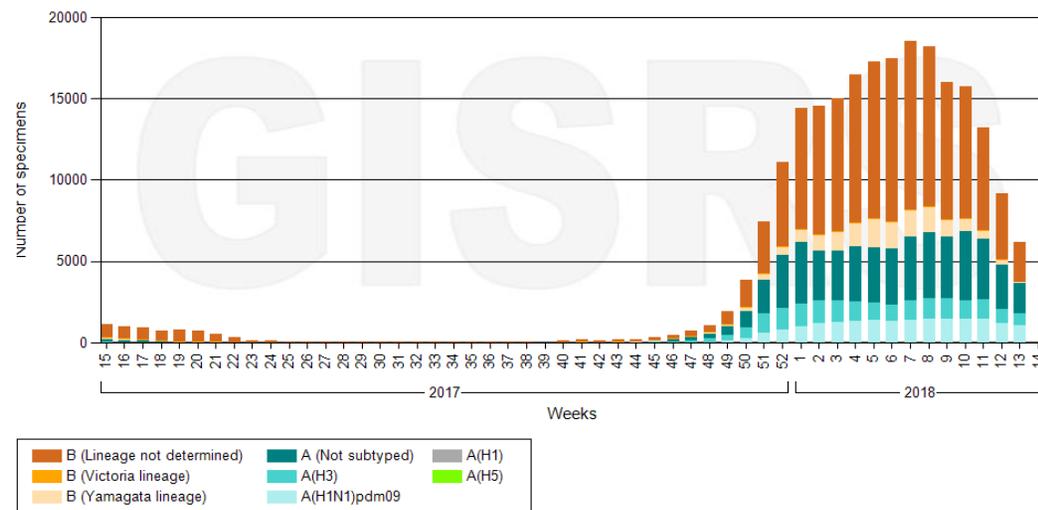


Data source: FluNet (www.who.int/fluNet), GISRS

© World Health Organization 2018

European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



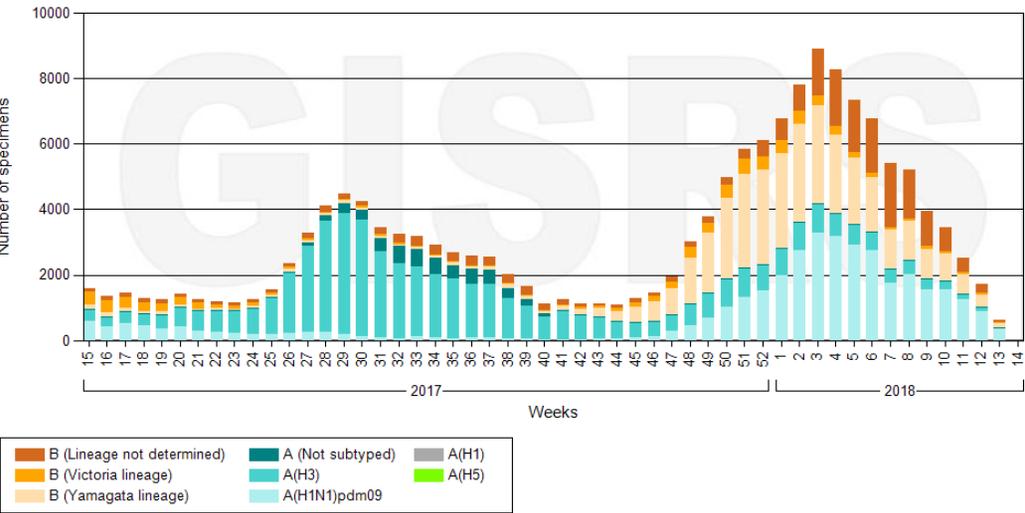
Data source: FluNet (www.who.int/fluNet), GISRS

© World Health Organization 2018



Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

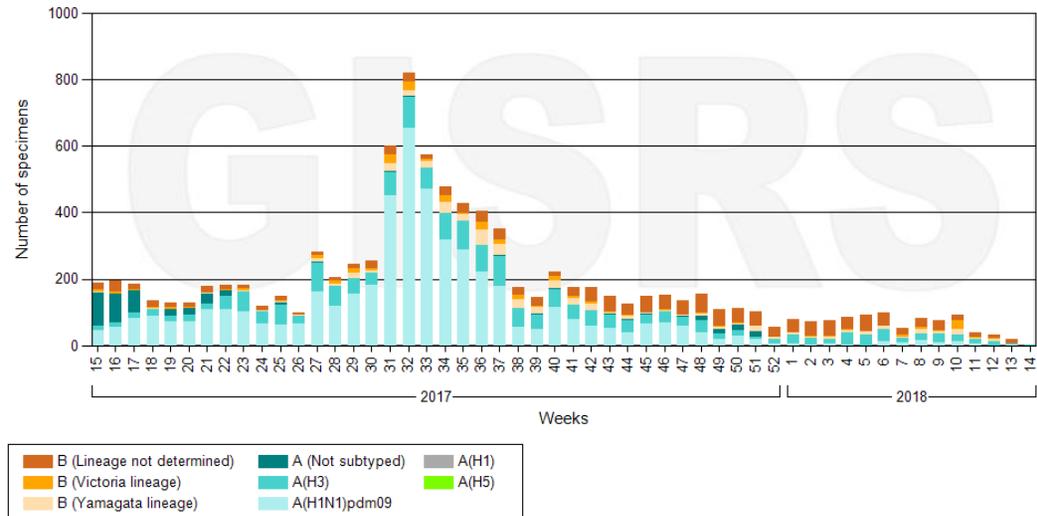


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet). GISRS

© World Health Organization 2018

South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

Fontes utilizadas na pesquisa

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