INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 10/2018

(04/03/2018 a 10/03/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

EVENTOS ESTADUAIS

Semana Epidemiológica 10/2018

(04/03/2018 a 10/03/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/03/2018

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná divulgou o boletim n°02/2018 sobre a situação epidemiológica da febre amarela (FA), vigilância de epizootias de Primatas Não Humanos – PNH (macacos), com dados do período de 01 de julho/2017 a jun/2018, conforme sazonalidade da doença padronizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

A vigilância de casos humanos é feita por meio da notificação de casos com sinais e sintomas compatíveis com FA. Todo caso suspeito deve ser imediatamente comunicado por telefone ou e-mail às autoridades de saúde em até 24 horas.

No período de 01 de julho/2017 a 10 de março/2018, foram notificados 97 casos suspeitos de febre amarela no Paraná, dos quais 01 foi confirmado por critério laboratorial, 62 foram descartados (critério laboratorial) e 34 permanecem em investigação. O caso confirmado de febre amarela é residente do município de Curitiba, com histórico de viagem para o município de Mairiporã – SP, o que define como sendo um caso importado.

Em relação à ocorrência de PNH (Primata Não Humano) doente ou morto de jul/2017 a 10/03/2018, houve notificações em 30 municípios, no entanto, não houve a confirmação do vírus amarílico.

Casos confirmados de febre amarela, segundo Regional de Saúde e município de residência, Paraná, 2008 – 2018[1].

Regional de Saúde	Município de resid	2008	2009	2013	2015	2018[1]
2ª RS Metropolitana	**Colombo	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**
	**Curitiba	1	0	0	0	1
5ª RS Guarapuava	*Laranjal	2	0	0	0	0
14ª RS Paranavaí	**Alto Paraná	0	1	0	0	0
15ª RS Maringá	**Maringá	1	0	0	0	0
16º RS Apucarana	**Arapongas	0	0	0	1	0
Total Paraná		**3**	**1**	**1**	**1**	1

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

[1] Resultados preliminares, sujeitos a alteração. DBF 09/03/2018.

* Caso autóctone

** Caso importado

Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

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

Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas on-line: SIVEP-Gripe (sistema das Unidades Sentinelas) e SINAN Influenza Web (sistema de todos os internados e óbitos por SRAG).
As amostras são coletadas e encaminhadas para análise no Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR). As informações apresentadas neste informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 09 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 02/03/2018.
A partir de 2018, o número de casos contabilizados no SRAG universal será apenas para os que obedeçam a definição de caso, conforme solicitação do Ministério da Saúde, com exceção do gráfico 6 que foi mantido os mesmos critérios dos anos anteriores a fim de comparação. Nos anos anteriores, todos os casos hospitalizados e óbitos, entraram na contagem de SRAG.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

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

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

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

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

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

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

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

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

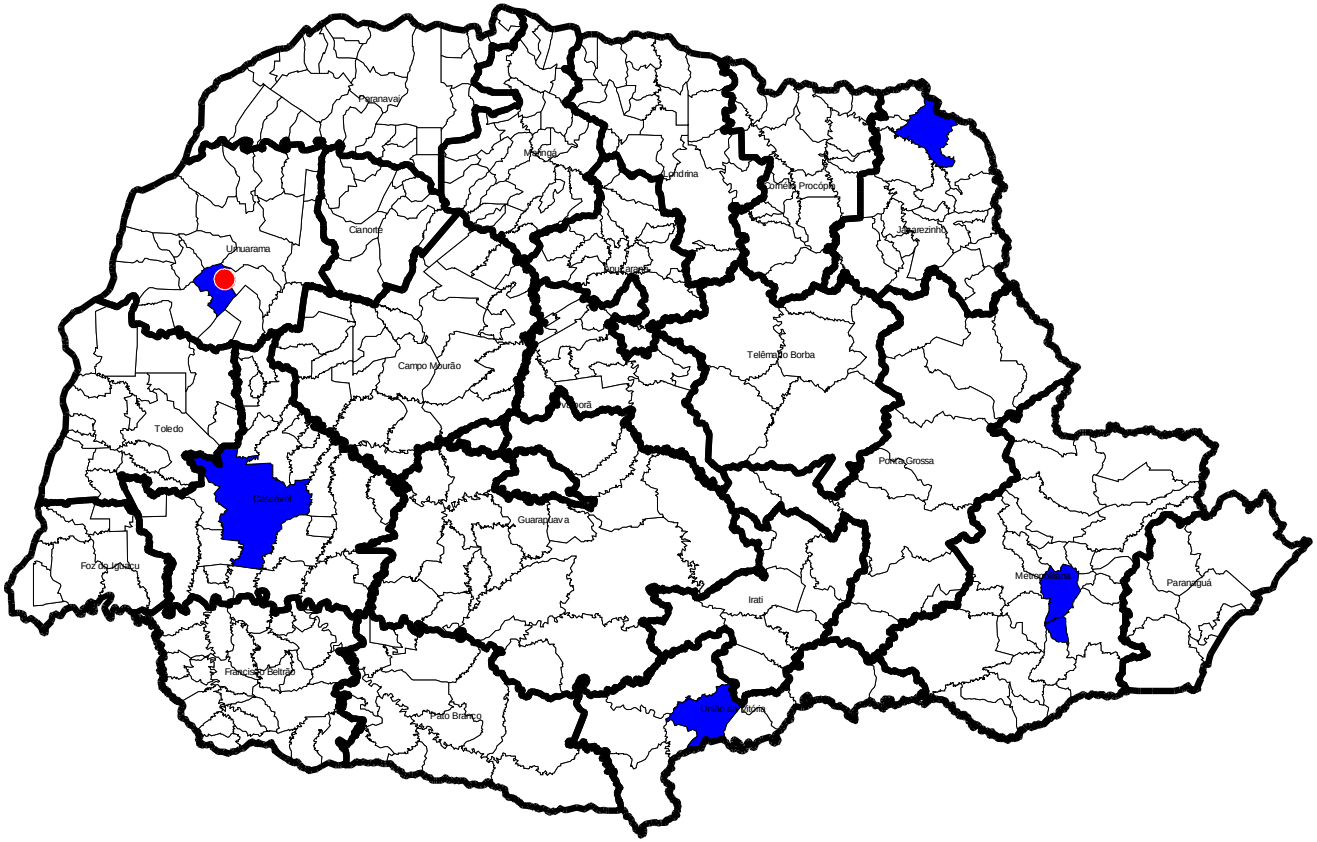
RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
2. Reg. Saúde Metropolitana	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0
Curitiba	0	0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

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

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



Casos de SRAG por Influenza
Óbitos de SRAG por Influenza
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/03/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

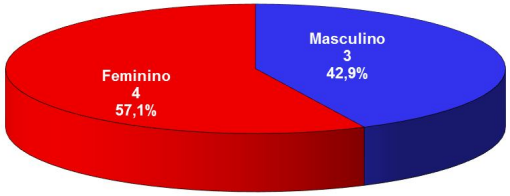
Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, foi observada diferença entre eles. Nos casos: o gênero feminino apresentou 57,1% (4/7) dos casos e o gênero masculino 42,9% (3/7) (Gráfico 2). E no óbito de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 0,0% (0/1) dos casos e o gênero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

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

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

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

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



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

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

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

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm 09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 2 anos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	33,3	2	28,6
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 19 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 29 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
30 a 39 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	1	14,3
40 a 49 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
50 a 59 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
≥ 60 anos	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	1	33,3	4	57,1
TOTAL	0	0	0	0	4	100	0	0	3	100	7	100

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

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm 09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
< 2 anos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2 a 4 anos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
5 a 9 anos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10 a 19 anos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
20 a 29 anos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
30 a 39 anos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40 a 49 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
50 a 59 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
≥ 60 anos	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
TOTAL	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0	1	100

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

Casos por Influenza (N=7)	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	**7**	**100,0**	**1**	**14,3**
Adultos ≥ 60 anos	4	57,1	1	25,0
Crianças < 5 anos	2	28,6	0	0,0
Doença cardiovascular crônica	2	28,6	1	50,0
Pneumopatias crônicas	2	28,6	0	0,0
Diabetes mellitus	1	14,3	0	0,0
Gestantes	1	14,3	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Doença neurológica crônica	0	0,0	0	0,0
Doença renal crônica	0	0,0	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Obesidade	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	**4**	**57,1**		
Vacinados	**1**	**14,3**		

