INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 08/2018

(18/02/2018 a 24/02/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

EVENTOS ESTADUAIS

Semana Epidemiológica 08/2018

(18/02/2018 a 24/02/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

ESCORPIÕES

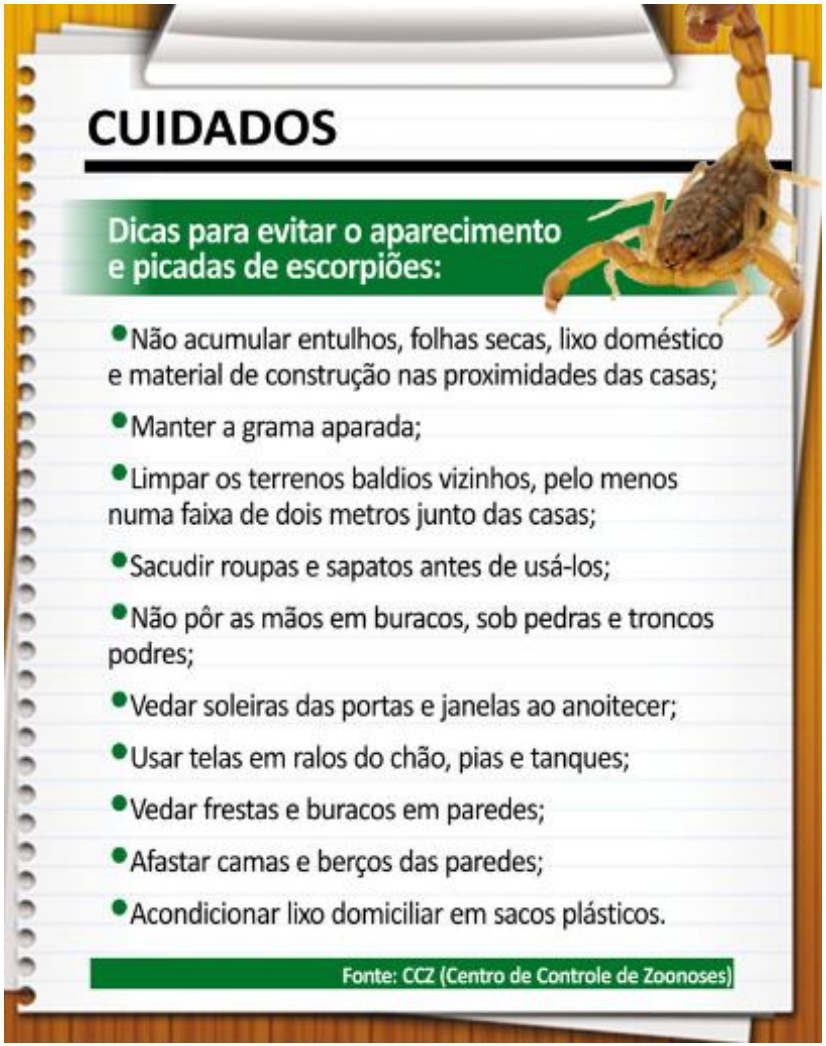
Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 24/02/2018
Origem da informação: maringa.odiario.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) já registrou, neste ano, 12 ataques de escorpião amarelo em Maringá. Nesse mesmo período, foram apresentados 354 reclamações. O número de queixas é 41,2% maior que o de 2017, quando foram feitos 146 registros. O aumento, segundo o CCZ, deve-se ao fato de as pessoas estarem mais atentas e conscientes sobre onde buscar ajuda.

Em diversos bairros há reclamações. Segundo a gerente do CCZ, Janete Veltrini Fonzar, este ano será intensificada a fiscalização nos bairros e nos prédios públicos. Ela conta que equipes de agentes de saúde treinados para combater o escorpião, estão visitando Unidades Básicas de Saúde, creches e outros locais públicos onde se aglomeram pessoas. “Atendemos também os bairros conforme as queixas chegam”, acrescenta. As reclamações devem ser registradas na Ouvidoria do Município, pelo telefone 156.

Janete destaca que há duas espécies de escorpião encontrado em Maringá: o amarelo, que é mais nocivo, e o preto. Esses animais se escondem em redes de esgoto, quintais com entulho, frestas e preferem locais úmidos e frescos. Em caso de ataque, Janete aconselha a não tentar pegar o bicho com a mão. Se for possível, prendê-lo em um vidro e levar para a unidade de atendimento. Caso contrário, é preciso matá-lo. Não existe veneno para combater o escorpião. O conselho é evitar insetos que servem de alimento a ele. “A pessoa precisa procurar uma Unidade Básica de Saúde ou o Pronto Atendimento que faz o encaminhamento para o ambulatório de Toxicologia do Hospital Universitário o quanto antes”, completa.



Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 16/02/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

A vigilância da influenza e dos outros vírus respiratórios é realizada pela vigilância sentinela, de Síndrome Gripal (SG) e de Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI (SRAG), e pela Vigilância Universal dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) dos internados e óbitos. A vigilância sentinela é composta por uma rede de 47 unidades sentinelas (US), sendo 23 US de Síndrome Gripal (SG) e 24 US de Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI, que estão distribuídas em 14 Regionais de Saúde (RS) e 17 municípios no Estado do Paraná. O objetivo destas vigilâncias é identificar o comportamento do vírus influenza.

Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas on-line: SIVEP-Gripe (sistema das Unidades Sentinelas) e SINAN Influenza Web (sistema de todos os internados e óbitos por SRAG). As amostras são coletadas e encaminhadas para análise no Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR). As informações apresentadas neste informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 07 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 16/02/2018.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 07 foram notificados 111 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 3,6% (4) foram confirmados para Influenza (Tabela 1). Dos 17 óbitos notificados por SRAG, 5,9% (1) foram confirmados para o vírus Influenza (Tabela 1).

Tabela 1 – Casos e óbitos de SRAG segundo classificação final, residentes no Paraná, 2018 até a SE 7.

Classificação Final	Casos		Óbitos	
	n	%	n	%
SRAG por Influenza	4	3,6	1	5,9
Influenza A(H1N1)pdm09	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	2	50,0	1	100,0
Influenza A não subtipado	1	25,0	0	0,0
Influenza B	1	25,0	0	0,0
SRAG não especificada	64	57,7	15	88,2
SRAG por outros vírus respiratórios	14	12,6	1	5,9
SRAG por outros agentes etiológicos	2	1,8	0	0,0
Em investigação	27	24,3	0	0,0
TOTAL	**111**	**100**	**17**	**100**

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/02/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 16/02/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Gráfico 1 - Distribuição dos casos de SRAG, segundo agente etiológico e SE do início dos sintomas, residentes no Paraná, 2018 até a SE 7.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
Em Investigação	0	0	2	3	9	11	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SRAG não especificada	17	14	16	11	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SRAG por outros agentes etiológicos	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SRAG por outros vírus respiratórios	4	2	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A não subtipado	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H1) Sazonal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/02/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 16/02/2018
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	1	0	1	0	0	0	2	0
Curitiba	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Fazenda Rio Grande	0	0	0	0	0	0	1	0	0	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
19. Reg. Saúde Jacarezinho	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Jacarezinho	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Total	0	0	0	0	2	1	1	0	1	0	4	1

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/02/2018, dados sujeitos a alterações.

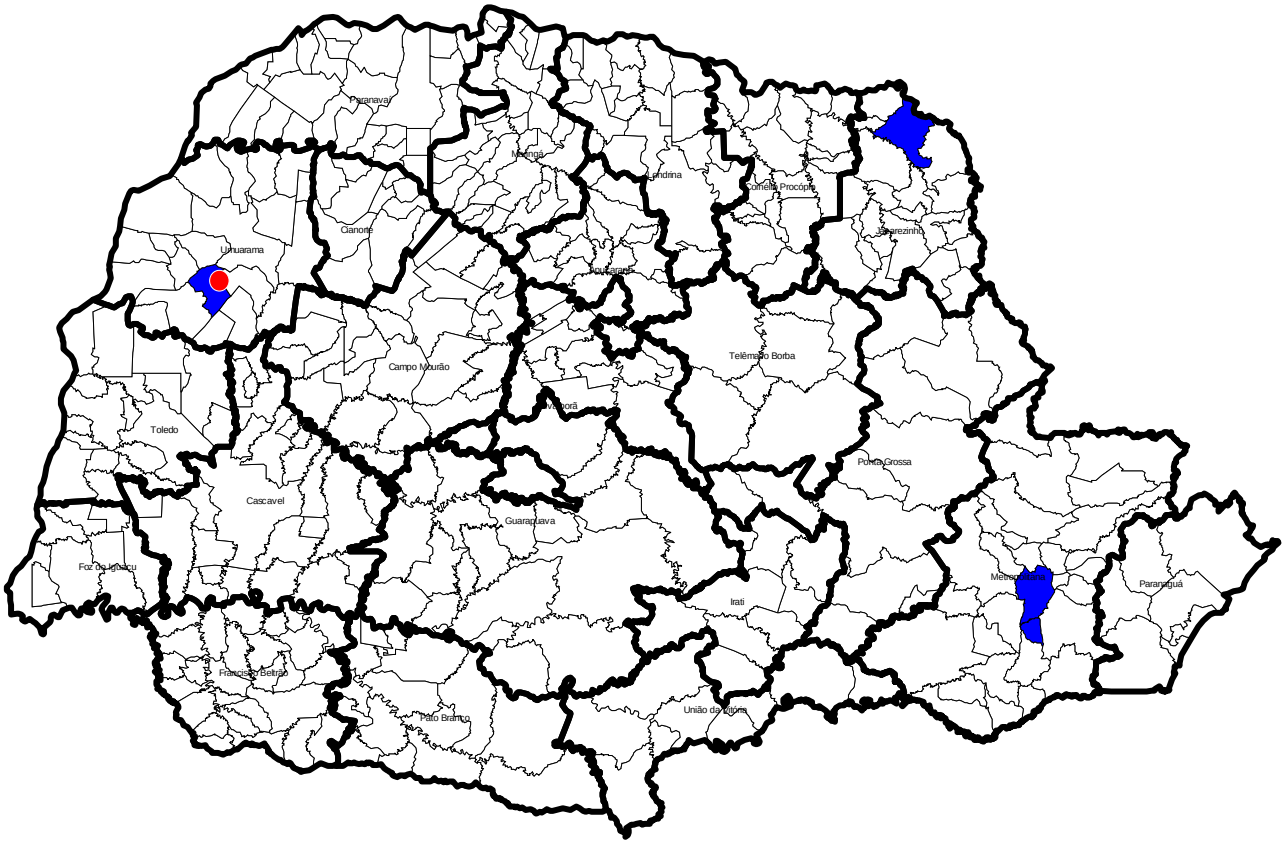
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/02/2018

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

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



Casos de SRAG por Influenza

Óbitos de SRAG por Influenza

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/02/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 16/02/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

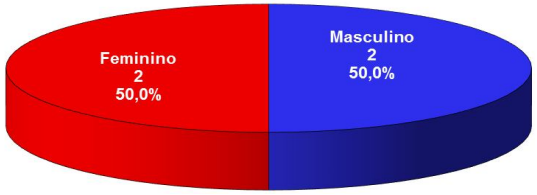
Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, não foi observada diferença entre eles nos casos. O gênero feminino e o masculino apresentaram 50,0% (2/4) dos casos (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 00,0% (0/1) dos casos e o gênero masculino 100,0% (1/1) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente dos casos de SRAG por Influenza foi acima dos 2 a 4 anos e a partir de 60 anos, com 50,0% (2/4) cada uma e, 100,0% (1/1) dos óbitos na faixa a partir de 60 anos (Tabelas 3 e 4).

Os casos de SRAG por Influenza apresentaram no Paraná uma mediana de idade de 35 anos, variando de 3 a 91 anos e, no Brasil, mediana de idade de 36 anos, variando 0 a 91 anos.

Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 91 anos, variando de 91 a 91 anos e no Brasil a mediana foi de 72 anos, variando de 44 a 91 anos.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/02/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/02/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm 09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 2 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0	2	50,0
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 19 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 29 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
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	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0
TOTAL	0	0	0	0	2	100	1	100	1	100	4	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/02/2018, 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)pdm 09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
< 2 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 19 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 29 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
30 a 39 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
40 a 49 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
50 a 59 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
≥ 60 anos	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
TOTAL	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0	1	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/02/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 16/02/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 100,0% (4/4) tinham pelo menos um fator de risco para complicação, predominando os Adultos ≥ 60 anos, Pneumopatias crônicas e Crianças menores de 5 anos (tabela 5).

Entre os óbitos por Influenza, no Paraná 100% (1/1) apresentou pelo menos um fator de risco para complicação e não era vacinado (Tabela 6) e, no Brasil 66,7% (2/3) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, Pneumopatas e Imunodeficiência/imunudepressão.

No Paraná, o indivíduo que foi a óbito por Influenza não fez uso do antiviral, e no Brasil, dos 32 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 2 (66,7%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 2 a 6 dias.

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

Casos por Influenza (N=4)	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	**4**	**100,0**	**0**	**0,0**
Adultos ≥ 60 anos	2	50,0	0	0,0
Crianças < 5 anos	2	50,0	0	0,0
Pneumopatias crônicas	2	50,0	0	0,0
Diabetes mellitus	1	25,0	0	0,0
Doença cardiovascular crônica	1	25,0	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Doença neurológica crônica	0	0,0	0	0,0
Doença renal crônica	0	0,0	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Obesidade	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	**1**	**25,0**		
Vacinados	**0**	**0,0**		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/02/2018, 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=1)	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	**1**	**100,0**	**0**	**0,0**
Adultos ≥ 60 anos	1	100,0	0	0,0
Pneumopatias crônicas	1	100,0	0	0,0
Crianças < 5 anos	0	0,0	0	0,0
Diabetes mellitus	0	0,0	0	0,0
Doença cardiovascular crônica	0	0,0	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Doença neurológica crônica	0	0,0	0	0,0
Doença renal crônica	0	0,0	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Obesidade	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	**0**	**0,0**		
Vacinados	**0**	**0,0**		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/02/2018, dados sujeitos a alterações.
Obs: Um mesmo óbito pode ter mais de um fator de risco.

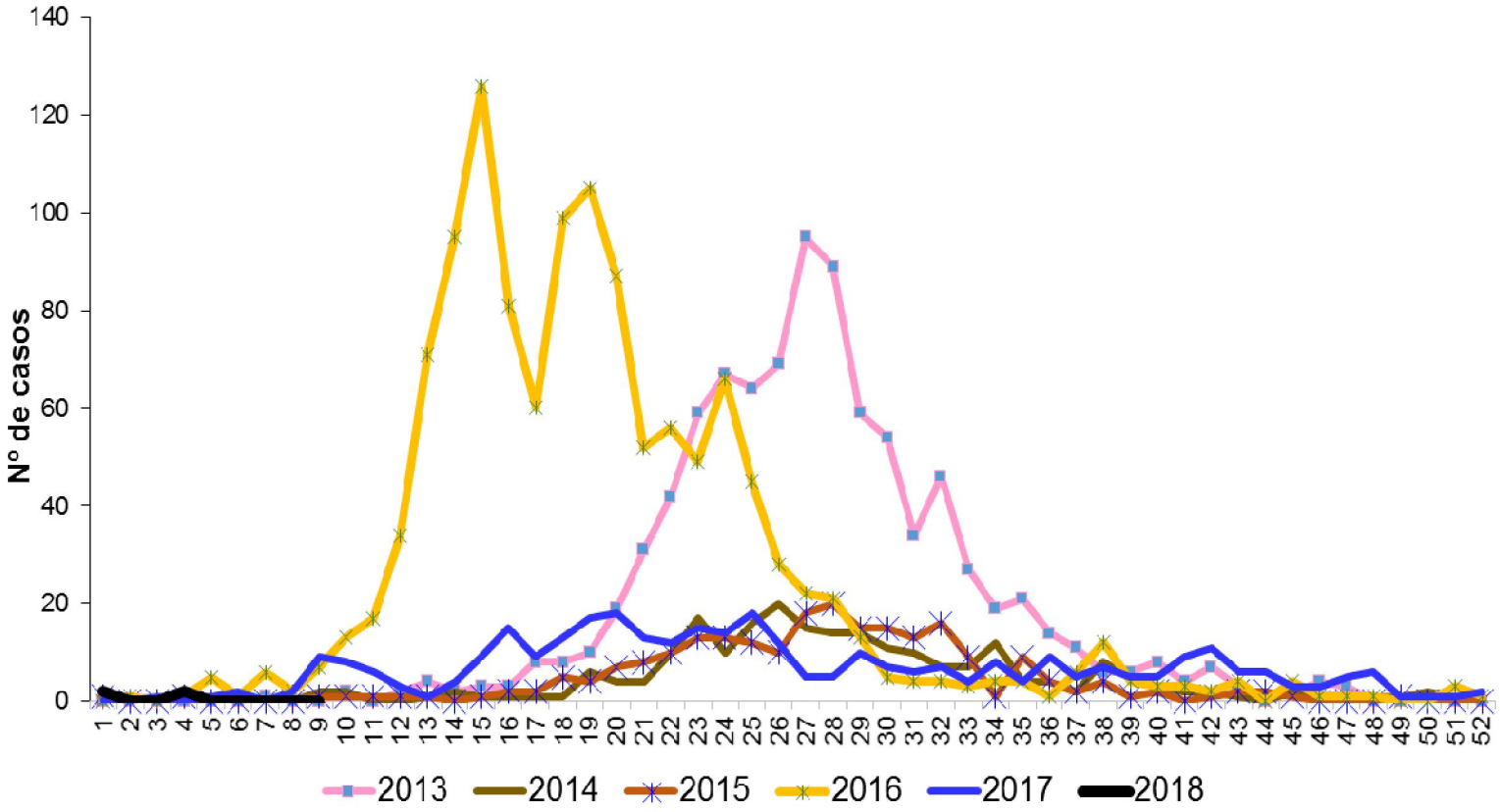
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 16/02/2018
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 16/02/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 16/02/2018
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 44,5% (401/902) e Influenza A(H1N1)pdm09 com 42,6% (384/902) e 71,2% (47/66) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2014 houve um predomínio da Influenza A(H3N2) com 72,4% (165/228) dos casos e 50,0% (8/16) dos óbitos por este vírus. Em 2015 também predominou a Influenza A(H3N2) com 54,9% (124/226) e 45,8% (11/24) dos óbitos por este vírus. Em 2016, predominou a Influenza A(H1N1)pdm09, com 88,9% (1085/1220) dos casos e 91,2% (218/239) dos óbitos. Em 2017, houve predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 61,1% (209/342) dos casos e, ocorrência de 66,0% (35/53) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal. Já Em 2018, continua a predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 50,0% (2/4) dos casos e, ocorrência de 100,0% (1/1) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal (Tabela 7).

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	39	4	1085	218	1	0	0	0
Influenza A(H1) Sazonal*	6*	0	0	0	4*	1*	1*	1*	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	114	6	165	8	124	11	4	1	209	35	2	1
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	1	0	1	0
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	131	18	1	0
TOTAL	902	66	228	16	226	24	1220	239	342	53	4	1

*Obs: Resultados provenientes de laboratórios particulares, prováveis Influenza A(H1N1)pdm09.
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/02/2018, dados sujeitos a alterações.

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 07 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 624 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 499 amostras.

Das amostras processadas, 26,9% (134/499) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 36 (26,9%) foram positivos para influenza e 98 (73,1%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para influenza, 0 (0,0%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 3 (8,3%) de influenza A não subtipado, 10 (27,8%) de influenza A(H3N2) e 23 (63,9%) de influenza B. Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 35 (35,7%) amostras de Rinovírus (Gráfico 5).

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	69	11,1
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	3,8
5 a 9 anos	0	0,0	1	10,0	0	0,0	1	4,3	2	5,6	16	2,6
10 a 19 anos	0	0,0	1	10,0	0	0,0	4	17,4	5	13,9	80	12,8
20 a 29 anos	0	0,0	2	20,0	1	33,3	4	17,4	7	19,4	139	22,3
30 a 39 anos	0	0,0	4	40,0	1	33,3	5	21,7	10	27,8	102	16,3
40 a 49 anos	0	0,0	1	10,0	1	33,3	5	21,7	7	19,4	59	9,5
50 a 59 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,7	2	5,6	55	8,8
≥ 60 anos	0	0,0	1	10,0	0	0,0	2	8,7	3	8,3	80	12,8
TOTAL	0	0,0	10	100	3	100,0	23	100	36	100	624	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/02/2018, 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.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
Bocavírus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Metapneumovírus	4	3	5	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adenovírus	4	1	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rinovírus	7	4	11	6	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza	8	4	11	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VRS	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	6	6	4	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A (não subtipado)	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A(H3) Sazonal	1	3	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H1N1)pdm 09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Positividade	28	24	35	28	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 16/02/2018, dados sujeitos a alterações.

