



INFORME EPIDEMIOLÓGICO

CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 22/2018
(27/05/2018 a 02/06/2018)

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



EVENTOS ESTADUAIS

Semana Epidemiológica 22/2018

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

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

A vigilância da Influenza e dos outros vírus respiratórios no Brasil é realizada pela Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI (SRAG), bem como pela vigilância universal dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) de pacientes internados e óbitos, com o objetivo de identificar o comportamento do vírus Influenza para apoiar a tomada de decisão.

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

Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas online SIVEP-Gripe (Sistema das Unidades Sentinelas) e SINAN Influenza Web (Sistema dos casos internados ou óbitos por SRAG). As amostras são coletadas e encaminhadas para análise no Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR).

As informações apresentadas neste informe referem-se ao período entre as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 21 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 até 26/05/2018.

Do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, foram confirmados para Influenza 11,4% (124/1.084), com predomínio do vírus Influenza A(H3) Sazonal. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 10,2%(14/137) foram confirmados para influenza, com predomínio de Influenza A(H3) Sazonal. A positividade para Influenza, outros vírus e outros agentes etiológicos entre as amostras processadas em US foi de 43,1% (856/1.985) para SG e de 47,0% (87/185) para SRAG em UTI.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 21 foram notificados 1.329 casos de SRAG em residentes no Paraná. Destes, 9,3% (124) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 139 óbitos notificados por SRAG, 10,1% (14) foram confirmados para o vírus Influenza (Tabela 1).

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

Classificação Final	Casos		Óbitos	
	n	%	n	%
SRAG por Influenza	124	9,3	14	10,1
Influenza A(H1N1)pdm09	50	40,3	5	35,7
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	57	46,0	8	57,1
Influenza A não subtipado	7	5,6	1	7,1
Influenza B	10	8,1	0	0,0
SRAG não especificada	507	38,1	98	70,5
SRAG por outros vírus respiratórios	447	33,6	24	17,3
SRAG por outros agentes etiológicos	6	0,5	1	0,7
Em investigação	245	18,4	2	1,4
TOTAL	1.329	100	139	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 28/05/2018, dados sujeitos a alterações.

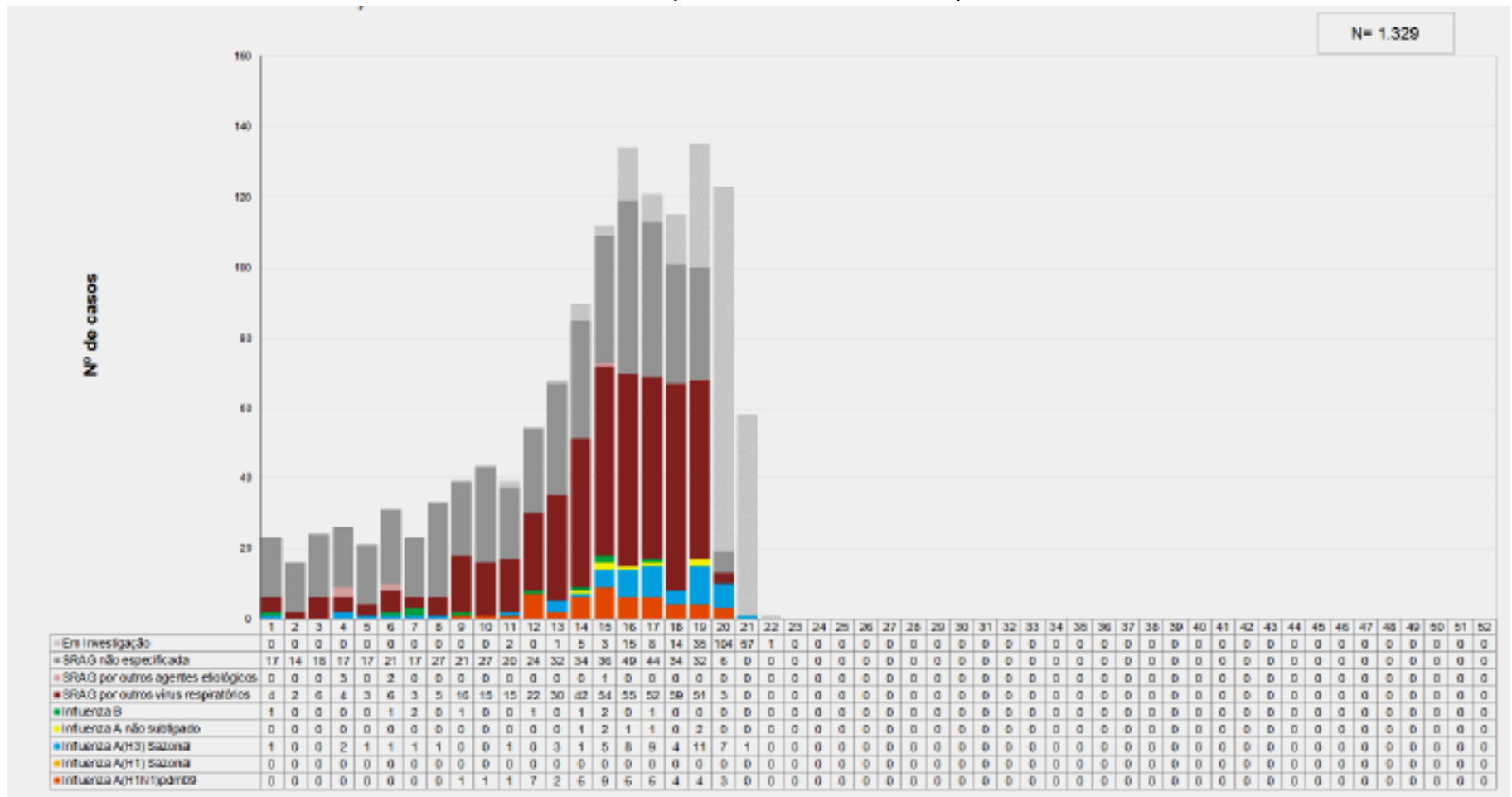
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2018

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

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 28/05/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2018

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

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

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
2. Reg. Saúde Metropolitana	8	0	28	1	3	0	1	0	40	1
Almirante Tamandaré	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Araucária	1	0	3	0	0	0	0	0	4	0
Colombo	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Curitiba	5	0	20	1	3	0	1	0	29	1
Fazenda Rio Grande	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Itaperuçu	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
São José dos Pinhais	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
3. Reg. Saúde Ponta Grossa	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0
Castro	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Jaguariaíva	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
4. Reg. Saúde Irati	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0
Irati	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Rio Azul	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
6. Reg. Saúde União da Vitória	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
São Mateus do Sul	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
União da Vitória	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
7. Reg. Saúde Pato Branco	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Coronel Vivida	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pato Branco	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
8. Reg. Saúde Francisco Beltrão	22	3	3	0	0	0	1	0	26	3
Ampere	3	1	0	0	0	0	0	0	3	1
Bela Vista da Caroba	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Capanema	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Francisco Beltrão	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Mameleiro	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pérola d'Oeste	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Planalto	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1
Santa Izabel d'Oeste	12	1	0	0	0	0	1	0	13	1
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	9	1	9	4	0	0	1	0	19	5
Foz do Iguaçu	9	1	6	2	0	0	1	0	16	3
Matelândia	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Santa Terezinha de Itaipu	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1
10. Reg. Saúde Cascavel	3	0	0	0	0	0	1	0	4	0
Cascavel	3	0	0	0	0	0	1	0	4	0
11. Reg. Saúde Campo Mourão	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Aranua	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Mourão	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
12. Reg. Saúde Umuarama	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Cafetal do Sul	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Umuarama	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
15. Reg. Saúde Maringá	2	1	4	0	1	0	0	0	7	1
Colorado	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1
Maringá	1	0	3	0	0	0	0	0	4	0
Sarandi	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
16. Reg. Saúde Apucarana	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Jandaia do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
17. Reg. Saúde Londrina	3	0	2	1	3	1	1	0	9	2
Cambé	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Ibiporã	0	0	1	1	0	0	1	0	2	1
Londrina	3	0	0	0	2	1	0	0	5	1
Rolândia	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
18. Reg. Saúde Comélio Procópio	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Abatiá	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Comélio Procópio	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
19. Reg. Saúde Jacarezinho	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0
Jacarezinho	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Siqueira Campos	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
20. Reg. Saúde Toledo	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Toledo	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Total	50	5	57	8	7	1	10	0	124	14

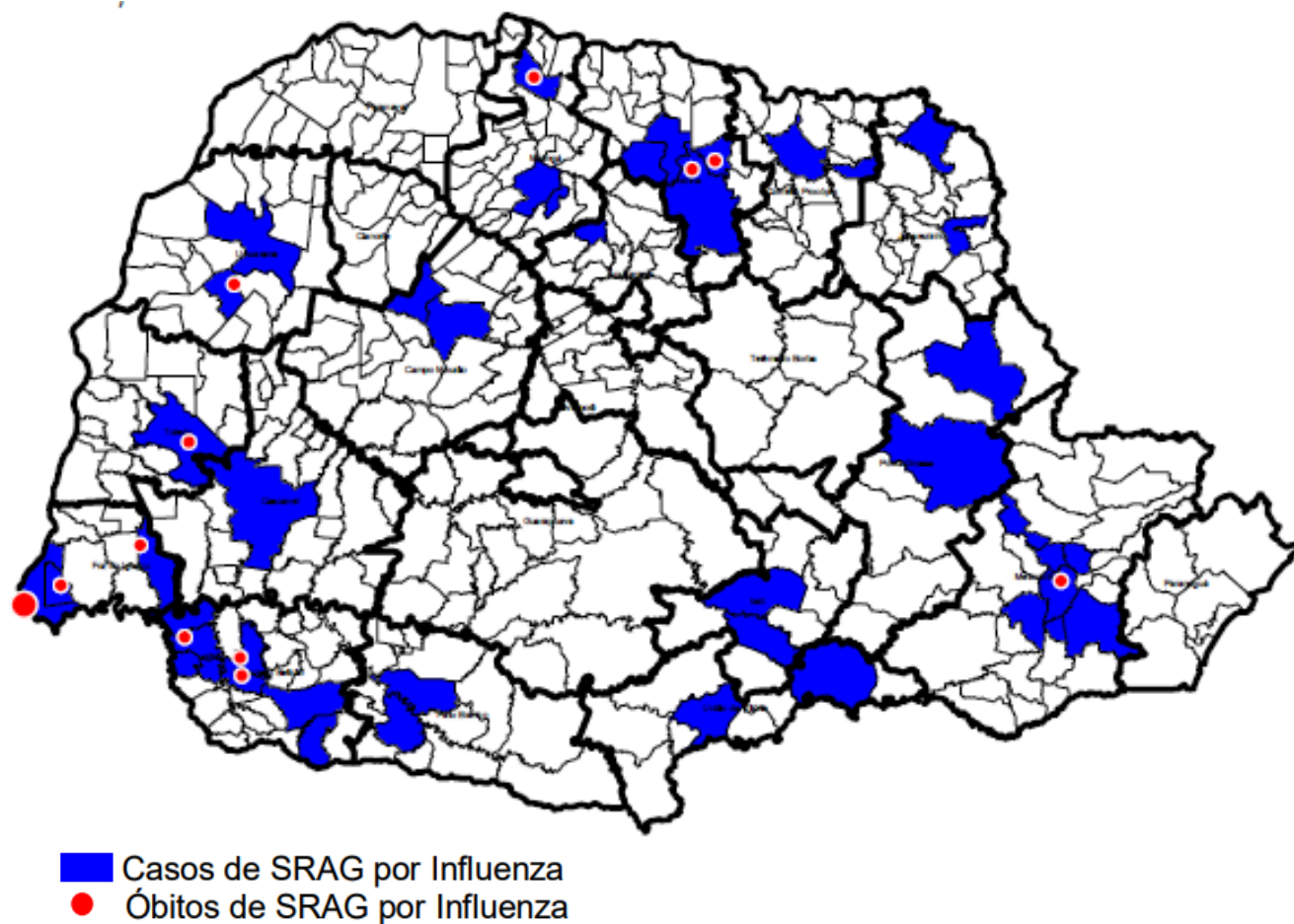
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2018

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

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 28/05/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

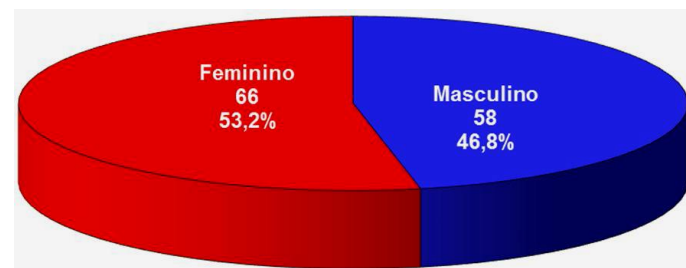
Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino 53,2% (66/124) dos casos e o masculino 46,8% (58/124) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 42,9% (6/14) dos casos e o gênero masculino 57,1% (8/14) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi acima dos ≥ 60 anos, com 32,3% (40/124) e 78,6% (11/14) respectivamente (Tabelas 3 e 4).

Os casos de SRAG por Influenza apresentaram no Paraná uma mediana de idade de 40 anos, variando de 0 a 97 anos e, no Brasil, mediana de idade de 34 anos, variando 0 a 107 anos.

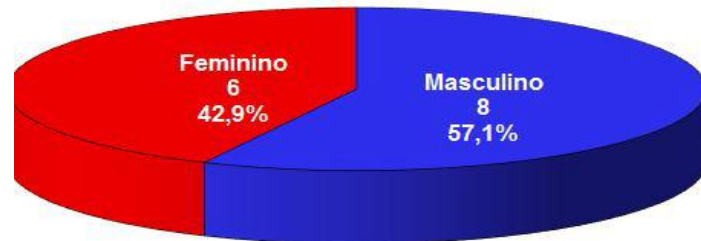
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 72 anos, variando de 24 a 97 anos e no Brasil a mediana foi de 50 anos, variando de 0 a 107 anos.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 28/05/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 28/05/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 2 anos	5	10,0	0	0,0	9	15,8	0	0,0	1	10,0	15	12,1
2 a 4 anos	1	2,0	0	0,0	3	5,3	1	14,3	2	20,0	7	5,6
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	6	10,5	1	14,3	0	0,0	7	5,6
10 a 19 anos	4	8,0	0	0,0	5	8,8	0	0,0	1	10,0	10	8,1
20 a 29 anos	4	8,0	0	0,0	6	10,5	1	14,3	1	10,0	12	10
30 a 39 anos	5	10,0	0	0,0	2	3,5	2	28,6	2	20,0	11	8,9
40 a 49 anos	5	10,0	0	0,0	3	5,3	0	0,0	1	10,0	9	7,3
50 a 59 anos	8	16,0	0	0,0	3	5,3	1	14,3	1	10,0	13	10,5
≥ 60 anos	18	36,0	0	0,0	20	35,1	1	14,3	1	10,0	40	32,3
TOTAL	50	100	0	0	57	100	7	100	10	100	124	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 28/05/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
< 2 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 19 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 29 anos	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1
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	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	2	14,3
≥ 60 anos	3	60,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	11	78,6
TOTAL	5	100,0	0	0,0	8	100,0	1	100,0	0	0	14	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 28/05/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 71,8% (89/124) tinham pelo menos um fator de risco para complicação, predominando os Adultos ≥ 60 anos, Pneumopatias crônicas, crianças < 5 e Doença cardiovascular crônica anos (tabela 5).

Entre os óbitos por Influenza, no Paraná 92,9% (13/14) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 28,6% (4/14) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 70,1% (235/335) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, Cardiopatias, Diabetes e Pneumopatias.

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

Casos por Influenza (N=124)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	89	71,8	35	39,3
Adultos ≥ 60 anos	40	32,3	19	47,5
Pneumopatias crônicas	26	21,0	13	50,0
Crianças < 5 anos	22	17,7	5	22,7
Doença cardiovascular crônica	18	14,5	7	38,9
Diabetes mellitus	10	8,1	6	60,0
Gestantes	10	8,1	3	30,0
Doença neurológica crônica	8	6,5	5	62,5
Doença renal crônica	6	4,8	3	50,0
Obesidade	4	3,2	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	3	2,4	1	33,3
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	89	71,8		
Vacinados	41	33,1		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 28/05/2018, dados sujeitos a alterações.

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

No Paraná dos 64,3% (9/14) indivíduos que foram a óbito por Influenza que fizeram uso do antiviral, a mediana foi de 2 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 10 dias e no Brasil, dos 335 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 231 (69,0%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 20 dias.

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

Óbitos por Influenza (N=14)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	13	92,9	4	30,8
Adultos ≥ 60 anos	11	78,6	4	36,4
Doença cardiovascular crônica	5	35,7	2	40,0
Doença renal crônica	4	28,6	3	75,0
Pneumopatias crônicas	4	28,6	1	25,0
Diabetes mellitus	2	14,3	2	100,0
Doença neurológica crônica	2	14,3	2	100,0
Obesidade	2	14,3	0	0,0
Crianças < 5 anos	0	0,0	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	9	64,3		
Vacinados	4	28,6		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 28/05/2018, dados sujeitos a alterações.

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

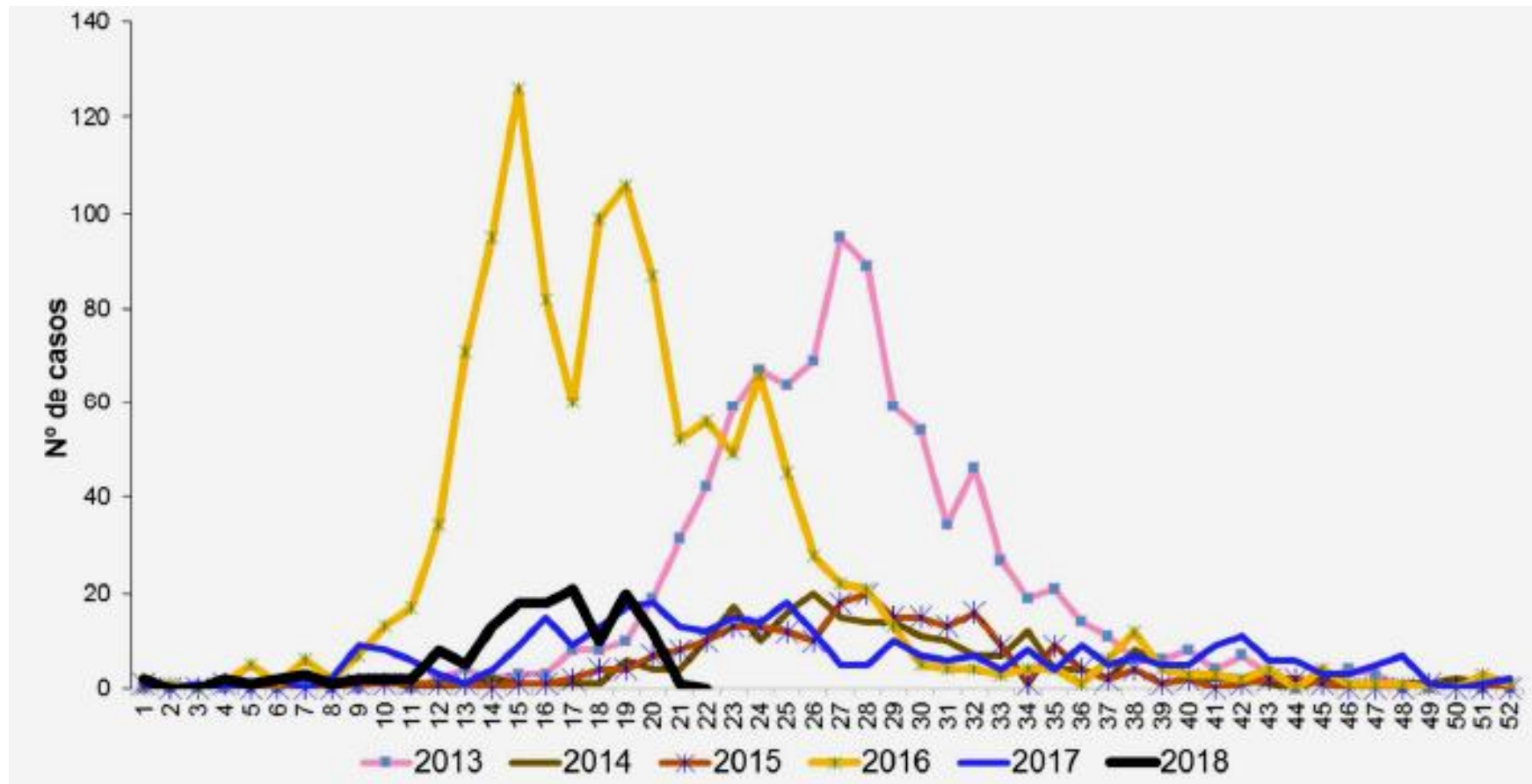
Data da informação: 28/05/2018

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 28/05/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

Em relação aos tipos de vírus Influenza no Paraná, em 2013 houve um predomínio dos casos de SRAG por Influenza B, com 44,2% (401/908) e Influenza A(H1N1)pdm09 com 42,3% (384/908) e 71,2% (47/66) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2014 predominou a Influenza A(H3N2) com 72,4% (165/228) dos casos e 50,0% (8/16) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal e Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2015 também predominou a Influenza A(H3) Sazonal com 54,4% (124/228) dos casos e 44,0% (11/25) dos óbitos. Em 2016, predominou a Influenza A(H1N1)pdm09, com 88,9% (1.087/1223) dos casos e 90,8% (218/240) dos óbitos. Em 2017, houve predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 61,2% (210/343) dos casos e 66,0% (35/53) dos óbitos. Já em 2018, segue a predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 46,0% (57/124) dos casos e 57,1% (8/14) dos óbitos (Tabela 7).