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

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

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

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

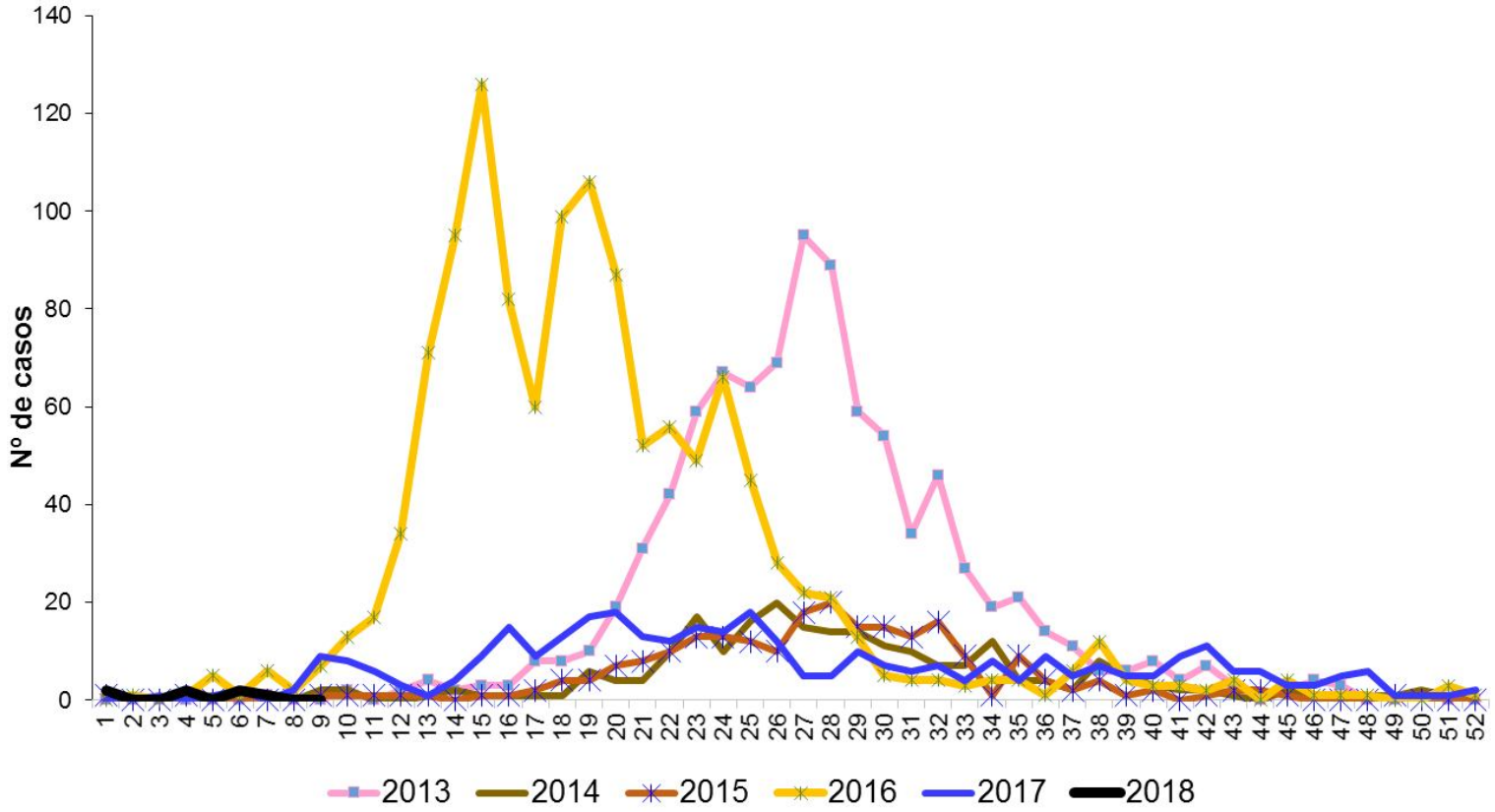
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

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

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



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

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

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

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

*Obs: Resultados provenientes de laboratórios particulares, prováveis Influenza A(H1N1)pdm09.
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 02/03/2018, dados sujeitos a alterações.

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

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

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

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

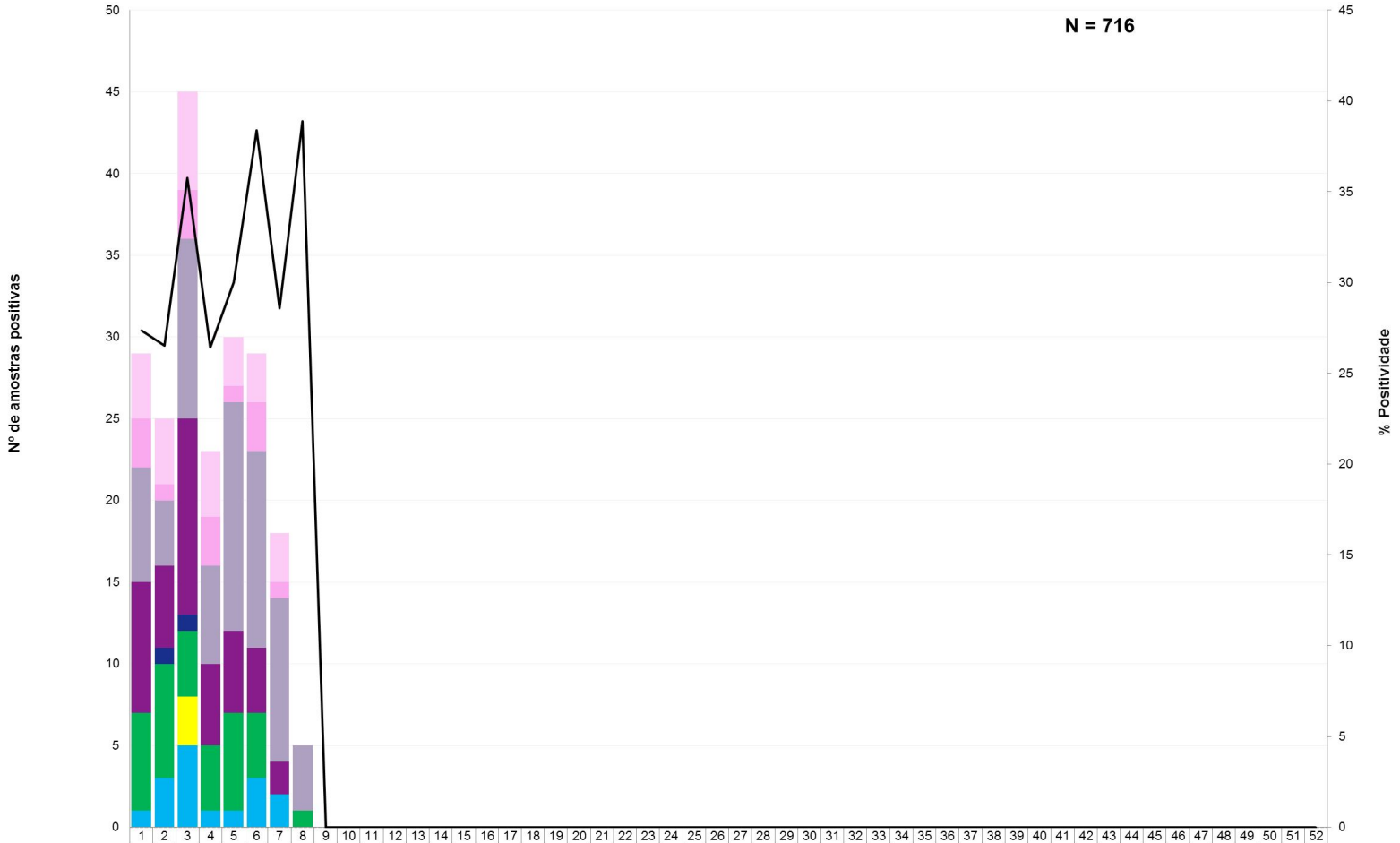
Tabela 8 - Casos de SG de Influenza segundo faixa etária e subtipo viral, Paraná, 2018.

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

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

INFLUENZA

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



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

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

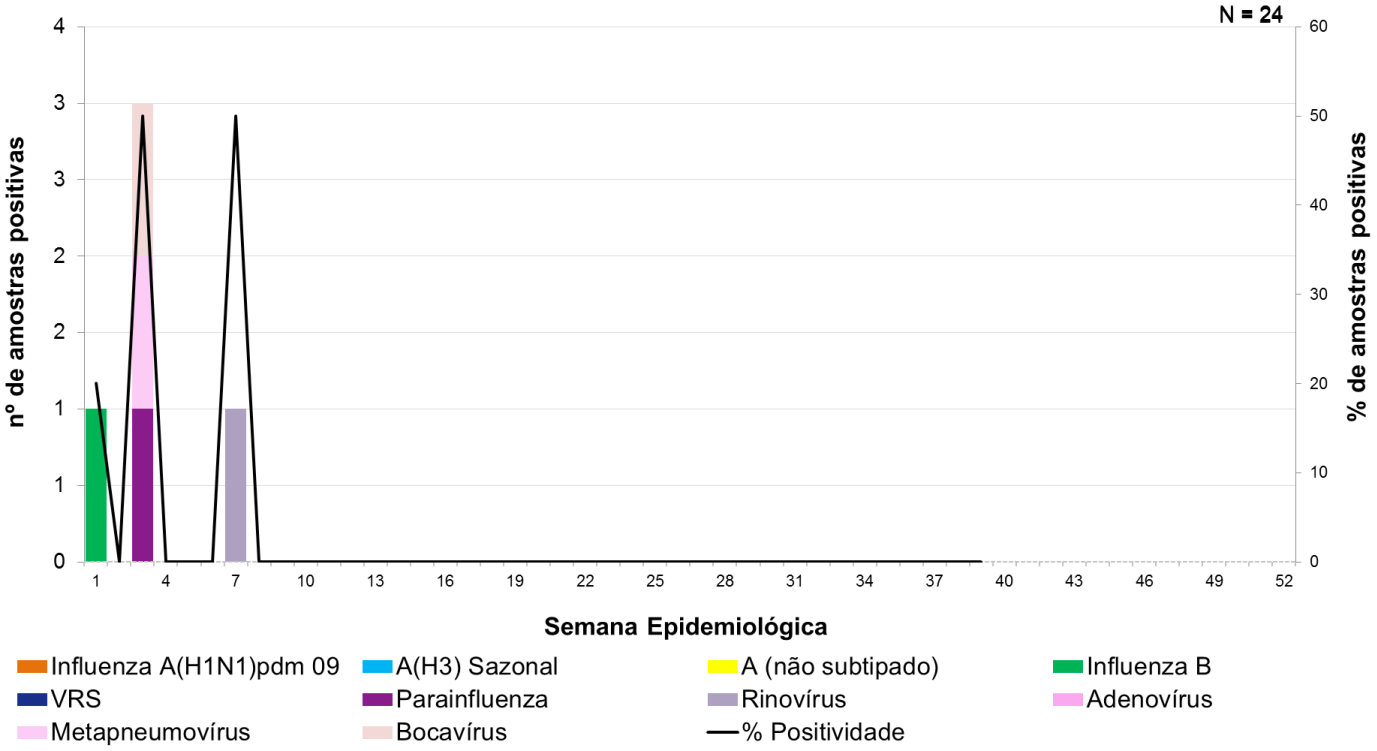
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 02/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI
Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 41 coletas, sendo 24 (58,5%) processadas. Dentre estas, 5 (20,8%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios. Das amostras positivas para Influenza, foram detectados 0 (0,0%) para Influenza A(H1N1)pdm 09, 0 (0,0%) para Influenza A(H3) Sazonal, 0 (0,0%) para Influenza A (não subtipado), 1 (100,0%) para Influenza B. Entre os outros vírus evidenciam-se: 0 (0,0%) de VRS, 1 (25,0%) de Parainfluenza, 1 (25,0%) de Rinovírus, I21 (25,0%) de Metapneumovírus, 0 (0,0%) de Adenovírus, 1 (25,0%) de Bocavírus (Gráfico 6).