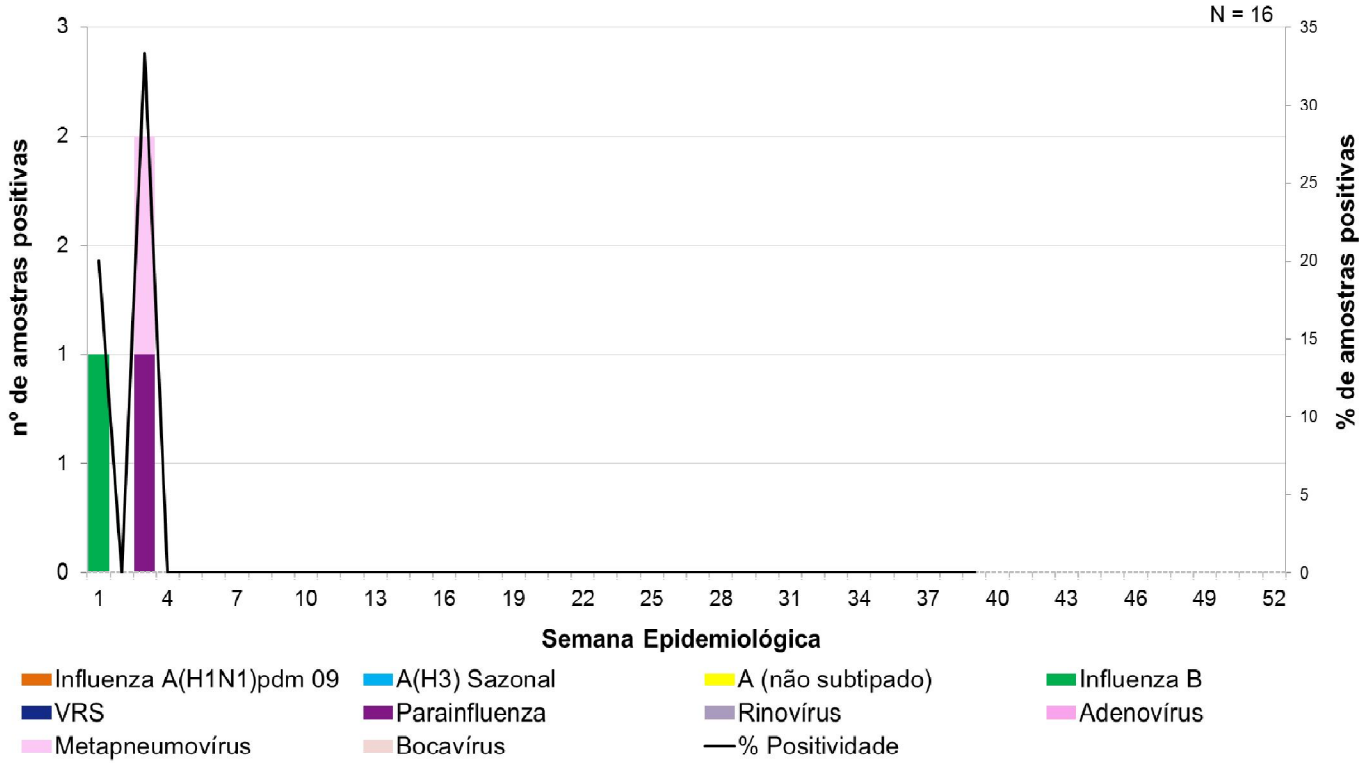
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 16/02/2018
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 26 coletas, sendo 16 (61,5%) processadas. Dentre estas, 3 (18,8%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios. Das amostras positivas para influenza foram detectados 0 (0,0%) para influenza A(H1N1)pdm09, 0 (0,0%) para influenza A não subtipado, 0 (0,0%) influenza A(H3N2) e 1 (100,0%) para influenza B. Entre os outros vírus evidenciam-se 1 (50,0%) de Parainfluenza e 1 (50,0%) de Metapneumovírus (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 16/02/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/02/2018

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 70º.

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: 27/02/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2017 (primeira semana de agosto) a 08/2018.

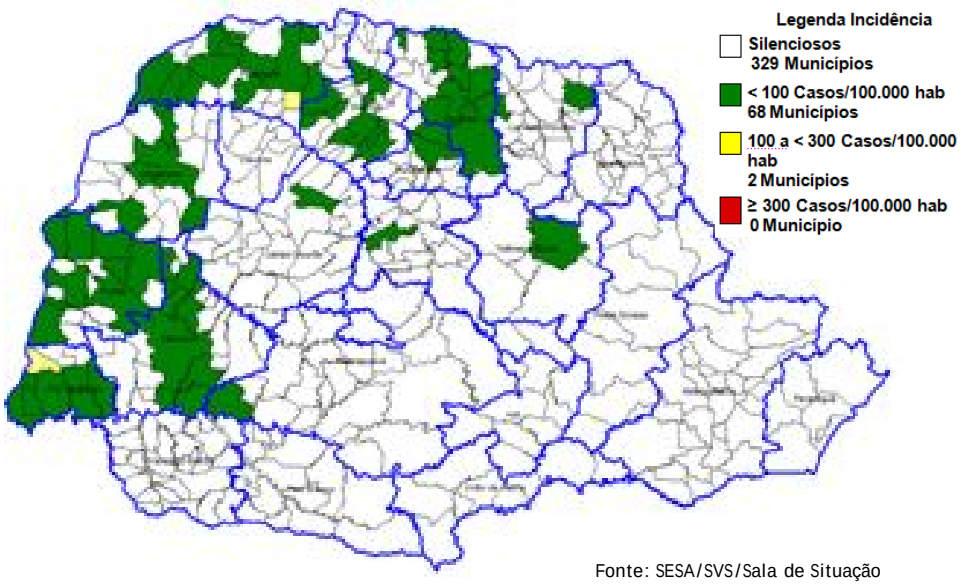
Foram notificados no referido período 14.109 casos suspeitos de dengue, dos quais 9.785 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 4,42 casos por 100.000 hab. (493/11.163.018 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 (2.518), Maringá (1.631) e Foz do Iguaçu (1.249).

Os municípios com maior número de casos confirmados são: Maringá (145), Foz do Iguaçu (52), e Cambé (24).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2017 a 08/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2017 A 08/2018*	PERÍODO 2017/2018
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	292
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	73
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	13
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	70
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (09ª, 10ª,11ª,12ª,14ª, 15ª, 16ª,17ª,18ª, 20ª, 21ª e 22ª)	12
TOTAL DE CASOS	**507**
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	494
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	13
TOTAL DE NOTIFICADOS	**14.109**

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2017 a 08/2018.

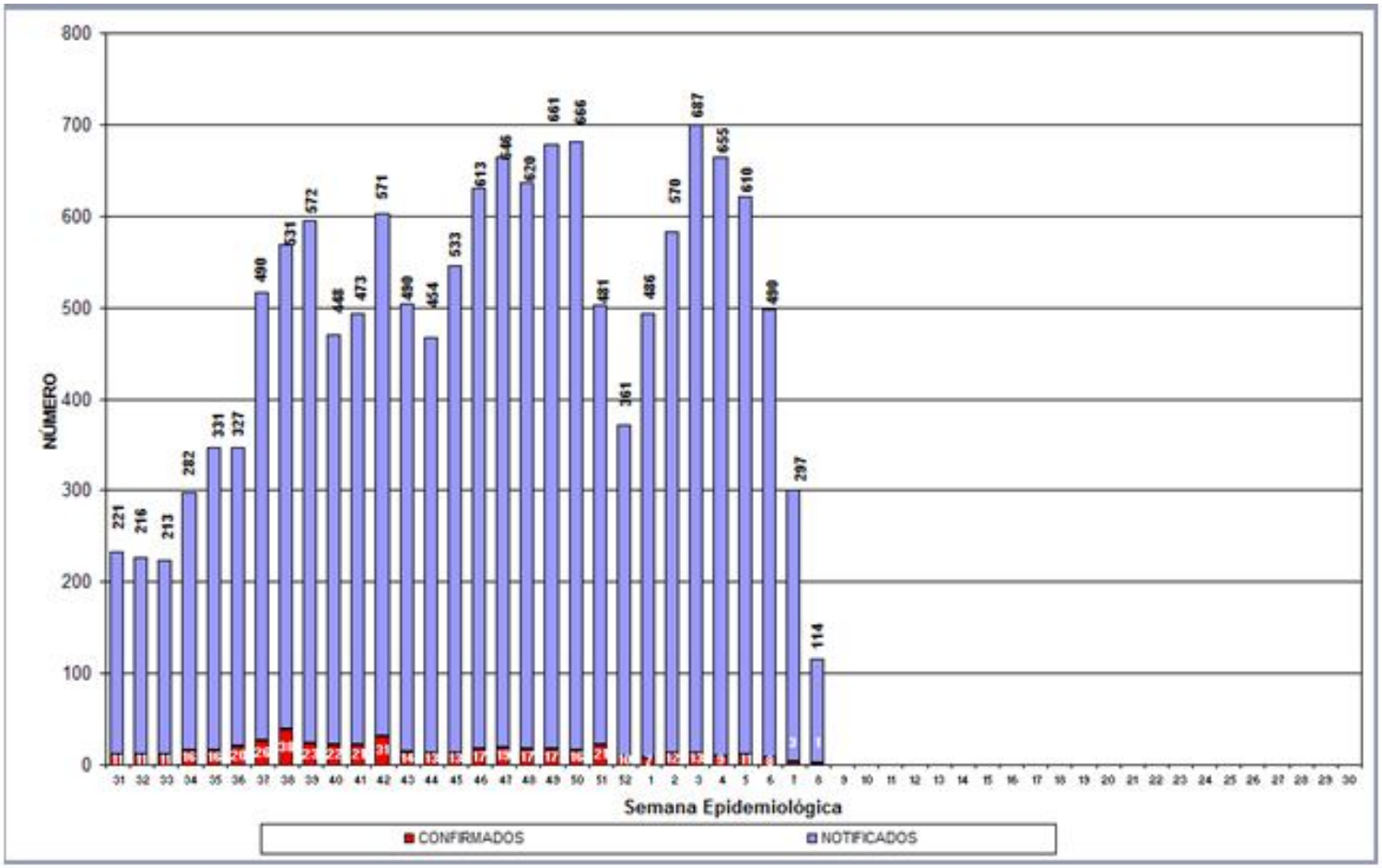
CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	394 (77,7)	113 (23,3%)	507
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	8	-	8
Dengue Grave (D G)	3	-	3
Descartados	-	-	9.785
Em andamento/investigação	-	-	3.806
Total	**405 (2,9%)**	**113 (0,8%)**	**14.109**

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 27/02/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2017 a 08/2018.

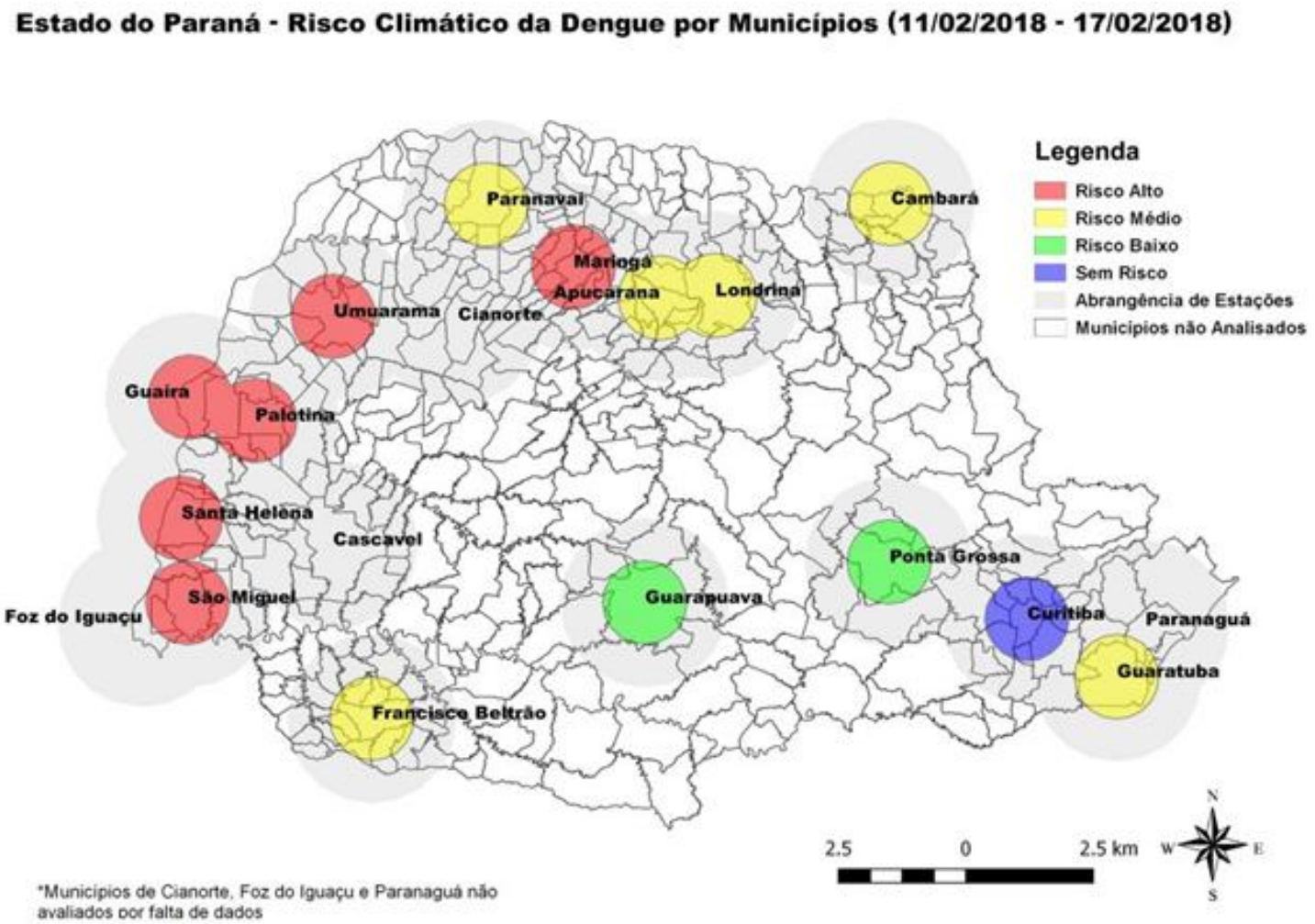
DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 27/02/2018

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

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



Fonte: Laboclima/UFPR

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 27/02/2018

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

Tabela 2 – Número de casos de dengue, notificados, dengue grave (DG), dengue com sinais de alarme (DSA), óbitos e incidência por 100.000 habitantes por Regional de Saúde, Paraná – Semana Epidemiológica 31/2017 a 08/2018

REGIONAL DE SAÚDE	POPU-LAÇÃO	CASOS			NOTIFI-CADOS	DSA	DG	ÓBI-TOS	INCI-DENCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	957	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	30	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	14	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	38	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	14	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	74	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	0	0	0	268	0	0	0	-
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	87	4	91	1.613	6	2	0	21,43
10ª RS - Cascavel	540.131	50	3	53	645	0	0	0	9,26
11ª RS - Campo Mourão	340.320	1	0	1	467	0	0	0	0,29
12ª RS - Umuarama	277.040	5	0	5	363	0	0	0	1,80
13ª RS - Cianorte	154.374	0	0	0	160	0	0	0	-
14ª RS - Paranavaí	274.257	53	0	53	1.183	0	0	0	19,32
15ª RS - Maringá	799.890	162	0	162	2.102	0	0	0	20,25
16ª RS - Apucarana	372.823	2	0	2	322	0	0	0	0,54
17ª RS - Londrina	935.904	91	0	91	4.267	2	1	0	9,72
18ª RS - Cornélio Procópio	230.231	1	0	1	240	0	0	0	0,43
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	181	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	40	2	42	494	0	0	0	10,36
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	1	0	1	42	0	0	0	0,54
22ª RS - Ivaiporã	138.130	1	0	1	31	0	0	0	0,72
TOTAL PARANA	11.163.018	**494**	**13**	**507**	**14.109**	**8**	**3**	**0**	**4,43**

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

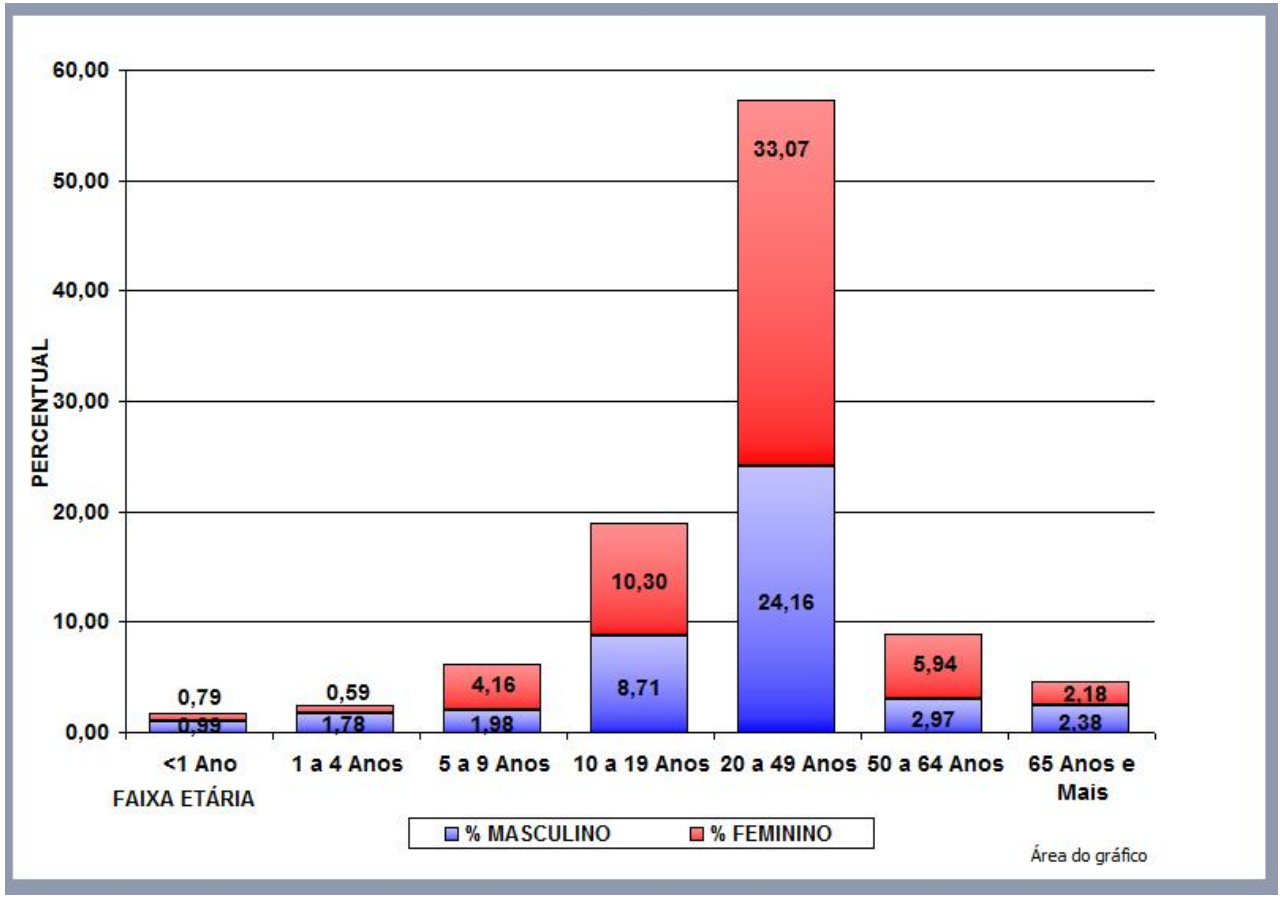
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 27/02/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 57,23% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pelas faixas etárias de 10 a 19 anos com 19,01% dos casos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2017 a 08/2018, Paraná – 2017/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 08/2018

(18/02/2018 a 24/02/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 23/02/2018
Fonte da informação: ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COMENTÁRIOS:

• A Anvisa determinou na sexta-feira (23/2) a suspensão da importação de lotes do medicamento **Casodex (bicalutamida) 50mg**, comprimido revestido (granel). O produto é fabricado na Alemanha e importado para o Brasil pela Astrazeneca do Brasil Ltda.