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

As informações sobre a vigilância sentinela de influenza apresentadas neste informe baseiam-se nos dados inseridos no SIVEP-Gripe pelas unidades sentinelas do Paraná.

Até a SE 21 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 2.195 amostras (Tabela 8).

Das amostras processadas, 43,1% (856/1.985) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 200 (10,1%) foram positivas para Influenza e 656 (33,0%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para Influenza, 51 (25,5%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 89 (44,5%) de Influenza A(H3) Sazonal, 8 (4,0%) de Influenza A (não subtipado) e 52 (26,0%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve redomínio da circulação de 350 (53,4%) amostras de Rinovírus (Gráfico 5)

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

Classificação Final	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Influenza A(H1N1)pdm09	384	47	48	8	37	4	1.087	218	1	0	50	5
Influenza A(H1) Sazonal*	6*	0	0	0	4*	1*	1*	1*	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	114	6	165	8	124	11	4	1	210	35	57	8
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	7	1
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	132	18	10	0
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1.223	240	343	53	124	14

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 28/05/2018, dados sujeitos a alterações.

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

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza		Total Coletas	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Num	%
< 2 anos	1	2,0	2	2,2	0	0,0	0	0,0	3	1,5	207	9,4
2 a 4 anos	4	7,8	4	4,5	2	25,0	0	0,0	10	5,0	119	5,4
5 a 9 anos	6	11,8	3	3,4	1	12,5	2	3,8	12	6,0	97	4,4
10 a 19 anos	6	11,8	17	19,1	0	0,0	12	23,1	35	17,5	310	14,1
20 a 29 anos	6	11,8	16	18,0	1	12,5	13	25,0	36	18,0	469	21,4
30 a 39 anos	9	17,6	18	20,2	0	0,0	10	19,2	37	18,5	325	14,8
40 a 49 anos	5	9,8	9	10,1	1	12,5	8	15,4	23	11,5	206	9,4
50 a 59 anos	7	13,7	8	9,0	2	25,0	4	7,7	21	10,5	189	8,6
≥ 60 anos	7	13,7	12	13,5	1	12,5	3	5,8	23	11,5	273	12,4
TOTAL	51	100,0	89	100	8	100,0	52	100	200	100	2.195	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 28/05/2018, dados sujeitos a alterações.

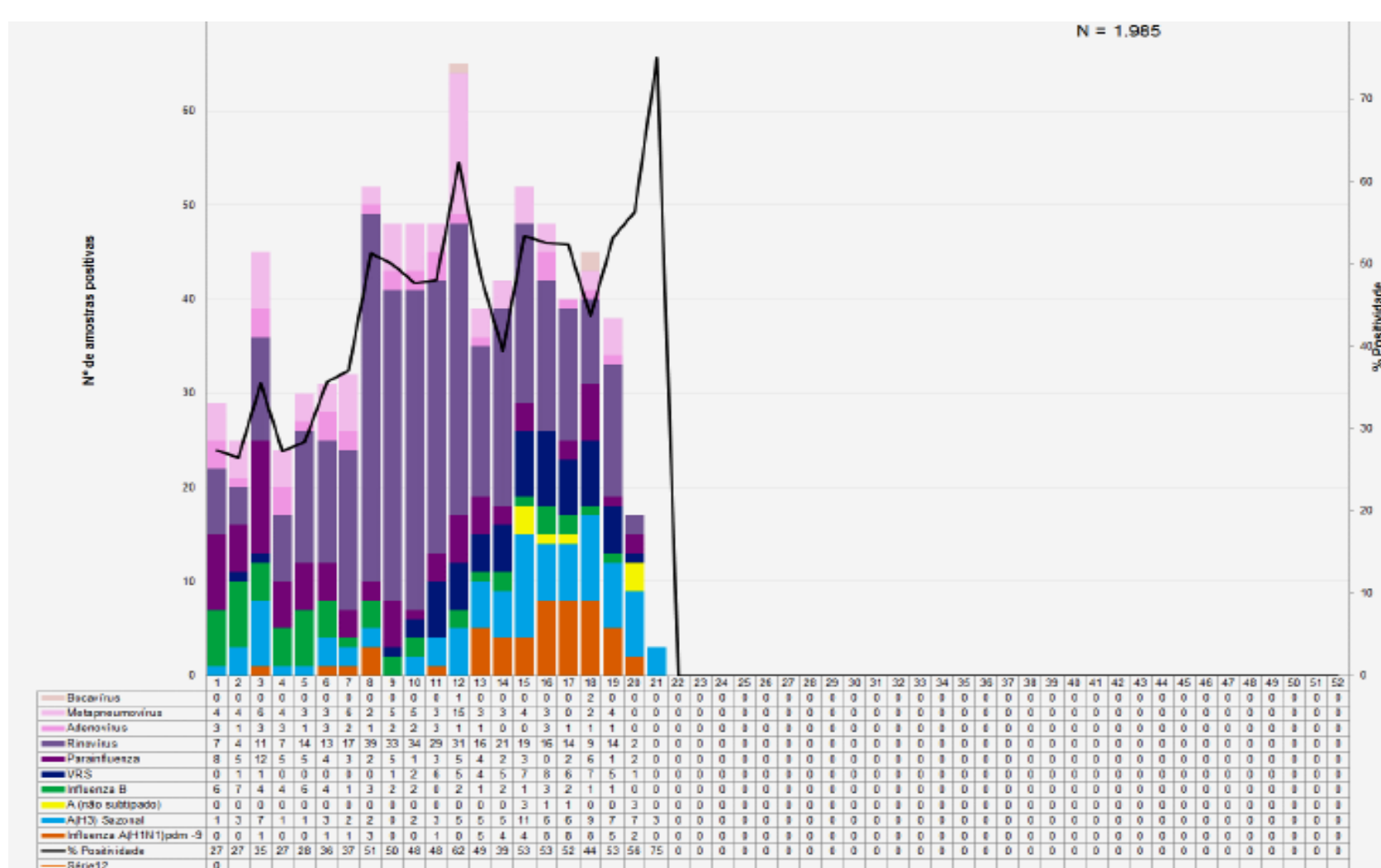
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2018

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

Gráfico 5 - Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de SG, por semana epidemiológica de início dos sintomas. Paraná, 2018.



Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 28/05/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

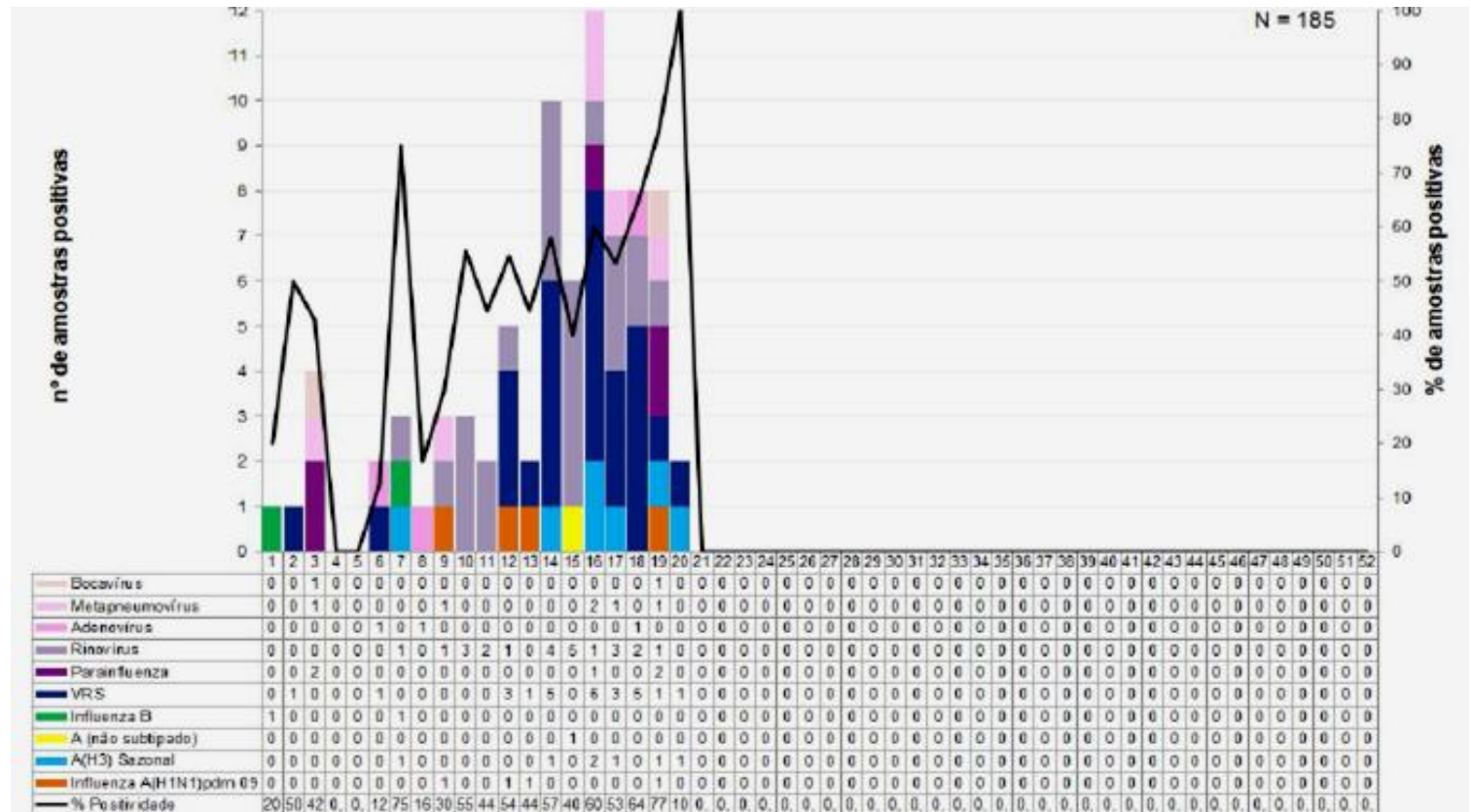
A partir de 2018, o número de casos contabilizados no SRAG universal será apenas para os que obedeçam a definição de caso, conforme solicitação do Ministério da Saúde, com exceção do Gráfico 4 que foi mantido os mesmos critérios dos anos anteriores a fim de comparação. Nos anos anteriores, todos os casos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

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

SRAG em UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 220 coletas, das quais 185 (84,1%) foram processadas. Destas, 87 (47,0%) tiveram resultado

positivo para vírus respiratórios. Das amostras positivas para Influenza, foram detectados 4 (28,6%) para Influenza A(H1N1)pdm 09, 7 (50,0%) para Influenza A(H3) Sazonal, 1 (7,1%) para Influenza A (não subtipado), 2 (14,3%) para Influenza B. Entre os outros vírus evidenciam-se: 27 (37,0%) de VRS, 5 (6,8%) de Parainfluenza, 24 (32,9%) de Rinovírus, 6 (8,2%) de Metapneumovírus, 3 (4,1%) de Adenovírus, 2 (2,7%) de Bocavírus (Gráfico 6).



Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 28/05/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2018

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

Medidas Preventivas para Influenza

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

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

Outras medidas são:

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

Utilizar lenço descartável para higiene nasal.

Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.

Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.

Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.

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

Manter os ambientes bem ventilados.

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

Evitar sair de casa em período de transmissão da doença.

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

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

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

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

VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 30/05/2018

Fonte da informação: SESA-PR

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

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

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

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

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

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



DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 28/05/2018
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 21/2018.

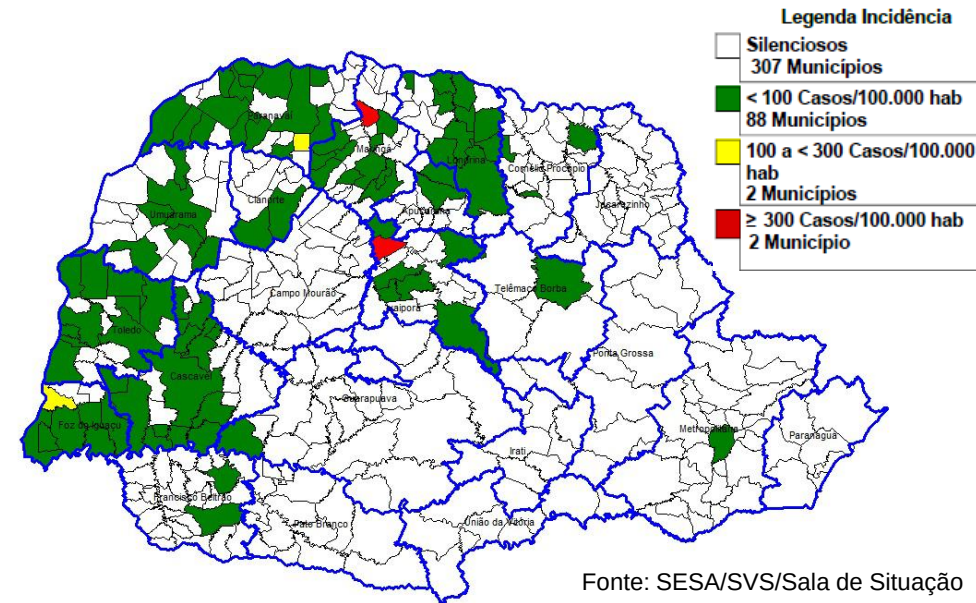
Foram notificados no referido período 20.052 casos suspeitos de dengue, dos quais 15.147 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 6,86 casos por 100.000 hab. (766/11.163.018 hab.). O Ministério da Saúde classifica como baixa incidência quando o número de casos autóctones for menor do que 100 casos por 100.000 habitantes.

Os municípios com maior número de casos suspeitos notificados são Londrina (3.388), Maringá (2.139) e Foz do Iguaçu (1.922).

Os municípios com maior número de casos confirmados são: Maringá (153), São João do Ivaí (124) e Foz do Iguaçu (97).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2017 a 21/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE - PARANÁ SE 31/2017 A 21/2018*	PERÍODO 2017/2018
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	316
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	96
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	14
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	92
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (02ª, 08ª, 09ª, 10ª, 12ª, 13ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª, 18ª, 20ª, 21ª e 22ª)	14
TOTAL DE CASOS	824
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	766
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	58
TOTAL DE NOTIFICADOS	20.052

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2017 a 21/2018.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	689 (83,6%)	135 (16,4%)	824
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	17	-	17
Dengue Grave (D G)	06	-	06
Descartados	-	-	15.147
Em andamento/investigação	-	-	4.058
Total	712 (3,6%)	135 (0,7%)	20.058

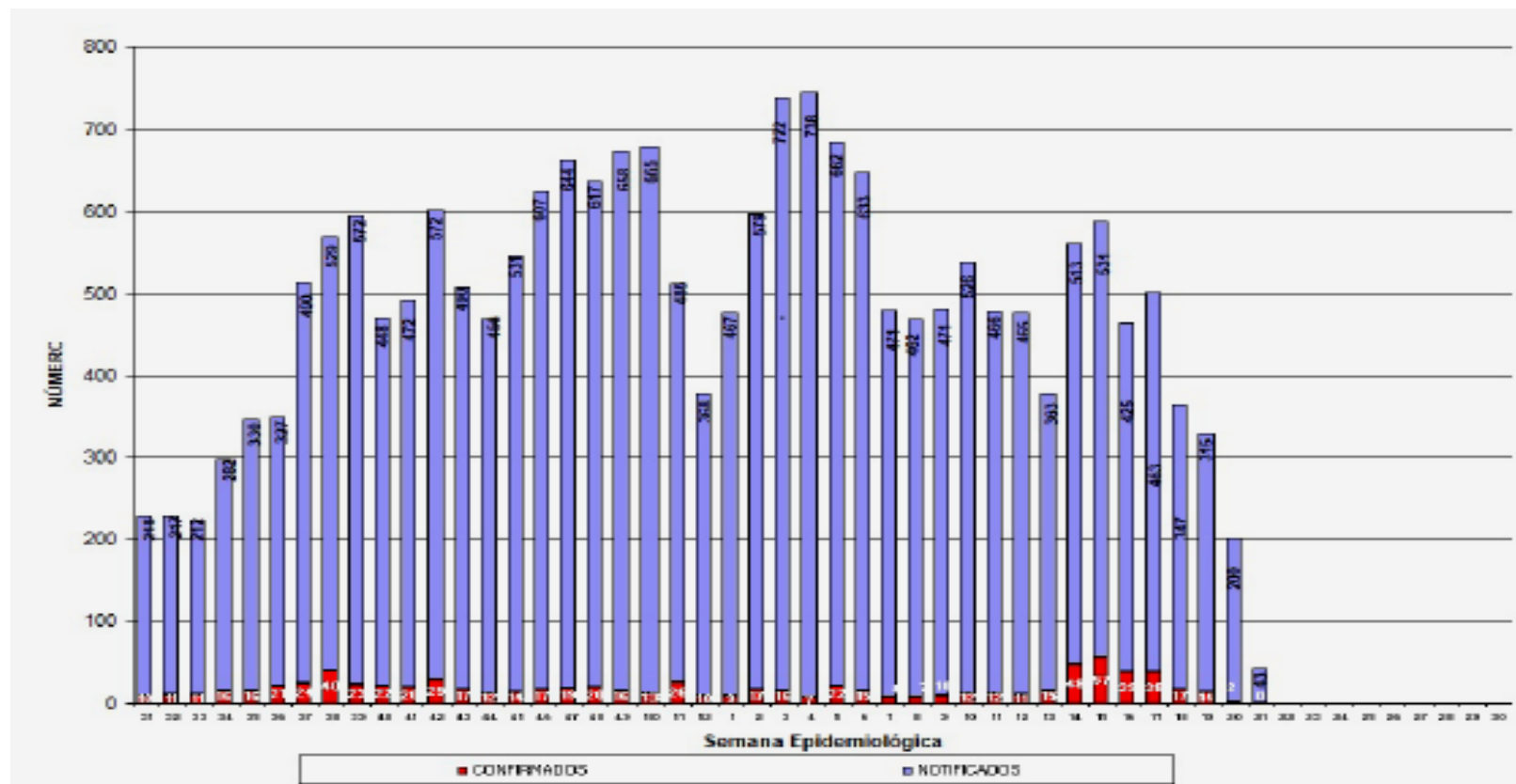
Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 28/05/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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

Figura 1. Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2017 a 20/2018.