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



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 02/03/2018

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

Medidas Preventivas para Influenza

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

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

Outras medidas são:

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

Utilizar lenço descartável para higiene nasal.

Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.

Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.

Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.

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

Manter os ambientes bem ventilados.

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

Evitar sair de casa em período de transmissão da doença.

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

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

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

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

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 13/03/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2017 (primeira semana de agosto) a 10/2018.

Foram notificados no referido período 14.595 casos suspeitos de dengue, dos quais 10.157 foram descartados. Os demais estão em investigação.

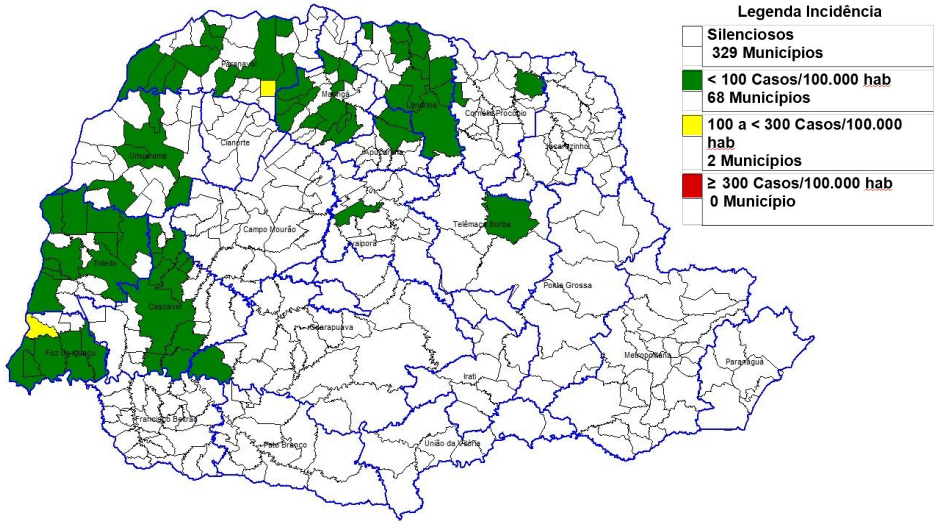
A incidência no Estado é de 4,52 casos por 100.000 hab. (505/11.163.018 hab.). O Ministério da Saúde classifica como baixa incidência quando o número de casos autóctones for menor do que 100 casos por 100.000 habitantes.

Os municípios com maior número de casos suspeitos notificados são Londrina (2.696), Maringá (1.776) e Foz do Iguaçu (1.249).

Os municípios com maior número de casos confirmados são: Maringá (148), Foz do Iguaçu (52), e Cambé (25).

DENGUE – PARANÁ 2017/2018*	Período 2017/2018
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	294
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	73
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	12
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	70
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (09ª,10ª, 12ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª, 18ª, 20ª, 21ª e 22ª)	11
TOTAL DE CASOS	520
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	505
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	15
TOTAL DE NOTIFICADOS	14.595

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2017 a 10/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2017 a 10/2018.

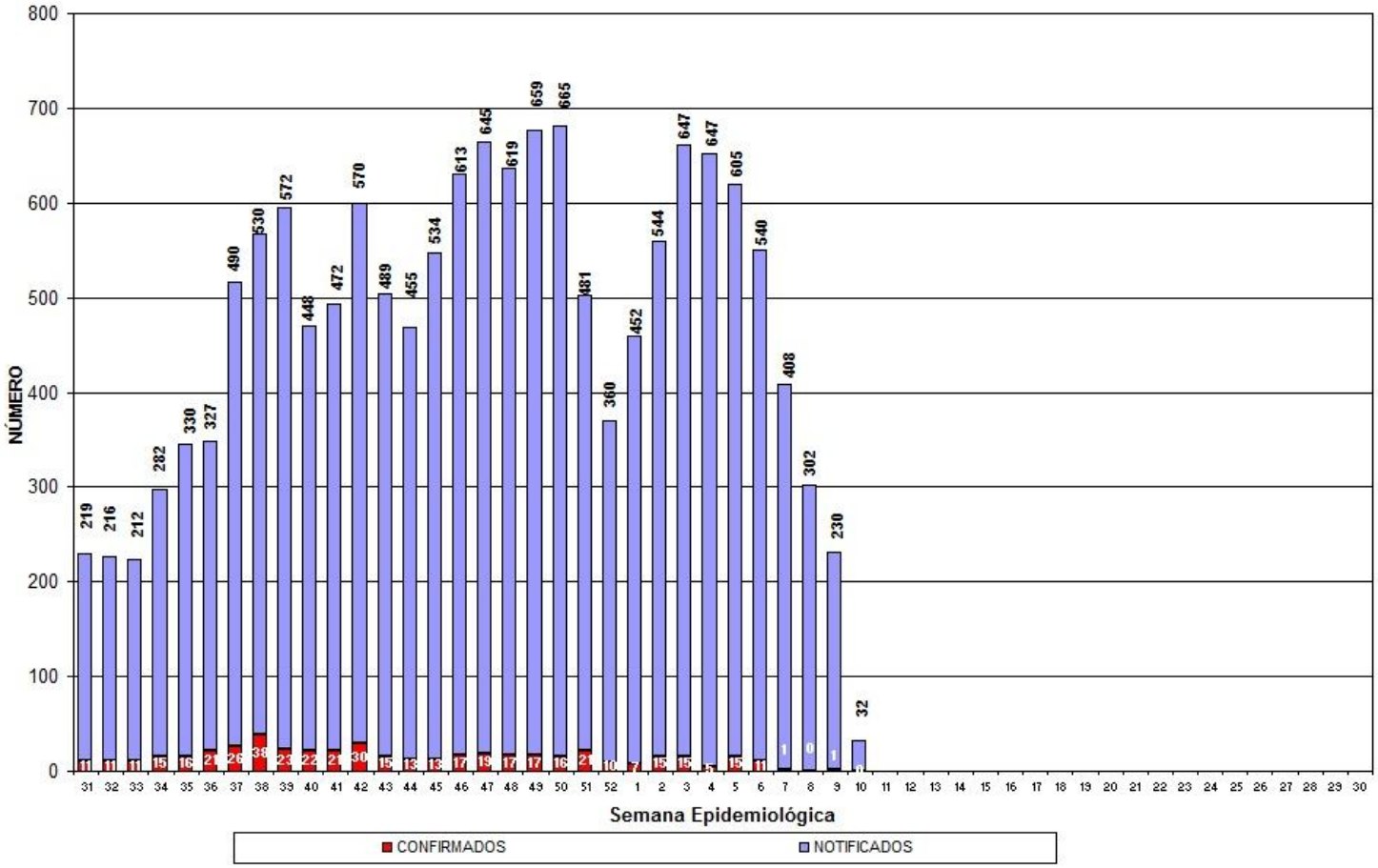
Classificação Final	Critério de encerramento		Total
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	408 (78,5)	112 (21,5%)	520
Dengue com Sinais de Alarme (D S A)	8	-	8
Dengue Grave (D G)	3	-	3
Descartados	-	-	10.157
Em andamento/investigação	-	-	3.907
Total	419 (2,9%)	112 (0,8%)	14.595

Fonte: Sala de Situação em Saúde/SVS/SESA

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 13/03/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2017 a 10/2018.