A medida foi adotada após uma inspeção de Boas Práticas de Fabricação feita pela Anvisa na fábrica.

Também foi determinada a suspensão da distribuição, comercialização e do uso do lote 45929, com validade até fevereiro de 2021. A empresa Astrazeneca do Brasil deverá recolher todas as unidades do lote 45929 que estejam no mercado.

O medicamento é utilizado em tratamentos de câncer de próstata.

• A Anvisa publicou na segunda-feira (26/2) a suspensão de dois lotes de medicamentos e a interdição cautelar de um terceiro produto. Todos os casos foram motivados pelos resultados insatisfatórios identificados no controle de qualidade dos produtos.

Somaflex

Foi determinada a suspensão do lote **917278** do medicamento **Somaflex (diclofenaco sódico) 100mg**, comprimido revestido, fabricado pela empresa EMS. Sigma Pharma Ltda. Conforme Laudo de Análise Fiscal emitido pelo Instituto Adolfo Lutz, de São Paulo, o lote 917278, com validade 11/2018, apresentou resultado insatisfatório para a análise de aspecto.

O Somaflex e o Unasyn tiveram um lote suspenso cada. O genérico Cloridrato de Propranolol sofreu interdição cautelar também em um lote.

Unasyn

O medicamento **Unasyn, sulbactam sódico + ampicilina sódica, pó para solução injetável, 1,0 G + 2,0 G**; teve o lote **N1791505** suspenso. A decisão foi tomada depois que a própria empresa identificou um corpo estranho dentro de um frasco do lote N1791505 do produto.

A empresa fabricante Wyeth Indústria Farmacêutica Ltda. comunicou o recolhimento voluntário. Assim, está suspensa a distribuição, comercialização e o uso do lote do produto em todo o território nacional.

Cloridrato de Propranolol

Também foi interditado o medicamento genérico **Cloridrato de Propranolol, 40mg**, comprimido, lote **211151 (Val. 02/2019)**, fabricado pela empresa Pharlab Indústria Farmacêutica SA. O produto apresentou resultado insatisfatório nos ensaios de rotulagem secundária e aspecto, que avaliam a aparência e as características físicas do produto respectivamente.

O laudo foi emitido pelo Laboratório Central de Saúde Pública do DF como parte do programa Proveme, que coleta e avalia medicamentos disponíveis no mercado.

Como medida preventiva, foi determinada a interdição cautelar do lote 211151 do medicamento até a verificação de informações adicionais.

Nos três casos acima, somente os lotes citados estão suspensos ou interditados. Os demais lotes dessas empresas ou produtos de outros fabricantes continuam liberados.

• A Anvisa proibiu a fabricação, distribuição e comercialização do produto **PALMITO PUPUNHA** da marca **SERRAMAR**. Com a decisão, todos os lotes do produto fabricado pela empresa **VERDE VALE INDUSTRIA E COMERCIO DE CONSERVAS LTDA** (CNPJ 76.352.657/0001- 80), estão proibidos em todo o território nacional.

A medida, publicada no DOU de 16 de fevereiro, foi adotada considerando que a empresa fabricante não foi localizada no endereço cadastrado na Receita Federal do Brasil e declarado na rotulagem do produto (Rua Ervino Hanemann, 520, Guaramirim/SC), e não está licenciada pela autoridade sanitária local competente.

DENGUE

Local de ocorrência: São Paulo
Data da informação: 26/02/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O vírus tido como mais agressivo da dengue, o sorotipo 2, está circulando com mais frequência no país e dados até agora indicam que ele ultrapassou o sorotipo 1, considerado menos agressivo.

Segundo o Ministério da Saúde, dados apontam que o sorotipo 2 respondeu a 54,3% das infecções em 2017; contra 40,1% dos contágios com o sorotipo 1.

"Os resultados das amostras conclusivas mostram uma predominância do DENV2, sobre os outros sorotipos, especialmente o DENV1, que foi dominante desde 2009" , afirmou o ministério, no boletim.

O Ministério da Saúde diz, no entanto, que são necessárias mais amostras para confirmar certamente se ouve uma inversão na frequência da circulação dos sorotipos. Uma das questões é que não há informações sobre os sorotipos circulantes nos estados de Roraima, Amapá, Maranhão, Rio Grande do Norte e Paraíba. O que é certo, no entanto, é que a circulação do sorotipo 2 avança no território.

O dado anterior sobre diferentes sorotipos da dengue foi publicado em julho de 2016 (semana epidemiológica 27); nele, o Ministério da Saúde informava sobre a predominância do sorotipo 1 da dengue, com 89,7% das infecções. No mesmo período, o sorotipo 2 correspondia a 6% das infecções.

Historicamente, a chegada do sorotipo 2 tem sido associado a mais casos de dengue hemorrágica. No boletim atual do Ministério da Saúde, não há uma diferenciação para essa forma de dengue especificamente.

Em estudo publicado na revista do Instituto de Estudos Avançados da USP em 2008, pesquisadores citam que a entrada do DENV-2 no início dos anos 1990 trouxe os primeiros diagnósticos da febre hemorrágica.

Em um outro estudo publicado na PLOs em 2013, pesquisadores brasileiros associaram a circulação do sorotipo a um maior número de surtos e de manifestações graves da doença quando comparado aos outros três sorotipos da dengue.

A pesquisa também mostrou que o vírus possui maior variabilidade genética, o que pode explicar a chegada de novos surtos. Segundo a pasta, os quatro sorotipos da dengue (1,2,3 e 4) estão circulando no país e todos podem provocar formas brandas e graves da doença.

A questão com os sorotipos 2 e 3, no entanto, é que eles costumam ser mais agressivos e foram associados ao aumento no número de casos de dengues graves - como a hemorrágica.

A infecção por dengue tem sintomas variados e diferentes níveis de gravidade: pode causar desde uma infecção indetectável até quadros de hemorragia e choque, com evolução para óbito.

Na dengue clássica, a primeira manifestação é febre alta, seguida de cefaleia, prostração e dores nas articulações. Há dor abdominal generalizada, principalmente nas crianças. A doença tem uma duração de 5 a 7 dias.

Já na hemorrágica, os sintomas iniciais são semelhantes aos da clássica, mas evoluem rapidamente para sintomas de insuficiência circulatória. Nessa forma, há a possibilidade de choque por dengue, quando a pressão arterial é tão baixa que leva, no limite, à falência múltipla de órgãos.

Uma outra questão com a circulação do DENV 2 é que a maioria da população não está imunizada especificamente para esse sorotipo -- o que pode levar a um aumento no número de infecções.

DENGUE / CHIKUNGUNYA

Local de ocorrência: Santa Catarina
Data da informação: 25/02/2018
Fonte da informação: ndonline.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Santa Catarina registrou os primeiros casos confirmados de dengue e de febre de chikungunya de 2018. Os dois são importados, ou seja, a doença foi contraída fora do Estado. Os dados foram divulgados pela Dive/SC (Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina) no boletim sobre a situação da vigilância entomológica do Aedes aegypti e a situação epidemiológica das doenças que o mosquito transmite e são referentes ao período de 31 de dezembro de 2017 a 17 de fevereiro deste ano.

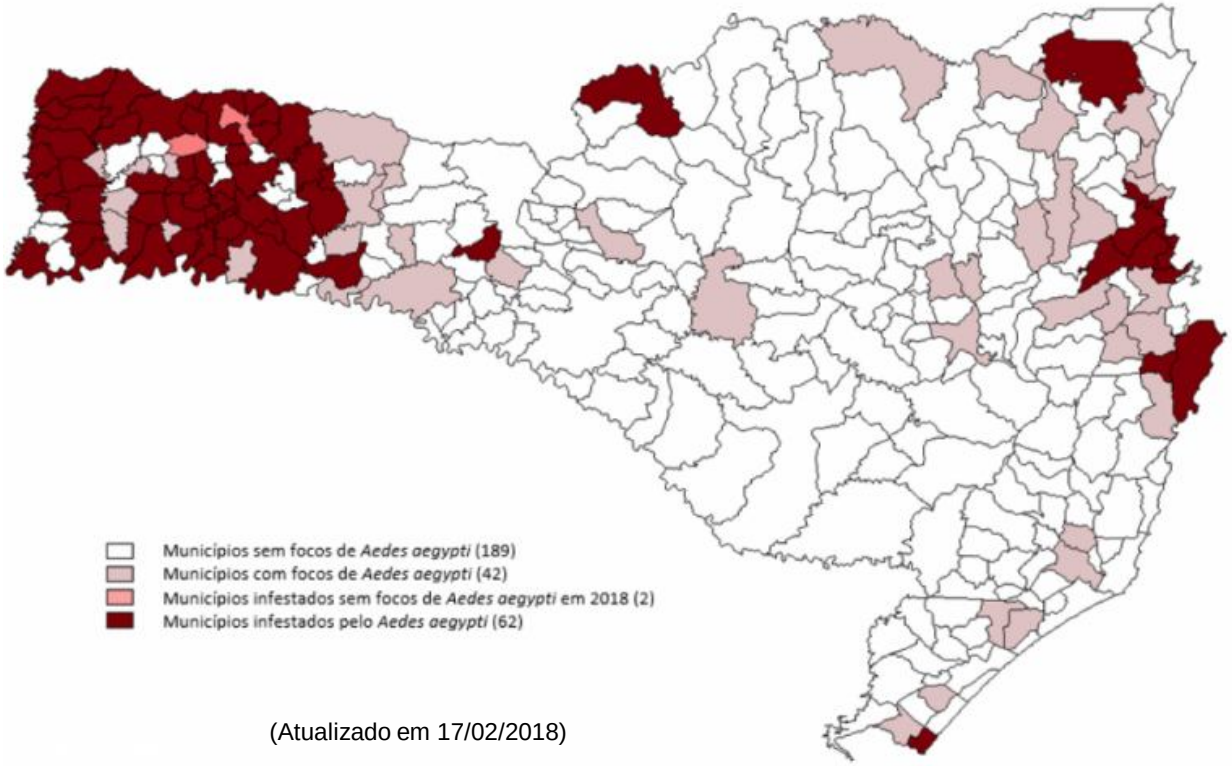
Outra informação que chamou atenção no boletim foi o aumento de 63,8% do número de focos do Aedes aegypti no território catarinense em comparação ao mesmo período no ano de 2017. Foram identificados 2.998 focos em 104 municípios catarinenses só no início deste ano e 64 cidades já são consideradas infestadas pelo mosquito.

Segundo o boletim, 104 municípios do Estado possuem focos do mosquito - Dive/Reprodução/ND
No período analisado, 357 casos de dengue foram notificados em Santa Catarina. Desses, 267 foram descartados por apresentarem resultado negativo para dengue e 89 casos suspeitos estão em investigação pelos municípios. O caso confirmado é de um residente de Biguaçu, e as investigações apontam que ele provavelmente foi infectado no Mato Grosso do Sul. Em 2017, na mesma época, haviam sido confirmados dois casos.

O caso da febre de chikungunya confirmado também é importado e o infectado é um morador da cidade de Tubarão. Dos 57 casos notificados no período analisado pelo boletim, 22 permanecem como suspeitos e 34 já foram descartados. Em comparação ao último ano, é possível observar uma redução de 44% nas notificações.

O Zika vírus ainda não possui um caso confirmado no Estado. No período de 31 de dezembro de 2017 a 17 de fevereiro de 2018, foram notificados 19 casos da doença em Santa Catarina, sendo que oito foram descartados e 11 permanecem como suspeitos.

Mapa dos municípios segundo situação entomológica. Santa Catarina, 2018



(Atualizado em 17/02/2018)

DOENÇA DIARREICA AGUDA

Local de ocorrência: Ceará
Data da informação: 24/02/2018
Fonte da informação: ProMedMail

COMENTÁRIOS:

Sétima semana do ano de 2018 e pelo menos 5 surtos de Doença Diarreica Aguda (DDA) foram registrados pela Secretaria de Saúde do Ceará (Sesa). Apenas neste ano [2018], o Estado já acumulou 36.022 casos, sendo Caucaia o município com maior número: 5.830. Em segundo lugar, Fortaleza, com 3.606 ocorrências e, em seguida, Maracanaú, com 3.390. Em 2017, no mesmo período, 43.848 casos foram registrados.

Diarreia, náuseas e febre são alguns dos sintomas relatados por grande parte dos pacientes nos setores de emergência. Água, transmissão pessoa-pessoa certamente são os principais elementos de dispersão, tem lotado as unidades de saúde, mas ainda não é reconhecida pela Secretaria de Saúde do Estado.

De acordo com a técnica do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Sesa, Caroline Muniz, não há como concluir que o aumento do número de casos é por conta da tal virose, pois esse período chuvoso tem, de fato, uma alta do número de casos da DDA. Com o período sazonal há um aumento da proliferação das moscas e a população associa a doença à isso, mas, com a quadra chuvosa, temos uma contaminação do lençol freático e pessoas que acabam guardando a água e tendo um uso inadequado. Então não tem como dizer que é uma 'virose da mosca', até porque existem outros fatores. Tem pessoas que moram em apartamento, que não tem moscas, e estão com virose. Sendo assim, não dá para concluir isso", explica Caroline, deixando claro que outras viroses podem manifestar a diarreia com outros sintomas, mas que todas são DDAs [sim todas podem ser DDA, mas cada qual com características, grupos mais susceptíveis, complicações, sazonalidade e algumas estratégias de prevenção e controle mais específicas.

Fonte: google.com.br

CONTAMINAÇÃO POR ALUMÍNIO

Local de ocorrência: São Paulo
Data da informação: 23/02/2018
Fonte da informação: dgabc.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Falha na filtragem de água utilizada no procedimento de hemodiálise do Hospital Estadual Mário Covas, em Santo André, resultou na contaminação por alumínio de ao menos 64 pacientes. Submetidos ao tratamento em média três vezes por semana, os enfermos foram diagnosticados, no início do mês, com índices até seis vezes maiores do metal no organismo, o que pode provocar problemas neurológicos, como convulsões e perda de memória a médio prazo, conforme especialistas. Quatro deles seguem em estado crítico.

De acordo com a equipe médica do hospital, a contaminação foi confirmada após exames laboratoriais detectarem índices que variaram entre 72 e 100 microgramas (por litro de sangue) de alumínio no organismo dos pacientes, quando a média permitida é de 15 microgramas. “É um nível muito acima do permitido”, explica o diretor técnico do Hospital Mário Covas, Alexandre Cruz Henriques.

Análise constatou que a contaminação ocorreu após falha do equipamento responsável por limpar e filtrar o sangue durante o procedimento de hemodiálise. “Embora o aparelho estivesse dentro da validade, detectamos falha no filtro, que já foi trocado”, destaca Henriques.

Sindicância para apurar o caso foi aberta pela diretoria do hospital. Além disso, a empresa responsável por fornecer o aparelho – cujo nome foi preservado pelo hospital – deverá apresentar, nas próximas semanas, laudo técnico do equipamento.

O objetivo, conforme a equipe médica do Mário Covas, é detectar o que teria provocado a falha do filtro e a data em que isso ocorreu. “Fazemos uma vez por ano exame para verificar o nível de alumínio no organismo, conforme determina a resolução brasileira, por isso não é possível precisar quando ocorreu a contaminação”, explica o diretor técnico.

Responsável pela hemodiálise no Mário Covas, o médico Celso José Reis garante que 60 pacientes contaminados já tiveram os níveis de metal no corpo diminuídos após acompanhamento médico. “Todos passaram por bateria de exames”.

Para o especialista em Saúde pública da Universidade Mackenzie Rogério Aparecido Machado, a alta concentração de alumínio no corpo pode provocar série de transtornos. “Os pacientes podem ter problemas intestinais e neurológicos, como convulsões e perda de raciocínio”, explica. “É um procedimento tão delicado e que exige rigor absoluto. Não podem ocorrer falhas, tendo em vista que já são pessoas debilitados”, enfatiza.

Conforme a equipe médica do Hospital Estadual Mário Covas, em Santo André, pacientes que realizam o procedimento de hemodiálise no equipamento de Saúde passarão a fazer exames laboratoriais para controlar os níveis de alumínio em seu organismo a cada três meses e não mais uma vez ao ano, conforme determina o protocolo do Ministério da Saúde.

“Por mais que a resolução brasileira determine que isso seja feito uma única vez, vamos adotar controle mais rígido após esse episódio”, explica Thiago Gomes Romano, integrante da equipe médica responsável pela hemodiálise no Hospital Mário Covas.

Segundo ele, pacientes contaminados serão acompanhados individualmente pela equipe médica a fim de garantir problemas decorrentes da alta concentração do metal no organismo. “Cada paciente tem particularidade, por isso, esse controle individual é mais adequado.”

Os acompanhantes dos pacientes consideram a medida válida. “Teremos controle maior”, diz a filha de um paciente que não quis se identificar.

DOENÇA DE CHAGAS

Local de ocorrência: Maranhão
Data da informação: 26/02/2018
Fonte da informação: oimparcial.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Um alerta de incidência repentina de casos da Doença de Chagas foi emitida por profissionais da saúde do município de Pedro do Rosário, localizado na região da baixada maranhense, há 341 km de distância da capital. A doença mata cerca de 6 mil pessoas por ano no Brasil.

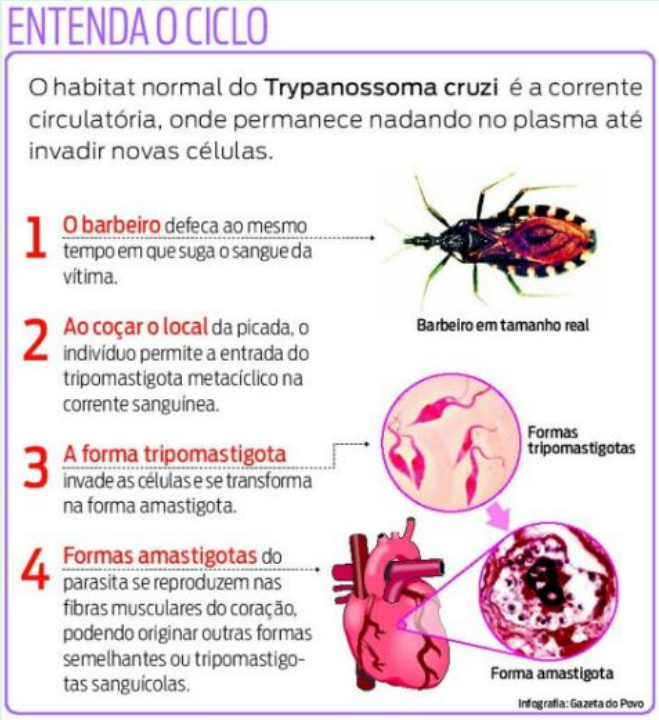
Segundo a Secretaria de Estado da Saúde (SES), até o momento, 19 casos detectados foram dados como positivo no povoado de Boa Fé, zona rural do município. A contaminação se deu por via oral, através da ingestão da bacaba, fruta típica da região amazônica.

Os pacientes diagnosticados com a doença estão sendo acompanhados e tratados pela Força Estadual de Saúde do Maranhão (Fesma) e pela equipe da Regional de Saúde de Pinheiro – ao qual o município está inserido. Nos próximos dias será enviada uma equipe composta por profissionais da Secretaria de Saúde e por um infectologista para acompanhar a situação do município.

A Secretaria comunica, ainda, que a situação já está sendo encaminhada conforme protocolo exigido, com notificação para o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) nacional.

Segundo a organização internacional Médicos Sem Fronteiras, o Brasil é considerado um país endêmico, que, atualmente, vive um período de transição epidemiológica. São aproximadamente 2 milhões de infectados crônicos, segundo estimativas oficiais, mas a principal preocupação, atualmente, é a transmissão oral na região amazônica, grande fonte de casos agudos, que são de notificação obrigatória no país, e devem receber tratamento de forma imediata. Quase 90% dos novos casos são oriundos da Amazônia Legal.