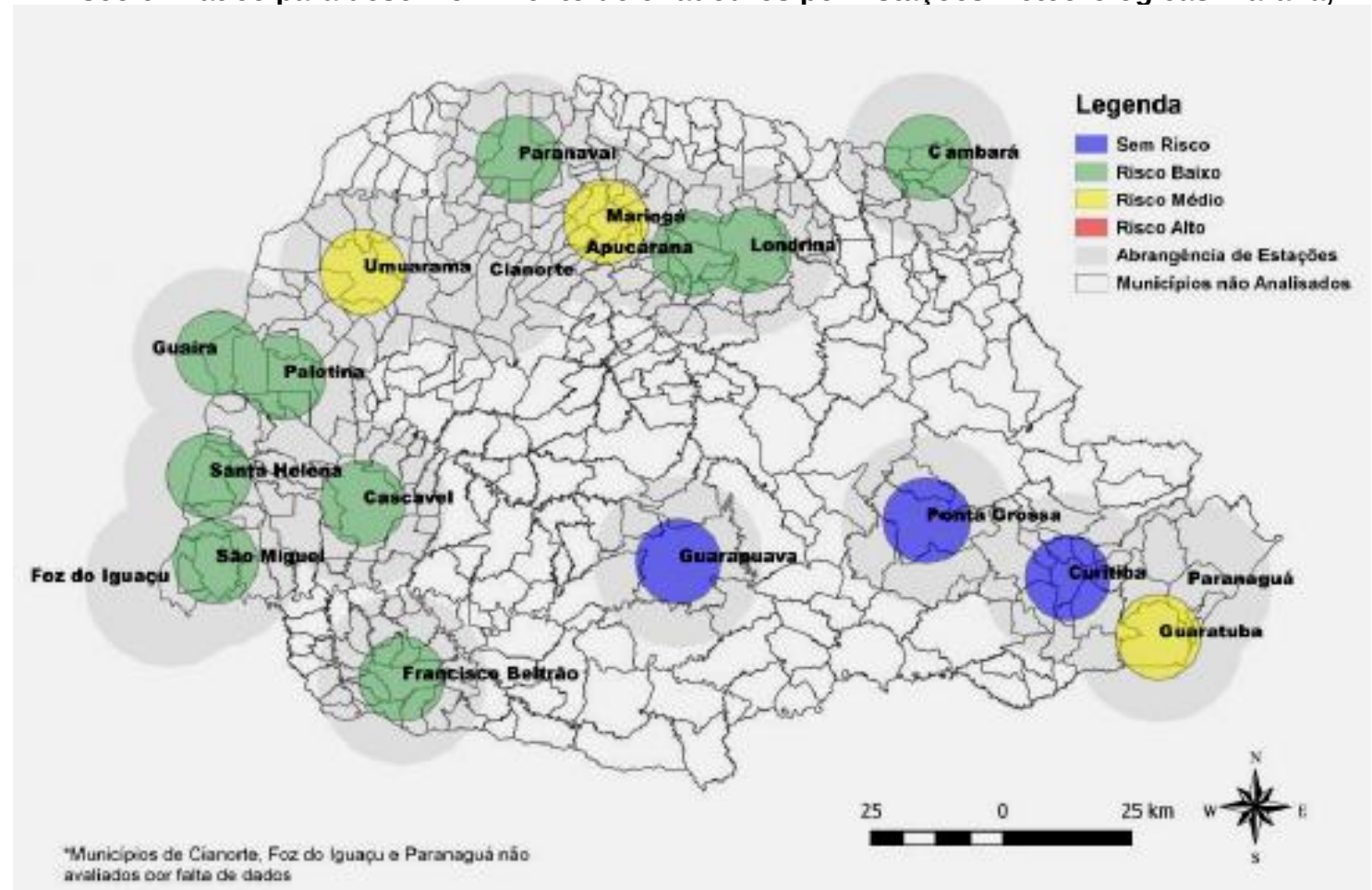
DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2018

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

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



Das 19 estações meteorológicas analisadas **na SE 20/2018 com relação às** condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti* :

- 03 (tres) sem risco;
- 10 (dez) com risco baixo
- 03 (tres) com risco medio;
- 00 (zero) com risco Alto e;
- 03 (tres) nao foram avaliadas.

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2018

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 21/2018*

REGIONAL DE SAÚDE	POPU- LAÇÃO	CASOS			NOTIFI- CADOS	DSA	DG	ÓBI- TOS	INCI- DÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	1.404	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	3	20	23	1.261	0	0	0	0,09
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	43	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	23	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	51	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	20	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	107	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	2	0	2	449	0	1	0	0,56
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	132	11	143	2.452	14	4	2	32,52
10ª RS - Cascavel	540.131	72	5	77	951	0	0	0	13,33
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	645	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	7	0	7	455	0	0	0	2,53
13ª RS - Cianorte	154.374	2	0	2	265	0	0	0	1,30
14ª RS - Paranavaí	274.257	60	0	60	1.191	0	0	0	21,88
15ª RS - Maringá	799.890	201	1	202	2.884	0	0	0	25,13
16ª RS - Apucarana	372.823	7	0	7	467	1	0	0	1,88
17ª RS - Londrina	935.904	111	0	111	5.735	2	1	0	11,88
18ª RS - Cornélio Procopio	230.231	2	0	2	339	0	0	0	0,87
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	265	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	53	2	55	737	0	0	0	13,73
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	1	0	1	61	0	0	0	0,54
22ª RS - Ivaiporã	138.130	113	19	132	247	0	0	0	81,81
TOTAL PARANÁ	11.163.018	766	58	824	20.052	17	6	2	6,86

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

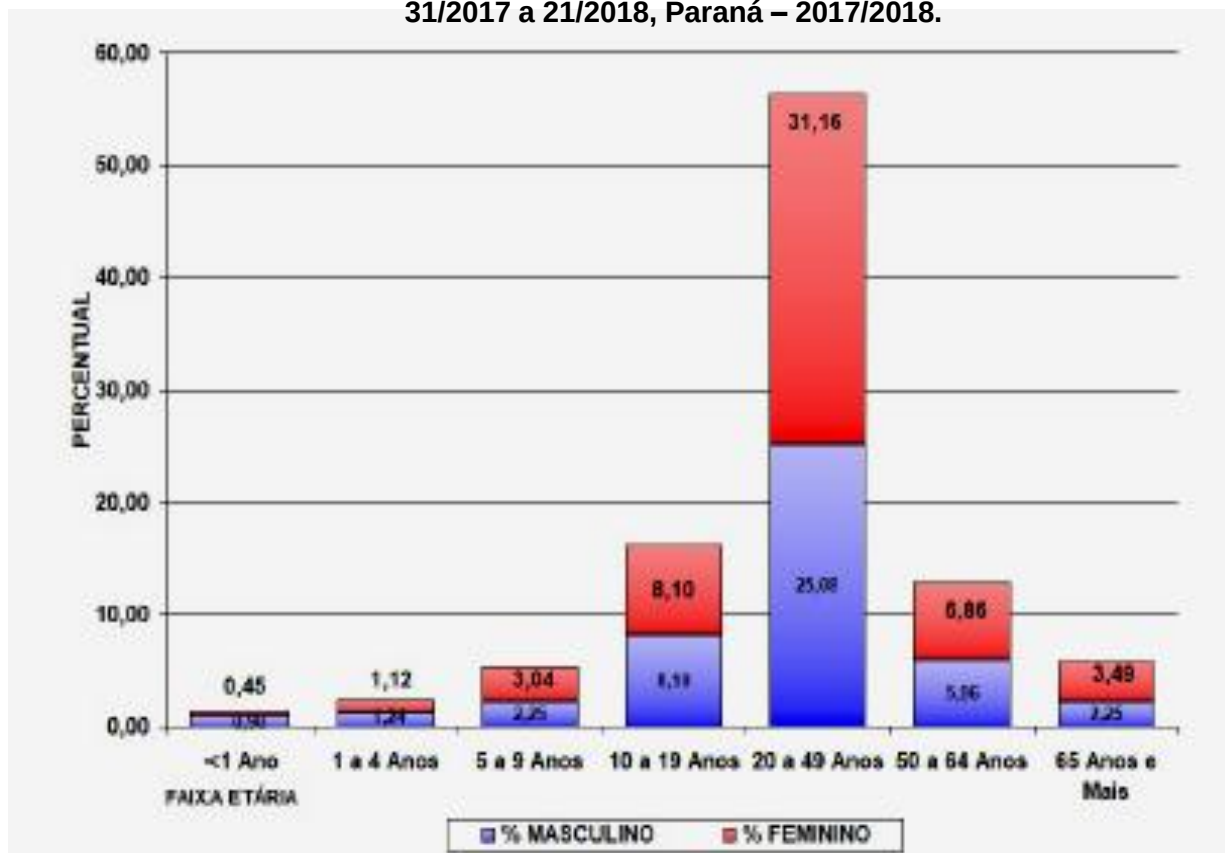
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 28/05/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 56,241% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pelas faixas etárias de 10 a 19 anos com 16,20% dos casos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2017 a 21/2018, Paraná – 2017/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

TABAGISMO

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 29/05/2018
Origem da informação: SESA-PR

COMENTÁRIOS:

No Dia Mundial sem Tabaco, comemorado em 31 de maio, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta sobre a relação entre tabaco e doenças cardiovasculares (DCV). Em alusão à data, a Secretaria de Estado da Saúde, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, promoveu uma videoconferência na quarta-feira (30) sobre o tema para os profissionais de saúde dos municípios.

Desde 1987, a OMS criou o Dia Mundial Sem Tabaco para chamar a atenção de governos e da população para os problemas causados pelo tabagismo, considerado a principal causa de morte evitável no mundo. Só no Brasil, 156 mil pessoas morrem todos os anos devido a doenças e complicações relacionadas ao fumo.

A boa notícia é que deixar o fumo traz benefícios à saúde rapidamente. Um dia após parar de fumar, os pulmões do ex-fumante já funcionam melhor; em dois dias o olfato e o paladar melhoram a percepção de cheiros e sabores; após um ano sem fumar, o risco de morte por infarto é reduzido pela metade.

TRATAMENTO – Na rede de saúde pública do Paraná, o atendimento à pessoa tabagista é realizado por equipes multiprofissionais de saúde, prioritariamente na atenção primária. A metodologia é a mesma preconizada pelo INCA e Ministério da Saúde, priorizando o estímulo à mudança de comportamentos e escolha de hábitos saudáveis de vida.

Os grupos, de 10 a 15 fumantes, participam de sessões que incluem avaliação clínica e abordagem intensiva, individual ou em grupo, que estimulam a alteração do comportamento. Quando necessário, utiliza-se também terapia medicamentosa após avaliação médica. No primeiro mês de tratamento, as reuniões são semanais, no segundo mês, quinzenais e do terceiro ao 12º mês, as reuniões de acompanhamento para o fortalecimento da cessação, são mensais.

APOIO – Para preparar os profissionais de saúde dos municípios, a SESA-PR oferece capacitações regionais para a formação de grupos de apoio aos usuários que desejam abandonar o tabaco. As ações são desenvolvidas de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo instituído pelo Ministério da Saúde. Neste ano, já foram capacitados mais 744 profissionais de equipes multiprofissionais de 84 municípios paranaenses.

Atualmente, são 736 estabelecimentos de saúde que oferecem este serviço à população. De janeiro a abril de 2018, o atendimento foi ofertado em 142 municípios das 22 Regionais de Saúde, com a participação de 2.241 pessoas. Desse total, 66% conseguiram parar totalmente de fumar ao término das sessões.





EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 22/2018

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

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

RAIVA HUMANA

Local de ocorrência: Pará

Data da informação: 30/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

Na quarta-feira dia 30, a Secretaria de Estado de Saúde (Sespa) noticiou a morte da quarta criança com o vírus da raiva humana no Pará. A vítima tinha 10 anos e estava internada no Hospital da Santa Casa, na capital. O caso foi o quinto confirmado laboratorialmente entre as 14 notificações de suspeita da doença em Melgaço, no Marajó. Destas cinco pessoas com diagnóstico positivo, quatro crianças morreram e um paciente permanece internado. Somam-se nove mortes, mas quatro pessoas não tiveram material coletado para exame e uma ainda espera o resultado.

A criança morreu na tarde de terça-feira (29). Três pacientes seguem internados em estado grave, dois estão no Hospital da Santa Casa, em Belém, e um no Hospital Regional de Breves, no Marajó.

Cerca de mil pessoas que moram na região conhecida como comunidade Pimental, a 70 km de Melgaço, estão sendo vacinadas contra a raiva e recebem mosquiteiros, para evitar a mordida de morcegos hematófagos.

Os pacientes têm quadro semelhante, com sintomas como febre, dispneia, cefaleia, dor abdominal e sinais neurológicos - paralisia flácida ascendente, convulsão, disfagia (dificuldade de deglutir), desorientação, hidrofobia e hiperacusia (sensibilidade a sons, principalmente agudos).

A Sespa emitiu um alerta epidemiológico de raiva humana para os 13 Centros Regionais de Saúde do Pará, para que seja intensificada a identificação precoce da existência de agressões por morcegos hematófagos em humanos ou em animais no peridomicílio. O município de Melgaço vai receber R\$ 90 mil mensais para prevenir casos de raiva humana. Já foram enviadas 2 mil doses de vacinas antirrâbicas e mais 600 frascos de soros antirrâbicos. Também foram entregues 500 mosquiteiros para a proteção dessa população.

Segundo a Sespa, casos confirmados de raiva humana no Pará não ocorriam desde 2005, quando 15 foram registrados todos infectados por transmissão de morcego hematófago.



Fonte: G1

TOXOPLASMOSE

Local de ocorrência: Rio Grande do Sul

Data da informação: 29/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul notificou 1.116 casos de toxoplasmose no município de Santa Maria. Desses, pelo menos 460 foram confirmados para a doença; 140 foram descartados; e 166 seguem em investigação.

Na sexta-feira (25), autoridades municipais, estaduais e federais se reuniram para discutir o surto. O encontro contou com a participação de representantes do escritório no Brasil do Centro de Controle e Prevenção de Doenças norte-americano (CDC, na sigla em inglês), que já atua para auxiliar no trabalho de investigação.

Água analisada

Segundo a secretaria, o primeiro lote de amostras de água enviadas para análise no laboratório da Universidade Estadual de Londrina apresentou resultado negativo para a presença do DNA do protozoário *Toxoplasma gondii*. O lote inclui amostras coletadas na estação de tratamento da Companhia Riograndense de Saneamento e em residências na cidade.

Novas amostras serão analisadas, entre elas, amostras de poços artesianos. Por esse motivo, a investigação não foi encerrada e ainda não é possível descartar a água como provável fonte. Assim, a recomendação ainda é para que a água para consumo seja fervida por ao menos dez minutos, informou o governo estadual.

A doença

Conhecida como doença do gato, a toxoplasmose, de acordo com o Ministério da Saúde, é causada por um protozoário e apresenta quadro clínico variado – desde infecção assintomática a manifestações sistêmicas extremamente graves.

A infecção em humanos acontece por três vias: contato direto com solo, areia e latas de lixo contaminados com fezes de gatos infectados; ingestão de carne crua ou mal cozida infectada (sobretudo carne de porco e de carneiro); e infecção transplacentária durante a gravidez.

A toxoplasmose não pode ser transmitida de humano para humano, com exceção das infecções intrauterinas. Cerca de 40% dos fetos de mães que adquiriram a doença durante a gestação são infectados.

Sintomas

Em alguns casos os sintomas não se manifestam, mas podem ser: febre; cansaço; mal estar; gânglios inflamados.

O período de incubação vai de 10 a 23 dias quando a causa é a ingestão de carne, e de 5 a 20 dias quando o motivo é o contato com cistos de fezes de gatos.

Prevenção

A Sociedade Brasileira de Infectologia lista algumas medidas de prevenção:

Não ingerir carnes cruas ou malcozidas;

Comer apenas vegetais e frutas bem lavados em água corrente;

Evitar contato com fezes de gato. As gestantes, além de evitar o contato com gatos, devem submeter-se a adequado acompanhamento médico (pré-natal). Alguns países obtiveram sucesso na prevenção da contaminação intrauterina fazendo testes laboratoriais em todas as gestantes;

Em pessoas com deficiência imunológica a prevenção pode ser necessária com o uso de medicação dependendo de uma análise individual de cada caso.

Local de ocorrência: Brasil

Data da informação: 04/06/2018

Fonte da informação: ANVISA



COMENTÁRIOS:

A Anvisa determinou a apreensão e inutilização das unidades do lote 1310710-4 do medicamento **Biomag 15mg** (cloridrato de sibutramina). A resolução RE 910/17 que indica essa medida sanitária foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) na terça-feira (04/04).

O fabricante do medicamento Biomag 15mg, **Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A.**, que detém o registro do produto, informou que não fabricou o lote 1310710-4 (validade 10/2018).

Por se tratar de um caso de falsificação, a Agência Sanitária determinou, em todo o território nacional, a apreensão e inutilização de todas as unidades do lote em questão.



Fonte: google.com.br

Desodorante não registrado

O comércio do produto **Florsoll Desodorante Roll On Lavanda** fabricado pela empresa **Gleismi Indústria de Cosméticos Ltda**, foi proibido pela Anvisa. A medida proibitiva foi motivada pela ausência de notificação ou registro sanitário.

Determinou-se, assim, a proibição da fabricação, distribuição, divulgação, comercialização e uso do produto Florsoll Desodorante Roll On Lavanda. A resolução RE 909/17 diz ainda que a empresa do desodorante promova o recolhimento do estoque existente no mercado.



Fonte: google.com.br

MENINGITE

Local de ocorrência: Bahia

Data da informação: 04/06/2018

Fonte da informação: pimenta.blog.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A meningite já casou 27 mortes em 16 municípios baianos neste ano. Em Itabuna, foi confirmado um óbito e 10 pessoas foram diagnosticadas com a doença. Outra morte causada pela meningite, no sul da Bahia, ocorreu em Jussari, na semana passada.

A vítima foi um aposentado de 75 anos, que morreu na quinta-feira (31), dois dias depois de ser internado em estado grave no Hospital de Base de Itabuna. O diagnóstico para o morador de Areia Branca, distro de Jussari, foi de meningite bacteriana.

Além de Itabuna e Jussari, neste ano a meningite já causou mortes em Alagoinhas (1), Catu (1), Correntina (1), Euclides da Cunha (1), Eunápolis (1), Feira de Santana (2), Irecê (1), Itaberaba (1), Jequié (1) e Juazeiro (2). Foram registrados óbitos também em Porto Seguro (1), Salvador (9), Santo Antônio de Jesus (1) e Vitória da Conquista (2).