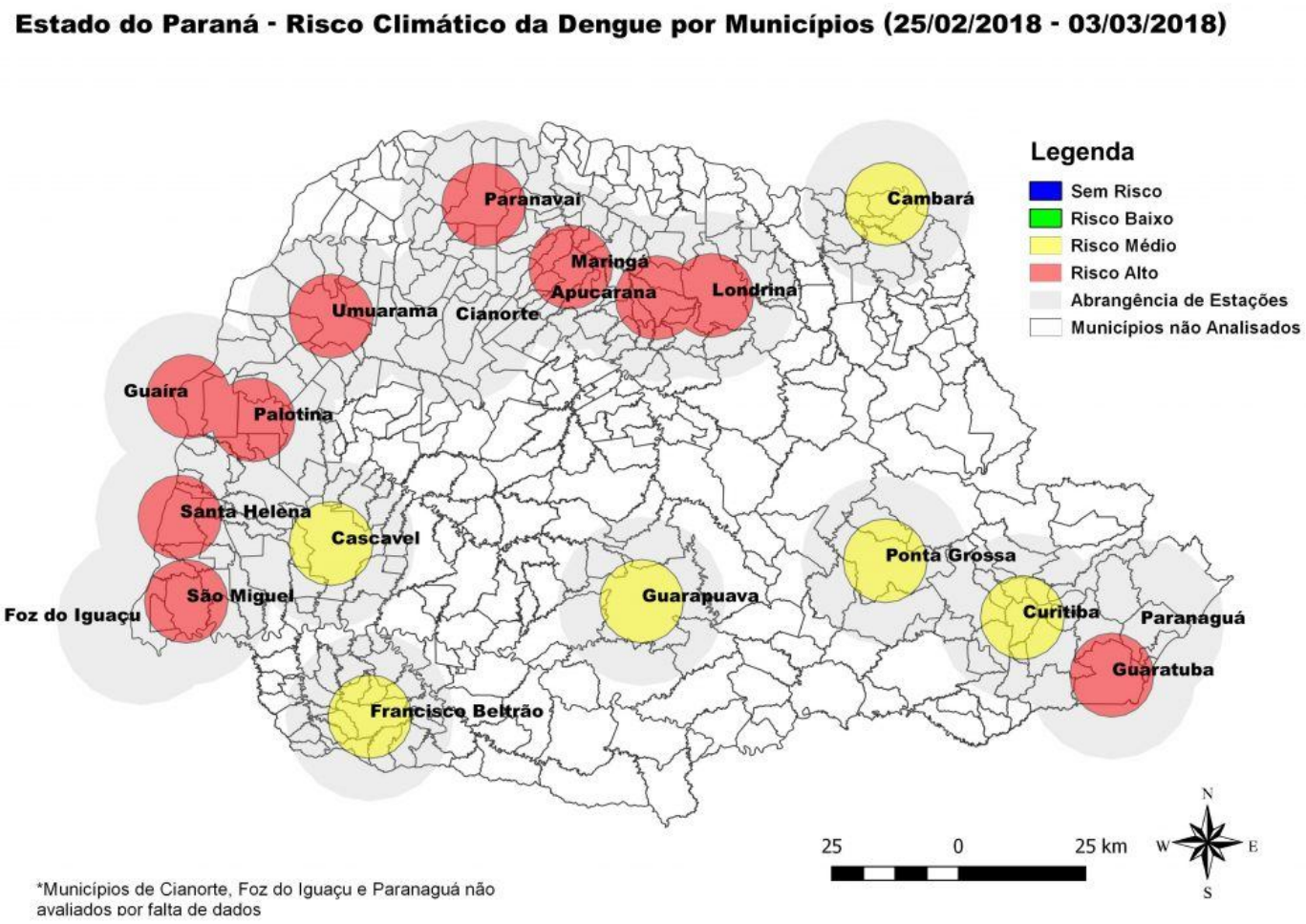
DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/03/2018

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

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



Fonte: Laboclima/UFPR

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/03/2018

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

Tabela 2 – Número de casos de dengue, notificados, dengue grave (DG), dengue com sinais de alarme (DSA), óbitos e incidência por 100.000 habitantes por Regional de Saúde, Paraná – Semana Epidemiológica 31/2017 a 10/2018

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	1.029	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	0	4	4	604	0	0	0	-
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	33	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	15	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	40	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	15	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	82	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	0	0	0	288	0	0	0	-
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	87	4	91	1.613	6	2	0	21,43
10ª RS - Cascavel	540.131	57	4	61	692	0	0	0	10,55
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	508	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	5	0	5	371	0	0	0	1,80
13ª RS - Cianorte	154.374	0	0	0	166	0	0	0	-
14ª RS - Paranavaí	274.257	38	0	38	881	0	0	0	13,86
15ª RS - Maringá	799.890	169	1	170	2.313	0	0	0	21,13
16ª RS - Apucarana	372.823	2	0	2	347	0	0	0	0,54
17ª RS - Londrina	935.904	93	0	93	4.520	2	1	0	9,94
18ª RS - Cornélio Procópio	230.231	1	0	1	265	0	0	0	0,43
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	197	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	51	2	53	533	0	0	0	13,22
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	1	0	1	50	0	0	0	0,54
22ª RS - Ivaiporã	138.130	1	0	1	33	0	0	0	0,72
TOTAL PARANÁ	11.163.018	**505**	**15**	**520**	**14.595**	**8**	**3**	**0**	**4,52**

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

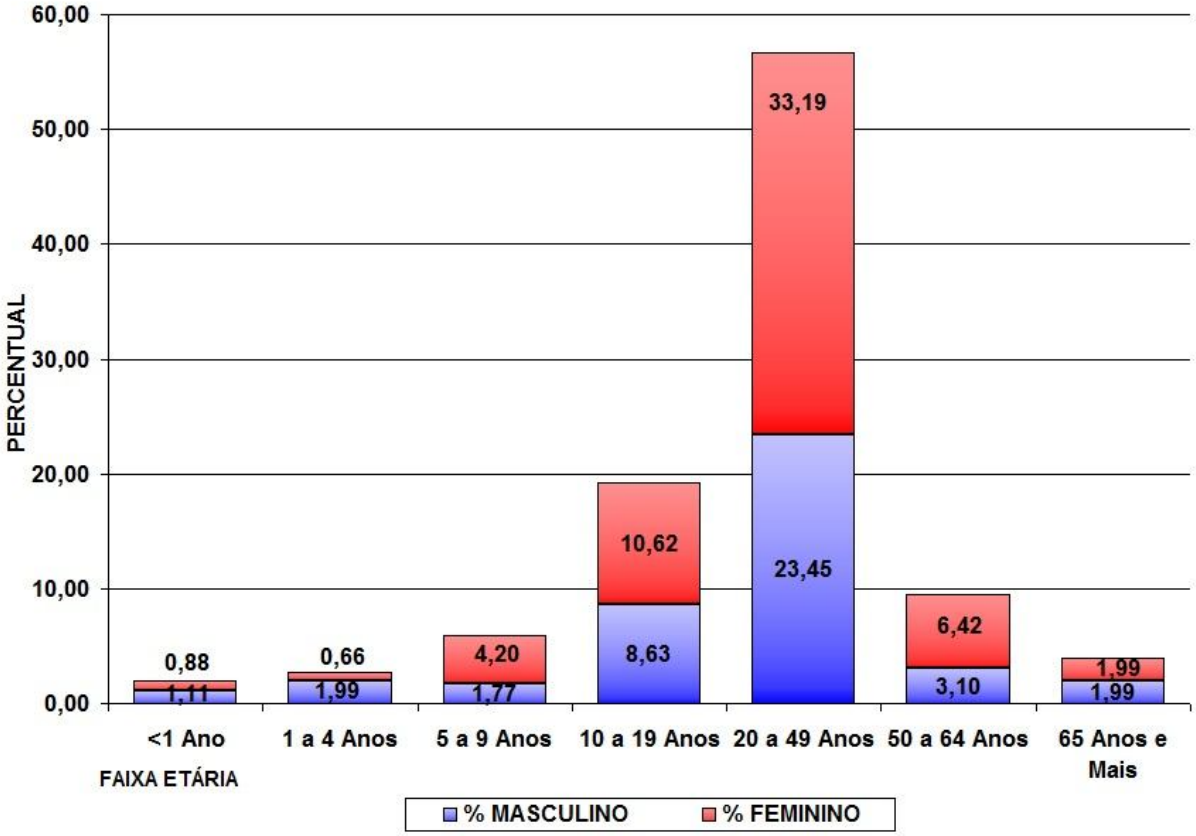
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 13/03/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 56,64% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pelas faixas etárias de 10 a 19 anos com 19,25% dos casos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2017 a 10/2018, Paraná – 2017/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

EVENTOS NACIONAIS
Semana Epidemiológica 10/2018
(04/03/2018 a 10/03/2018)

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

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 07/03/2018
Fonte da informação: ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COMENTÁRIOS:

* A Anvisa publicou no dia 06 de março, a proibição de diversos produtos clandestinos. Entre os produtos estão saneantes, medicamentos e cosméticos que eram fabricados sem autorização.

Saneantes

Os produtos saneantes Polidor Alumínio, fabricado pela empresa YSO Da Vitória Indústria e Comércio LTDA; Fortzyme Plus, fabricado pela empresa Fortsan Do Brasil Indústria Química e Farmacêutica LTDA; e Hipoclorito de Sódio fabricado pela empresa LW Comércio de Produtos Químicos LTDA, eram fabricados sem registro, notificação ou cadastro na Anvisa.

Medicamentos e cosméticos

A empresa A.F.N Pessoa Cosméticos-ME, que atuava sem autorização de funcionamento, fabricava medicamentos fitoterápicos e cosméticos sem registro/notificação na Anvisa. Com isso, todos os medicamentos e cosméticos fabricados pela empresa estão proibidos.

Já a empresa Centro de Referência em Dependência Química Sol vendia produtos sem nenhum tipo de aprovação e sem autorização. Com a comprovação, ficou determinada a proibição dos produtos Cortotexetina, Renovy, Becalm, Quelanol E Spartequim divulgados pela empresa.

Fica determinada a proibição da fabricação, distribuição, divulgação, comercialização e do uso dos produtos clandestinos citados.

* A Anvisa publicou no dia 06 de março, a suspensão de alguns lotes dos medicamentos Ípsilon, Sinot e Furosemida. Os medicamentos são autorizados, entretanto alguns lotes apresentaram problemas.

Ípsilon

Fabricado pela empresa Zydus Nikkho Farmacêutica Ltda, o medicamento Ípsilon solução injetável teve o lote 6112323, com validade até 11/2018, suspenso por erro na embalagem. Frascos do medicamento Ipsilon 4g foram embalados em cartuchos do medicamento Ipsilon 1g.

A decisão foi publicada na RE Nº 536, de 2 de março de 2018.