A Doença de Chagas ou Tripanossomíase americana é uma doença tropical parasitária causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* e transmitida principalmente por insetos da subfamília Triatominae (o Barbeiro, por exemplo). Os sintomas mudam ao longo do curso da infecção. Na fase inicial, eles podem não estar presentes ou podem ser: febre, gânglios linfáticos aumentados, dor de cabeça e inchaço no local da mordida. Após 8-12 semanas, os indivíduos entram na fase crônica da doença e em 60-70% nunca desenvolvem outros sintomas. Os 30 a 40% restantes apresentam sintomas adicionais de 10 a 30 anos após a infecção inicial. Isto inclui o alargamento dos ventrículos do coração em 20 a 30% levando a insuficiência cardíaca. A dilatação do esôfago ou o alargamento do cólon também podem ocorrer em 10% das pessoas infectadas. (Fonte: Wikipédia)



FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 16/02/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde atualizou na sexta-feira (16/02) 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 16 de fevereiro de 2018), foram confirmados 464 casos de febre amarela no país, sendo que 154 vieram a óbito. Ao todo, foram notificados 1.626 casos suspeitos, sendo que 684 foram descartados e 478 permanecem em investigação, neste período.

No ano passado, de julho de 2016 até 16 fevereiro de 2017, eram 532 casos de febre amarela confirmados e 166 óbitos confirmados. Os informes sobre a doença 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.

O Ministério da Saúde reforça a importância da vacinação da população dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo durante a campanha contra febre amarela. Dados preliminares dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo apontam que, até sexta-feira (16/02), 4,3 milhões de pessoas foram vacinadas, sendo 3,9 milhões com doses fracionadas e 379,9 mil com doses padrão. O número corresponde a 21% do público-alvo previsto nos dois estados. A recomendação é que os estados continuem vacinando até atingir alta cobertura.

A previsão é que sejam vacinadas 20,4 milhões de pessoas, sendo 10,3 milhões em 54 municípios de São Paulo e 10 milhões em 15 municípios do Rio de Janeiro. No estado do Rio de Janeiro, 1,2 milhão de pessoas foram vacinadas (12,1%), sendo 963,4 mil com a fracionada e 257,5 mil com a padrão. Em São Paulo, a previsão para o término da campanha foi sábado (17/02), quando acontece o Dia D de Mobilização. O estado vai avaliar a necessidade de prorrogação da campanha. No total, 3 milhões de paulistas foram vacinados, o que representa 29,6% do público-alvo, sendo 2,9 milhões de pessoas com a fracionada e 122,4 mil com a padrão. Na Bahia, a campanha de fracionamento da vacina de febre amarela teve início na segunda-feira (19/02). O estado pretende vacinar 3,3 milhões de pessoas em 8 municípios.

A adoção do fracionamento das vacinas é uma medida preventiva e recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quando há aumento de epizootias e casos de febre amarela silvestre de forma intensa, com risco de expansão da doença em cidades com elevado índice populacional. A dose fracionada tem apresentado a mesma proteção que a dose padrão. Estudos em andamento já demonstraram proteção por pelo menos oito anos e novas pesquisas continuarão a avaliar a proteção posterior a esse período.

O Ministério da Saúde, no ano de 2017 até o momento, encaminhou às Unidades da Federação o quantitativo de aproximadamente 64,5 milhões de doses da vacina. Para os estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Bahia foram enviados cerca de 54,3 milhões de doses, com objetivo de intensificar as estratégias de vacinação, sendo 22,7 milhões (SP), 12 milhões (MG), 12 milhões (RJ), 3,7 milhões (ES) e 3,9 milhões (BA).

Fonte: google.com.br

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 16/02/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Distribuição dos casos de febre amarela notificados: 1º/7/2017 a 16/02/2018

UF (LPI)*	Notificados	Descartados	Em Investigação	Confirmados	Óbitos
AC	1	1	0	-	-
AP	2	2	0	-	-
AM	5	2	3	-	-
PA	24	20	4	-	-
RO	8	6	2	-	-
RR	2	2	0	-	-
TO	12	7	5	-	-
AL	2	1	1	-	
BA	22	18	4	-	-
CE	2	2	0	-	-
MA	1	1	0	-	-
PE	1	1	0	-	-
PI	3	3	0	-	-
RN	1	1	0	-	-
SE	1	0	1	-	
DF	33	20	12	1	1
GO	31	20	11	-	-
MT	1	0	1	-	-
MS	5	4	1	-	-
ES	64	51	13	-	-
MG	617	200	192	225	76
RJ	66	5	4	57	24
SP	663	284	198	181	53
PR	31	21	10	-	-
RS	15	6	9	-	-
SC	13	6	7	-	-
Total	**1.626**	**684**	**478**	**464**	**154**

Dados preliminares e sujeitos à revisão
*LPI – Local Provável de Infecção

Fonte: google.com.br

SARAMPO

Local de ocorrência: Roraima
Data da informação: 23/02/2018
Fonte da informação: portaldoamazonas.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O diretor-presidente da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS), Bernardino Albuquerque, declarou, sexta-feira (23/02), que o resultado da análise do vírus do caso de sarampo confirmado em Roraima, tranquiliza as autoridades brasileiras, quanto à origem da doença, identificada em uma criança venezuelana. Segundo a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro, a análise mostrou que o vírus é 100% idêntico ao que circula na Venezuela.

"Os resultados bateram exatamente com o vírus que está circulando na Venezuela, atualmente. Isso confirma que não é um caso autóctone (contraído no Brasil). É um caso importado do país vizinho. Não houve a reprodução de outros casos no ambiente de Roraima. Consequentemente, isso nos deixa um pouco mais tranquilos, no que diz respeito à expansão do vírus no País e no Estado de Roraima", afirma o diretor-presidente da FVS, unidade vinculada à Secretaria de Estado de Saúde (Susam).

A confirmação da doença em uma criança da Venezuela, no dia 11/02, por profissionais da Fiocruz, rompeu um quadro epidemiológico estável no Brasil, que desde 2015 havia vencido totalmente o sarampo. Segundo Bernardino, com a confirmação de que o caso de Roraima não foi reproduzido, mas sim introduzido no País, as autoridades brasileiras devem se manter vigilantes com relação à vacinação das populações propícias ao vírus.

Bernardino ressalta que devem ser vacinados e monitorados tantos os venezuelanos que ingressam no País, quanto brasileiros e pessoas de outras nacionalidades, que tenham viajado a turismo para a Venezuela. "Temos que reforçar as ações no que diz respeito à possibilidade de reintrodução e de reprodução do vírus. E essas ações estão relacionadas à imunização da população suscetível ao sarampo. Para essa imunização, hoje, a arma mais eficaz que temos é a vacinação. E é em cima da vacinação que estamos trabalhando. Não só no que diz respeito a aumentar a cobertura vacinal na nossa população da capital e dos municípios da região metropolitana, mas também dos migrantes que estão vindo da Venezuela e da nossa população que faz turismo no país vizinho", explica Bernardino.

A vacina contra o sarampo é aplicada em unidades básica de saúde dos municípios. A imunização deve ser feita em crianças. A primeira dose deve ser aplicada aos nove meses de idade e o reforço (segunda dose) aos 15 meses. Por conta do aparecimento da doença em Roraima, o Amazonas também disponibilizou a vacina para adultos, principalmente, para aqueles que não foram imunizados quando criança e que pretendem viajar para países com surto.

Bernardino lembra que não é só a Venezuela que tem registrado casos de sarampo. A doença também foi confirmada em vários países europeus em 2017 (como Romênia – 5,5 mil casos; Itália – 5 mil casos; e Ucrânia – 4,7 mil casos), segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Os estados do Amazonas e Roraima, com o suporte e aval do Ministério da Saúde, firmaram um pacto para por em prática um plano de proteção da fronteira contra o sarampo. O pacto, proposto pelo secretário estadual de Saúde, Francisco Deodato, foi aprovado pelo ministro da Saúde, Ricardo Barros, na quarta-feira (21/02), durante a 2ª Assembleia do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), em Brasília. Recentemente, o Amazonas enviou 80 mil seringas para ajudar na vacinação em Boa Vista (RR) e nas cidades de fronteira. O secretário também disponibilizou apoio técnico ao estado vizinho, com envio de equipes da FVS para Roraima, caso seja necessário.

A Secretaria de Estado de Saúde (Susam) também está atenta à formação de seus profissionais com relação à identificação e diagnóstico precoce da doença. "Estamos trabalhando também notas técnicas, que estão sendo enviadas aos nossos serviços de saúde, no sentido de alertar para o problema e no que fazer com um paciente suspeito. A nossa proposta, em termos de vigilância, é fazer a detecção da doença o mais precocemente possível", explicou Bernardino Albuquerque. Os sintomas do sarampo se caracterizam por febre alta, tosse, coriza, conjuntivite e manchas avermelhada no corpo, começando geralmente pelas áreas da cabeça e depois se disseminando por todo o corpo. Qualquer situação detectada com estas características, em pessoas que tenham viajado para áreas onde há transmissão da doença, é considerado um caso suspeito e será monitorado e acompanhado pela FVS. A transmissão do vírus do sarampo ocorre pelas vias respiratórias (tosse, fala, espirro), da mesma forma que a gripe. O tempo de incubação do vírus, prazo que leva para a doença se manifestar, vai de 10 a 14 dias.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 21/02/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

A vigilância da influenza no Brasil é composta pela vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG), de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pela vigilância universal de SRAG. A vigilância sentinela conta com uma rede de unidades distribuídas em todas as regiões geográficas do país e tem como objetivo principal identificar os vírus respiratórios circulantes, além de permitir o monitoramento da demanda de atendimento por essa doença. Atualmente estão ativas 252 Unidades Sentinelas, sendo 140 de SG; 112 de SRAG em UTI; e 17 sentinelas mistas de ambos os tipos. A vigilância universal de SRAG monitora os casos hospitalizados e óbitos com o objetivo de identificar o comportamento da influenza no país para orientar na tomada de decisão em situações que requeiram novos posicionamentos do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas de informação online: SIVEP-Gripe e SINAN Influenza Web.

As informações apresentadas nesse informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 07 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 17/02/2018.

A positividade para influenza, outros vírus respiratórios e outros agentes etiológicos entre as amostras processadas em unidades sentinelas foi de 16,6% (218/1.313) para SG e de 15,0% (12/80) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 9,6% (50/523) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H3N2). Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 5,8% (7/121) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H3N2).

Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 21/02/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

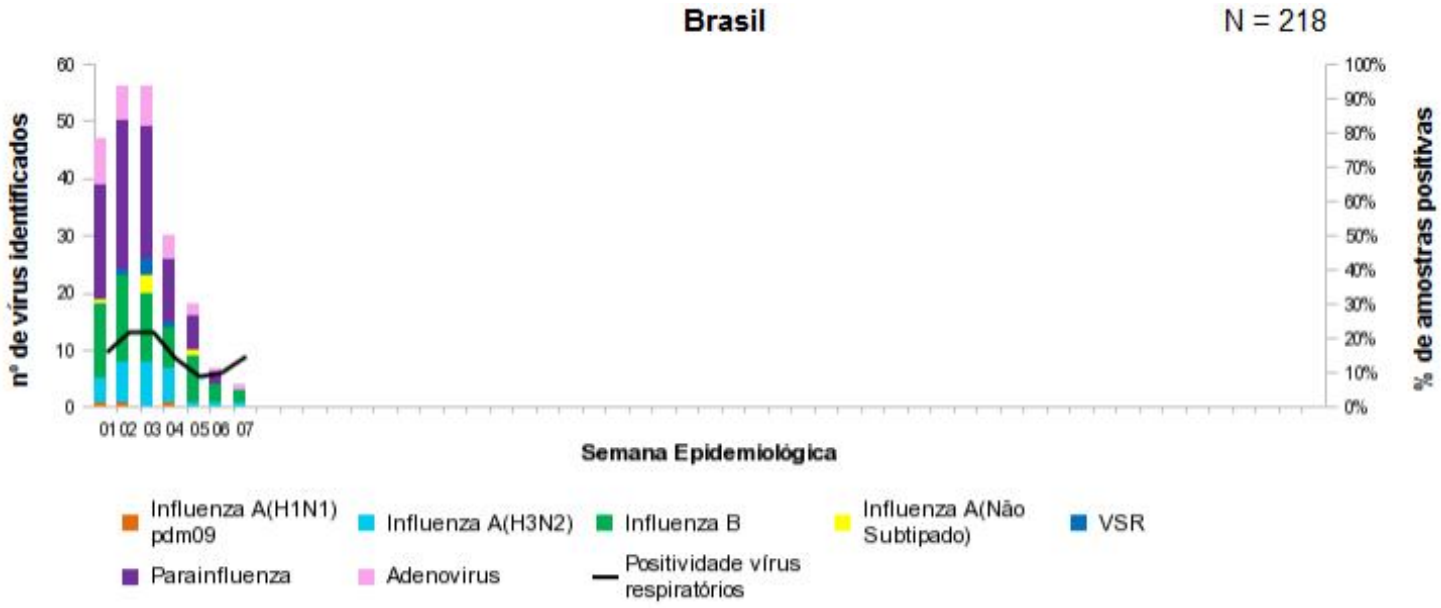
VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 07 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 2.541 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 1.313 (51,7%) foram processadas e 16,6% (218/1.313) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 96 (44,0%) foram positivos para influenza e 122 (56,0%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 3 (3,1%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 60 (62,5%) de influenza B, 5 (5,2%) de influenza A não subtipado e 28 (29,2%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 88 (72,1%) de Parainfluenza (Figura1).

Em todas as regiões destaca-se a circulação do vírus Parainfluenza e Influenza B (Anexo 1 – B). Quanto à distribuição dos vírus por faixa etária, entre os indivíduos a partir de 10 anos predomina a circulação dos vírus influenza B e Parainfluenza. Entre os indivíduos menores de 10 anos ocorre uma maior circulação de Parainfluenza.

Figura 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 07.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 21/2/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

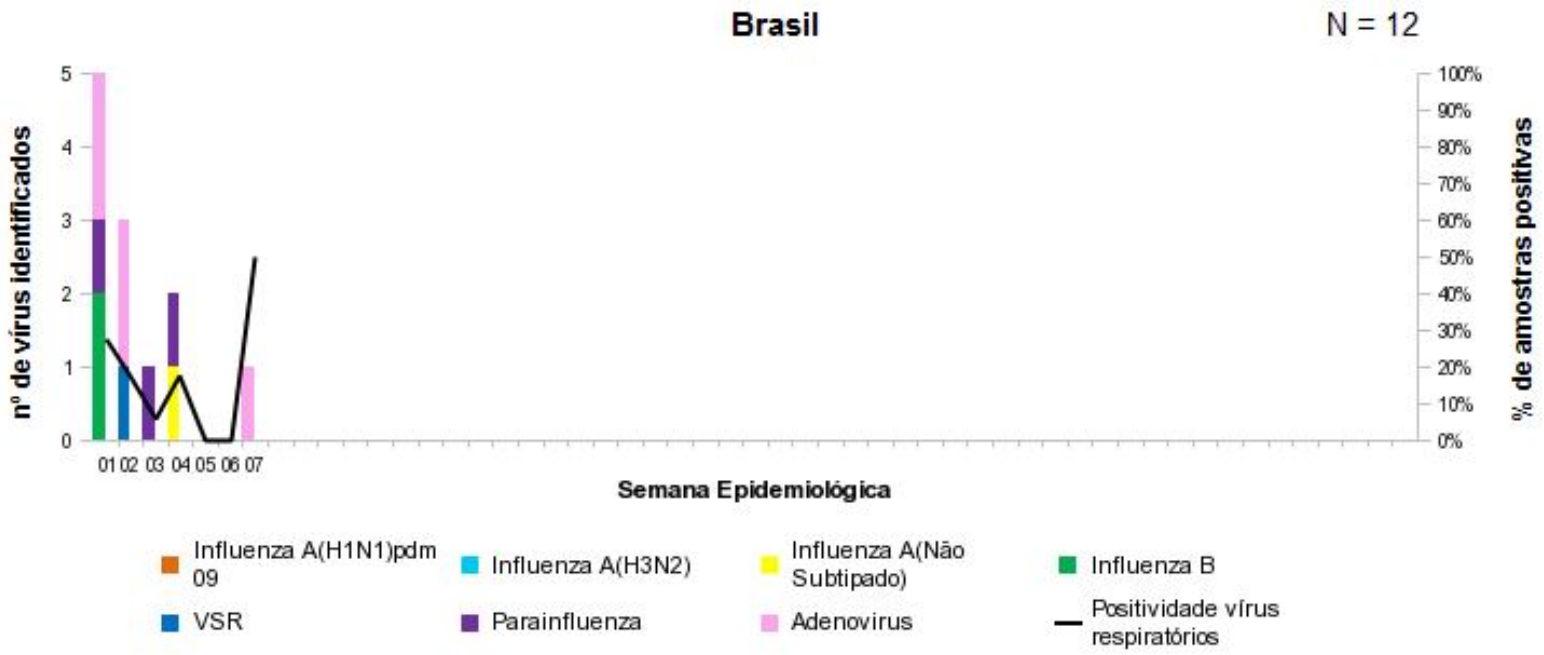
Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 21/02/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 149 coletas, sendo 80 (53,7%) processadas. Dentre estas, 12 (15,0%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 3 (25,0%) para influenza e 9 (75,0%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 0 (0,0%) para influenza A(H1N1)pdm09, 1 (33,3%) para influenza A não subtipado, 2 (66,7%) para influenza B e 0 (0,0%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 5 (55,6%) Adenovírus (Figura 2).

Figura 2. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Respiratória Aguda Grave em Unidade de Terapia Intensiva, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 07.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 21/2/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 21/02/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 07 de 2018 foram notificados 839 casos de SRAG, sendo 523 (62,3%) com amostra processada. Destas, 9,6% (50/523) foram classificadas como SRAG por influenza e 12,8% (67/523) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 3 (6,0%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 8 (16,0%) influenza A não subtipado, 17 (34,0%) influenza B e 22 (44,0%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2).

Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 36 anos, variando de 0 a 91 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região Sudeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 64,0% (32/50).

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 07.

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 21/2/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 21/02/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 07 de 2018 foram notificados 121 óbitos por SRAG, o que corresponde a 14,4% (121/839) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 7 (5,8%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 0 (0,0%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 1 (14,3%) influenza A não subtipado, 2 (28,6%) por influenza B e 4 (57,1%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). Os óbitos por influenza ocorreram nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, sendo dois em cada estado (Anexo 4).

Figura 4. Distribuição dos óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 07.

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 21/2/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 21/02/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 73 anos, variando de 21 a 91 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,01/100.000 habitantes. Dos sete indivíduos que foram a óbito por influenza, 5 (71,4%) apresenta pelo menos um fator de risco para complicação, tendo este sido, Adultos ≥ 60 anos, Pneumopatas e Cardiopatas. Além disso, 5 (71,4%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 1 a 6 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento nas primeiras 48 horas.

Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 07.