Na Bahia, foram notificados 319 casos da doença, dos quais 124 em Salvador. No interior, os municípios com maior quantidade de ocorrências são Vitória da Conquista (69), Feira de Santana (35), Juazeiro (12) e Bom Jesus da Lapa (11). Itabuna e Jussari não foram os únicos municípios do sul da Bahia com registro da doença neste ano. Houve notificações em Ilhéus (3) e Firmino Alves (1). Os dados são da Secretaria Estadual de Saúde.

SAIBA MAIS SOBRE MENINGITE

O que é

Meningite é a **inflamação das meninges** membranas que envolvem o cérebro, o cerebelo e a medula espinhal. Pode ser causada por vírus, bactérias ou fungos. A bacteriana é o tipo mais grave e pode levar o paciente à morte.

Tipos de Meningite



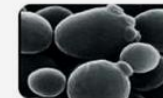
Bacteriana

Se não for diagnosticada precocemente, pode levar à morte. Pode ser causada por três tipos de bactérias: **meningococos, pneumococos e hemófilo**.



Viral

É a mais leve e comum. Os sintomas são parecidos com os da gripe e resfriado.



Fungos

É menos frequente e costuma acometer pacientes com a saúde comprometida. É observada com mais frequência em pessoas com aids.



Transmissão

A transmissão ocorre, principalmente, pelas vias aéreas. Por isso, o risco aumenta em locais aglomerados. Outro modo de contrair a doença é pela saliva.



Sequelas

A doença tem tratamento, porém, de acordo com a gravidade, pode resultar em dificuldades de aprendizado, paralisia cerebral e surdez parcial ou completa.



Como evitar

Evite locais aglomerados e lave bem pratos, copos e talheres. Pessoas próximas a pacientes com meningite meningocócica devem usar antibióticos (orientados por um médico) como forma de prevenção.



Vacinação

- A mais eficaz é contra a meningite hemófilo.
- Contra o pneumococo, a vacina também existe.
- Quanto à meningite meningocócica, a proteção da vacina é bem menor.



Sintomas

- Febre alta
- Moleza
- Inquietação
- Rigidez na nuca
- Dor de cabeça
- manchas vermelhas no corpo
- dificuldade de encostar o queixo no peito



Diagnóstico

Após identificar os sintomas, o paciente deve procurar um médico. Somente um profissional pode descobrir, por meio de exames, o tipo de meningite e indicar o tratamento adequado.

SARAMPO

Local de ocorrência: Roraima

Data da informação: 23/05/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

O estado de Roraima vem recebendo imigrantes venezuelanos, alojados em abrigos, residências alugadas e praças públicas. A Venezuela enfrenta um surto de sarampo que já atingiu nove dos 23 estados. O município de Caroní localizado no estado de Bolívar, até o momento confirmou o maior número de casos da doença.

Em 14/02/2018, a Secretaria de Saúde do Estado de Roraima (SES/RR) notificou ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) do Ministério da Saúde um caso suspeito de sarampo, no município de Boa Vista/RR. Tratava-se de uma criança, um ano de idade, venezuelana, não vacinada, que apresentou febre, exantema, acompanhado de tosse, coriza e conjuntivite, sendo confirmado por critério laboratorial.

Até o dia 23/05, foram notificados 384 casos suspeitos de sarampo, sendo 226 em Boa Vista, 63 em Amajari, 52 em Pacaraima, 12 em Cantá, 09 em Rorainópolis, 05 em Caracaraí, 02 em Alto Alegre, 02 em Iracema, 03 em Caroebe, 01 em Uiramutã e 01 em São João da Baliza. Dentre os 384 casos, dez foram atendidos e notificados no Brasil, no entanto, residem na Venezuela nos municípios de Santa Helena (04), Gran Sabana (03), Ciudad Bolivar (01), Maracaibo (01) e Sinfotes (01).

Do total de casos notificados 20 foram descartados, 84 foram confirmados e 280 estão em investigação. Em relação aos 84 casos confirmados, 58 (69%) são venezuelanos, 24 (28,6%) são brasileiros, 01 (1,2%) caso é procedente da Guiana Inglesa e 01(1,2%) da Argentina. A faixa etária mais acometida pela doença em brasileiros foi de 6 meses a 4 anos de idade representando 12 (50%) casos. Já na população Venezuelana, o maior número de casos está concentrado na população de 1 a 9 anos de idade, representando 32 (55,2%) casos. Foi confirmado apenas um caso procedente da Argentina, estando na faixa etária de 20 a 29 anos, e um caso procedente da Guiana Inglesa, na faixa etária de 10 a 14 anos. Dos casos confirmados 34(40,4%) são indígenas.

Dos casos que permanecem em investigação, 141 são brasileiros, 138 venezuelanos e 01 é da Guiana Inglesa. A faixa etária dos casos em investigação, concentram-se na população brasileira de 06 meses a 4 anos de idade, representando 84 (59,6%) casos, e na população venezuelana de 1 a 9 anos de idade, representando 62 (44,9%) casos. O caso em investigação da Guiana Inglesa está na faixa etárias de < 6 meses. Dos casos em investigação, 100 (35,7%) são indígenas.

Sintomas do sarampo

- Conjuntivite
- Febre
- Coriza
- Tosse



- Erupção cutânea maculopapular com distribuição craniocaudal

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

SARAMPO

Local de ocorrência: Amazonas

Data da informação: 23/05/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE SARAMPO NOS ESTADOS DE RORAIMA E AMAZONAS

Atualização: 23/05/2018

Casos notificados em Roraima 384*

84 confirmados (02 óbitos)

280 em investigação

20 descartados

Casos notificados em Amazonas: 611*

30 confirmados

518 em investigação

63 descartados

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Roraima (SES/RR) e Fundação de Vigilância em Saúde do Estado Amazonas (FVS/AM).

*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

No Estado, os últimos casos confirmados de sarampo foram registrados no ano de 2000.

Contudo, no período de 06 de fevereiro a 23 de maio de 2018, foram notificados 611 casos, e destes 30 (4,9%) foram confirmados, 63 (10,3%) descartados e 518 (84,8%) permanecem em investigação. Todos os casos confirmados são brasileiros e o genótipo identificado foi o D8, idêntico ao genótipo que está em circulação em Roraima e Venezuela.

Dentre os 611 casos notificados de sarampo, 576 (94,3%) são residentes de Manaus, 06 (1%) de Humaitá, 06 (1%) de Parintins, 05 (0,8%) de Manacapuru, 05 (0,8%) de Tefé, 03 (0,5%) de Novo Airão, 02 (0,3%) de Iranduba, 02 (0,3) de Jutai e 06 (1%) residentes de Anori, Beruri, Careiro da Várzea, Itacoatiara, Itapiranga e São Gabriel da Cachoeira, cada município com 1 caso notificado. Todos os casos notificados são brasileiros.

Considerando as características sociodemográficas dos 611 casos notificados, 311 (50,9%) são do sexo masculino, e todos são brasileiros, sendo apenas 1 caso indígena. Em relação à faixa etária, o maior número de casos se concentra na população de 6 meses a 4 anos de idade, representando 304 (49,8%) casos.

Dos 30 casos confirmados, 17 (56,7%) são do sexo feminino, com 20 (66,7%) casos concentrados na faixa etária de 6 meses a 4 anos de idade.

Em relação aos 518 casos que permanecem em investigação, 264 (51%) são do sexo masculino, estando o maior número de casos concentrados na população de 6 meses a 4 anos de idade, representando 254 (49%) casos.

SURTO DE SARAMPO NO BRASIL

SINTOMAS

Tosse

Febre

Manchas
avermelhadas
na pele

Conjuntivite

Coriza

Dores no corpo

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

> Otites (inflamações
no ouvido)

> Pneumonias

> Encefalite

> Em gestantes,
pode provocar aborto
ou parto prematuro

TRANSMISSÃO

O sarampo é uma doença viral, extremamente contagiosa. A transmissão ocorre de **pessoa para pessoa**, por secreções nasais expelidas ao **tossir, espirrar ou falar**

PREVENÇÃO

A prevenção é feita por meio de **vacina**, que está disponível nos postos de saúde para crianças a partir de 12 meses de idade

Fonte: Ministério da Saúde

SARAMPO

Local de ocorrência: Amazonas
Data da informação: 29/05/2018
Fonte da informação: G1 (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O 12º Informe Epidemiológico de Monitoramento do Sarampo foi divulgado na terça-feira (29), com 85 novos casos confirmados da doença, em Manaus, em relação ao boletim da semana anterior. O aumento foi de 283,3%. São 588 notificações de casos em investigação. Outros 19 casos suspeitos foram descartados no período, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (Semsu).

De acordo com o boletim anterior, 30 casos, de 576 notificações haviam sido confirmados. O balanço atual informa que o número subiu para 115 casos confirmados, de 588 em investigação.

Ao todo, 24,3% dos casos confirmados estão na faixa etária de até 5 anos de idade; 23,5% de 6 a 11 meses; 12,2% em pessoas de 15 a 19 anos; 13,9% em pessoas de 20 a 29 anos e 9,6% na faixa etária de 30 a 49 anos.

Uma medida de combate a doença deve ser tomada pela Secretaria, com o intuito de prevenir novos casos. Ações para vacinação de crianças em escolas municipais devem ser feitas, devido a um grande número de casos registrados nessa faixa etária.

SARAMPO

reconhecer a doença

AMBULATÓRIO E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



Febre
Prostração



Tosse
Rinorreia
Conjuntivite
Fotofobia



Manchas de Koplik
(Patognômico)
Face interna da bochecha
24-48h antes do exantema



Exantema maculopapular
Progressão cefalocaudal

Caso possível: febre e exantema maculopapular e, pelo menos, um dos seguintes sintomas - tosse, rinite, conjuntivite.
Caso provável: caso possível com ligação epidemiológica com um caso confirmado.
Caso confirmado: caso possível e confirmação laboratorial.

Transmissão por via aérea

Incubação
10 a 12 dias após exposição
(7 a 21 dias)

Contágio
4 dias antes e até 4 dias após início do exantema

SAÚDE DA MULHER

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 28/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

Em 2016, 1.829 mulheres morreram no Brasil por causas relacionadas e ou agravadas por gravidez, parto ou o puerpério (período pós-parto de 42 dias). Isso equivale a cinco mortes diárias. No mundo, 830 mulheres morreram por dia por essas causas, apontam dados da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Segundo dados do Indicadores de Desenvolvimento Global do Banco Mundial de 2016, para cada 100 mil nascidos, 69 mulheres morreram no parto ou no puerpério no Brasil. Em países desenvolvidos, a taxa é de dez mortes por 100 mil bebês vivos, e no Japão são apenas seis mortes.

Para chamar a atenção para a vulnerabilidade da saúde feminina no mundo, 28 de maio foi escolhido como Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher. No Brasil, a data também representa o Dia Nacional pela Redução da Morte Materna.

A mortalidade materna é resultado de fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais, que não se referem a óbitos por causas acidentais, mas sim a causas que poderiam ser evitáveis ou tratadas. No mundo, as principais causas da morte materna são complicações de saúde em decorrência da AIDS; complicações do pós-parto, como necrose da hipófise, glândula que regula a atividade de demais glândulas; complicações no puerpério, como a osteomalácia, uma doença que causa deformidades ósseas e fraturas contínuas na mulher; infecções durante o parto, como o tétano obstétrico; e transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, que vão desde a depressão pós-parto, transtorno do pânico, a disfunções relacionadas à perda exacerbada de apetite e do sono. No Brasil, as principais causas da morte materna são problemas agravados pela hipertensão, diabetes e ocorrência de hemorragias.



SAÚDE DA MULHER



Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 28/05/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Com base no cruzamento dos dados disponíveis no DataSUS e na OMS, a DW-Brasil concluiu que o Brasil é responsável por cerca de 20% das mortes maternas em todo o mundo. O país faz parte de uma lista da ONU de 75 países que se comprometeram a reduzir a mortalidade materna até 2030. Em 2015, a ONU divulgou que o Brasil era o quinto país mais lento na busca da redução dessas mortes. Os dados preliminares de 2017 do Ministério da Saúde mostram que houve uma pequena redução nas mortes maternas no Brasil em 2017, mas elas ainda são frequentes e ocorrem em todos os estados nacionais: enquanto 65.481 mulheres morreram em idade fértil em todo o território em 2016, em 2017 houve 57.560 óbitos, sobretudo por hemorragias e hipertensão. Segundo autoridades ouvidas pela reportagem, as causas de morte materna no Brasil estão relacionadas com a qualidade e ineficiência dos serviços do Sistema Único de Saúde, SUS, como a atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério. "Mulheres que dependem do SUS sofrem vários tipos de falta de atenção e violências. Uma delas é a necessidade de cesáreas que não são realizadas porque o sistema, no momento daquele parto, já atingiu o limite permitido, por exemplo", explica a enfermeira obstetra Alaerte Leandro Martins, membro da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

A morte materna no Brasil, porém, atinge a todas as mulheres, independente de raça e classe social, por causa das leis sobre aborto e da cultura de violência obstétrica compartilhada tanto pelos sistemas privados de saúde como pelo SUS.

"Em muitos serviços privados, os partos são 100% pré-agendados e somente de segunda a sexta-feira no horário comercial. As mulheres que têm convênio ou pagam parto particular acham que estão mais protegidas, mas enquanto essa noção não mudar em toda a saúde, nem elas estarão", completa a enfermeira obstetra. Para as que não podem pagar um serviço particular de pré-natal e parto, há ainda o problema da superlotação das

maternidades públicas e até falta delas em alguns municípios do Norte e Nordeste. Há cidades dos estados do Centro-Oeste em que não há registro de nascimentos nos últimos 20 anos, porque esses locais não dispõem de maternidades. Muitas passam toda a gestação sem um atendimento pré-natal e, na hora do parto, têm que viajar quilômetros para chegar a uma maternidade pública. Outro fator da morte materna brasileira, segundo o DataSUS, é o levantamento de dados oficiais no país, nem sempre confiável devido à falta de compreensão ou atenção ao tema pelos profissionais que preenchem as declarações de óbito (DO): cerca da metade das declarações dos óbitos maternos não é registrada com a nomenclatura de morte materna. Isso afeta os estudos, uma vez que a metodologia utilizada pelo governo é, desde 1994, baseada nas informações da DO preenchida por um médico ou autoridade capacitada.

Por ser uma morte evitável e totalmente relacionada com a condição de ser mulher, a morte em decorrência da gestação, parto ou pós-parto é, para Alaerte Martins, responsabilidade do Estado, "pois é ele que faz as políticas públicas". Para a enfermeira, a morte materna é uma das principais violências contra a mulher no Brasil. "É uma violência que de fato mata, que tira a vida de uma mulher pelo fato de ela ser mulher". E apesar de comover, é uma morte que, segundo a profissional, não mobiliza. A pesquisadora Cruz destaca também a falta de apuração do Estado entre os casos de mortes já ocorridos. Cruz aponta que o país é responsável por essas mortes de várias maneiras, ao formular políticas públicas voltadas à saúde feminina ignorando "evidências científicas sobre o tema e permitindo uma cultura machista nos sistemas de saúde".

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 28/05/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

As informações apresentadas neste informe referem-se ao período entre as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 21 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 26/05/2018.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 25,8% (1.760/6.824) para SG e de 39,1% (360/920) para SRAG em UTI.

Do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, foram confirmados para Influenza 22,9% (2.088/9.115), com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 23,2% (335/1.441) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09.

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

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

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 28/05/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

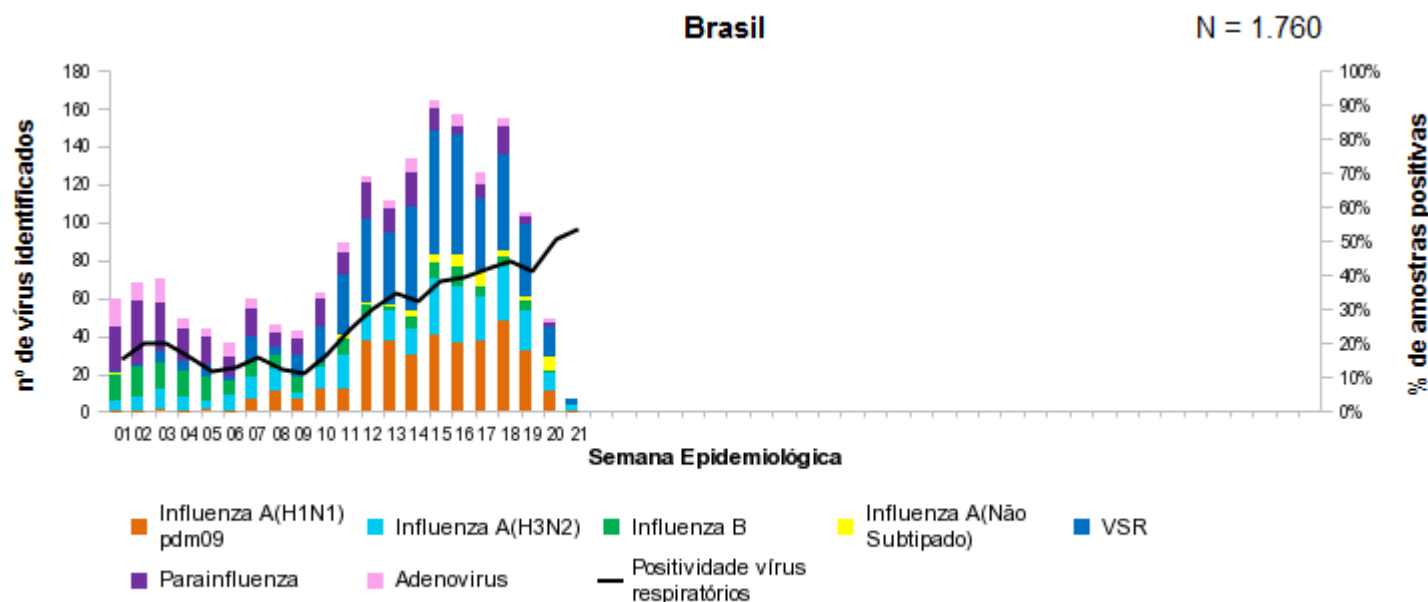
SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 21 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 8.952 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 6.824 (76,2%) possuem resultados inseridos no sistema e 25,8% (1.760/6.824) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 857 (48,7%) foram positivos para influenza e 903 (51,3%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 367 (42,8%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 166 (19,4%) de influenza B, 38 (4,4%) de influenza A não subtipado e 286 (33,4%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 512 (56,7%) de VSR (Figura1).

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 21.

As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentam respectivamente as maiores quantidades de amostras positivas, com destaque para a maior circulação de Influenza A(H1N1)pdm09, Influenza A(H3N2), Influenza B e VSR (Anexo 1 – B).

Quanto à distribuição dos vírus por faixa etária, entre os indivíduos a partir de 10 anos predomina a circulação dos vírus Influenza A(H3N2), A(H1N1)pdm09 e Influenza B. Entre os indivíduos menores de 10 anos ocorre uma maior circulação de VSR e Parainfluenza.



INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 28/05/2018

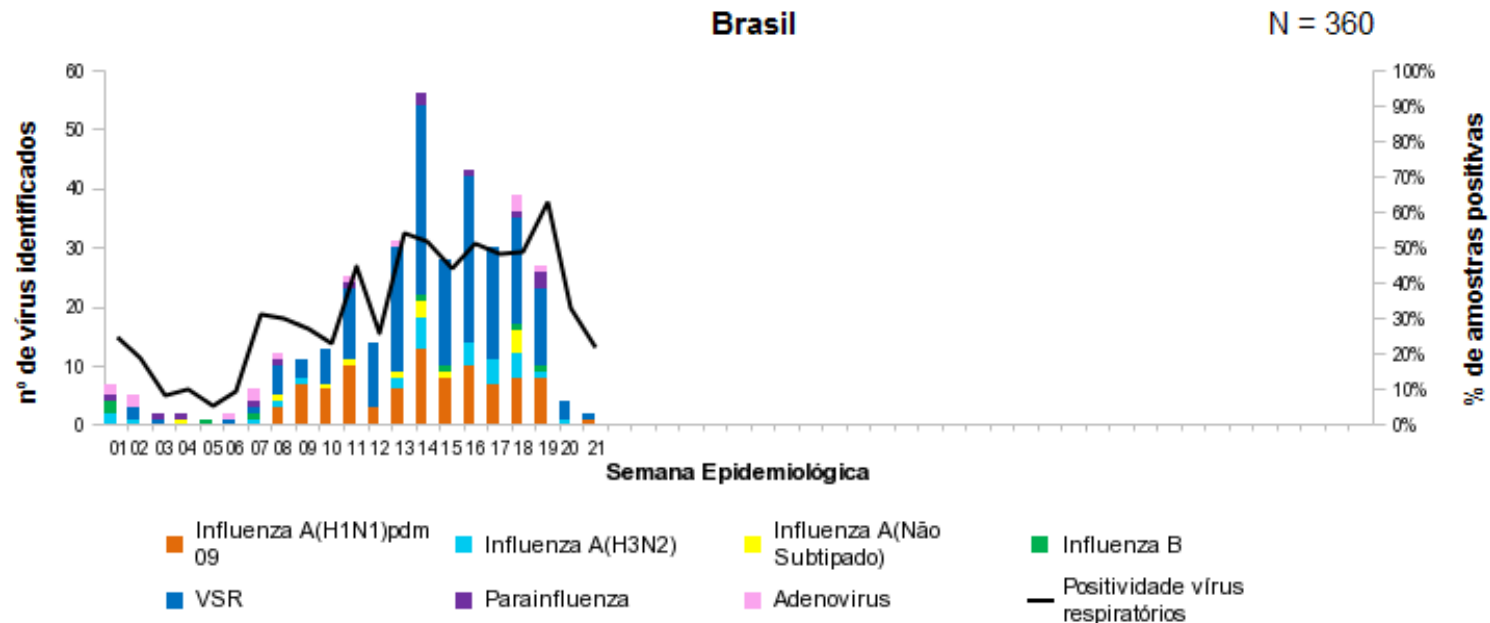
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 1.236 coletas, sendo 920 (74,4%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 360 (39,1%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 138 (38,3%) para influenza e 222 (61,7%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 90 (65,2%) para influenza A(H1N1)pdm09, 13 (9,4%) para influenza A não subtipado, 8 (5,8%) para influenza B e 27 (19,6%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 195 (87,8%) VSR (Figura 2).

Figura 2. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Respiratória Aguda Grave em Unidade de Terapia Intensiva, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 21.



INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

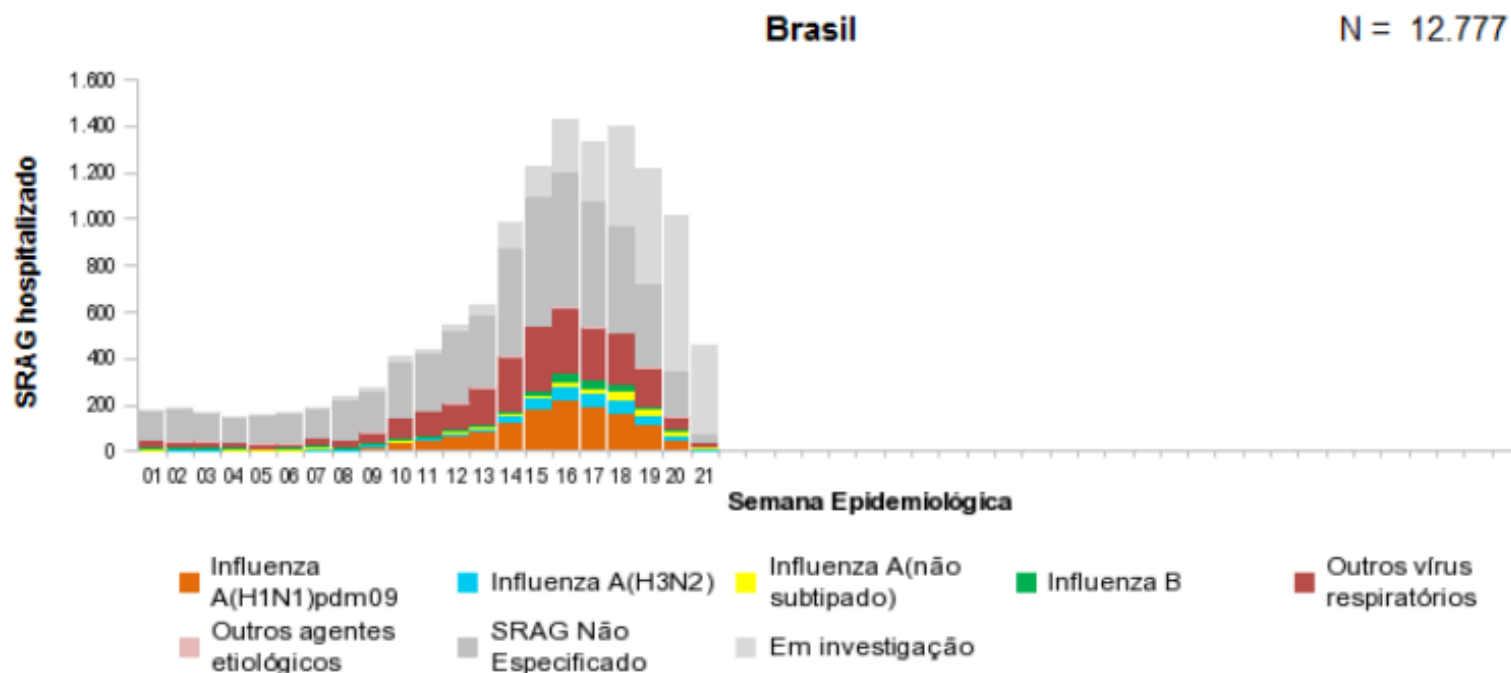
Data da informação: 28/05/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 21 de 2018 foram notificados 12.777 casos de SRAG, sendo 9.115 (71,3%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 22,9% (2.088/9.115) foram classificadas como SRAG por influenza e 24,2% (2.210/9.115) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 1.262 (60,4%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 195 (9,3%) influenza A não subtipado, 219 (10,5%) influenza B e 412 (19,7%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 34 anos, variando de 0 a 107 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região nordeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 31,7% (662/2.088).

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 21.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 28/5/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

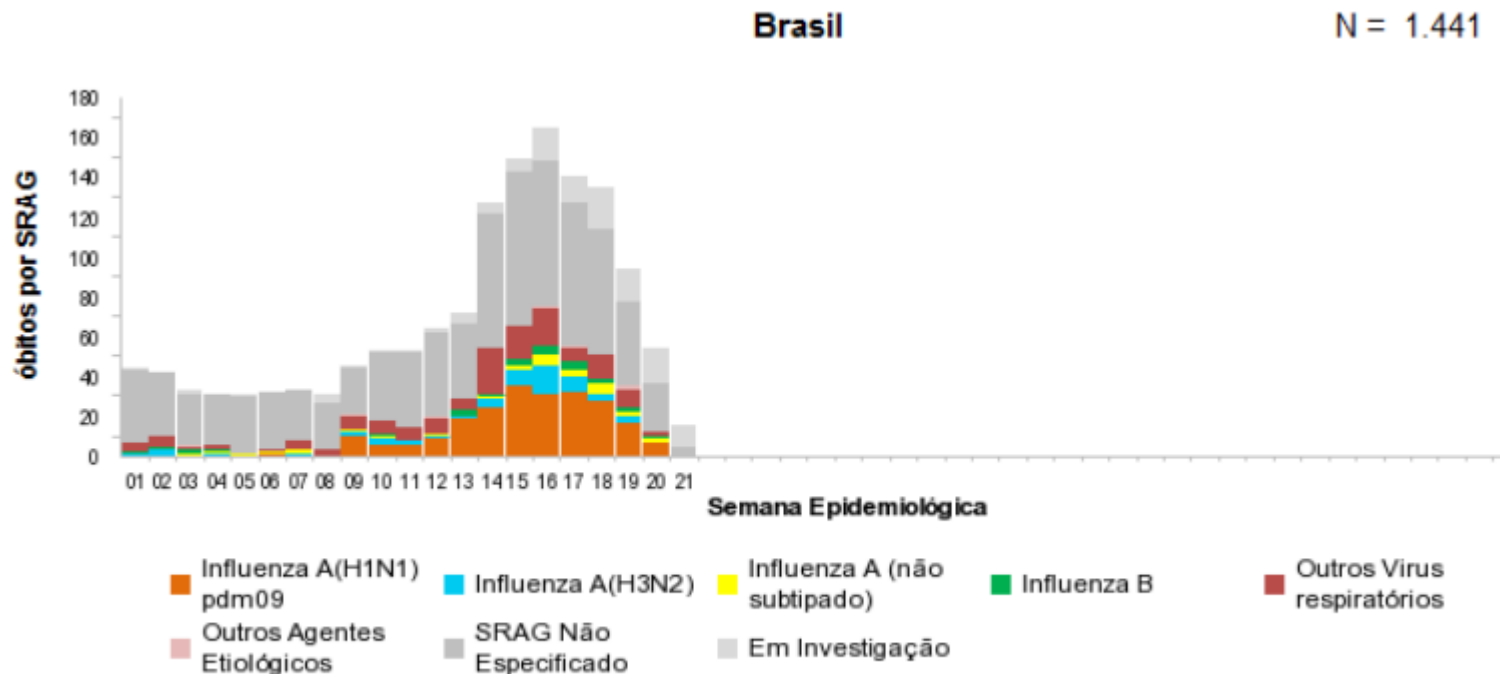
Data da informação: 28/05/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 21 de 2018 foram notificados 1.441 óbitos por SRAG, o que corresponde a 11,3% (1.441/12.177) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 280 (22,4%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 218 (65,1%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 32 (9,6%) influenza A não subtipado, 27 (8,1%) por influenza B e 58 (17,3%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 21,2% (71/335), em relação ao país (Anexo 4).

Figura 4. Distribuição dos óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 21.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 28/5/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 28/05/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 50 anos, variando de 0 a 107 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,16/100.000 habitantes. Dos 335 indivíduos que foram a óbito por influenza, 235 (70,1%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos $\geq$ 60 anos, Cardiopatas, Diabetes mellitus e Pneumopatas. Além disso, 231 (69,0%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 20 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas.

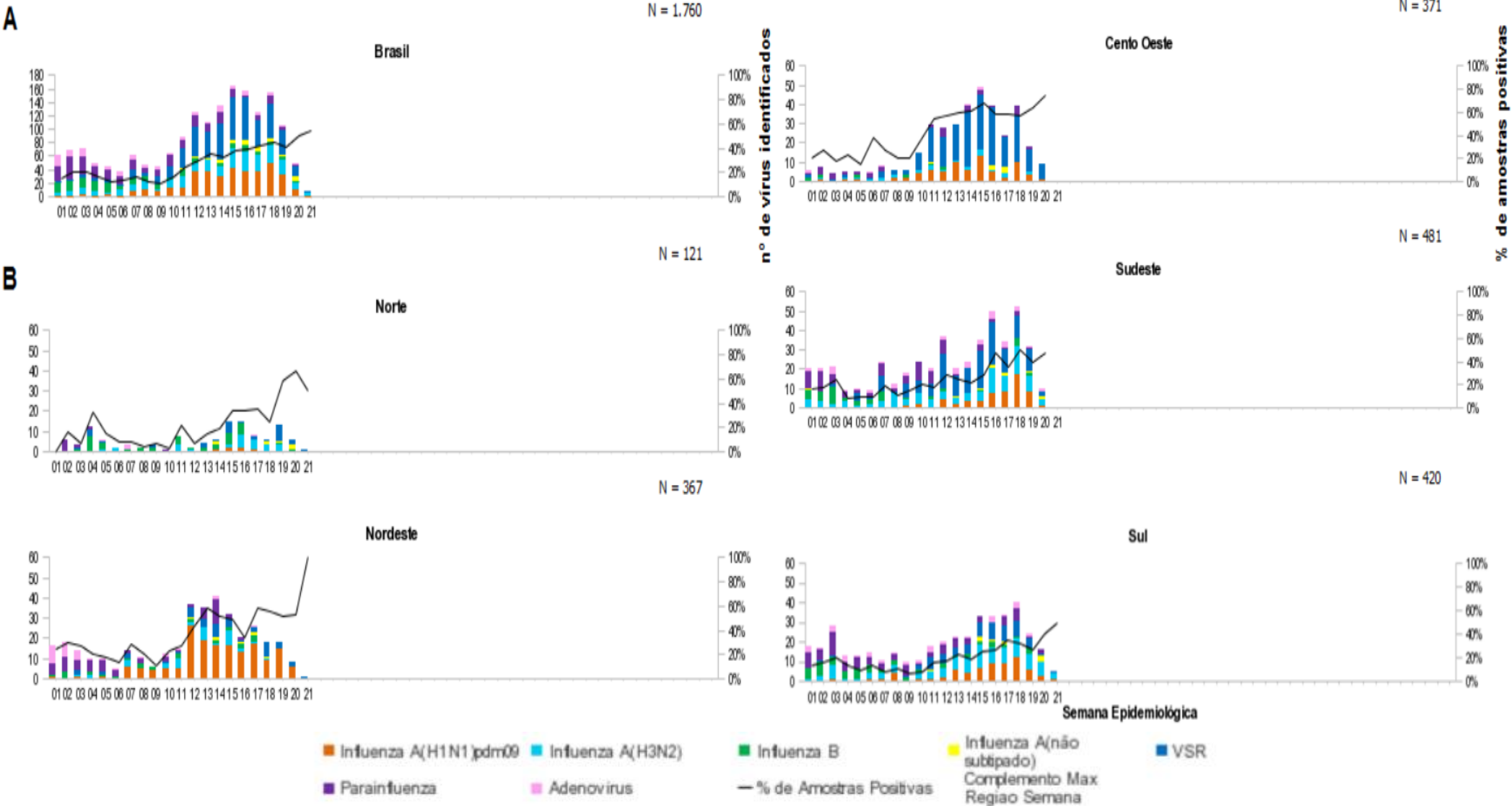
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 21.

Óbitos por Influenza (N = 335)	n	%
Com Fatores de Risco	235	70,1%
Adultos $\geq$ 60 anos	108	46,0%
Doença cardiovascular crônica	70	29,8%
Pneumopatias crônicas	45	19,1%
Diabete mellitus	57	24,3%
Obesidade	33	14,0%
Doença Neurológica crônica	23	9,8%
Doença Renal Crônica	19	8,1%
Imunodeficiência/Imunodepressão	17	7,2%
Gestante	10	4,3%
Doença Hepática crônica	3	1,3%
Criança < 5 anos	28	11,9%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	1,3%
Indígenas	2	0,9%
Síndrome de Down	1	0,4%
Que utilizaram antiviral	231	69,0%

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 28/5/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal por semana epidemiológica do início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 21.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 28/5/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 21.

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	601	66	24	6	23	4	3	0	5	2	55	12	86	7	3	1	319	44	138	2	
RONDÔNIA	34	3	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	18	3	13	0	
ACRE	74	14	2	1	0	0	0	0	1	1	3	2	6	0	0	0	35	12	30	0	
AMAZONAS	88	3	0	0	3	0	1	0	0	0	4	0	37	2	0	0	42	1	5	0	
RORAIMA	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	
PARÁ	338	31	12	3	17	3	1	0	2	0	32	6	34	4	1	0	192	21	79	0	
AMAPÁ	7	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	5	0	
TOCANTINS	58	13	7	2	2	1	1	0	2	1	12	4	9	1	2	1	29	5	6	2	
NORDESTE	2.922	336	480	92	57	7	29	6	95	11	661	116	287	26	11	3	1.025	151	938	40	
MARANHÃO	49	10	4	2	0	0	1	0	1	0	6	2	3	0	0	0	18	7	22	1	
PIAUÍ	191	24	62	8	1	0	2	1	1	0	66	9	30	3	0	0	50	10	45	2	
CEARÁ	725	107	211	44	15	3	9	2	65	8	300	57	7	0	3	2	322	39	93	9	
RIO GRANDE DO NORTE	168	36	30	8	9	0	1	1	11	1	51	10	9	0	0	0	55	19	53	7	
PARAÍBA	108	25	6	4	3	1	0	0	2	0	11	5	10	3	1	0	47	14	39	3	
PERNAMBUCO	679	36	26	5	12	1	0	0	0	0	38	6	4	0	0	0	200	16	437	14	
ALAGOAS	79	12	11	1	2	0	5	2	1	0	19	3	1	0	5	1	39	7	15	1	
SERGIPE	101	3	12	1	2	0	5	0	1	0	20	1	16	1	0	0	59	1	6	0	
BAHIA	822	83	118	19	13	2	6	0	13	2	150	23	207	19	2	0	235	38	228	3	
SUDESTE	4.545	515	259	48	157	24	130	19	86	10	632	101	441	27	6	2	2.243	330	1.223	55	
MINAS GERAIS	744	96	12	3	36	6	22	8	4	1	74	18	74	7	2	0	433	62	161	9	
ESPÍRITO SANTO	223	30	15	3	20	2	0	0	2	2	37	7	0	0	0	0	123	16	63	7	
RIO DE JANEIRO	496	49	7	1	10	3	9	0	33	1	59	5	67	7	0	0	182	31	188	6	
SÃO PAULO	3.082	340	225	41	91	13	99	11	47	6	462	71	300	13	4	2	1.505	221	811	33	
SUL	2.254	234	116	11	93	10	12	2	18	0	239	23	602	32	2	0	1.121	175	290	4	
PARANÁ	1.341	140	50	5	58	8	7	1	10	0	125	14	466	25	1	0	513	99	236	2	
SANTA CATARINA	403	46	49	6	27	2	3	1	3	0	82	9	94	6	0	0	204	31	23	0	
RIO GRANDE DO SUL	510	48	17	0	8	0	2	0	5	0	32	0	42	1	1	0	404	45	31	2	
CENTRO OESTE	2.446	288	382	60	82	13	21	5	14	4	499	82	793	51	3	1	813	126	338	28	
MATO GROSSO DO SUL	428	43	23	3	34	7	8	2	3	1	68	13	173	5	1	0	162	23	24	2	
MATO GROSSO	224	46	18	4	7	2	6	2	5	2	36	10	4	2	0	0	81	26	103	8	
GOIÁS	1.197	179	305	50	30	4	0	0	3	1	338	55	317	38	2	1	399	67	141	18	
DISTRITO FEDERAL	597	20	36	3	11	0	7	1	3	0	57	4	299	6	0	0	171	10	70	0	
BRASIL	12.768	1.439	1.261	217	412	58	195	32	218	27	2.086	334	2.209	143	25	7	5.521	826	2.927	129	
Outro País	9	2	1	1	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	5	1	1	0	
TOTAL	12.777	1.441	1.262	218	412	58	195	32	219	27	2.088	335	2.210	143	25	7	5.526	827	2.928	129	

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 28/5/2018, sujeitos a alteração.