Sinot

Também foi suspenso o lote 514165 dos medicamentos Sinot e Sinot Clav, fabricados em 07/2017, com vencimento em 07/2019. Algumas unidades do medicamento Sinot Clav (amoxicilina tri-hidratada + clavulanato de potássio) 70 mL podem ter sido embaladas como Sinot (amoxicilina tri-hidratada). A empresa fabricante Eurofarma Laboratórios S.A comunicou o recolhimento voluntário.

A decisão foi publicada na RE Nº 540, de 2 de março de 2018.

Furosemida

Já o lote 20200417 do medicamento Furosemida foi suspenso por apresentar resultado insatisfatório na análise de rótulo. O medicamento é fabricado pela empresa Santisa Laboratório Farmacêutico S.A.

A decisão foi publicada na RE Nº 538, de 2 de março de 2018.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 07/03/2018
Fonte da informação: ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COMENTÁRIOS:

A Anvisa suspendeu no dia 06 de março, 32 lotes do medicamento Diprivan®, propofol, emulsão injetável. Os lotes foram armazenados de forma inadequada pela empresa Majela Medicamentos Ltda. A decisão também considerou o comunicado da empresa fabricante, Aspen Pharma Indústria Farmacêutica Ltda., de realizar o recolhimento voluntário.

A decisão se aplica somente aos lotes citados que foram distribuídos pela atacadista Majela Medicamentos Ltda., localizada na cidade de João Pessoa/PB. A medida suspende a distribuição, comercialização e o uso dos lotes mencionados.

O medicamento é indicado para indução e manutenção de anestesia geral em procedimentos cirúrgicos.

Confira ao lado a lista dos lotes suspensos, conforme a RE 537, de 2 de março de 2018:

Produto	Lote
Diprivan 10 mg/ml contendo 5 frascos de 20 ml	X16037A
Diprivan 10 mg/ml contendo 5 frascos de 20 ml	**X16036A**
Diprivan 20 mg/ml contendo 1 frasco de 50 ml	T16011A
Diprivan PFS 2 % contendo 1 seringa de 50 ml	MJ946
Diprivan PFS 1 % contendo 1 seringa de 50 ml	MJ426
Diprivan 10 mg/ml contendo 1 frasco de 50 ml	K16003A
Diprivan PFS 1 % contendo 1 seringa de 50 ml	MJ644
Diprivan 20 mg/ml contendo 1 frasco de 50 ml	T16012B
Diprivan 10 mg/ml contendo 1 frasco de 100 ml	L16011A
Diprivan 20 mg/ml contendo 1 frasco de 50 ml	T16010B
Diprivan 10 mg/ml contendo 5 frascos de 20 ml	X16066A
Diprivan PFS 1 % contendo 1 seringa de 50 ml	MT744
Diprivan PFS 2 % contendo 1 seringa de 50 ml	MT681
Diprivan PFS 1 % contendo 1 seringa de 50 ml	MV905
Diprivan 10 mg/ml contendo 1 frasco de 100 ml	L16012A
Diprivan 10 mg/ml contendo 1 frasco de 50 ml	K16011A
Diprivan 10 mg/ml contendo 5 frascos de 20 ml	X16066B
Diprivan PFS 1 % contendo 1 seringa de 50 m	MW427
Diprivan PFS 2 % contendo 1 seringa de 50 ml	MW185
Diprivan 20 mg/ml contendo 1frasco de 50 ml	T16013A
Diprivan PFS 1 % contendo 1 seringa de 50 ml	MW187
Diprivan 10 mg/ml contendo 5 frascos de 20 ml	X16059B
Diprivan 10 mg/ml contendo 1 frasco de 100 ml	L16013A
Diprivan PFS 1 % contendo 1 seringa de 50 m	MW773
Diprivan 20 mg/ml contendo 1 frasco de 50 ml	T16015B
Diprivan PFS 2 % contendo 1 seringa de 50 ml	MW186
Diprivan 10 mg/ml contendo 5 frascos de 20 ml	X17014A
Diprivan 10 mg/ml contendo 1 frasco de 50 ml	K16003B
Diprivan 10 mg/ml contendo 1 frasco de 100 ml	L16013B
Diprivan 10 mg/ml contendo 5 frascos de 20 ml	X17015A
Diprivan PFS 2 % contendo 1 seringa de 50 ml	MW774
Diprivan PFS 1 % contendo 1 seringa de 50 ml	MY636

SARAMPO

Local de ocorrência: Amazonas
Data da informação: 12/03/2018
Fonte da informação: amazonasatual.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

São cinco os casos suspeitos de sarampo em Manaus, anunciou a Semsa (Secretaria Municipal de Saúde). O mais recente foi identificado no sábado (10/03), e todos são crianças (duas do sexo masculino e três do sexo feminino) com idades que variam de quatro meses a um ano, portanto, ainda não imunizadas contra a doença. O Ministério da Saúde recomenda a aplicação da primeira dose da vacina tríplice viral (VTV) a partir de um ano de idade, apenas.

A Semsa adotou ação de bloqueio, que consiste na investigação de todo o percurso feito pelo paciente e que começa dois dias antes da notificação. Os técnicos da secretaria observam, ainda, as pessoas com as quais o paciente teve contato, e houve deslocamento para fora da cidade e/ou bairro onde mora, caderneta de vacinação de todas as pessoas que tiveram contato com o doente, além de fazer a vacinação seletiva. Essa ação incluiu o mapeamento de toda a área, definindo os quarteirões e suas dimensões, para que as equipes da Semsa façam o trabalho de vacinação casa a casa.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que a Zona Norte de Manaus tem cerca de 500 mil habitantes. Os casos em investigação ocorreram no Santa Etelvina (2), Monte das Oliveiras (2) e Comunidade São João, no Km 04 da BR-174 (1).

O sarampo é uma doença infecciosa aguda, causada por vírus. É de notificação compulsória imediata. Desde o início da semana, a Prefeitura de Manaus, por meio da Semsa, está intensificando a vacinação contra o sarampo em todas as 185 salas de vacina, sendo 183 nas Unidades Básicas de Saúde do município e duas particulares.

O reforço considera os alertas emitidos pela Coordenadoria Geral da Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS), inclusive em conjunto com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), referente ao surto de sarampo no Estado de Bolívar, na Venezuela, fronteira com Roraima, informando a notificação de 857 casos suspeitos de sarampo, com a confirmação de 465 casos.

Fonte: google.com.br

INFLUENZA A (H1N1)

Local de ocorrência: Goiás
Data da informação: 12/03/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Morreu, no domingo (11/03), a oitava interna do Hospital Vila São Cottolengo após um surto de influenza A, causado pelo vírus H1N1 na unidade, em Trindade, na Região Metropolitana da capital. Rosa Maria dos Santos, de 54 anos, era uma das três pacientes diagnosticadas com o vírus da doença e estava internada em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital de Urgências de Goiânia.

Além dela, outros sete pacientes da unidade morreram em um prazo de nove dias, mas as causas das mortes deles não ainda foram confirmadas.

Em nota, a assessoria de comunicação da Vila São José Bento Cottolengo, em Trindade, informou que a morte foi ocasionada por sepse, que “pode ter sido agravada por complicações do quadro de H1N1, já que o paciente havia sido diagnosticado com a doença.” A unidade disse que aguarda vaga para que outro paciente seja encaminhado a uma UTI.

De acordo com a assessoria de imprensa do Hospital de Urgências de Goiânia, Rosa Maria havia sido internada por conta de uma infecção pulmonar. Ela estava em estado grave, em tratamento em uma UTI, respirando com ajuda de aparelhos, e morreu por volta das 17h20 de domingo.

Outros três internos da Vila São Cottolengo seguem internados no Hugo. Os pacientes têm 39, 43 e 50 anos, estão em estado grave e não possuem, segundo o hospital, previsão de alta.

O Hospital Vila São Cottolengo atende atualmente a 320 pessoas. Entre elas estão crianças, jovens e adultos em situação de vulnerabilidade social e comprometimento da saúde mental e motora.

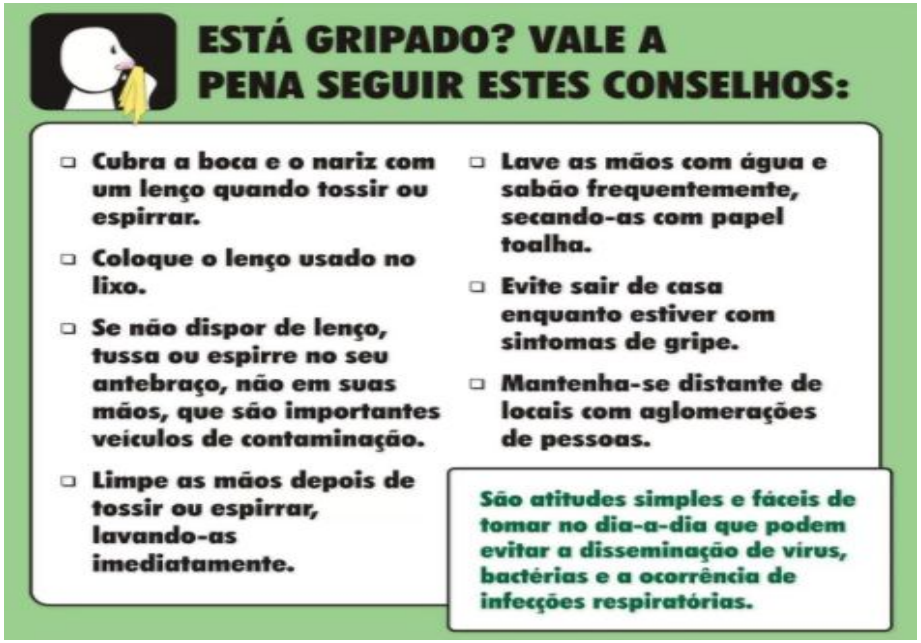
As outras sete mortes ocorreram entre os dias 24 de fevereiro e 5 de março. O hospital informou, no sábado (10) que "não era possível informar se os óbitos estão diretamente relacionadas com o H1N1" identificado nos três pacientes hospitalizados.