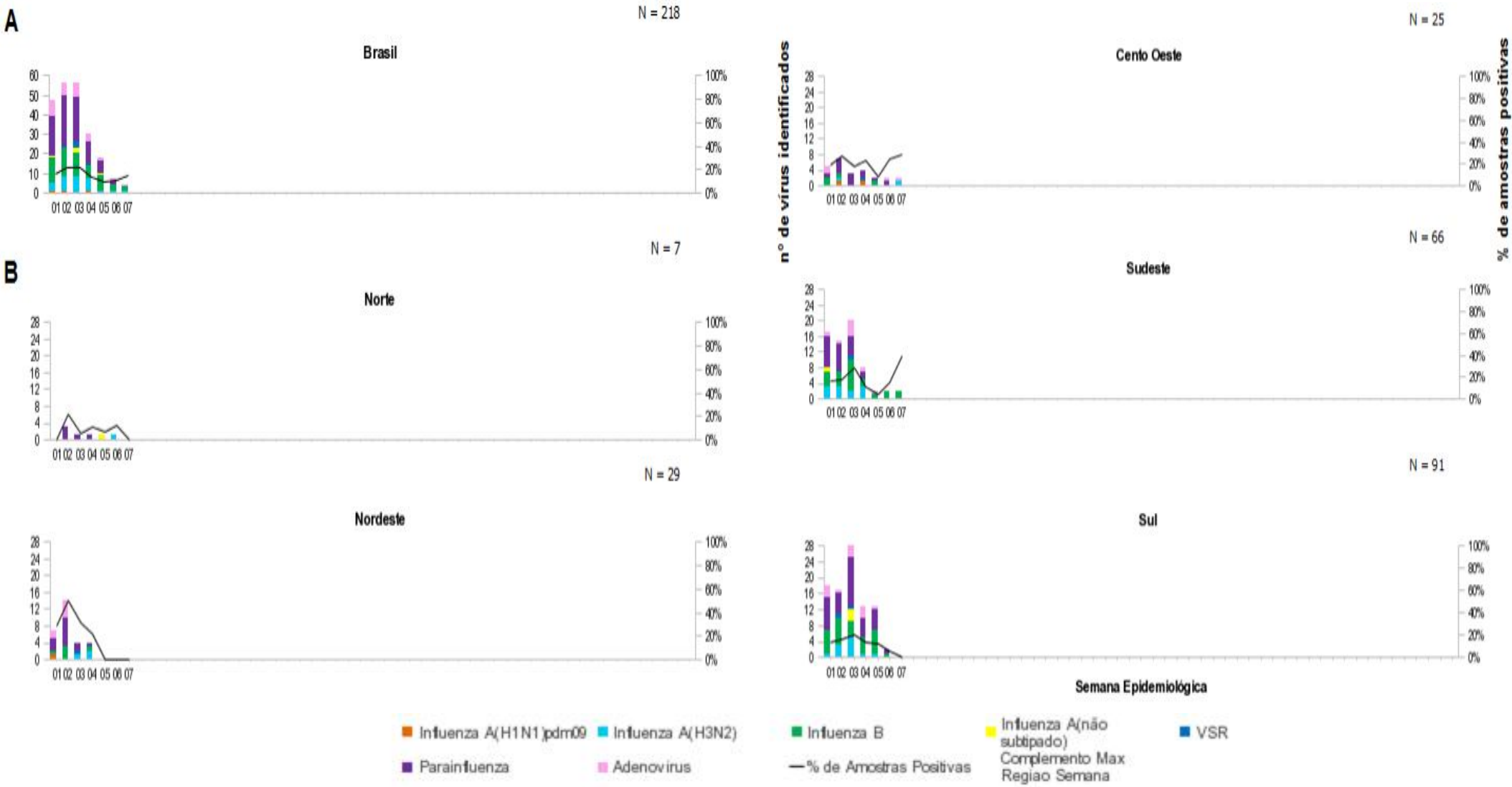
Óbitos por Influenza (N = 7)	n	%
Com Fatores de Risco	**5**	**71,4%**
Adultos ≥ 60 anos	5	100,0%
Doença cardiovascular crônica	3	60,0%
Pneumopatias crônicas	4	80,0%
Diabete mellitus	2	40,0%
Obesidade		0,0%
Doença Neurológica crônica	1	20,0%
Doença Renal Crônica		0,0%
Imunodeficiência/Imunodepressão	1	20,0%
Gestante		0,0%
Doença Hepática crônica		0,0%
Criança < 5 anos		0,0%
Puérpera (até 42 dias do parto)		0,0%
Indígenas		0,0%
Síndrome de Down		0,0%
Que utilizaram antiviral	**5**	**71,4%**

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 21/2/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

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 07.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 21/2/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 07.

REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza										SRAG por outro vírus respiratório		SRAG por outro agente Etiológico		SRAG não Especificado		Em Investigação	
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtipado)		Influenza B		Total Influenza									
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
NORTE	**73**	**5**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**4**	**0**	**0**	**0**	**38**	**5**	**30**	**0**
RONDÔNIA	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	0
ACRE	15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	11	0
AMAZONAS	20	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	7	1	10	0
PARÁ	31	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	23	1	6	0
TOCANTINS	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0
NORDESTE	**125**	**8**	**1**	**0**	**1**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**2**	**1**	**3**	**0**	**0**	**0**	**47**	**4**	**73**	**3**
PIAUÍ	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	9	1
CEARÁ	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	1	0
RIO GRANDE DO NORTE	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	2	0
PARAÍBA	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	1
PERNAMBUCO	69	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	1	44	1
ALAGOAS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
SERGIPE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
BAHIA	15	3	1	0	1	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	9	2	4	0
SUDESTE	**317**	**51**	**2**	**0**	**11**	**1**	**7**	**1**	**11**	**2**	**31**	**4**	**17**	**2**	**2**	**0**	**143**	**38**	**124**	**7**
MINAS GERAIS	79	9	0	0	2	0	0	0	1	0	3	0	3	0	1	0	40	8	32	1
ESPÍRITO SANTO	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	0
RIO DE JANEIRO	30	7	1	0	2	1	2	0	3	1	8	2	5	2	0	0	6	2	11	1
SÃO PAULO	201	35	1	0	7	0	5	1	7	1	20	2	9	0	1	0	96	28	75	5
SUL	**245**	**44**	**0**	**0**	**8**	**2**	**0**	**0**	**5**	**0**	**13**	**2**	**25**	**3**	**1**	**1**	**166**	**38**	**40**	**0**
PARANÁ	131	24	0	0	3	1	0	0	1	0	4	1	19	1	1	1	76	21	31	0
SANTA CATARINA	20	5	0	0	3	1	0	0	2	0	5	1	4	2	0	0	9	2	2	0
RIO GRANDE DO SUL	94	15	0	0	2	0	0	0	2	0	4	0	2	0	0	0	81	15	7	0
CENTRO OESTE	**79**	**13**	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**3**	**0**	**18**	**1**	**0**	**0**	**33**	**7**	**25**	**5**
MATO GROSSO DO SUL	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	9	1	1	0
MATO GROSSO	6	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	3	1
GOIÁS	30	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1	0	0	11	4	12	3
DISTRITO FEDERAL	32	2	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	10	0	0	0	11	1	9	1
BRASIL	**839**	**121**	**3**	**0**	**22**	**4**	**8**	**1**	**17**	**2**	**50**	**7**	**67**	**6**	**3**	**1**	**427**	**92**	**292**	**15**
Outro País	Nenhum dado retornado para esta exibição. Isso pode ter acontecido porque o filtro aplicado exclui todos os dados.																			
TOTAL	**839**	**121**	**3**	**0**	**22**	**4**	**8**	**1**	**17**	**2**	**50**	**7**	**67**	**6**	**3**	**1**	**427**	**92**	**292**	**15**

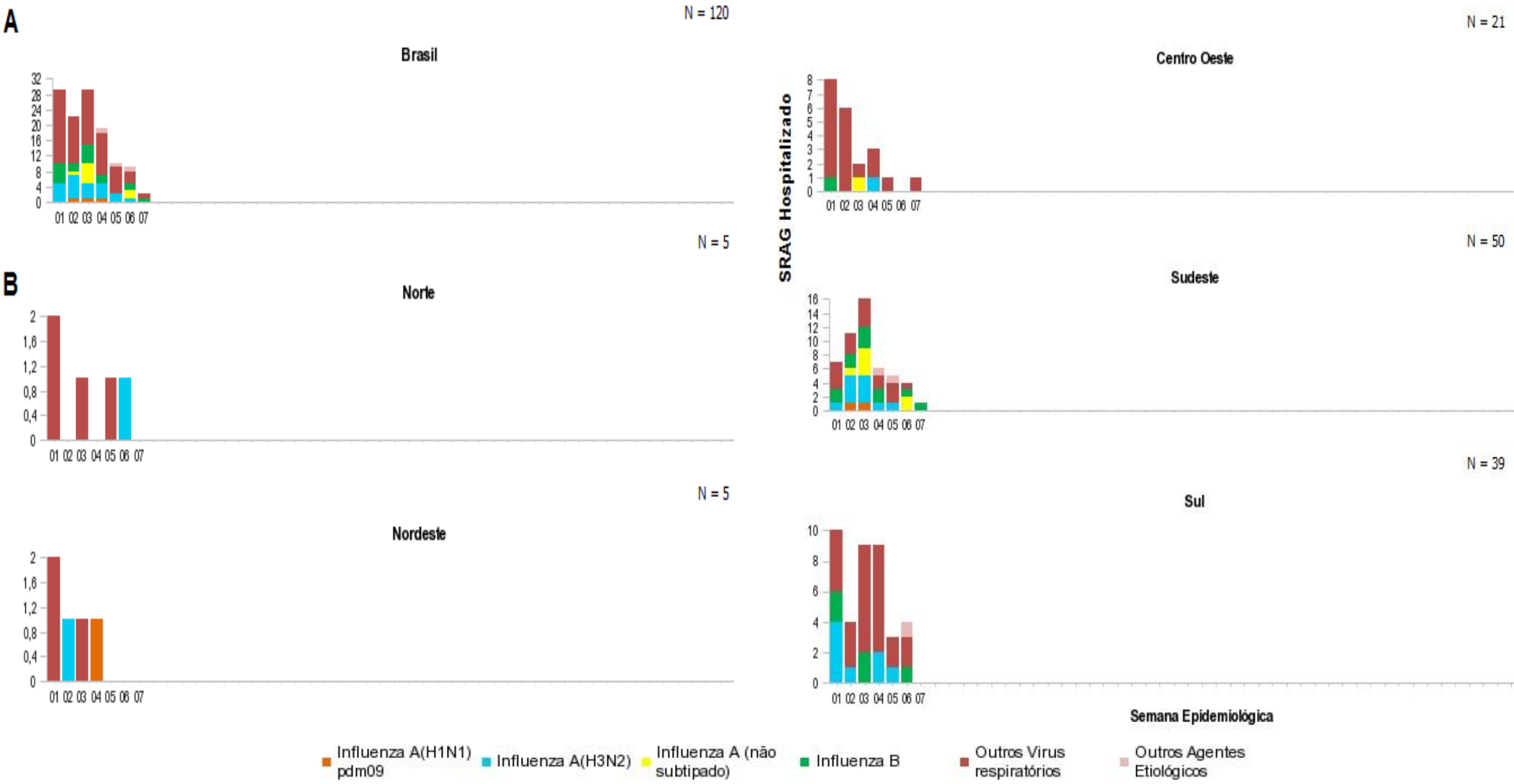
Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 21/2/2018, sujeitos a alteração.

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

Fonte: Ministério da Saúde

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 07.

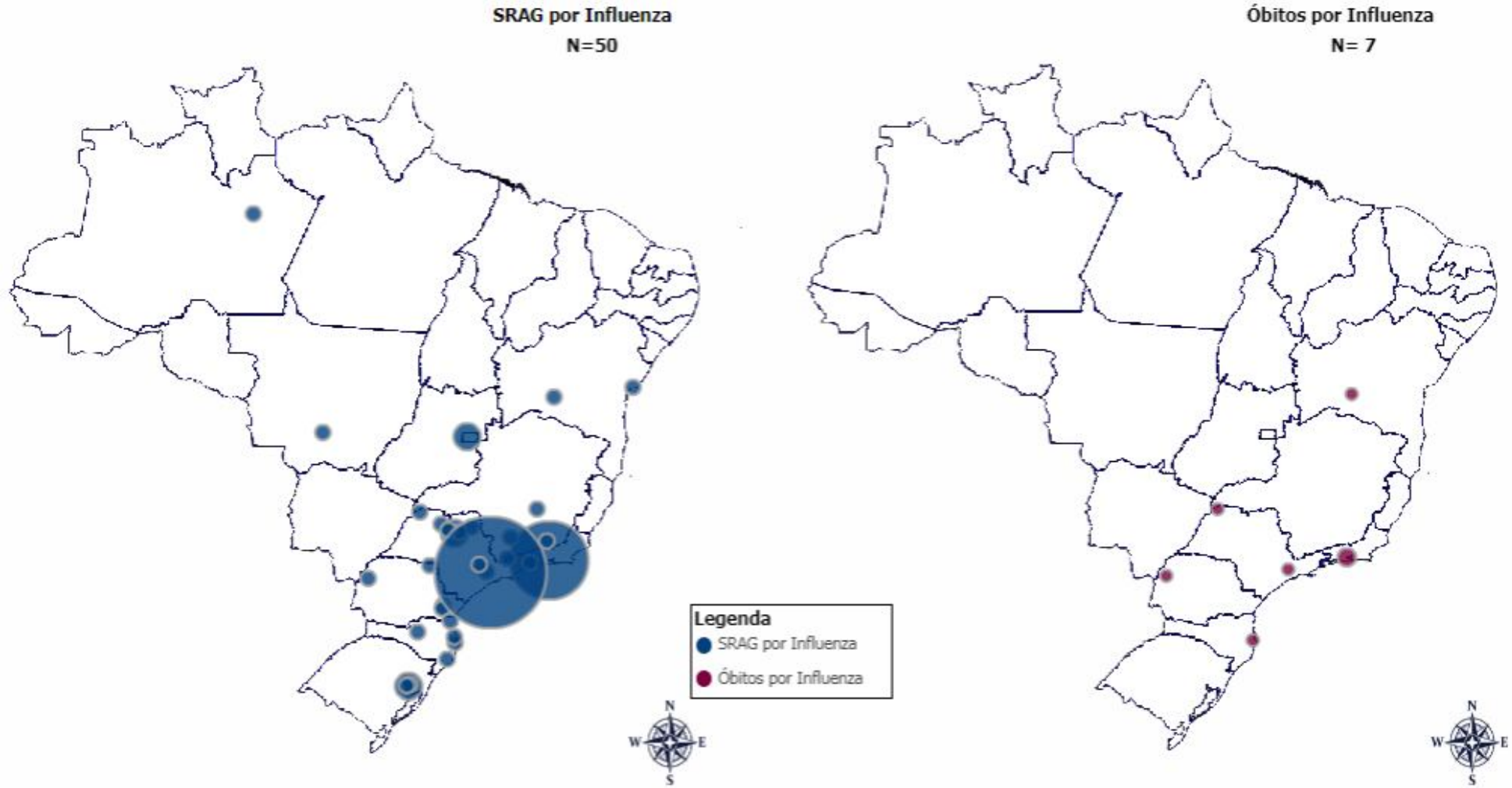


Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 21/2/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Anexo 4. Distribuição espacial dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave confirmados para influenza por município de residência. Brasil, 2018 até a SE 07.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 21/2/2018, sujeitos a alteração.
* O círculo é proporcional ao número de casos e óbitos.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 21/02/2018
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 08/2018

(18/02/2018 a 24/02/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

MORTALIDADE INFANTIL

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 20/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

Em todo o mundo, 2,6 milhões de bebês morrem anualmente antes do primeiro mês de vida, afirmou nesta terça-feira (20/02) o Unicef. Um milhão morre já no primeiro dia de vida. Outros 2,6 milhões são natimortos. Cerca de 80% das mortes de recém-nascidos poderiam ter sido evitadas com cuidados básicos, segundo relatório do Unicef. Os países mais afetados são pobres, atingidos por conflitos ou com instituições fracas.

O fundo para a infância da ONU afirma que bebês nascidos em países instáveis e empobrecidos morrem devido à falta de cuidados básicos e que os riscos podem ser 50 vezes mais altos do que em países mais ricos.

Os países onde há as melhores chances de sobrevivência para recém-nascidos são Japão, Islândia, Finlândia, Cingapura, Estônia, Eslovênia, Chipre, Bielorrússia, Luxemburgo, Noruega e Coreia do Sul.

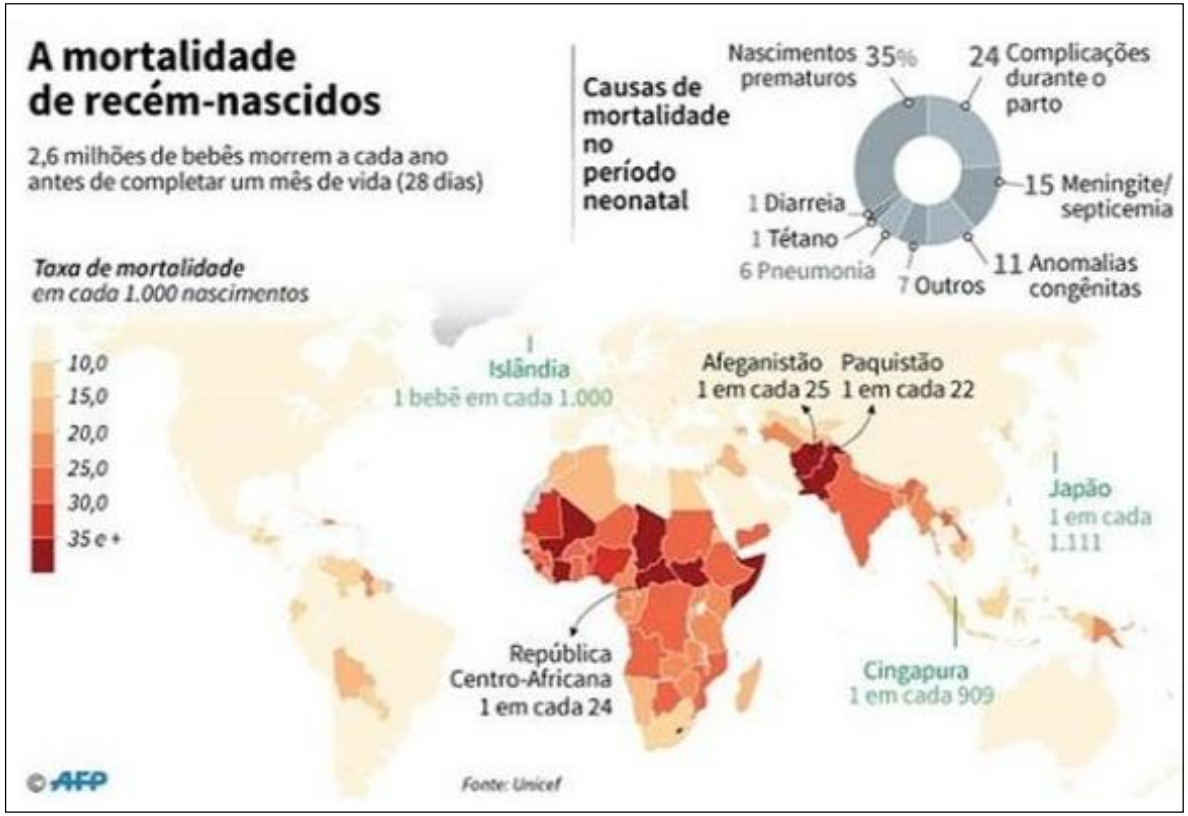
Os países com menores chances de sobrevivência são Paquistão, República Centro-Africana, Afeganistão, Somália, Lesoto, Guiné-Bissau, Sudão do Sul, Costa do Marfim, Mali e Chade.

No Paquistão, por exemplo, a probabilidade de morte é de um em 22 nascimentos, enquanto no Japão é de apenas um em cada 1.111 nascimentos.

O estudo do Unicef mostrou que, embora os últimos 25 anos tenham testemunhado grande redução na mortalidade de bebês entre 1 mês e 5 anos de vida, não houve progresso semelhante na redução das mortes entre recém-nascidos.

Para o estudo, o Unicef analisou 184 países e os separou em quatro grupos – renda alta (50 países), média alta (51), média baixa (52) e baixa (31). O Brasil foi listado como país de renda média alta e, dentro desse grupo, alcançou o 28º pior resultado – empatado com o México – com 7,8 mortes neonatais a cada mil nascimentos.

(Continua na próxima página)



MORTALIDADE INFANTIL

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 20/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

O Brasil ficou à frente de Granada e Macedônia (26º e 8,3 mortes) e atrás do Peru (30º e 7,5 mortes). Melhor resultado neste grupo foi alcançado pela Bielorrússia (51º e 1,5 mortes), enquanto o pior país foi a Guiné-Equatorial (1º e 32 mortes).

Se for usada apenas a taxa de mortalidade infantil, o Brasil é o 108º pior entre os 184 países pesquisados, ou o 76º melhor.

A Alemanha está listada como país de renda alta e ocupa a 29ª pior colocação, com 2,3 mortes de recém-nascidos a cada mil nascimentos – empatada com a Grécia, à frente da Letônia e pior que a Austrália. Nesse grupo de 50 países, o melhor resultado foi obtido pelo Japão (0,9 mortes) e o pior foi o de Trinidad e Tobago (12,6 mortes).

De acordo com o relatório, mais de 80% das mortes de recém-nascidos podem ser prevenidas, "com acesso a parteiras bem treinadas, juntamente com soluções comprovadas, como água limpa, desinfetantes, amamentação dentro da primeira hora, contato de pele e boa nutrição".

O estudo apontou ainda que os recém-nascidos não morrem de causas médicas, mas devido ao precário acesso a cuidados básicos. Na maioria dos países que apresentam os piores resultados, pobreza, conflitos civis ou instituições enfraquecidas afetam o acesso à saúde maternal e neonatal.

"Apenas alguns pequenos passos de todos nós podem ajudar a garantir os primeiros pequenos passos de cada uma dessas vidas jovens", disse a diretoria-executiva do Unicef, Henrietta H. Fore.