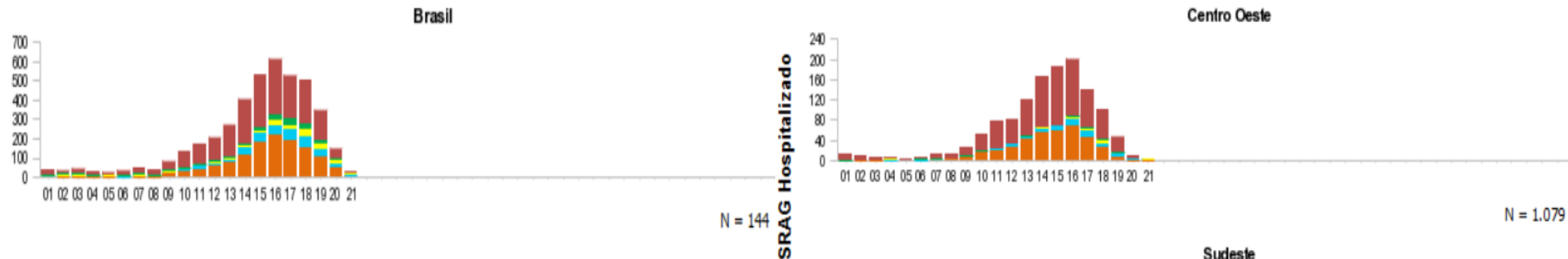
INFLUENZA

Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 21.

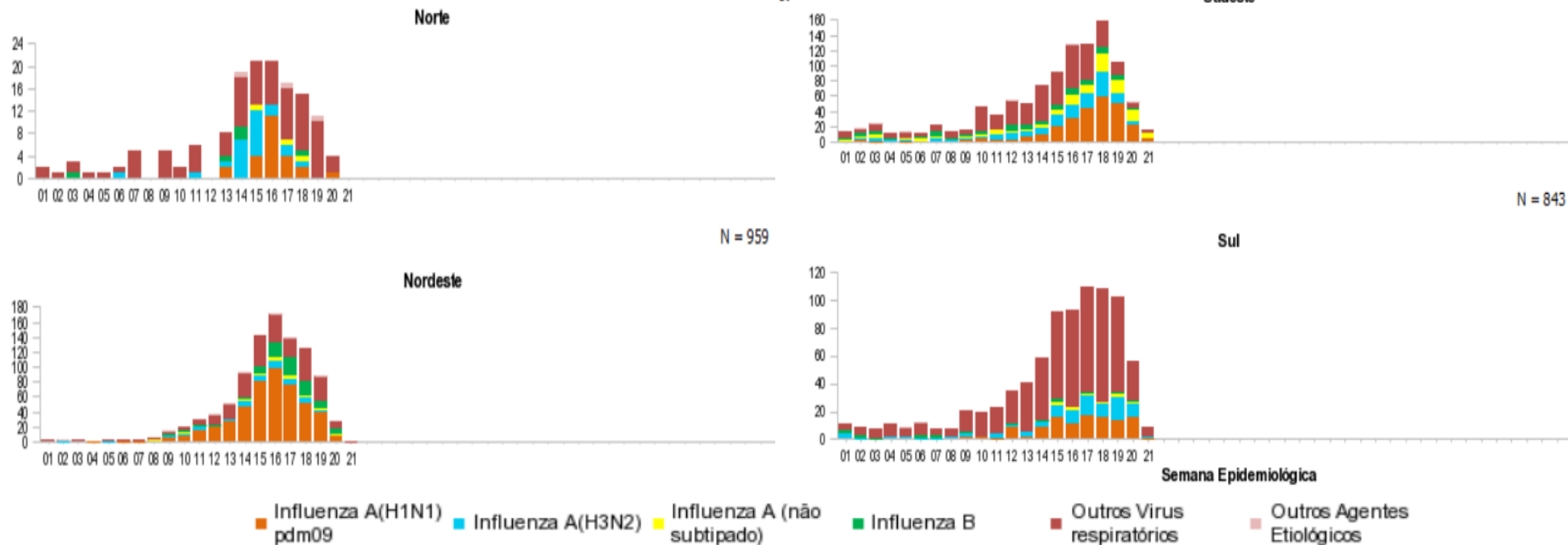
A

N = 4.323

N = 1.295

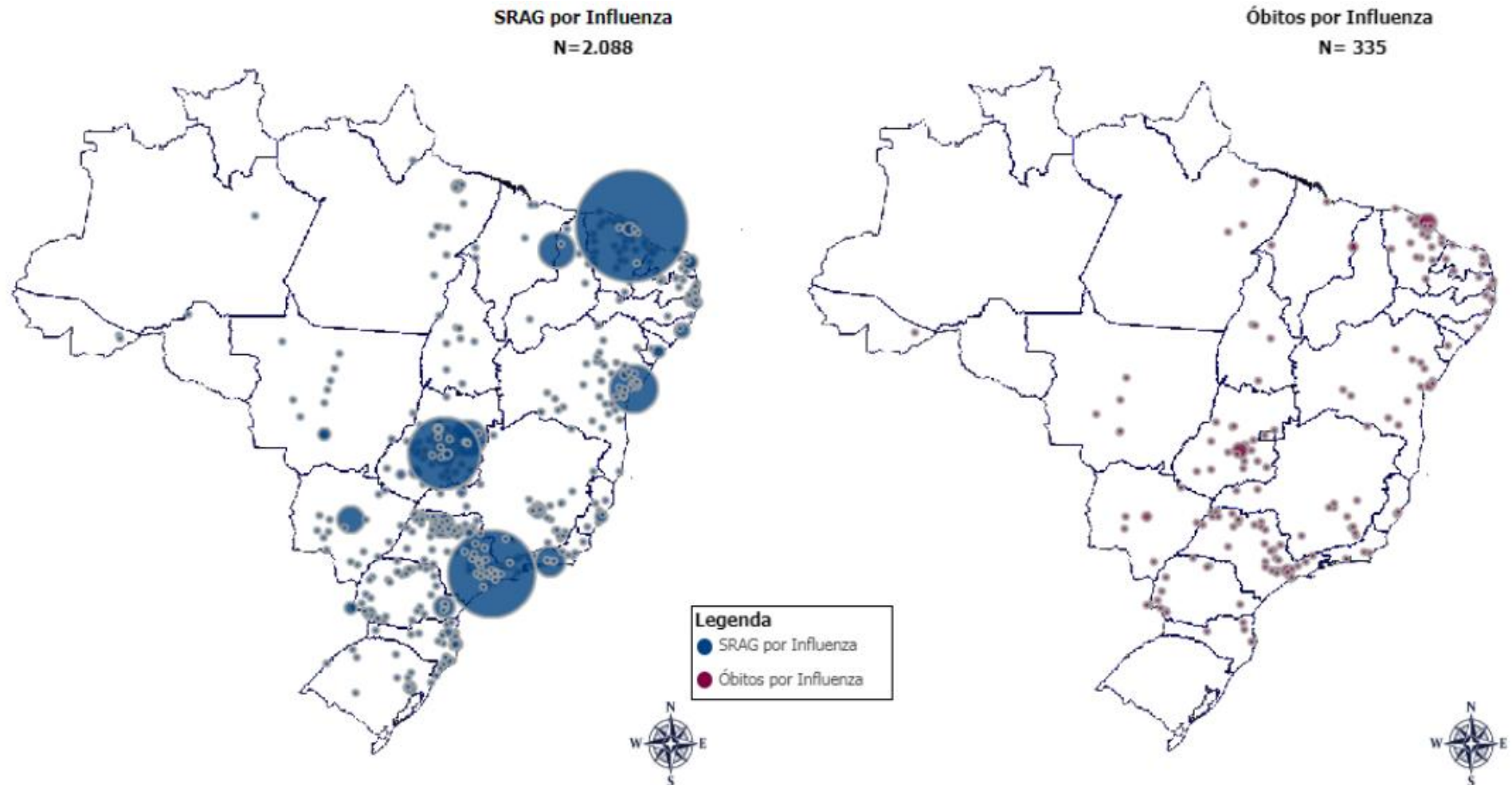


B



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 21.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 28/5/2018, sujeitos a alteração.

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



EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 22/2018

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

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

ERUPÇÃO VULCÂNICA

Local de ocorrência: Guatemala

Data da informação: 05/06/2018

Fonte da informação: G1 e El País Brasil (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O vulcão de Fogo, na Guatemala, voltou a entrar em erupção nesta segunda-feira (4) e a retirada de moradores de áreas próximas prossegue. A atividade vulcânica deixou 69 mortos, de acordo com o governo. Até o momento, apenas 13 vítimas fatais foram identificadas. A explosão de domingo (3), que foi uma das mais violentas das últimas décadas. O governo estima que 296 pessoas ficaram feridas, e milhares de moradores tiveram que deixar suas casas na região do vulcão, localizado a cerca de 50 km da capital.

No domingo, o vulcão ficou em atividade por mais de 16 horas e o Instituto de Vulcanologia já tinha advertido para a probabilidade de uma nova explosão. A lava que desceu da cratera durante a tarde afetou 1,7 milhão de pessoas e 3.265 precisaram ser evacuados das áreas próximas, que abrangem os departamentos de Sacatepéquez, Chimaltenango e Escuintla. Nestas três localidades foi declarado alerta vermelho pelo governo guatemalteco, que também instaurou alerta laranja em nível nacional, à espera de o Congresso aprovar a solicitação de estado de exceção para poder contar com os recursos destinados a situações desta gravidade.

À noite, o porta-voz da Coordenadora Nacional para a Redução de Desastres (Conred), David de León, detalhou que no momento 1.687 pessoas estão sendo atendidas em albergues, após terem sido desalojadas ou resgatadas da área de risco, coberta de cinzas e de pó incandescente, que em algumas ocasiões chegou a temperaturas superiores aos 700 graus.

O vulcão, de 3.763 metros de altura, fica entre os departamentos de Escuintla, Chimaltenango e Sacatepéquez. Esse três departamentos foram os mais afetados pela erupção, que é considerada a mais forte desde 1974.

A cinza lançada pelo monte atingiu os 10.000 metros de altura acima do nível do mar e cobriu várias cidades. As imagens divulgadas mostram corpos no chão, assim como veículos e casas destruídos pela erupção. O aeroporto internacional La Aurora teve que ser fechado. As tarefas de busca foram suspensas durante a noite por falta de luz e pelo perigo para as equipes, de acordo com a France Presse.



Vulcão de fogo visto de Los Lotes, em Rodeo, nesta segunda-feira (4) (Foto: Johan Ordonez / AFP) Fonte: G1



ESCHERICHIA COLI (E.COLI)

Local de ocorrência: EUA

Data da informação: 03/06/2018

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

COMENTÁRIOS:

Cinco pessoas morreram e quase 200 adoeceram ao consumir alface romana contaminada pela bactéria *E.coli* (*Escherichia coli*) nos Estados Unidos. Considerada um surto pelo Centro de Controle e de Prevenção de Doenças (CCD), a infecção abrange 35 dos 50 Estados norte-americanos. As mortes ocorreram no Arkansas (1), Califórnia (1), Minnesota (2) e Nova York (1).

A doença começou a se disseminar há pouco mais de dois meses - o primeiro caso foi registrado no dia 13 de março. Das 187 pessoas infectadas, 89 foram hospitalizadas, o que corresponde a 48%, incluindo 26 que desenvolveram síndrome hemolítico-urêmica, um tipo de insuficiência renal que pode ser fatal para grupos mais vulneráveis como idosos e crianças.

E. coli é um tipo de bactéria encontrada no próprio intestino humano e de outros mamíferos. Embora a maioria das cepas seja inofensiva, algumas podem causar doenças que são transmitidas por meio de água e alimentos contaminados como carne bovina malcozida, leite cru, queijos moles feitos com leite cru, frutas e legumes crus.

A maioria das pessoas apresenta sintomas como cólica e diarreia e se recupera em torno de 10 dias. O tratamento é feito à base de antibióticos. Mas um tipo da bactéria conhecido como *E. coli* O157: H7 produz uma toxina chamada Shiga que destrói as células vermelhas do sangue, provocando insuficiência renal e diarreia hemorrágica.

Trata-se do pior surto nos Estados Unidos de *E.coli* desde 2006, quando 205 contraíram a doença e cinco morreram após consumirem espinafre contaminado.

A contaminação atingiu pessoas de 1 a 88 anos, sendo a média etária de 29 anos, a maioria mulheres – 68%. O CCD ressalta que a abrangência da doença deve ser ainda maior, pois casos ocorridos após o dia 6 de maio podem ainda não ter sido relatados devido ao período no qual a doença leva para se manifestar, de duas a três semanas.

Profissionais de saúde estão entrevistando os doentes para tentar confirmar a origem da contaminação. Entre as 158 pessoas entrevistadas até o momento, 140, o que equivale a 89%, relataram ter ingerido alface romana na semana anterior ao início da doença.

Algumas pessoas que ficaram enfermas não relataram o consumo do alimento, mas que tiveram contato próximo com uma pessoa que ficou doente por ter consumido o produto. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), além de alimentos e água contaminados, algumas variantes dessa bactéria podem ser transmitidas de uma pessoa para outra por meio do contato fecal e oral, por exemplo, troca de fraldas e mãos sujas levadas à boca.

A alface romana disponível nos mercados e restaurantes citados era proveniente da região de Yuma, cidade do Estado do Arizona próxima à fronteira com o Estado da Califórnia.

O *Food and Drug Administration (FDA)* informou que apenas a alface romana ensacada e pré-picada estava contaminada com *E. coli*, mas, segundo o jornal norte-americano *The Washington Post*, vários presos em uma detenção no Alasca também ficaram doentes depois de comerem alface inteira – não embalada.

O surto da doença ainda não foi vinculado um determinado distribuidor, processador ou fazenda pelo FDA.

O Canadá também chegou a anunciar seis casos de doença causada pela mesma bactéria com genética similar à relatada nos Estados Unidos. Há suspeita de que pessoas contaminadas em fase de incubação tenham atravessado a fronteira dos Estados Unidos e levado a doença ao Canadá.



Fonte: noticias.r7.com

VÍRUS NIPAH (NiV)

Local de ocorrência: Índia

Data da informação: 01/06/2018

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

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

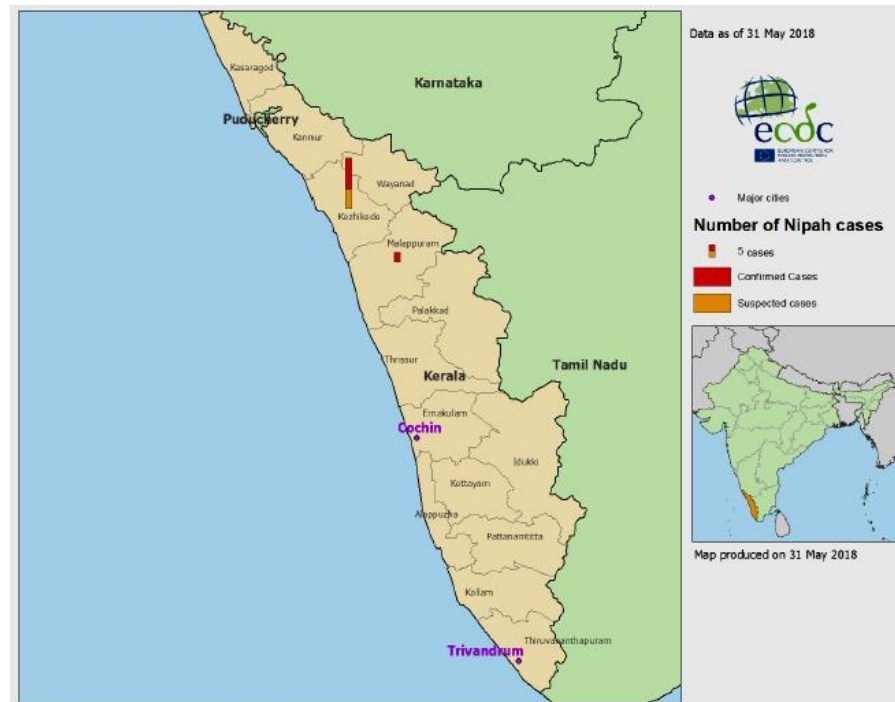
A Organização Mundial de Saúde considera o NiV como uma ameaça emergente prioritária. É mais comumente transmitido de morcegos frugívoros, que é um reservatório natural, através de contato direto ou indireto com a secreção ou excreção dos morcegos. Transmissão de humano para humano em ambiente hospitalar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

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

Avaliação do ECDC

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

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



EBOLA (DVE)

Local de ocorrência: República Democrática do Congo (RDC)

Data da informação: 01/06/2018

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

COMENTÁRIOS:

Em 8 de maio de 2018, o Ministério da Saúde da República Democrática do Congo declarou um surto da doença do vírus Ebola (DVE) na Zona de Saúde Bikoro, Província Equateur.

Este é o nono surto da doença nas últimas quatro décadas no país, sendo que o mais recente ocorreu em maio de 2017. Atualmente, o surto afeta três distritos sanitários da Província Equateur, que faz fronteira com o rio Congo e a República do Congo.

Até 31 de maio de 2018, o Ministério da Saúde da RDC relatou 50 casos, incluindo 25 mortes por causa da doença. Destes casos, 37 foram confirmados e 13 são casos prováveis. Até agora, todos os casos foram relatados em três zonas de saúde: Bikoro (21), Iboko (25) e Wangata (4) na província Equateur.

Atividades de resposta

As principais atividades estratégicas para a prevenção e controle incluem: coordenação da resposta, maior vigilância epidemiológica para detecção precoce de casos e rastreamento de contatos, aumento da capacidade laboratorial, gestão apropriada de casos, reforço da prevenção e controle de infecção (IPC), enterros seguros e dignos, mobilização social e envolvimento da comunidade.

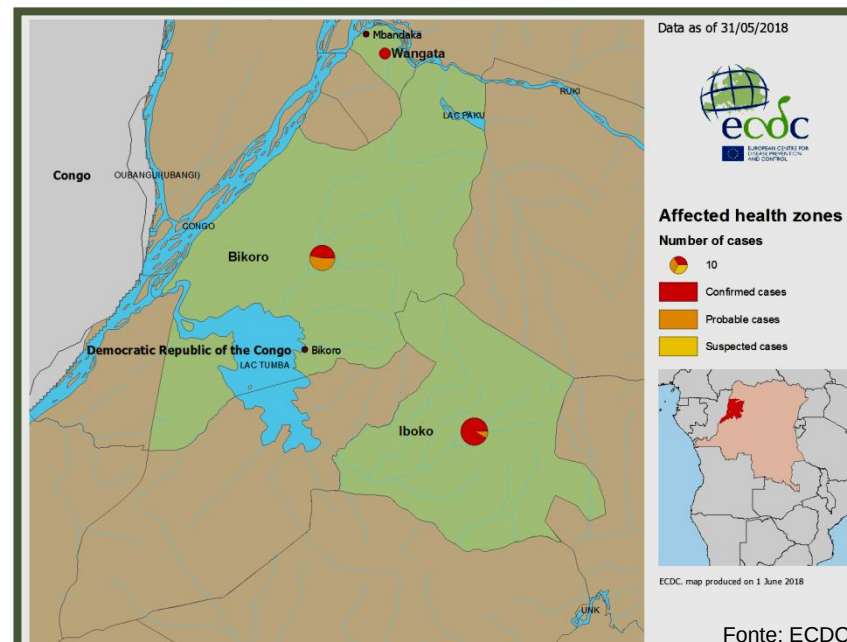
A OMS também apoia a vacinação contra o Ebola em populações de alto risco na RDC. Os profissionais de saúde que operam nas áreas afetadas estão sendo vacinados, e programas comunitários foram iniciados.

De acordo com o Comitê de Emergência sob o Regulamento Sanitário Internacional (2005) realizado em 18 de maio de 2018, este evento não atende aos critérios de um evento de saúde pública de interesse internacional.