De acordo com o diretor da unidade, Sandro Gomes Albino, das sete mortes, quatro foram motivadas por pneumonia. Um caso encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO) teve resultado negativo para H1N1. Os outros dois óbitos foram por outras causas não informadas.

Por sua vez, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) informou em nota divulgada no sábado que ainda não é possível afirmar o motivo das sete mortes. Conforme o órgão, elas seguem sob investigação. As amostras já foram encaminhadas para um laboratório e não há prazo para que os laudos fiquem prontos.

A Secretaria de Saúde de Trindade também acompanha o caso. Em nota, a Vigilância Epidemiológica da cidade informou que acompanha a evolução dos pacientes e aguarda o resultado dos laudos.

Segundo a SES, após as análises apontarem três casos de Influenza A pelo vírus H1N1, medidas de tratamento foram adotadas. Entre elas está a quimioprofilaxia com o medicamento tamiflu. O surto da doença foi confirmado por uma nota informativa divulgada pelos técnicos responsáveis pela investigação.



Fonte: google.com.br

CAXUMBA

Local de ocorrência: Sergipe
Data da informação: 09/03/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A Secretaria Municipal de Aracaju (SMS) confirmou na sexta-feira (9/03) que a capital registra um surto de caxumba.

De acordo com a Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS), Taíse Cavalcante para configurar como surto da doença basta a confirma-ção de três casos e já foram registrados 15. “A maioria dos casos foi registrado em uma mesma escola. Mas como a doença é altamente transmissível e o período de encubação pode ser longo, até de 25 dias, os casos são tratados como surto”, explica.

Segundo o infectologia Marco Aurélio Góes, os sintomas mais comuns são: inchaço na região do pescoço, dor ou dificuldade para engolir, dor de cabeça e febre não muito alta. Ele destaca que esses sintomas são os mesmos de outras doenças e por isso só uma avaliação médica vai poder confirmar se é caxumba.

Imunização

Quem tem de 1 a 29 anos deve receber duas doses da vacina tríplice viral, contra sarampo, caxumba e rubéola. A partir dos 30 anos até os 49, é necessária apenas uma dose.

Fonte: google.com.br

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 09/03/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Para evitar risco de importação da poliomielite no Brasil, o governo brasileiro está alertando a população para casos da doença em 22 países no globo.

Atualmente, há poliomielite no Afeganistão, Nigéria, Paquistão, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Guiné Equatorial, Etiópia, Guiné, Iraque, Quênia, República Democrática Popular do Laos, Libéria, Madagascar, Myanmar, Níger, Serra Leoa, Somália, Sudão do Sul, Ucrânia, Síria e República Democrática do Congo.

Por isso, aqueles que não tomaram todas as doses da vacina, devem procurar um posto de saúde - principalmente no caso de viagem para um desses países.

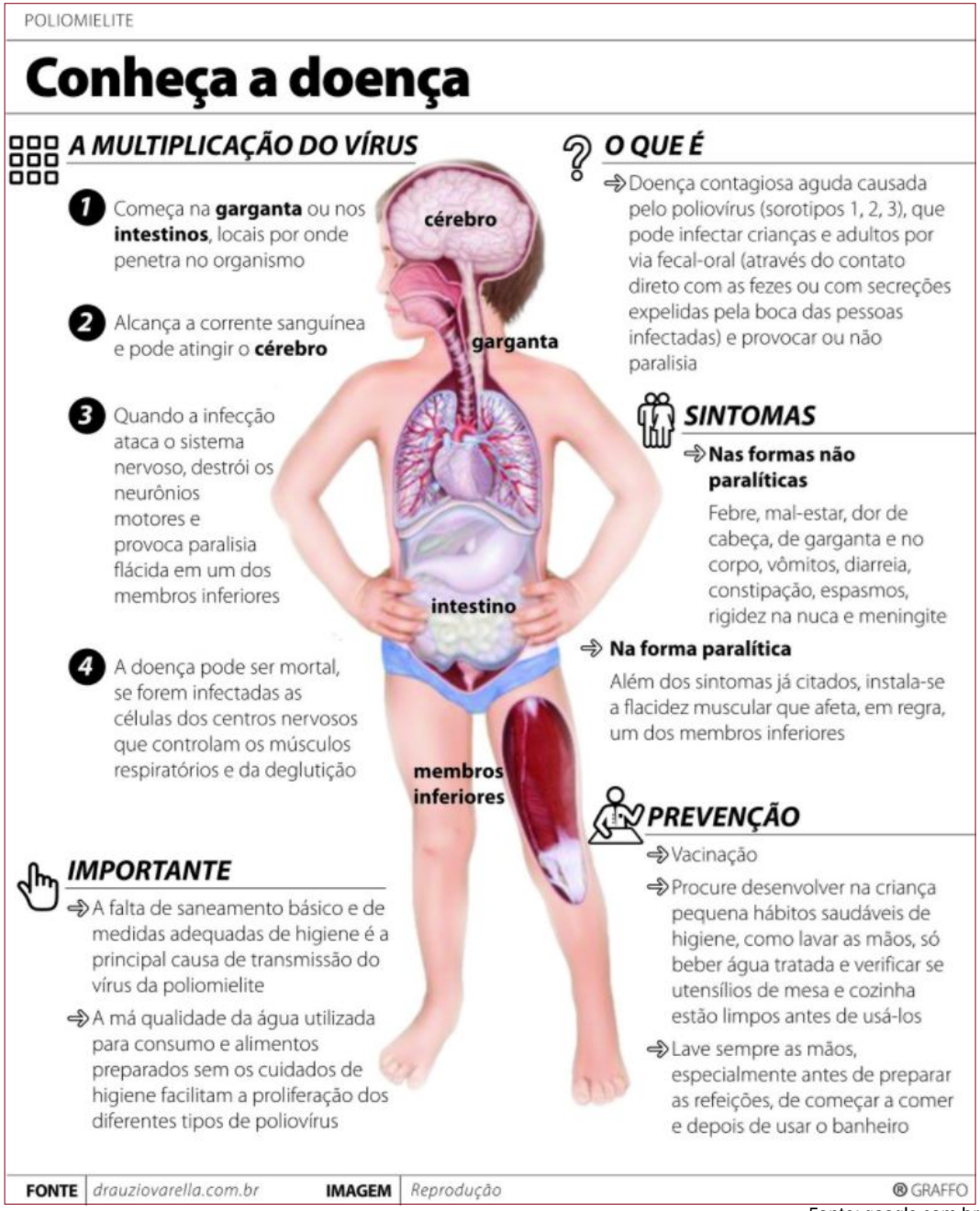
No Brasil, a vacina da poliomielite é dada cinco vezes: são três doses nos primeiros seis meses de vida e dois reforços após um ano de idade (aos 15 meses e aos 4 anos).

Já adolescentes ou adultos que não tomaram todas as doses, podem iniciar a imunização imediatamente.

“O cenário apresentado demonstra o risco de importação de pólio, especialmente naqueles com baixa cobertura vacinal, bolsões de não vacinados e que mantém viagens internacionais ou relações comerciais com estes países", disse informe do Ministério da Saúde.

O vírus da poliomielite não circula no Brasil desde 1990 e, em 1994, o país recebeu certificação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

No entanto, em 2016, o país vacinou 84,42% da população-alvo -- cobertura vacinal inferior à meta de 95%.



Fonte: google.com.br

ESPOROTRICOSE

Local de ocorrência: Bahia
Data da informação: 12/03/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A cidade de Camaçari, na região metropolitana de Salvador, registrou um aumento de 475% de casos de esporotricose em humanos, de 2015 a 2017. A micose causada pelo fungo da espécie sporothrix spp pode ser transmitida para pessoas e também para animais, em especial gatos.

A Secretaria de Saúde do Município entrou com um pedido de inclusão da doença na lista de notificação obrigatória da rede pública, para que todos os casos suspeitos sejam registrados.