Embora os bebês nascidos em países mais ricos tenham geralmente uma melhor chance de sobrevivência, há diferenças dentro desses países. Recém-nascidos de famílias mais pobres têm 40% mais chances de morrer do que aqueles nascidos em famílias mais abastadas.

Os Estados Unidos, um país afluente e com considerável desigualdade de renda e lacunas no acesso aos cuidados de saúde, não foram classificadas entre os dez países mais seguros para recém-nascidos – os EUA ocuparam apenas a 41ª colocação.

"A vontade política de investir pesado em sistemas de saúde é crítica", afirma o relatório da Unicef, que foi publicado como parte da nova campanha mundial da organização, Every Child Alive, uma iniciativa que promove "soluções acessíveis e de qualidade de cuidados de saúde para cada mãe e recém-nascido" em todo o mundo.

O Ruanda foi um exemplo de como países de baixa renda podem fazer melhorias excepcionais no combate à mortalidade infantil. O pobre país africano reduziu mais do que pela metade a taxa de mortalidade neonatal entre 1990 e 2016.

SARAMPO

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 09/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

Segundo as autoridades nacionais de saúde pública, o sarampo causou 50 mortes nos países da União Europeia entre 2016 e 2018. Em 2016, 12 mortes ocorreram na Romênia e uma no Reino Unido. Em 2017, 36 mortes foram notificadas da Romênia (25), Itália (4), Grécia (2), Bulgária (1), Alemanha (1), Portugal (1), França (1) e Espanha (1). Em 2018, ocorreu uma morte na Romênia.

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

A Bulgária reportou um caso de sarampo em 2018 até 28 de janeiro. Em 2017, a Bulgária reportou 166 casos.

França: desde 1º de novembro até 24 de janeiro de 2018, foram notificados 115 casos de sarampo, incluindo 32 hospitalizações da área de Bordéus. Este é um aumento de mais de cem casos desde o CDTR anterior, publicado em 12 de janeiro.

A Alemanha relatou sete casos de sarampo em 2018, até 25 de janeiro. Durante o mesmo período em 2017, dois casos foram relatados. Em 2017, a Alemanha informou 919 casos de sarampo.

A Grécia, até 4 de fevereiro de 2018 e desde o início do surto em maio de 2017, relatou 1.463 casos de sarampo. Entre os casos confirmados em laboratório, foram relatados dois óbitos. Este é um aumento de 495 casos desde o CDTR anterior em 12 de janeiro.

A Hungria relatou um caso de sarampo entre as semanas 1 e 3 em 2018. Em 2017, a Hungria relatou 105 casos de sarampo, em comparação com nenhum em 2016.

A Irlanda reportou 11 casos em 2018, até 27 de janeiro. Em 2017, entre outubro e 20 de dezembro, dois surtos em Dublin e o Nordeste da Irlanda resultou em 22 casos confirmados de sarampo. Em 2016, a Irlanda informou 43 casos de sarampo.

A Itália informou 4.991 casos de sarampo, incluindo quatro mortes em 2017. Este é um aumento de 106 casos desde o CDTR anterior em 12 de janeiro. Em 2016, houve 862 casos e em 2015, foram notificados 258 casos de sarampo.

A Letônia informou 11 casos confirmados, entre 29 de dezembro de 2017 e 29 de janeiro de 2018. Seis desses casos foram relatados em Janeiro de 2018. Este é um aumento de sete casos desde o CDTR anterior em 12 de janeiro.

A Polônia, de acordo com a mídia citando as autoridades de saúde pública até 24 de janeiro de 2018, relatou 11 casos de sarampo e nove deles foram confirmados. O surto ocorreu em Warmia e Mazury entre dez adultos da Ucrânia e um residente de Polônia. Todos os casos não foram vacinados. Em 2017, a Polônia relatou 63 casos de sarampo e 133 casos em 2016.

A Romênia reportou 316 casos e uma morte por sarampo desde o CDTR anterior em 12 de janeiro. Desde 1º de janeiro de 2016 até 2 de fevereiro de 2018, a Romênia informou 10.623 casos, incluindo 38 mortes. Destes, 1.969 casos foram relatados em 2016 e 8.654 casos em 2017-2018.

A Espanha informou dois casos confirmados e um caso suspeito de sarampo em 2018, até 21 de janeiro. Em 2017, a Espanha informou 137 casos de sarampo.

(Continua na próxima página)

SARAMPO

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 09/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

A Suécia informou 28 casos de sarampo, relacionados a um surto em Gotemburgo até 29 de janeiro de 2018. O período de incubação desde o último caso de sarampo relacionado a este surto, terminou em 5 de fevereiro. De janeiro a outubro de 2017, a Suécia informou 39 casos de sarampo e três casos em 2016.

Os Países Baixos relataram dez casos de sarampo em 2017. Em 2016, os Países Baixos relataram quatro casos de sarampo.

O Reino Unido, até 30 de janeiro de 2018, reportou 144 casos confirmados de sarampo em cinco áreas em todo o país: em West Midlands (51), West Yorkshire (35), Cheshire e Liverpool (29), Surrey (22) e Greater Manchester (7). Isto é um aumento de 76 casos desde o CDTR em 12 de janeiro. De janeiro a novembro de 2017, todo o Reino Unido relatou 232 casos. Em 2016, de acordo com TESSy, foram notificados 570 casos durante o mesmo período de tempo.

A Suíça informou dois casos em 2018, até 23 de janeiro. Em 2017, 105 casos de sarampo foram detectados em comparação com 65 em 2016.

Resumo epidemiológico relevante para países fora da União Europeia desde o mês passado

A Geórgia informou 102 casos confirmados de sarampo entre agosto de 2017 e 29 de janeiro de 2018. A maioria dos casos é de Adjara (86).

A Moldávia, de acordo com relatos da mídia em 29 de janeiro de 2018, um bebê de 7 meses de idade, desenvolveu sintomas de sarampo após uma visita a Ucrânia. Os resultados dos testes para outros dois casos suspeitos estão pendentes. Em 2014, dois casos importados de sarampo foram relatados na Moldávia.

A Ucrânia reportou 2.084 casos de sarampo em 2018, até 21 de janeiro, incluindo três mortes em Odessa (duas crianças e um adulto). As regiões mais afetadas são Ivano-Frankivsk (463), Chernivtsi (333), Zakarpattia (331) e Odessa (265). Em 2017, a Ucrânia informou 4.782 casos de sarampo, incluindo sete mortes de quatro crianças e três adultos.

Informação epidemiológica relevante de países com encontros de massa em curso ou planejados

Olimpíadas de inverno na Coréia do Sul, 9-25 de fevereiro de 2018

A Coréia do Sul reportou nove casos de sarampo em 2018 até 27 de janeiro de 2018. Em 2017, a Coréia do Sul informou 11 casos, em 2016 houve 18 casos, em 2015, sete casos e em 2014, 442 casos.

FIFA 2018 na Rússia, 14 de junho - 15 de julho de 2018

A Rússia informou 367 casos de sarampo entre janeiro e outubro de 2017, que é um aumento de quatro vezes, em comparação com 86 casos em 2016. A maioria dos casos ocorreu na República do Daguestão, na República da Chechênia e na região e cidade de Moscou.

Carnaval brasileiro no Brasil, 9 a 14 de fevereiro de 2018

O Brasil não possui casos confirmados de sarampo até 27 de janeiro de 2018. O último caso confirmado de sarampo no Brasil foi relatado em 2015.

HEPATITE A

Local de ocorrência: Estados Unidos

Data da informação: 21/02/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

Em Kentucky, nos Estados Unidos, moradores de rua e usuários de drogas estão sendo os maiores afetados pelo vírus da hepatite A, o que vem aumentando o número de casos nos últimos meses.

O Departamento de Saúde Pública do Kentucky (KDPH) apresentou o relatório desde 1º de janeiro de 2017, com 103 casos confirmados, que incluíram 78 hospitalizações.

O KDPH diz que está "trabalhando em estreita colaboração com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças e departamentos locais de saúde para fornecer orientação e educação para profissionais de saúde e populações em risco".

"O tratamento para hepatite A aguda envolve cuidados de suporte, com complicações específicas que tem que ser tratadas de forma apropriada", acrescentou KDPH. "A hepatite A é uma doença que pode ser prevenida com a vacina".

Kentucky declarou o surto agudo da hepatite A em novembro passado. A maioria dos casos está em Louisville com quase 90 casos em uma cidade que geralmente tem apenas um a quatro casos em um ano típico.

O departamento de saúde vacinou mais de 4.300 pessoas em Louisville e também aconselhou aos moradores serem vacinados e ter boas práticas de higiene para diminuir a disseminação da hepatite A.

A hepatite A é uma infecção do fígado altamente contagiosa causada pelo vírus da hepatite A. É um dos vários tipos de vírus da hepatite que causam inflamação e afetam a capacidade do fígado de funcionar.

O alimento contaminado ou a água ou contato próximo com uma pessoa ou objeto infectado são fontes de infecção para contrair hepatite A. A maioria das pessoas com essa infecção se recupera completamente sem danos permanentes no fígado.

Fonte: google.com.br

O período de incubação geralmente é de 14 a 50 dias. Nem todo mundo exposto fica doente e algumas pessoas infectadas não desenvolvem sintomas.

Sintomas:

Fadiga, náuseas e vômitos repentinos, dor abdominal ou desconforto, especialmente no lado superior direito abaixo das costelas inferiores, perda de apetite, febre baixa, urina escura, dores nas articulações, pele e brancos dos olhos amarelados (icterícia), coceira intensa.

RAIVA

Local de ocorrência: Argentina

Data da informação: 22/02/2018

Fonte da informação: tn.com.ar (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Uma família que estava de férias em Mar del Plata teve que interromper suas férias quando o filho de 6 anos foi mordido por um morcego que estava contaminado com raiva. A criança estava brincando na piscina da casa, localizado na área da Playa Chica, quando um morcego caiu na água. "O menino queria resgatar o animal para evitar que ele se afogasse, quando foi mordido no dedo pelo animal", disse Daniel Gagliardo, do Departamento de Zoonoses em Mar del Plata.

"Por sorte, os pais tomaram a precaução de levar o morcego ao departamento de zoonoses", disse Gagliardo.

A criança recebeu um tratamento preventivo que deve terminar em Buenos Aires, onde ele mora, enquanto que o morcego foi testado e confirmado que está infectado com o vírus da raiva.

"A raiva é uma doença viral que afeta o sistema nervoso central dos mamíferos e possui vários reservatórios, entre eles os morcegos ", disse Gagliardo.

O veterinário procurou tranquilizar a população. "Nesta área do país, os morcegos se alimentam de insetos e frutas, não sangue animal ", disse ele.

RAIVA

Saiba mais

No Brasil, o principal animal que transmite o vírus da raiva ao homem é o cão.

O morcego hematófago é um importante transmissor da raiva, pois pode infectar bovinos, eqüinos e morcegos de outras espécies. Todos estes animais podem transmitir a raiva para o homem.

Forma mais comum: contato com saliva de animais doentes, através de mordeduras, arranhões ou lambeduras em pele lesada ou mucosa (não existindo, necessariamente, agressão).

Na literatura, só há referências de transmissão inter-humana através do transplante de córnea.

A fonte de infecção é o animal infectado pelo vírus da raiva. Em espaços urbanos, o principal transmissor é o cão, seguido do gato. Em espaços rurais é o morcego.

Animais silvestres são os reservatórios naturais do vírus, propiciando a contaminação de animais domésticos.

Sinais indicativos

Variam conforme a espécie, no entanto, em todos os animais costumam ocorrer os seguintes sintomas:

- dificuldade para engolir
- salivação abundante
- mudança de comportamento
- mudança de hábitos alimentares
- paralisia de alguns membros

Nos cães, o latido torna-se diferente do normal, parecendo um "uivo rouco", e os morcegos, com a mudança de hábito, podem ser encontrados durante o dia, em hora e locais não habituais.

FONTE: INSTITUTO PASTEUR DE SÃO PAULO

Fonte: google.com.br

DENGUE

Local de ocorrência: Paraguai

Data da informação: 25/02/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

As autoridades de saúde confirmaram cinco mortes este ano no Paraguai por causa da dengue e a partir daí emitiram um alerta sobre a doença que está se espalhando através de vetores

As duas mortes nos últimos dias, foram de um jovem e uma mulher idosa, informou a Direção do Ministério da Indústria de Vigilância em Saúde, que também anunciou 3.288 notificações de casos suspeitos de febre nas últimas três semanas.

Os aumentos nos casos são relatados nos bairros de Assunción e em pelo menos mais duas cidades, os surtos da doença permanecem.

O Ministério da Saúde Pública e do Bem-Estar social insistiu mais uma vez na necessidade de eliminar os locais de reprodução do mosquito que transmite a dengue, *Aedes aegypti*, porém, os cidadãos não respondem efetivamente às suas diversas chamadas nesse sentido.

Em 2013, o Paraguai sofreu a maior pandemia dessa doença, quando mais de 150 mil casos foram registrados resultando na morte de 252 pessoas.

Fonte: google.com.br

PANDEMIAS GLOBAIS

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 23/02/2018
Fonte da informação: agencia.fiocruz.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A revista *Science* publicou, na sexta-feira (23/2), artigo que descreve o Projeto Viroma Global (PVG), iniciativa internacional que propõe uma estratégia absolutamente diversa da que tem sido adotada ao combate dos riscos virais. O objetivo do PVG é identificar e caracterizar os vírus com potencial de risco, gerando conhecimento que possibilite prever as próximas epidemias e mitigar seus danos. O projeto se baseia na estimativa de que há aproximadamente 1,6 milhão de vírus desconhecidos no mundo, entre eles, de 600 a 800 mil deles podem infectar o homem. Os cientistas do PVG querem saber quem são eles e qual caminho podem seguir. Para isso, pretendem caracterizar os patógenos emergentes, identificar práticas e comportamentos que levam a propagação e ampliação da doença e propor conjunto de medidas para caso de emergências.

A proposta, embora audaciosa, está sustentada em evidências robustas coletadas pelo Predict – um projeto piloto, conduzido pela Agência dos Estados Unidos para Desenvolvimento Internacional (USAIDS) com foco no fortalecimento de competências e estruturas laboratoriais para detectar e prever pandemias a partir de vírus que são transmitidos da relação entre animais e humanos. Para alcançar seu objetivo, o PVG pretende ampliar e fortalecer laboratórios de virologia existentes e criar uma base de dados de larga escala em ecologia e genética de vírus de alto risco.

De fato, 75% dos patógenos emergentes é transmitido por animais. De acordo com o artigo publicado na *Science*, o PVG estima que a maioria da diversidade viral de nossos reservatórios zoonóticos podem ser descobertos, caracterizados e avaliados em um prazo de dez anos. De acordo com o artigo, a iniciativa dependerá da adoção de tecnologias de ponta para sequenciamento além da colaboração entre virologistas, epidemiologistas e modeladores, novas estratégias para avaliar as relações entre vírus e hospedeiros, e conhecimento nas áreas de biologia evolutiva, modelagem de biodiversidade, veterinária, entre outras.

O Brasil faz parte dessa iniciativa. O coordenador do Centro de Desenvolvimento de Tecnologias em Saúde (CDTS/Fiocruz), Carlos Morel, é co-autor do artigo da *Science* e participa da governança do projeto ao lado do diretor da Unidade de Desenvolvimento e Segurança da Saúde Global da Agência Americana para Ajuda Internacional, Dennis Carroll. O Brasil é um hotspot para pesquisas e coleta de amostras dada a alta probabilidade de extrapolação dos vírus de seus reservatórios para o ser humano. Além disso, o país tem cientistas com importantes contribuições para a compreensão e prevenção de doenças emergentes virais, como o especialista em virologia do CDTS Thiago Moreno, que a partir do sequenciamento e análise do comportamento do vírus da zika identificou a trajetória da epidemia e testa medicamentos já aprovados para tratar a doença e evitar a transmissão do vírus para o feto. O Brasil tem biodiversidade, liderança, ciência e experiência em alianças internacionais.

O Boletim Epidemiológico 3/2018 do Ministério da Saúde divulgou que mais de 3 mil crianças nasceram com malformação em virtude do vírus zika entre os anos de 2015 e 2017. Por malformação compreende-se microcefalia, comprometimento do sistema nervoso central, epilepsia, deficiências auditivas e visuais, dificuldade de desenvolvimento psicomotor, além de prejuízos nos ossos e articulações. Entre mais de 15 mil notificações de suspeitas de zika, 507 crianças morreram, desconsiderando abortos e natimortos.

Detecção precoce é elemento imprescindível para combater as doenças virais emergentes. Nossa capacidade de lidar com as próximas epidemias está limitada pelo desconhecimento sobre essas ameaças. O PVG pretende abastecer a comunidade global com informações necessárias para detectar, prevenir e agir de maneira proativa às epidemias emergentes, mitigando o risco de futuras epidemias e reduzindo o impacto de várias doenças que ainda assolam o mundo.

GRIPE / PNEUMONIA

Local de ocorrência: Cabo Verde

Data da informação: 24/02/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

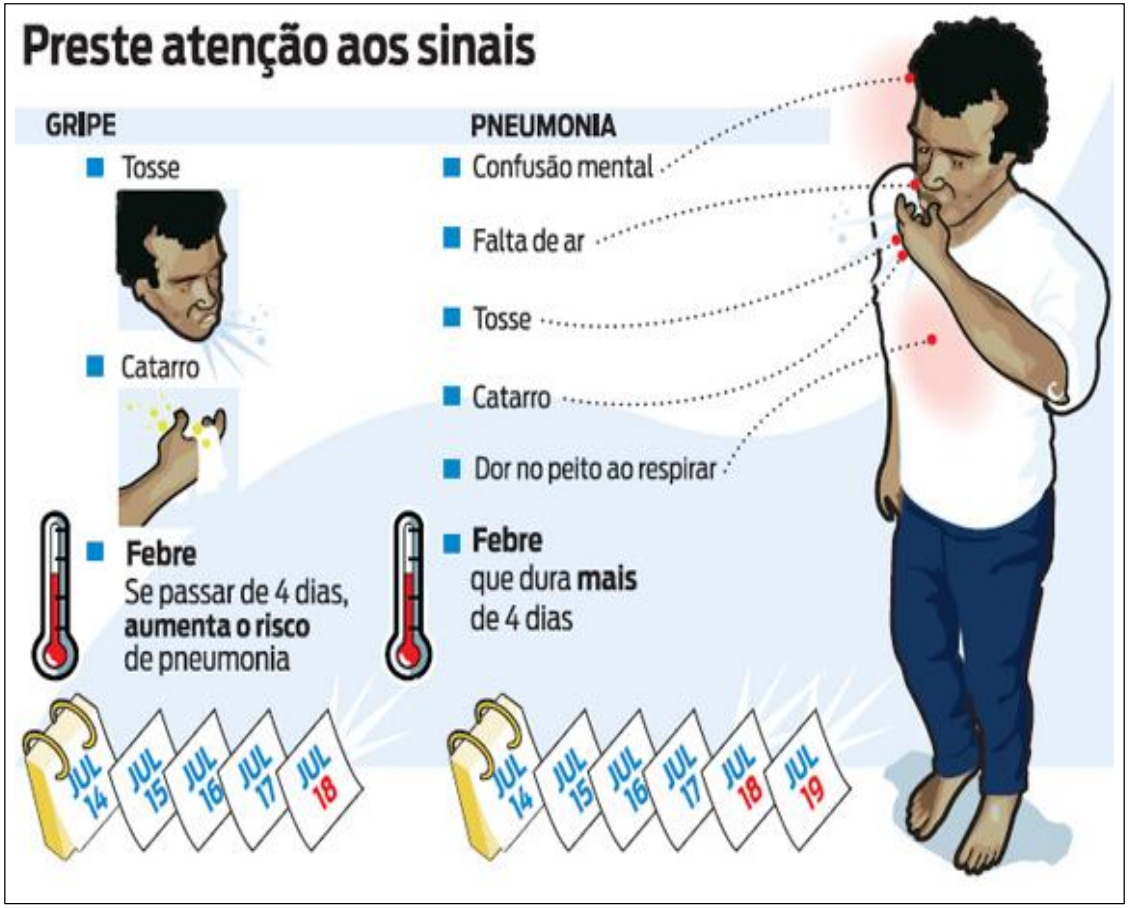
COMENTÁRIOS:

Devido a uma onda de frio fora do comum nesta época do ano, Cabo Verde tem enfrentado um surto anormal de gripe e pneumonia, que afeta sobretudo as ilhas de Santo Antão e de São Vicente.