Avaliação do ECDC

A identificação de casos de DVE na área urbana da cidade de Mbandaka e ao redor do lago Tumba (ambas as áreas estão conectadas ao Rio Congo) aumenta o risco de propagação regional para outras províncias da RDC e países vizinhos (especialmente a República do Congo e a República Centro-Africana). Estima-se que o risco para a saúde pública associado a este evento seja muito alto no nível regional e baixo em nível internacional.

Visitantes e residentes nas áreas afetadas pela DVE têm baixo risco de serem infectados na comunidade se as seguintes precauções forem rigorosamente seguidas: evitar contato com pacientes sintomáticos e seus fluidos corporais; evitar contato com cadáveres e/ou fluidos corporais de pacientes falecidos; evitar o contato com animais selvagens (incluindo primatas, antílopes, roedores e morcegos da floresta), vivos e mortos; evitar consumo de carne de caça; lavar as mãos regularmente com sabão ou antissépticos. Além disso, aconselha-se a: lavar e descascar frutas e verduras antes do consumo; praticar sexo seguro



EBOLA (DVE)

Local de ocorrência: República Democrática do Congo (RDC)

Data da informação: 05/06/2018

Fonte da informação: jornaldeangola.sapo.ao (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O governo provincial de Malanje encerrou esta semana, a circulação total de pessoas e bens ao longo dos 140 quilômetros de fronteira fluvial que os municípios de Marimba e Massango partilham com a República Democrática do Congo (RDC).

A medida está sendo cumprida à risca pela Polícia de Guarda Fronteira com vista a evitar o contágio por vírus ebola. Apesar de muitos munícipes de Marimba e Massango estudarem na RDC e vice-versa, a medida de proibição vai prevalecer, à luz do Plano de Ação do Governo Provincial de Malanje de Prevenção do vírus ebola, que assola aquele país com 52 casos registrados e 22 mortos, segundo dados recentes.

Para o êxito das ações preventivas, os postos fronteiriços de Quicuto, Ngola Paz, Tembo Aluma, Muheto e Bananeira, contam, cada um, com 12 efetivos da Polícia de Guarda Fronteira, igual número do Serviço de Migração e Estrangeiros, quatro técnicos de saúde e dos Serviços de Proteção Civil e Bombeiros. Cada posto fronteiro integra também quatro técnicos do Instituto de Desenvolvimento Florestal e dois veterinários, assim como equipamentos de biossegurança, medicamentos, meios rolantes, entre outros, para atendimento de eventuais casos suspeitos.

A realização de campanhas de sensibilização nas escolas primárias por parte da direção provincial da saúde, em parceria com as autoridades tradicionais, assim como a criação de uma linha telefônica para recepção de informações de eventuais casos, constam igualmente das medidas tomadas pelo Governo angolano.

As medidas que estão sendo implementadas são consideradas grande valia, tendo em conta o constante fluxo de pessoas que circulam entre os dois países através da fronteira fluvial. Na região, a prática de caça é frequente. Por isso, a população está sendo alertada a não consumir a carne daí proveniente, por ser um dos meios de transmissão da doença aos humanos.

Na semana passada, a ministra da Saúde afirmou que o Governo de Angola está seriamente empenhado em travar a entrada do ebola no país, a partir da República Democrática do Congo (RDC), tendo reativado o plano de emergência e de contingência multissetorial. Explicou que as autoridades estão trabalhando na implementação de um sistema de vigilância epidemiológica forte, para melhor responder às ameaças à saúde pública, principalmente no atual contexto do ebola nos países vizinhos da RDC.



Fonte: google.com.br

NOVO CORONAVÍRUS (MERS-CoV)

Local de ocorrência: Emirados Árabes Unidos

Data da informação: 28/05/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)



COMENTÁRIOS:

No dia 16 de maio de 2018, o Centro Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) dos Emirados Árabes Unidos notificou à Organização Mundial de Saúde (OMS) um novo caso confirmado pelo laboratório de infecção pelo novo coronavírus (MERS-CoV).

O paciente é residente nos Emirados em Ghayathi, e tem 78 anos. Em 4 de maio, começou com febre, tosse e dificuldade em respirar, foi hospitalizado em Abu Dhabi no dia 13 de maio. Uma amostra do trato respiratório inferior foi coletada em 14 de maio, resultando positivo para MERS-CoV. Ele está atualmente em condição estável no hospital.

O paciente apresenta hipertensão e doença pulmonar intersticial como condições subjacentes. A investigação sobre a origem da infecção está em andamento. O paciente relatou ter viajado recentemente para o Reino da Arábia Saudita e possui uma fazenda de dromedários (*Camelus dromedarius*) nos Emirados Árabes Unidos, que visita diariamente. Os contatos do caso confirmado foram identificados e estão sendo monitorados.

Desde setembro de 2012, a OMS foi notificada de 2.207 casos confirmados em laboratório de infecção por MERS-CoV, em todo o mundo, incluindo pelo menos 787 mortes relacionadas.

A MERS-CoV causa infecções humanas graves que resultam em alta mortalidade. Os humanos são infectados por contato direto ou indireto com camelos e também pode ser transmitido entre humanos. Até agora, a transmissão de pessoa para pessoa foi observada principalmente em ambientes de atenção médica.

A notificação de novos casos não altera a avaliação de risco geral. A OMS prevê novos relatos de casos no Oriente Médio, e a exportação para outros países por meio de pessoas infectadas após exposição a animais ou produtos de origem animal (por exemplo, após contacto com camelos) ou de origem humana (por exemplo, em um centro de saúde). A OMS continua monitorando a situação epidemiológica e realiza a avaliação de risco com base nas informações mais recentes disponíveis.

Enquanto não houver conhecimento mais profundo sobre a MERS-CoV, deve-se considerar que as pessoas com diabetes, insuficiência renal, doenças pulmonares crônicas ou imunossupressão têm maior risco de contrair a doença grave. Portanto, devem evitar contato próximo com animais, em especial com camelos, quando visitam fazendas, mercados ou estábulos onde o vírus pode estar circulando. Medidas higiênicas gerais, como lavagem sistemática das mãos, devem ser adotadas antes e depois de tocar nos animais e evitar o contato com animais doentes. Medidas de higiene alimentar também. Deve-se evitar o consumo de leite não pasteurizado, bem como carne que não esteja devidamente cozida.

CORONAVÍRUS

Conheça o vírus

O QUE SÃO

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

O NOVO VÍRUS

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

PRINCIPAIS SINTOMAS

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

CONTÁGIO

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

RNA

Membrana de glicoproteína

Hastes

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

Folha Arte

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 29/05/2018
Origem da informação: *The Global Polio Eradication Initiative*

COMENTÁRIOS:

Esforços globais de saúde pública estão em curso para erradicar a poliomielite, por meio da imunização de crianças, até que a transmissão do vírus cesse completamente e o mundo torne-se livre da doença. A pólio foi declarada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 05/05/2014, diante do aumento da circulação e propagação internacional do poliovírus selvagem durante 2014. A 17ª reunião do Comitê de Emergência sob o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), em abril de 2018, concluiu que as recomendações temporárias permanecerão em vigor. Planos de ação continuam a ser implementados em todos os países afetados pela circulação do poliovírus selvagem tipo 1 ou de poliovírus derivado da vacina.

Na Assembléia Mundial da Saúde (WHA) da semana passada, foram analisados os progressos alcançados em países endêmicos remanescentes. Os delegados observaram que a transmissão do poliovírus selvagem está agora nos níveis mais baixos da história.

Na semana, um novo caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) e duas novas amostras ambientais positivas para WPV1 foram relatadas no Afeganistão; e quatro novas amostras ambientais positivas para WPV1 relatadas do Paquistão.

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	9	5	5	4	22	96
- in endemic countries	9	1	5	0	22	0
- in non-endemic countries	0	4	0	4	0	96

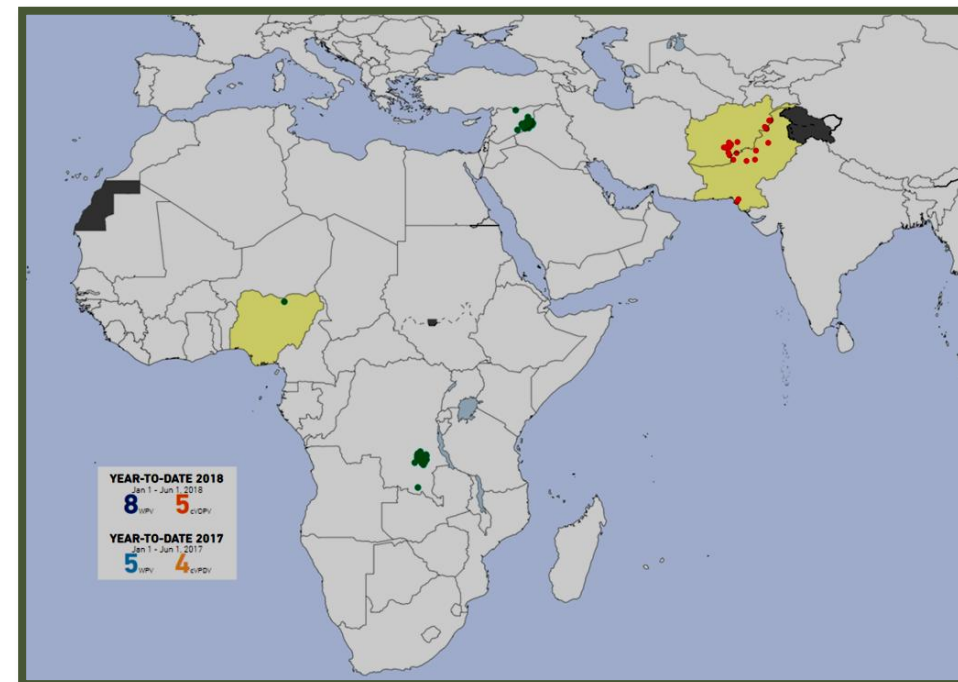
<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS

Countries	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afeganistão	8	0	3	0	14	0	27/Abr/18	NA
Paquistão	1	0	2	0	8	0	08/Mar/18	NA
Nigéria	0	1	0	0	0	0	NA	15/Abr/18
República Democrática do Congo	0	4	0	4	0	22	NA	19/Fev/18
Síria	0	0	0	0	0	74	NA	21/Sep/17

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

Poliovírus selvagem global e casos de poliovírus circulantes derivados da vacina - últimos 12 meses - em 01 de junho de 2018



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 28/05/2018

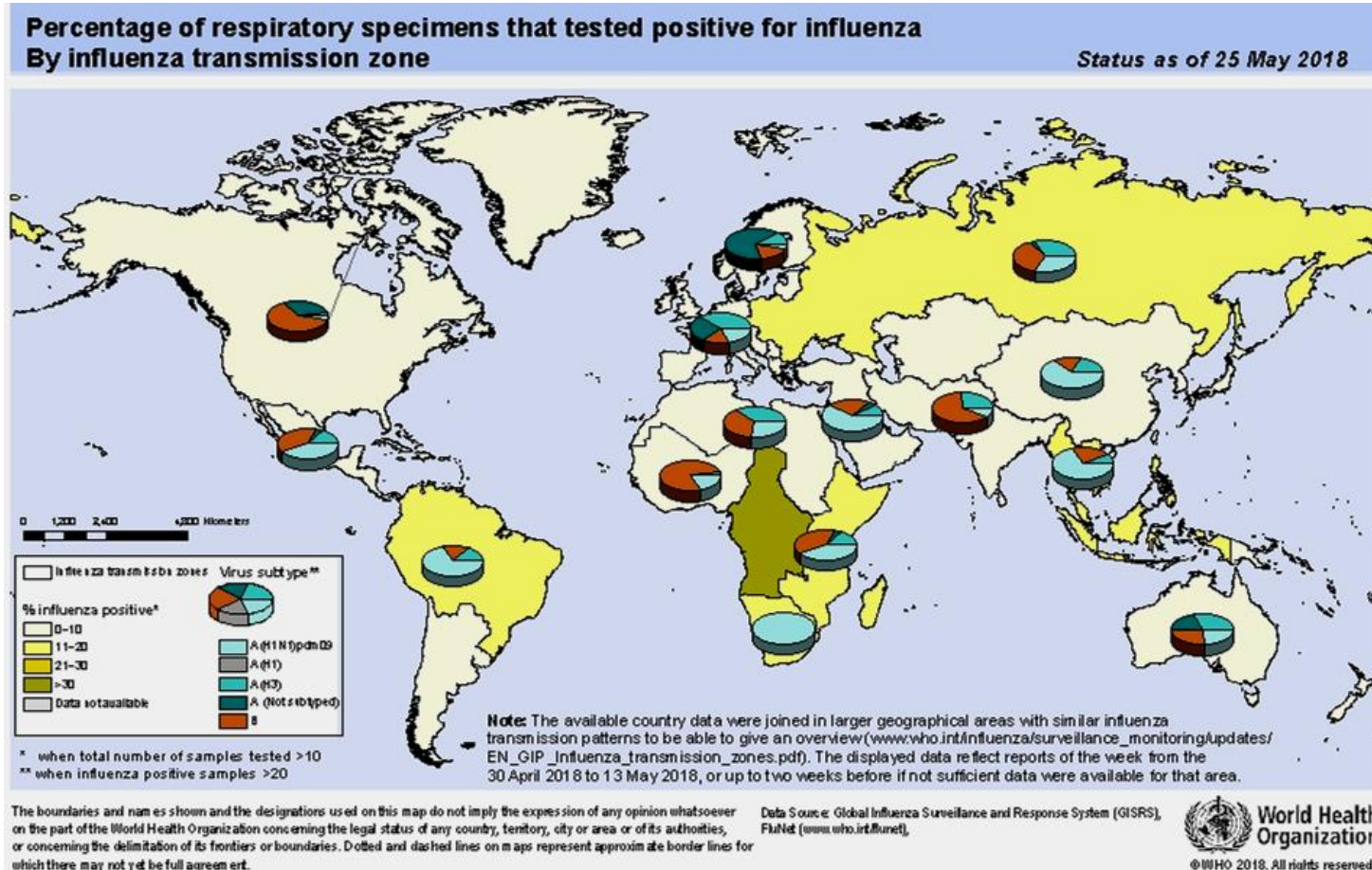
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)



COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

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

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



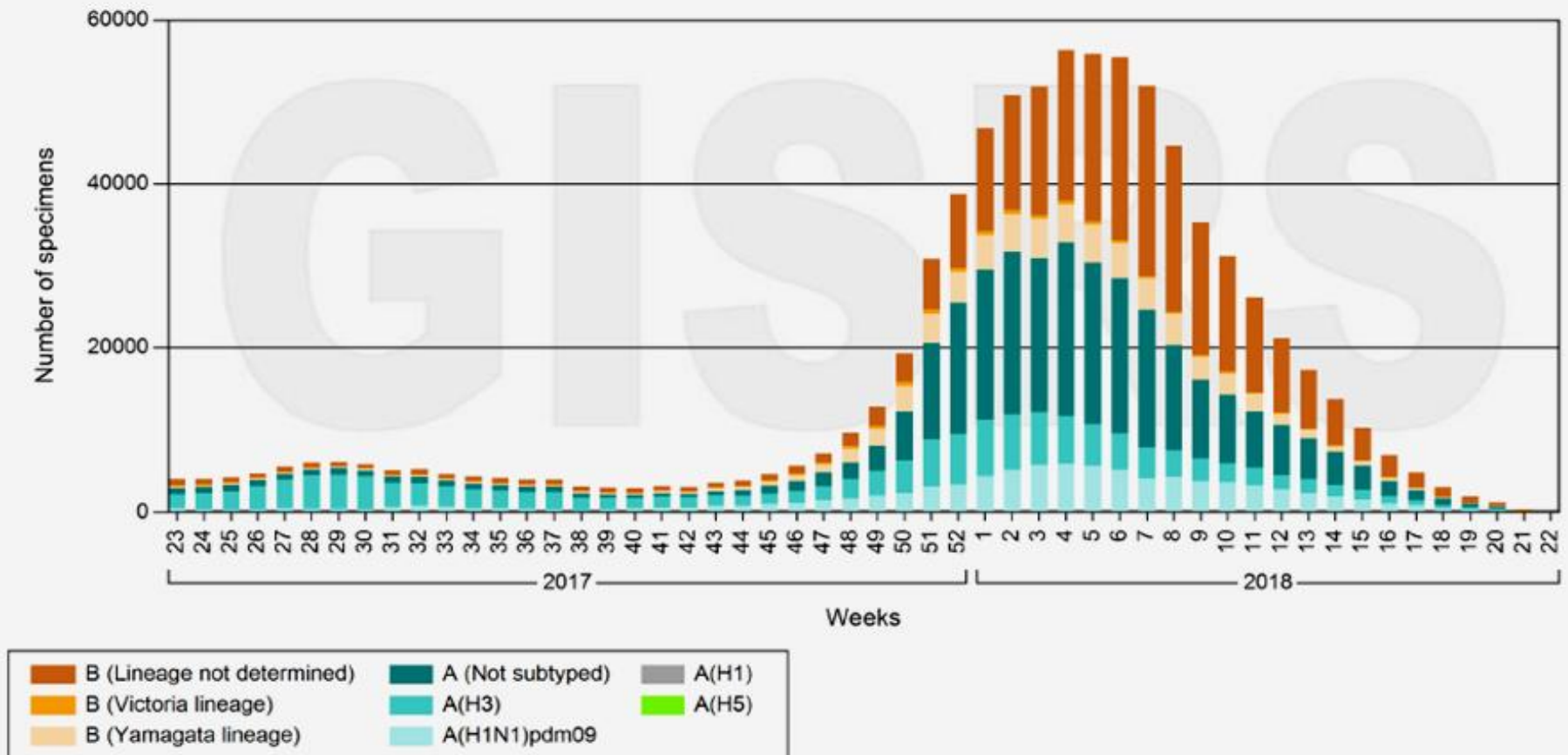
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 04/06/2018 11:19:24 UTC