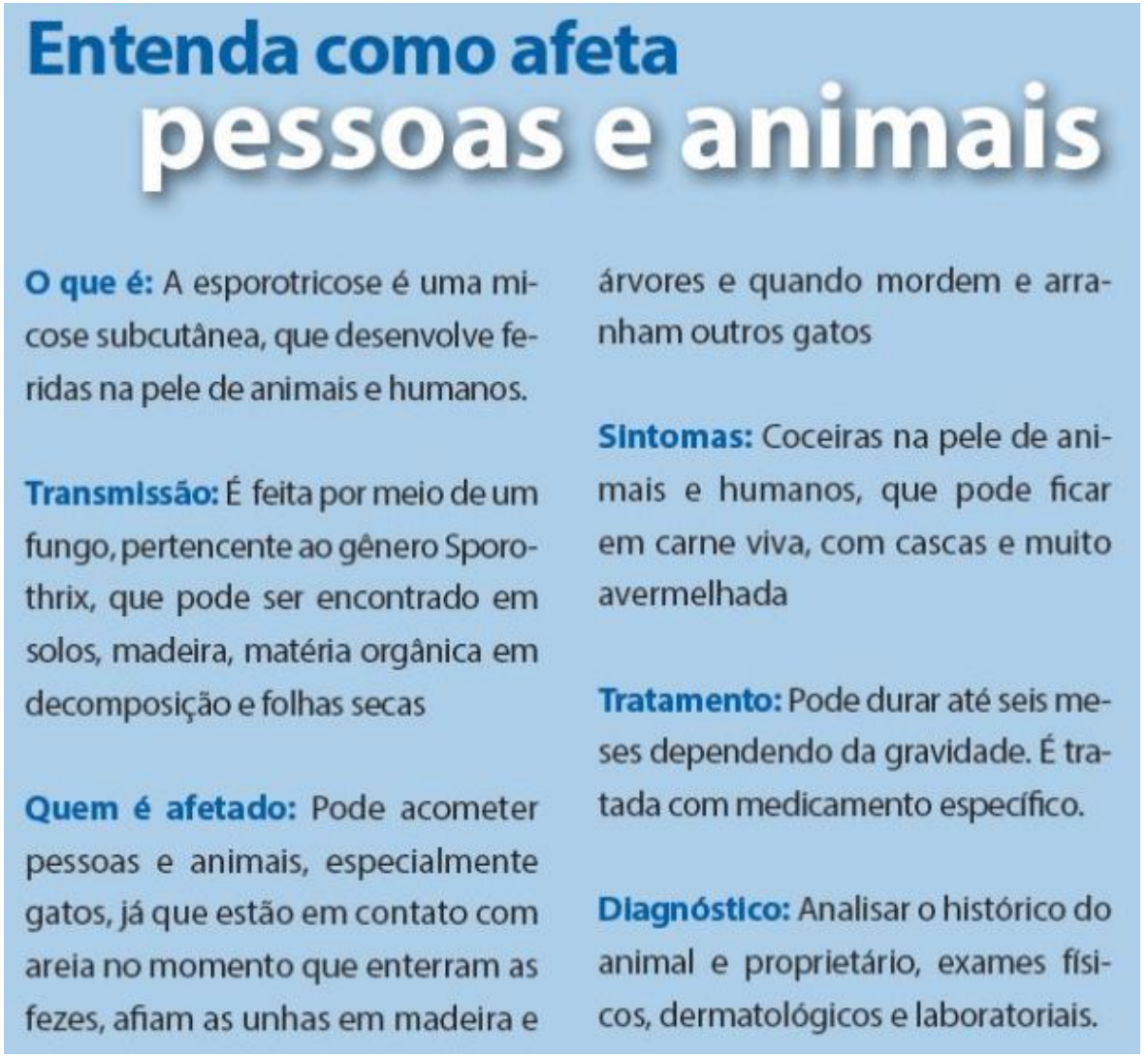
Em 2017, foram confirmados 23 casos da doença. Já em 2016, foram 16 casos. Em 2015, foram quatro casos confirmados. Neste ano, já são dois casos registrados em três meses.

A diretora de vigilância em saúde do município, Fátima Guirra, diz que apesar do aumento no número de casos, não é considerado um surto.

"Não é surto, porque o surto ocorreu em felinos em 2015. Foi uma concentração no bairro de Camaçari de Dentro. O surto foi resolvido. Estamos com casos distribuídos em vários bairros. São dois casos. Mas em 2017, o risco estava em 5 por cem mil habitantes", afirma.

A doença é transmitida pelo solo e por isso conhecida como "doença do jardineiro". A mão ou pé com ferida pode ser porta de entrada para o fungo.

No entanto, animais infectados, principalmente felinos, também podem transmitir o fungo para seres humanos por meio de contato direto com a pele lesionada do animal.



Fonte: google.com.br

DOENÇA DE CHAGAS

Local de ocorrência: Pará
Data da informação: 09/03/2018
Fonte da informação: portalamazonia.com (fonte informal)

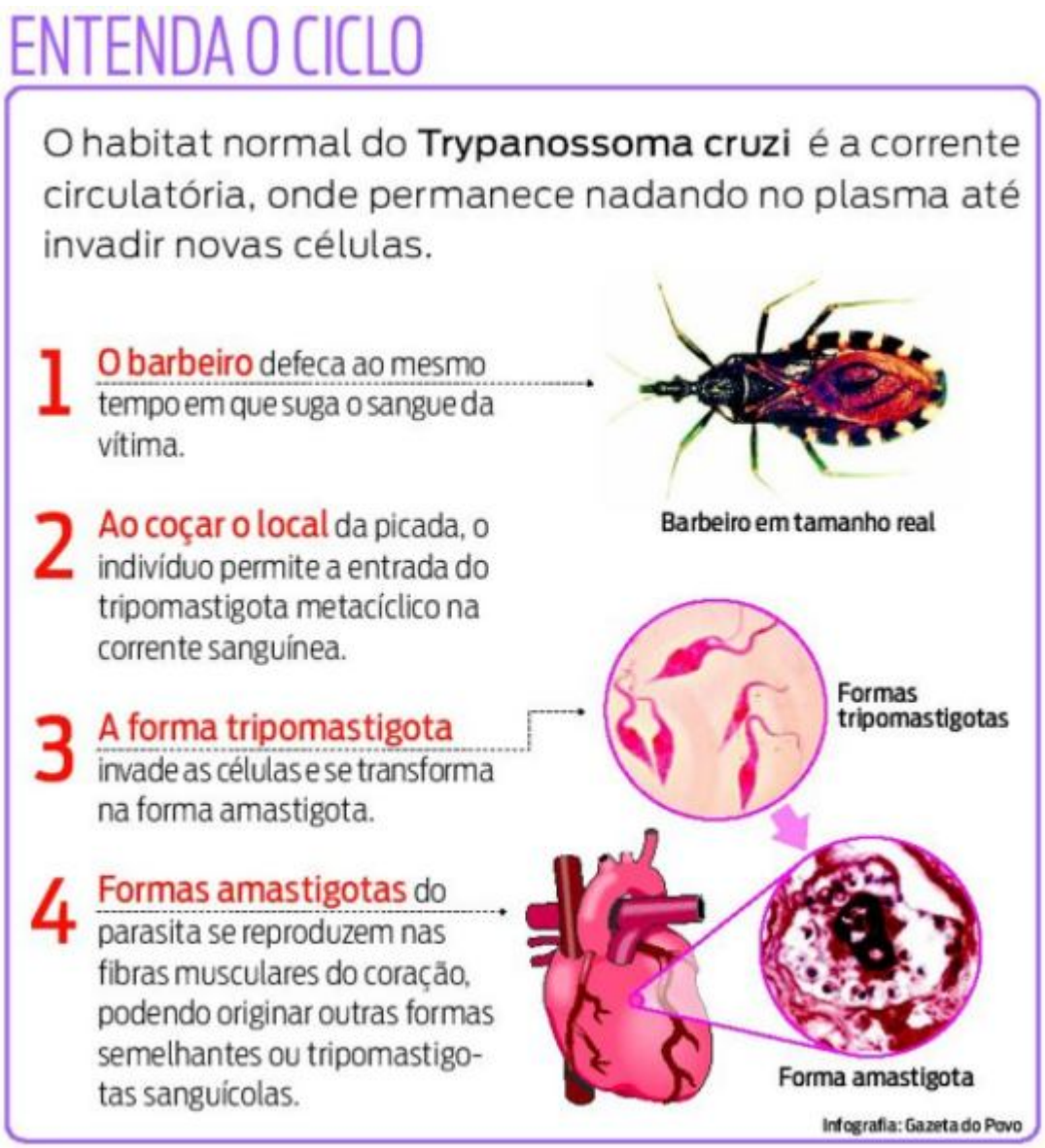
COMENTÁRIOS:

Três pessoas da mesma família foram diagnosticadas com doença de Chagas no município de Tucuruí, no Pará. Segundo a Prefeitura da cidade, elas estão recebendo atendimento ambulatorial e medicamentos.
A suspeita é que a doença tenha sido contraída pelo consumo do vinho de açaí contaminado pelo barbeiro, inseto vetor do mal de Chagas. Uma equipe da Vigilância Sanitária de Tucuruí esteve no local onde os pacientes adquiriram o produto e verificou que o estabelecimento já não funcionava mais.

Outros membros da família também consumiram o vinho do açaí e estão sendo acompanhados pela Secretaria Municipal de Saúde. Eles fizeram os exames necessários e as amostras foram encaminhadas para o Lacen, Laboratório Central do Estado do Pará.

A prefeitura informou que realizou na sexta-feira (9/03) uma reunião emergencial para intensificar as campanhas de conscientização das boas práticas no preparo do vinho de açaí e as inspeções nos estabelecimentos.
A doença de Chagas é infecciosa e causada pelo parasita Trypanosoma cruzi, transmitido pelo barbeiro. A contaminação do açaí ocorre quando o produto é triturado junto com o inseto ou as fezes dele. Entre os principais sintomas estão problemas cardíacos, inchaço e febre. A doença pode levar à morte se não for tratada.

Fonte: google.com.br



Fonte: google.com.br

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 07/03/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde atualizou na quarta-feira (7/03) as informações repassadas pelas secretarias estaduais de saúde sobre a situação da febre amarela no país. No período de monitoramento (de 1º de julho/2017 a 6 de março de 2018), foram confirmados 846 casos de febre amarela no país, sendo que 260 vieram a óbito. Ao todo, foram notificados 3.234 casos suspeitos, sendo que 1.560 foram descartados e 828 permanecem em investigação, neste período.

No ano passado, de julho de 2016 a 6 de março de 2017, eram 597 casos confirmados e 190 óbitos confirmados. Os informes de febre amarela seguem, desde o ano passado, a sazonalidade da doença, que acontece, em sua maioria, no verão. Dessa forma, o período para a análise considera de 1º de julho a 30 de junho de cada ano.