Em declarações à imprensa, na cidade do Mindelo, a diretora Nacional da Saúde, Maria da Luz Lima garantiu que "até o dia 20 de fevereiro havia suspeita de dois óbitos e o Ministério da Saúde está a fazer investigações para conhecer qual é o tipo de vírus que está a circular... já pedimos o apoio da Organização Mundial de Saúde nesse aspecto, que também está receptiva e vai nos apoiar".

Estão a ser investigadas as eventuais relações entre estas duas mortes e possíveis complicações devido à gripe, com recolhimento de amostras nos pacientes com casos mais graves para determinar qual a estirpe que causa, que poderia ser o vírus influenza ou myxovirusinfluenzae, responsável pelas epidemias invernais de gripe. No hospital central do Mindelo, a segunda maior cidade do país, nos primeiros 45 dias do ano o número de casos de gripe e pneumonia quase que triplicou, comparado com o mesmo período do ano passado, mas a diretora do Hospital Baptista de Sousa, Ana Brito, garante que nenhum dos óbitos registrados foi provocado por síndrome gripal.

O Ministério da Saúde tem recebido várias notificações sobre o aumento da síndrome gripal, principalmente nas ilhas de São Vicente e de Santo Antão e apela a população com sintomas gripais a procurar os centros de saúde, para não sobrecarregar os bancos de urgência dos hospitais.



Fonte: google.com.br

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 21/02/2018
Origem da informação: *The Global Polio Erradication Initiative*

COMENTÁRIOS:

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

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

No Paquistão, não foram relatados novos casos de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) na semana passada. O número total de casos WPV1 oficialmente notificados em 2017 permanece oito. Não há casos relatados em 2018.

Na Síria, não foram relatados novos casos de poliovírus derivado da vacina circulante tipo 2 (cVDPV2) nesta semana. O número total de casos de cVDPV2 notificados oficialmente na Síria em 2017 permanece 74. Não há casos relatados em 2018.

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

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

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

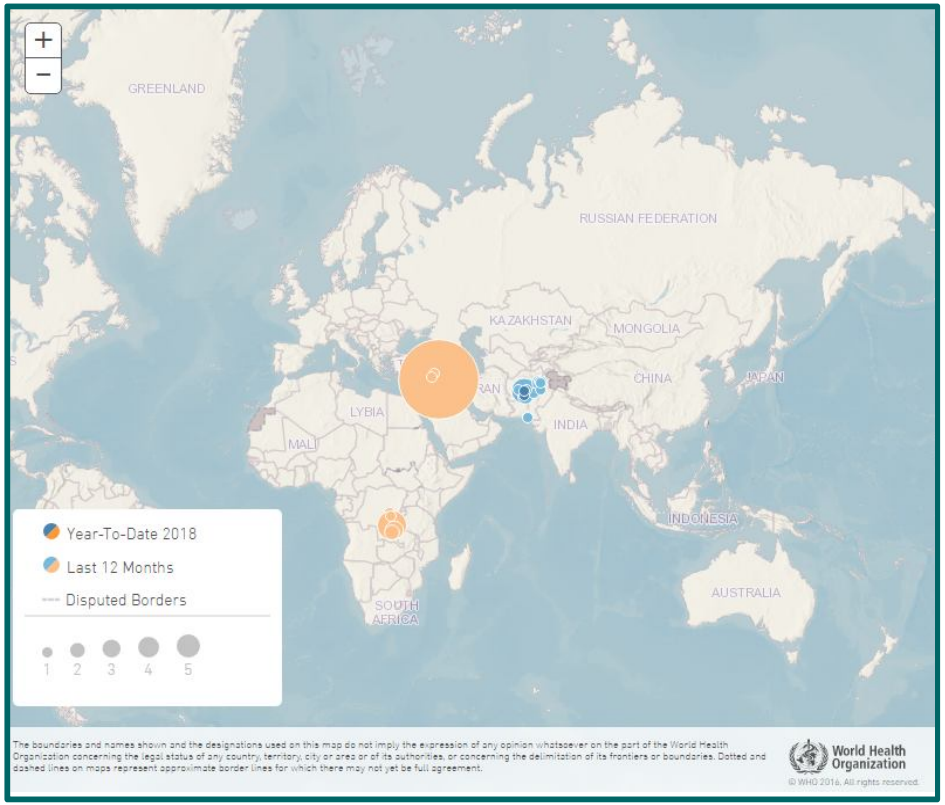
Total cases	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	2	0	3	0	22	95
- in endemic countries	2	0	3	0	22	0
- in non-endemic countries	0	0	0	0	0	95

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

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS

Countries	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afeganistão	2	0	2	0	14	0	05/Jan/18	NA
Paquistão	0	0	1	0	8	0	14/Nov/17	NA
República Democrática do Congo	0	0	0	0	0	21	NA	02/Dec/17
Síria	0	0	0	0	0	74	NA	20/Sep/17

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



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

CÓLERA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 24/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

Américas

Haiti: em 2018, até 3 de fevereiro, o Haiti relatou 14.173 casos de cólera, incluindo 160 óbitos nos dez departamentos, desde o início de 2017.

África

Angola: até 3 de fevereiro de 2018, foram relatados 557 casos e 11 óbitos. Isso representa um aumento de 146 casos e duas mortes, desde o relatório anterior em 26 de janeiro de 2018. A maioria dos casos é da área suburbana ao redor de Uige, que tem acesso limitado a água potável e saneamento melhorado. A quantidade diária de casos está diminuindo.

República Democrática do Congo: em 2018, até 9 de fevereiro, a RD Congo relatou 57.804 casos suspeitos de cólera, incluindo 1.203 óbitos. Isso representa um aumento de 2.804 casos e 13 óbitos desde o relatório anterior do CDTR em 26 de janeiro de 2018. O surto continua em uma tendência de queda em comparação com as semanas anteriores. Os casos estão sendo relatados pelas províncias do sul do Kivu, Kivu do Norte e Kinshasa. A OMS apoia o Ministério da Saúde na RD Congo em vigilância e resposta das atividades.

Etiópia: em 2018, até 28 de janeiro, a Etiópia relatou 48.894 casos de diarreia aquosa aguda, incluindo 880 óbitos. Isso representa um aumento de 277 casos desde a atualização anterior do CDTR em 26 de janeiro de 2018.

Quênia: em 2018, até 7 de fevereiro, o Quênia reportou 5.013 casos, incluindo 95 óbitos, desde o início do surto em janeiro de 2017. Isso representa um aumento de 735 casos e 16 mortes desde o relatório anterior de 26 de janeiro de 2018.

Malawi: em 2018, até 11 de fevereiro, os meios de comunicação citando o Ministério da Saúde relataram 527 casos e oito mortes. Isto representa um aumento de 219 casos e quatro mortes desde a atualização anterior em 26 de janeiro de 2018.

Moçambique: em 2018, até 11 de fevereiro, a OMS relatou 1.799 casos e uma morte no surto em curso. Isso representa um aumento de 547 casos desde a atualização anterior em 26 de janeiro de 2018. Segundo a OMS, o foco está limitado a Província de Nampula e Cabo Delgado. De acordo com o Drug Outbreak News (DON) divulgado pela OMS em 19 de fevereiro de 2018, o número de casos e óbitos provavelmente não será relatado.

Namíbia: Em 29 de janeiro de 2018, um caso de cólera foi confirmado em uma aluna em Windhoek, a capital. Até o momento, não foram confirmados mais casos.

Somália: em 2018, até 11 de fevereiro, a OMS relatou 79.506 casos suspeitos de cólera e 1.160 mortes desde o início de 2017. Isso representa um aumento de 334 casos e uma morte desde a última atualização em 26 de janeiro de 2018.

Sudão do Sul: Em 7 de fevereiro de 2018, o Sudão do Sul declarou o fim do seu maior surto de cólera sem novos casos relatados nas sete semanas anteriores. Desde o início do surto em junho de 2016 e até 7 de fevereiro de 2018, o Sudão do Sul reportou 20.438 casos suspeitos, incluindo 436 óbitos. O último caso confirmado foi dispensado do hospital em 18 de dezembro de 2017.

Tanzânia: em 2018, até 11 de fevereiro, a Tanzânia relatou 5.461 casos de cólera, incluindo 111 óbitos. Isso representa um aumento de 658 casos e 11 óbitos desde a atualização anterior em 26 de janeiro de 2018.

(Continua na próxima página)

CÓLERA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 24/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

Uganda: em 30 de janeiro de 2018, o surto de cólera em Uganda terminou. O surto começou em setembro de 2017 e até 30 de janeiro de 2018, 250 casos de cólera suspeitas, incluindo quatro óbitos foram relatados. Nenhum outro caso foi relatado desde 15 de janeiro de 2018.

Zâmbia: desde 4 de outubro de 2017 até 11 de fevereiro de 2018, a Zâmbia informa 4.064 casos de cólera, incluindo 84 óbitos. Isso representa um aumento de 730 casos e 14 mortes desde a atualização anterior em 26 de janeiro de 2018.

Zimbabwe: Em 2018, até 15 de fevereiro, 107 casos de cólera suspeitas, incluindo quatro mortes foram relatados. A maioria dos casos está no município de Chegutu, a sudoeste de Harare. Isso representa um aumento de 85 casos desde a atualização em 26 de janeiro de 2018.

Ásia

Índia: até 15 de fevereiro de 2018, a mídia relatou 54 casos de cólera, incluindo quatro mortes em Bhadravathi. Um caso adicional foi relatado no Cazaquistão, um turista que retornou de Goa, de acordo com outras fontes de mídia.

Iêmen: Desde o início do surto em abril de 2017 até 18 de fevereiro de 2018, o Iêmen relatou 1.063.090 casos suspeitos de cólera e 2.258 óbitos. Isso representa um aumento de 19.664 casos e 11 mortes desde o relatório anterior. Algumas das regiões mais afetadas são Amanat Al Asima, Al Hudaydah, Hajjah, Amran e Dhamar.

CÓLERA

A cólera é uma doença infecciosa que ataca o intestino dos seres humanos.

A bactéria que a provoca foi descoberta por Robert Koch em 1884 e, posteriormente, recebeu o nome de *Vibrio cholerae*.

Ao infectar o intestino humano, essa bactéria faz com que o organismo elimine uma grande quantidade de água e sais minerais, acarretando séria desidratação.

Fonte: google.com.br

FEBRE DE LASSA

Local de ocorrência: Libéria

Data da informação: 22/02/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Em 9 de janeiro de 2018, um paciente da Guiné com febre, dor no pescoço, dor no corpo e vômitos foi internado em um hospital em Ganta, no município de Nimba, na Libéria. O paciente foi tratado com Ribavirina até sua morte em 11 de janeiro de 2018. O paciente apresentou sintomas em 29 de dezembro de 2017. Antes da hospitalização na Libéria, ele procurou atendimento médico em um centro de saúde em Diécké na região de N'Zérékore, na Guiné, onde estava sendo tratado com febre tifoide e malária.

Em 10 de janeiro de 2018, um exame foi coletado e testado positivo para a febre de Lassa no Laboratório Nacional de Referência na Libéria. Em 11 de janeiro foi realizado o enterro.

Na Libéria, até 18 de janeiro, 28 contatos foram identificados, incluindo 16 do Hospital Ganta e 12 membros da família. Na Guiné, foram identificados 28 contatos, incluindo 22 profissionais de saúde. Até 18 de janeiro de 2018, dois dos contatos do paciente na Libéria eram sintomáticos, mas ambos negativos para a febre Lassa. Os outros contatos agora completaram seu período de acompanhamento.

A febre de Lassa é endêmica na Libéria. De 1º de janeiro de 2017 a 23 de janeiro de 2018, 91 casos suspeitos foram reportados em seis municípios: Bong, Grand Bassa, Grand Kru, Lofa, Margibi e Nimba. Trinta e três desses casos foram confirmados em laboratório, incluindo 15 óbitos (taxa de mortalidade por casos confirmados = 45,4%).

Na Libéria, o Oficial de Vigilância do Condado de Nimba foi responsável por coordenar a resposta a este evento.

Uma equipe de resposta rápida foi implantada em Ganta, Libéria e uma missão de investigação ocorreu em Diécké, na Guiné. Também ocorreu uma investigação epidemiológica transfronteiriça.

A vigilância foi aprimorada nos níveis distrital e do condado. O rastreamento de contatos e a busca ativo de casos foram realizados em ambos os países. Um total de 27 amostras de sangue de 24 contatos e três pacientes febris no Diecké Primary Healthcare Center, Guiné foram coletados.

Informações sobre a febre de Lassa foi disponibilizada nas instalações de saúde pública e privada de Diécké e nos pontos de entrada de maior circulação.

As atividades de engajamento e sensibilização da comunidade ocorreram no município de Nimba, Libéria e Diécké, na Guiné, para aumentar a conscientização sobre os riscos e a prevenção da febre de Lassa.

Devido à potencial transmissão transfronteiriça de doenças, os escritórios de países da OMS da Libéria e da Guiné colaboraram para compartilhar informações entre si sobre esse evento.

A febre de Lassa é uma doença aguda da febre hemorrágica viral que é transmitida aos seres humanos através do contato com alimentos ou itens domésticos contaminados com urina ou fezes de roedores. Infecções de pessoa a pessoa e transmissão de laboratório também podem ocorrer. No geral, a taxa de mortalidade é de aproximadamente 1%; no entanto, pode ser 15% ou mais entre pacientes hospitalizados com sintomas graves. O tratamento precoce e a reidratação melhoram a chance de sobrevivência. A febre de Lassa provoca surtos quase todos os anos em diferentes partes da Libéria e da África Ocidental.

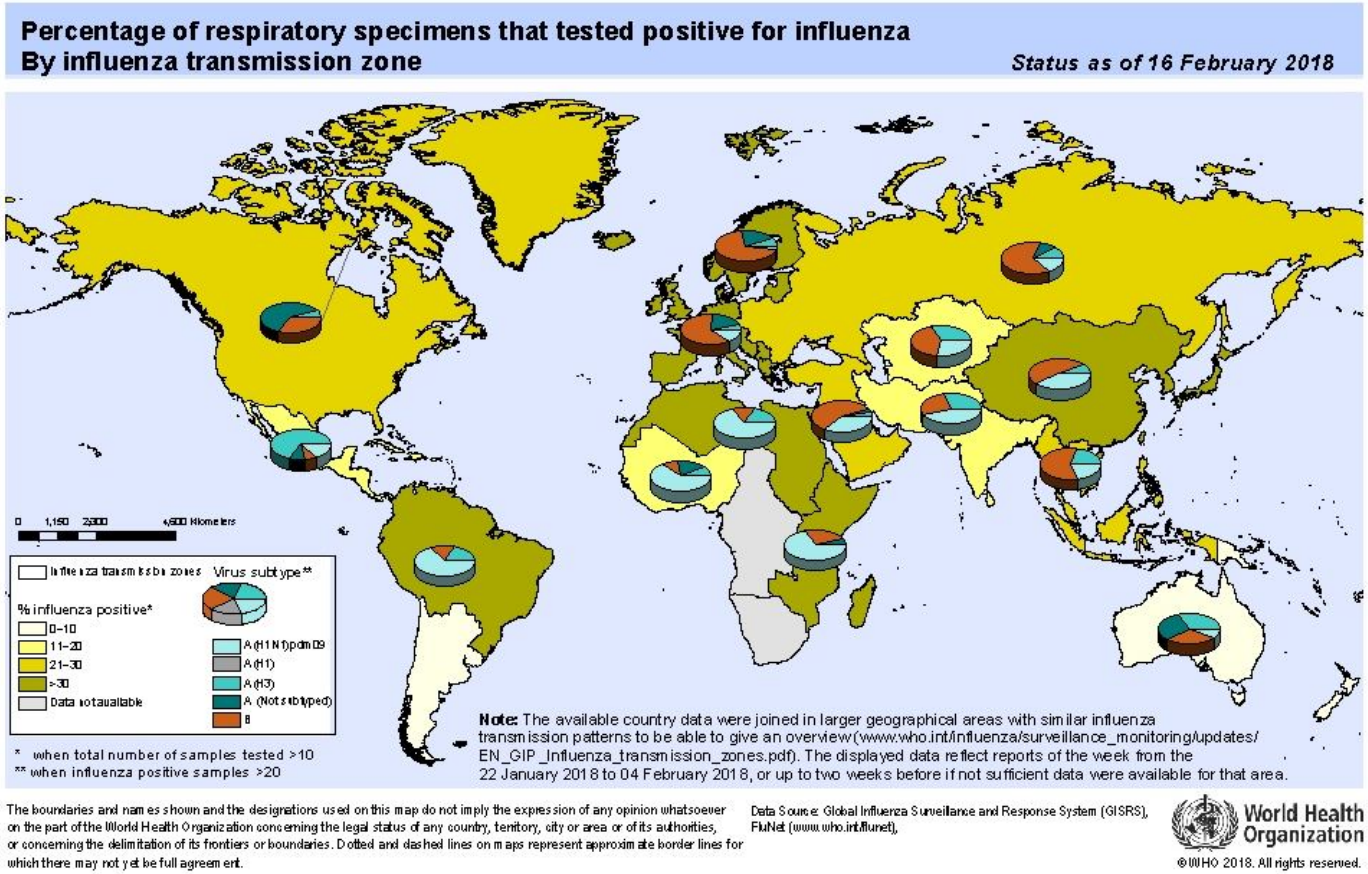
Os profissionais de saúde que suspeitarem de algum paciente com sintomas da febre de Lassa devem entrar em contato com especialistas locais e nacionais para orientação e providenciar testes laboratoriais.