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



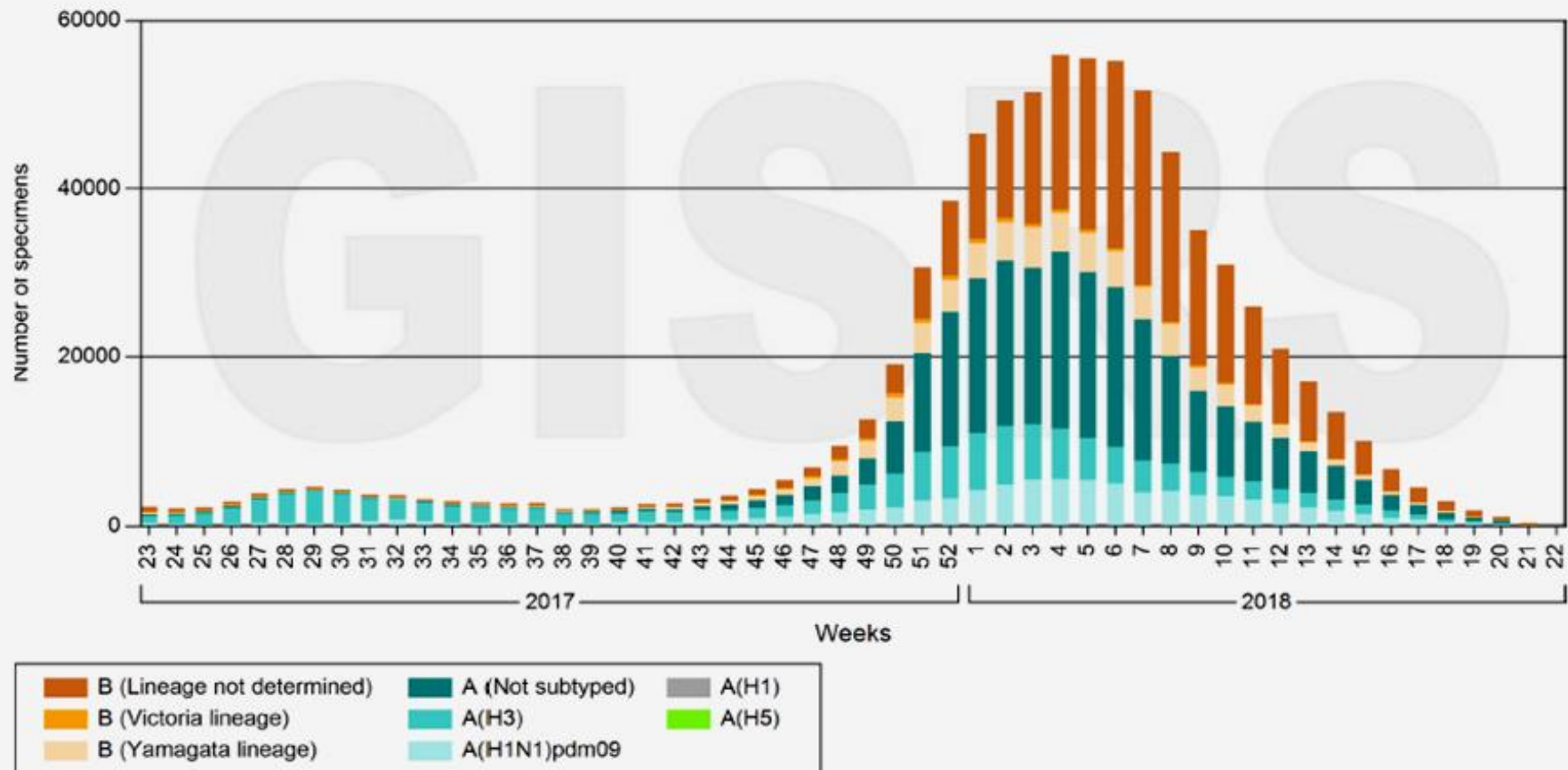
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 04/06/2018 11:20:42 UTC

Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

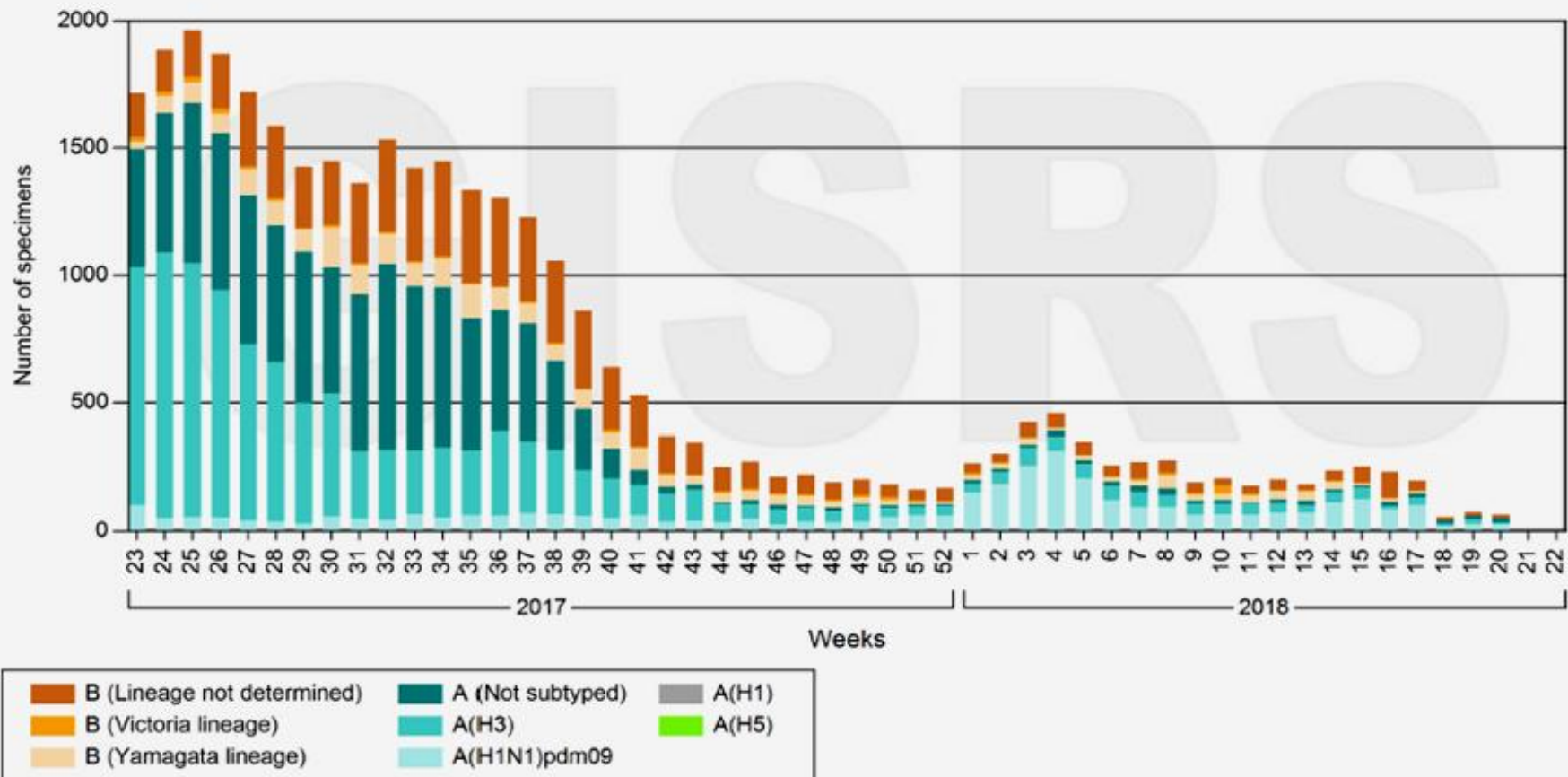
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 04/06/2018 11:21:43 UTC

Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype

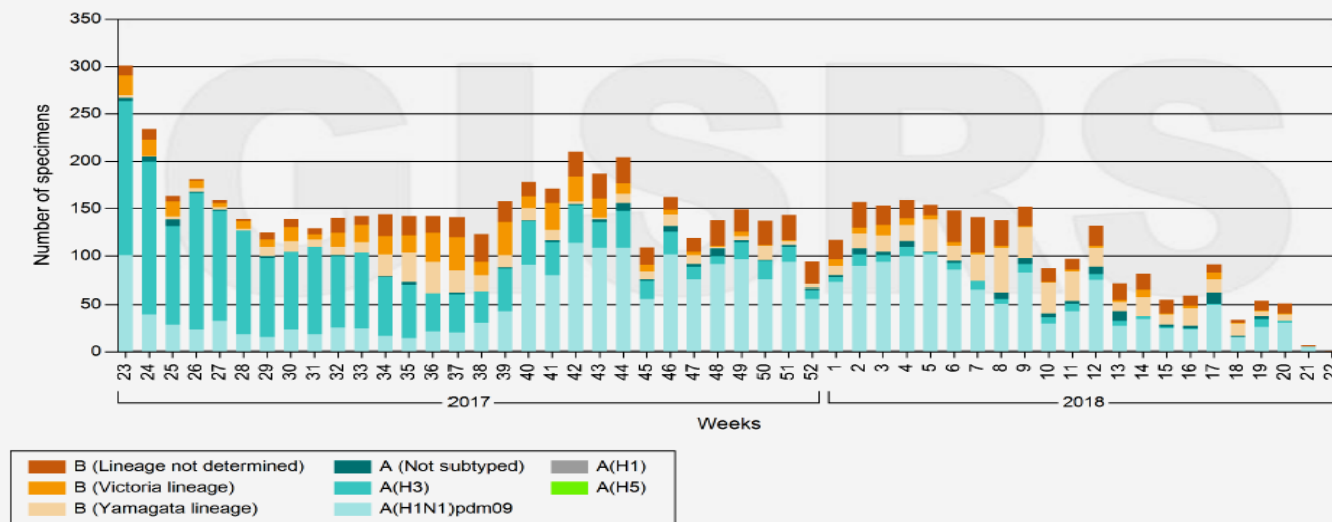


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

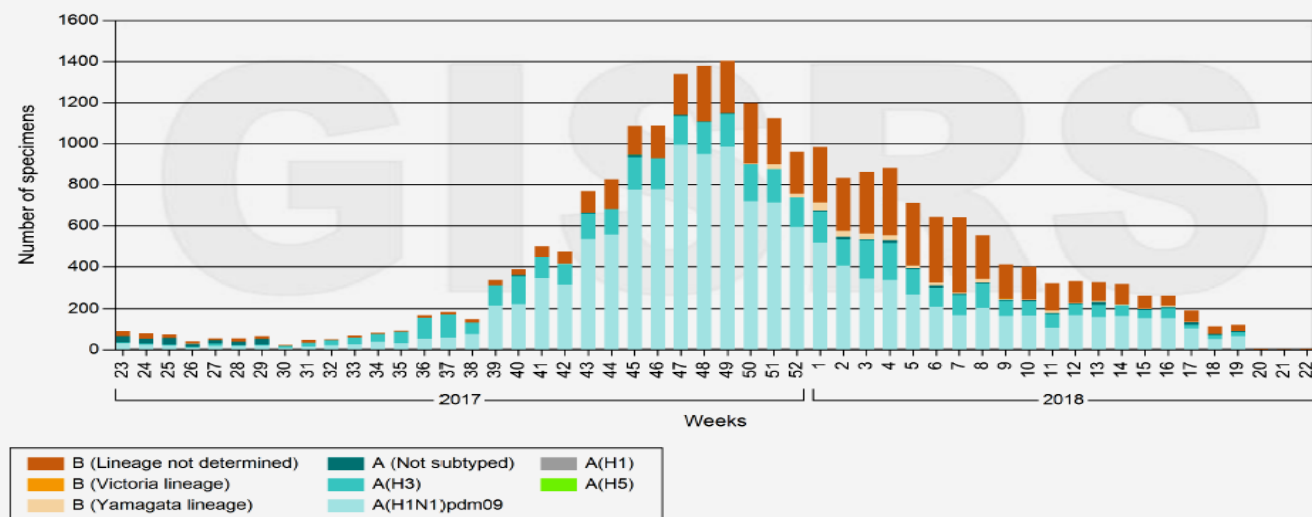
© World Health Organization 2018

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

generated on 04/06/2018 11:23:54 UTC

Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

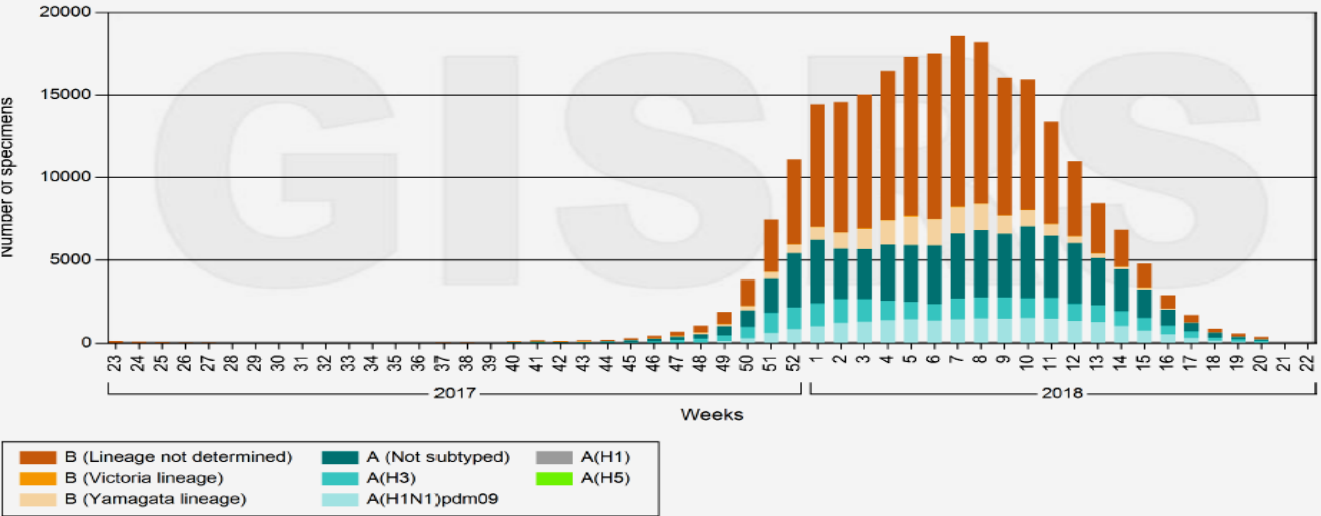


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

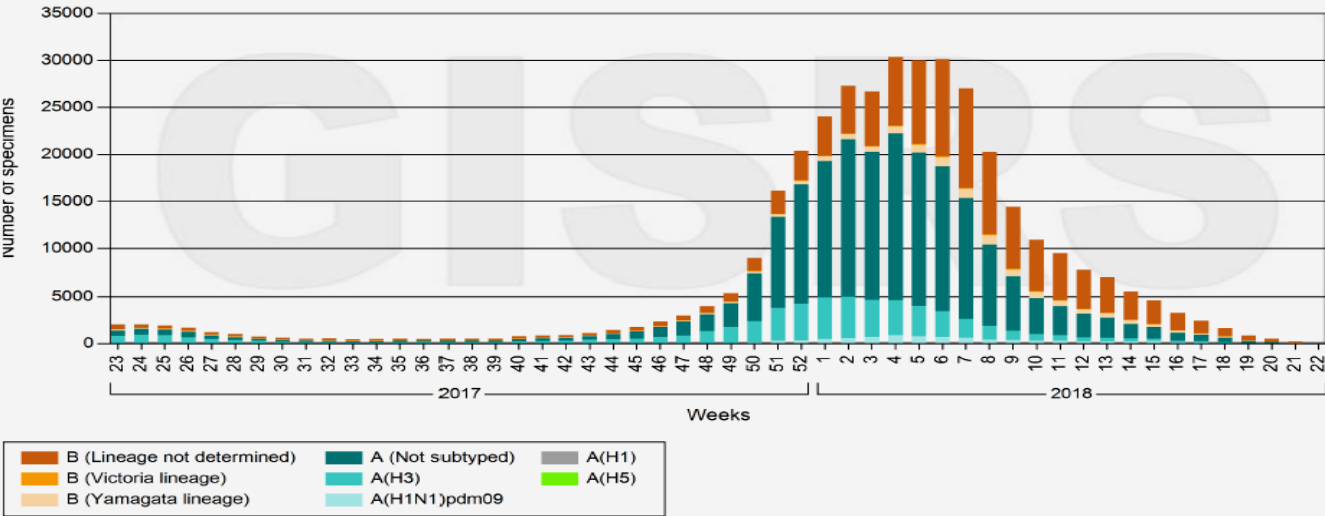
© World Health Organization 2018

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

generated on 04/06/2018 11:26:37 UTC

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



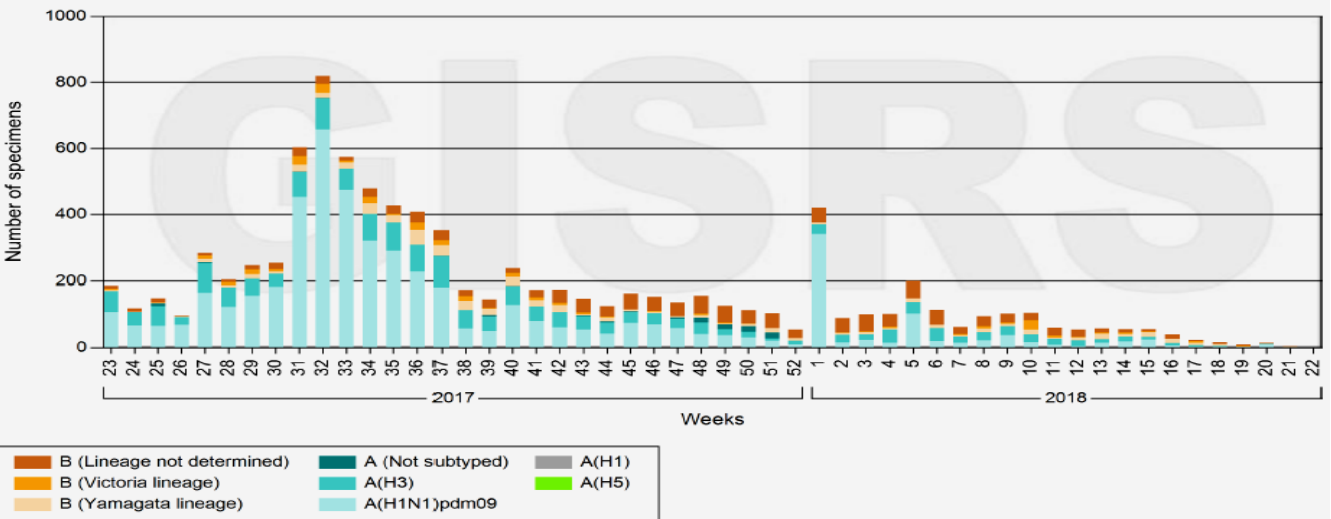
Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018



South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

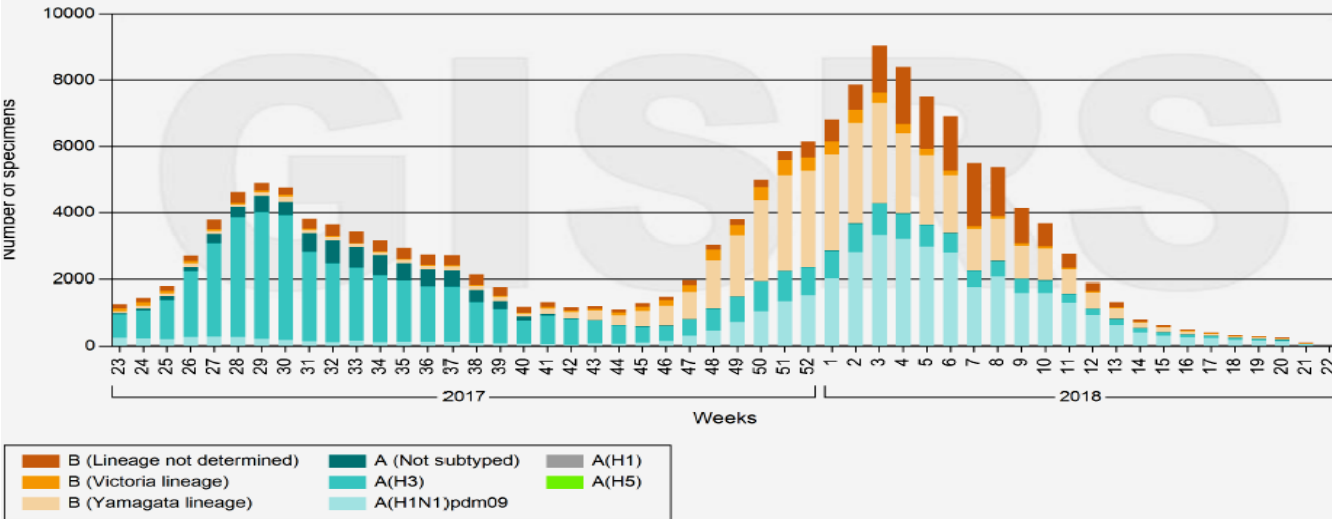


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

Fontes utilizadas na pesquisa

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