INFLUENZA

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

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

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



World Health Organization

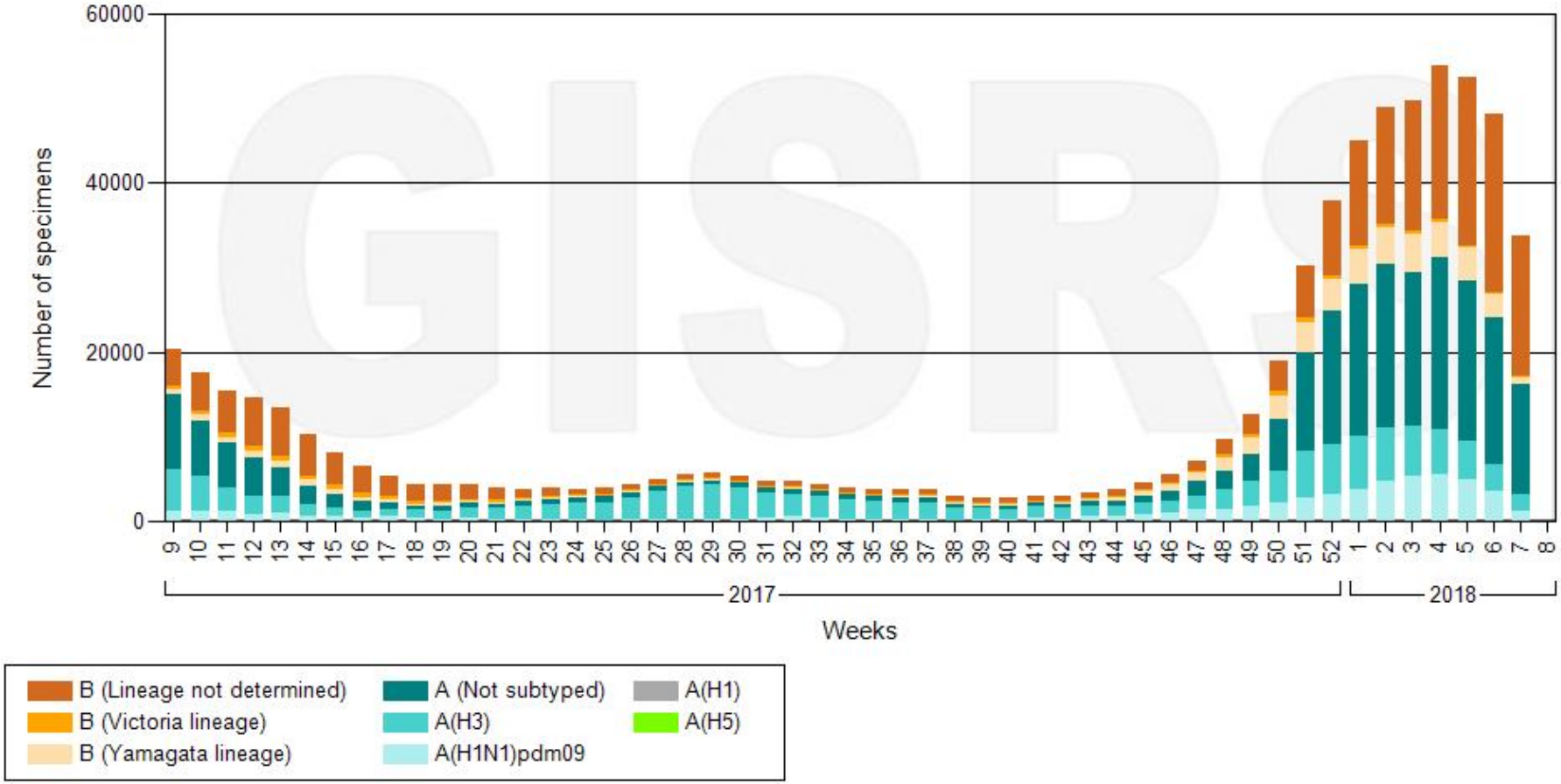
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 26/02/2018 14:29:11 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

World Health Organization

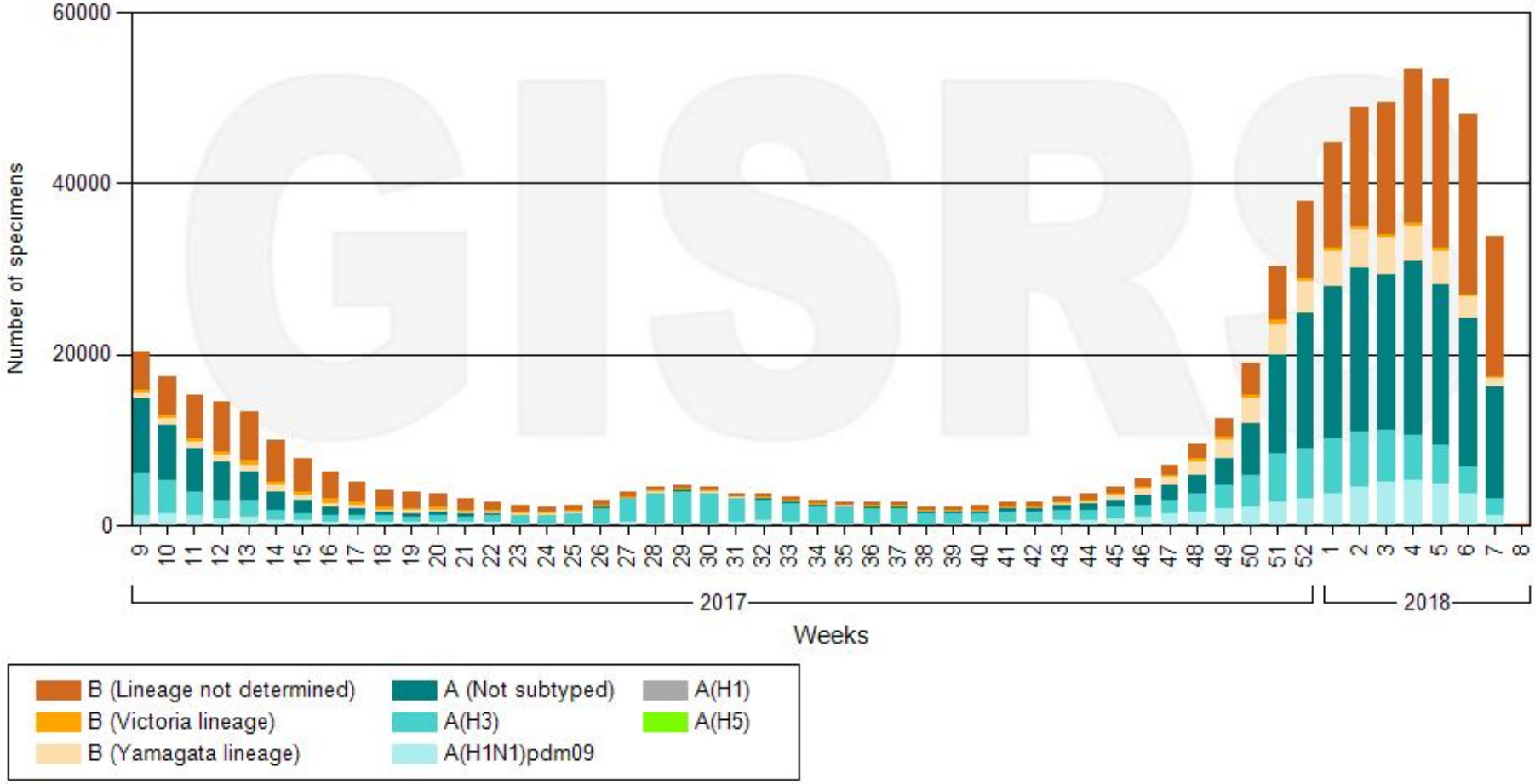
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 26/02/2018 14:30:19 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Northern hemishere

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

World Health Organization

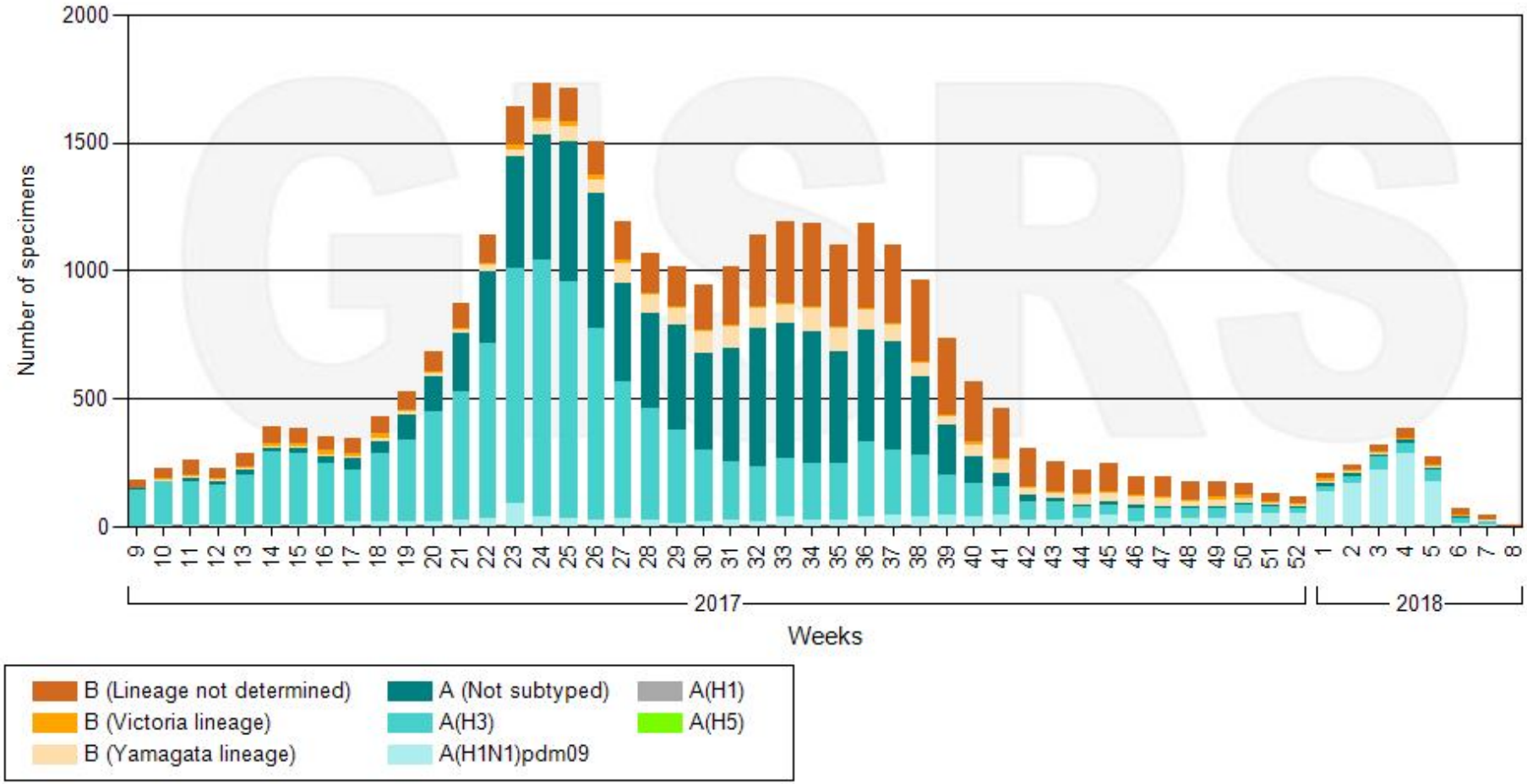
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 26/02/2018 14:31:22 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

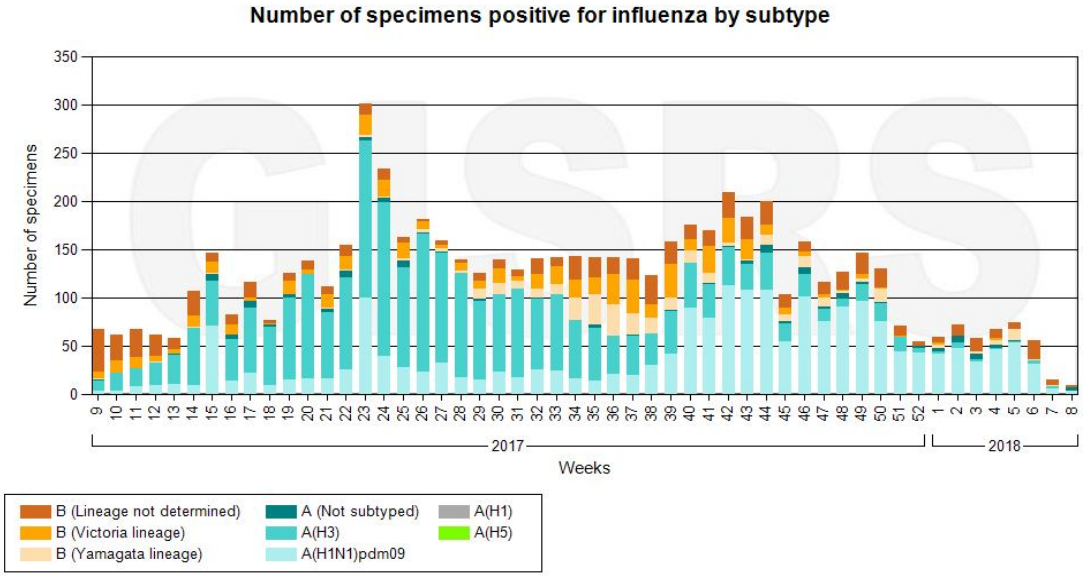
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 26/02/2018 14:32:32 UTC

World Health Organization

African Region of WHO



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

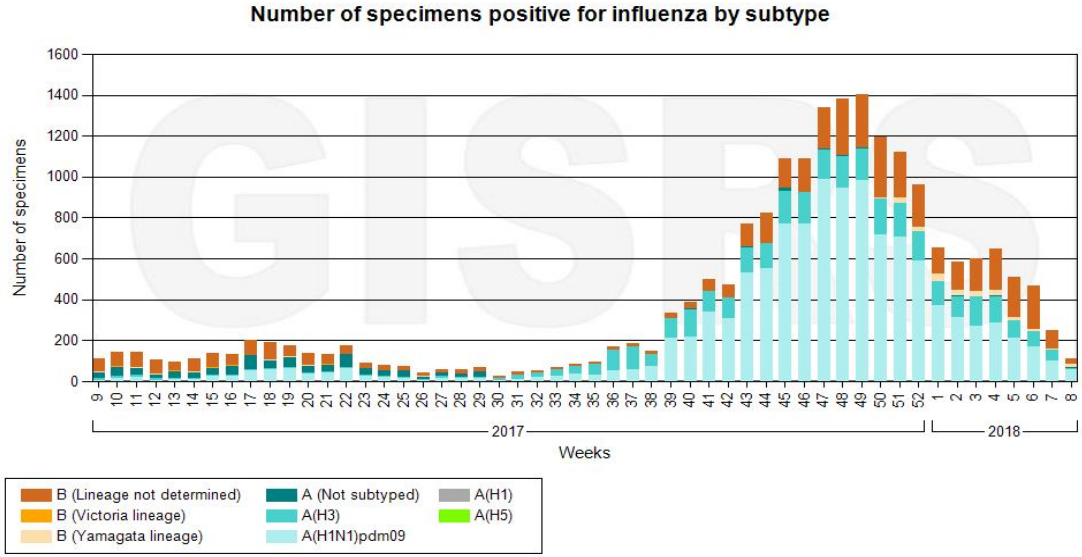
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 26/02/2018 14:33:57 UTC

Eastern Mediterranean Region of WHO



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

© World Health Organization 2018

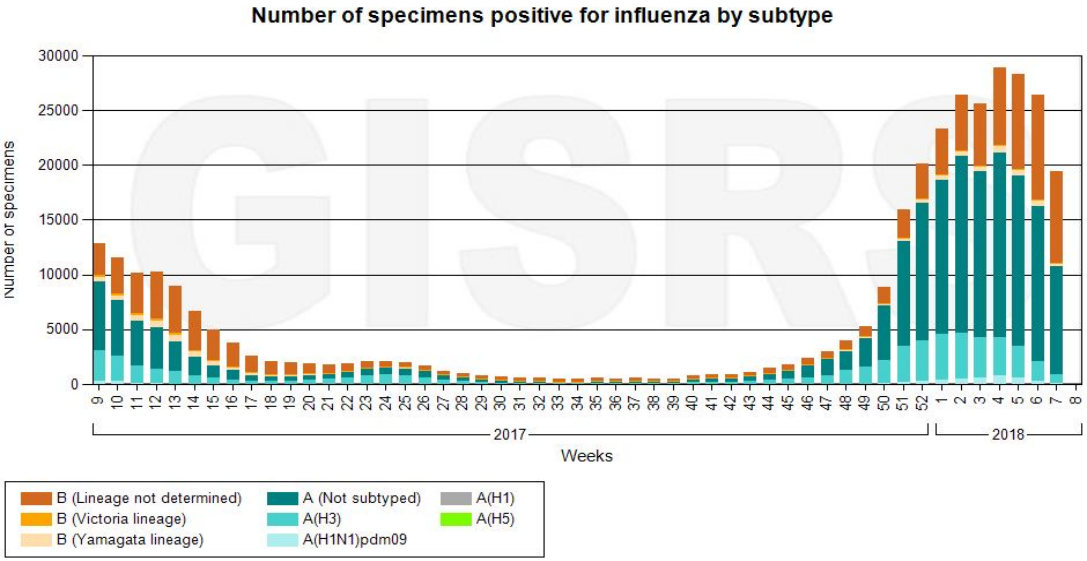
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 26/02/2018 14:35:17 UTC

World Health Organization

Region of the Americas of WHO



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

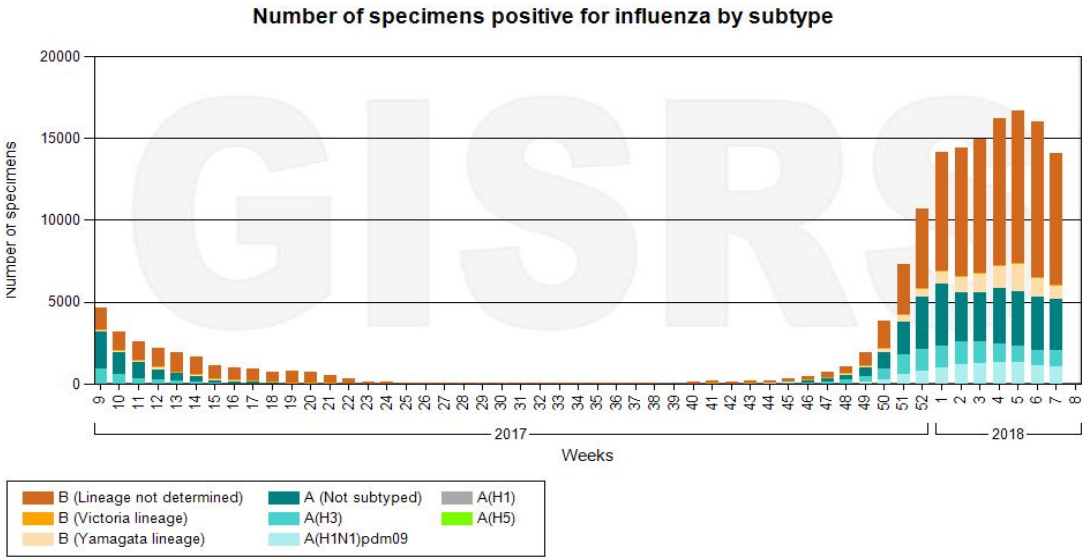
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 26/02/2018 14:36:15 UTC

European Region of WHO



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

© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

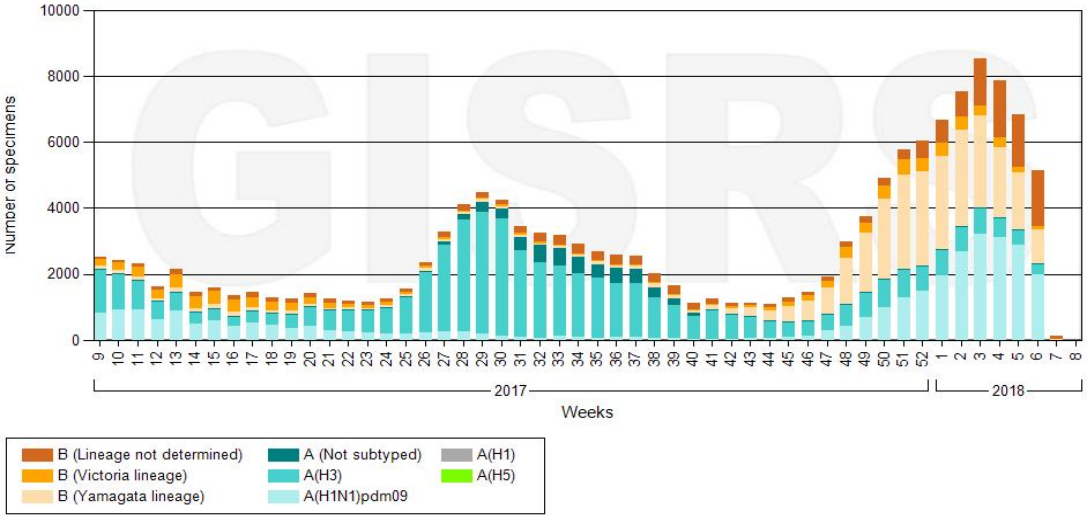
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 26/02/2018 14:37:22 UTC

World Health Organization

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

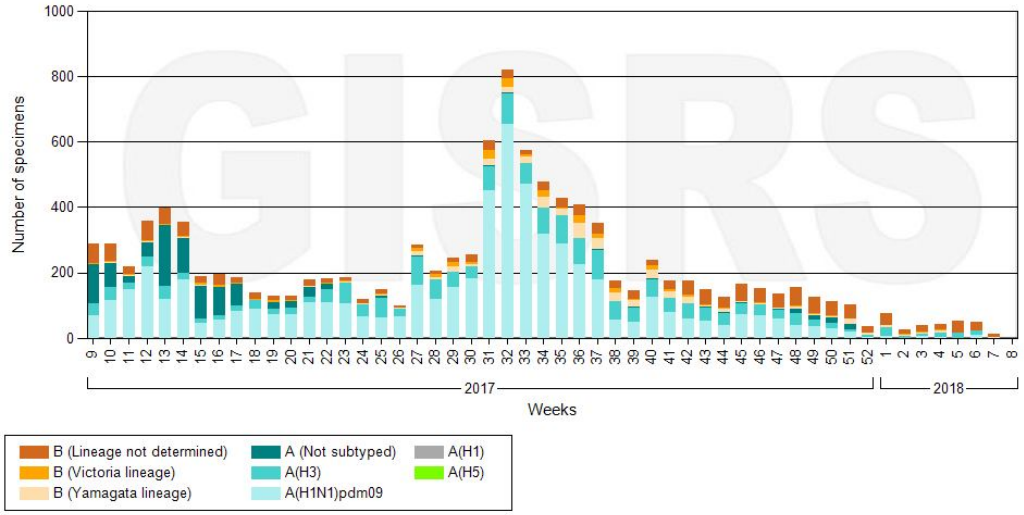
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 26/02/2018 14:38:24 UTC

South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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