Embora os casos do atual período de monitoramento tenham sido superiores à sazonalidade passada, o vírus da febre amarela hoje circula em regiões metropolitanas do país com maior contingente populacional, atingindo 32,5 milhões de pessoas que moram, inclusive, em áreas que nunca tiveram recomendação de vacina. Na sazonalidade passada, por exemplo, o surto atingiu uma população de 8,4 milhões de pessoas.

Isso explica a incidência da doença neste período ser menor que no período passado. A incidência da doença no período de monitoramento 2017/2018, até 6 de março, é de 2,4 casos para 100 mil/habitantes. Já na sazonalidade passada, 2016/2017, a incidência foi de 7,0/100 mil habitantes, no mesmo período.

Para aumentar a cobertura vacinal, os estados do Rio de Janeiro e São Paulo decidiram continuar a estratégia de vacinação da população. A medida conta com o apoio do Ministério da Saúde. Dados preliminares enviados pelas Secretarias de Saúde dos estados da Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo ao Ministério da Saúde apontam que, até 6 de março, 17,3, milhões de pessoas foram vacinadas, incluindo o acumulado do público vacinado nos municípios. O número corresponde a 76% do público-alvo previsto na campanha. O Ministério da Saúde reforça a importância da vacinação da população dos estados do Rio de Janeiro, Bahia e São Paulo durante a campanha contra febre amarela. Conforme dados repassados ao Ministério da Saúde pelos estados, até o dia 6 de março, 8,4 milhões (90%) de pessoas foram vacinadas em São Paulo e 7,1 milhões (71,5%) no Rio de Janeiro. Já no estado da Bahia, 1,8 milhão de pessoas foram vacinadas, o que totaliza 55% do público-alvo.

Distribuição dos casos de febre amarela notificados: 1º/7/2017 a 06/03/2018

UF (LPI)*	Notificados	Descartados	Em Investigação	Confirmados	Óbitos
AC	1	1	-	-	-
AP	3	2	1	-	-
AM	7	4	3	-	-
PA	27	21	6	-	-
RO	9	8	1	-	-
RR	2	2	-	-	-
TO	16	11	5	-	-
AL	8	2	6	-	-
BA	35	25	10	-	-
CE	3	2	1	-	-
MA	5	2	3	-	-
PB	3	-	3	-	-
PE	4	2	2	-	-
PI	6	4	2	-	-
RN	1	1	-	-	-
SE	2	2	-	-	-
DF	40	19	20	1	1
GO	47	31	16	-	-
MT	2	1	1	-	-
MS	7	5	2	-	-
ES	91	68	17	6	-
MG	1064	363	317	384	115
RJ	164	19	39	106	44
SP	1542	870	323	349	100
PR	76	67	9	-	-
RS	35	16	19	-	-
SC	34	12	22	-	-
Total	**3234**	**1560**	**828**	**846**	**260**

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

INFLUENZA

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

COMENTÁRIOS:

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

As informações apresentadas nesse informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 09 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 03/03/2018.

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

Foram confirmados para Influenza 9,9% (75/757) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H3N2). Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 5,5% (9/164) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H3N2).

Fonte: google.com.br

INFLUENZA

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

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

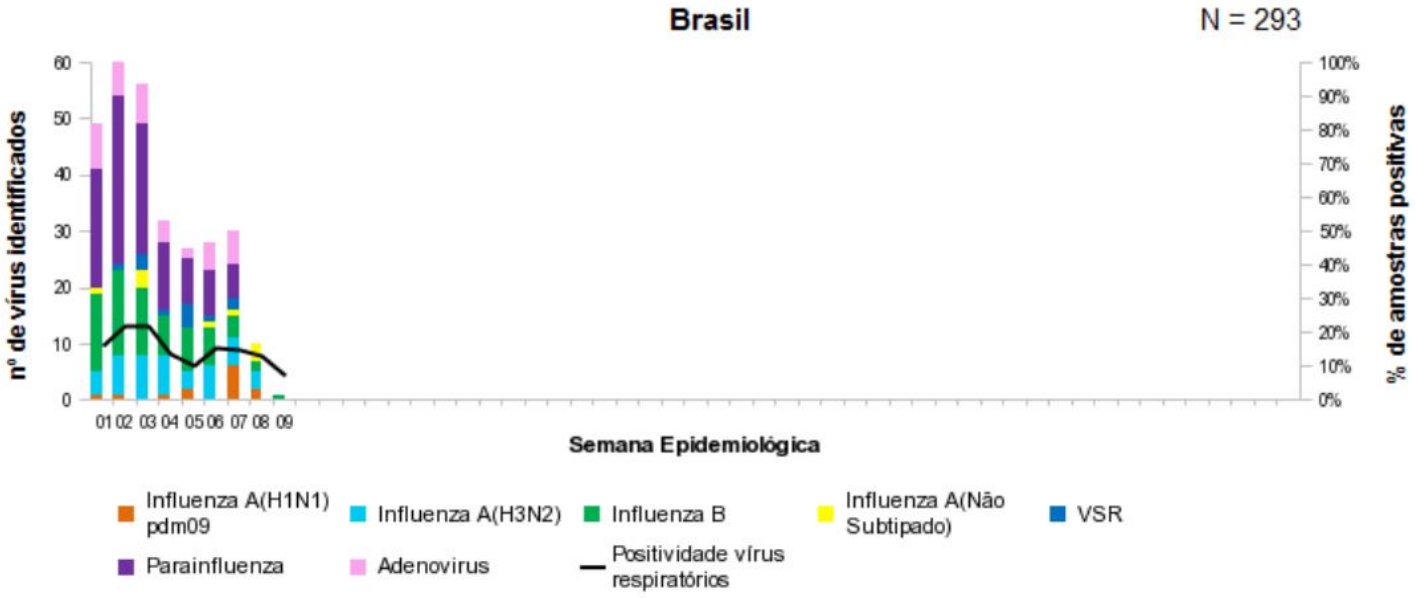
SÍNDROME GRIPAL

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

As regiões Sudeste e Sul apresenta a maior quantidade de amostras positivas, com destaque para a maior circulação de Parainfluenza e Influenza B. Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste destaca-se a circulação do vírus Parainfluenza e Influenza A(H1N1). Na região Norte predomina a circulação de Parainfluenza e Influenza A(H3N2), (Anexo 1 – B).

Quanto à distribuição dos vírus por faixa etária, entre os indivíduos a partir de 10 anos predomina a circulação dos vírus Influenza B e Parainfluenza. Entre os indivíduos menores de 10 anos ocorre uma maior circulação de Parainfluenza e Adenovírus.

Figura 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 09.



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

INFLUENZA

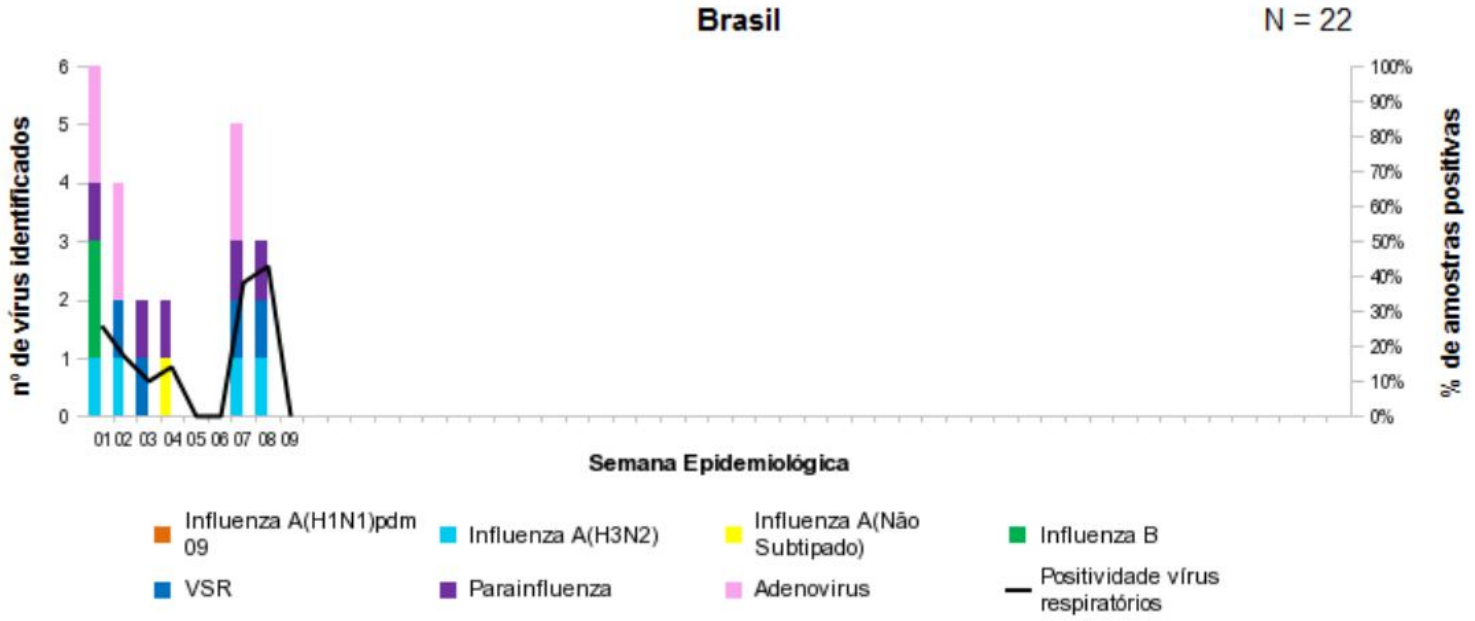
Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 05/03/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

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

Figura 2. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Respiratória Aguda Grave em Unidade de Terapia Intensiva, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 09.



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

INFLUENZA

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

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

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

Figura 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 09.

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

INFLUENZA

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

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

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

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

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

INFLUENZA

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

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

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

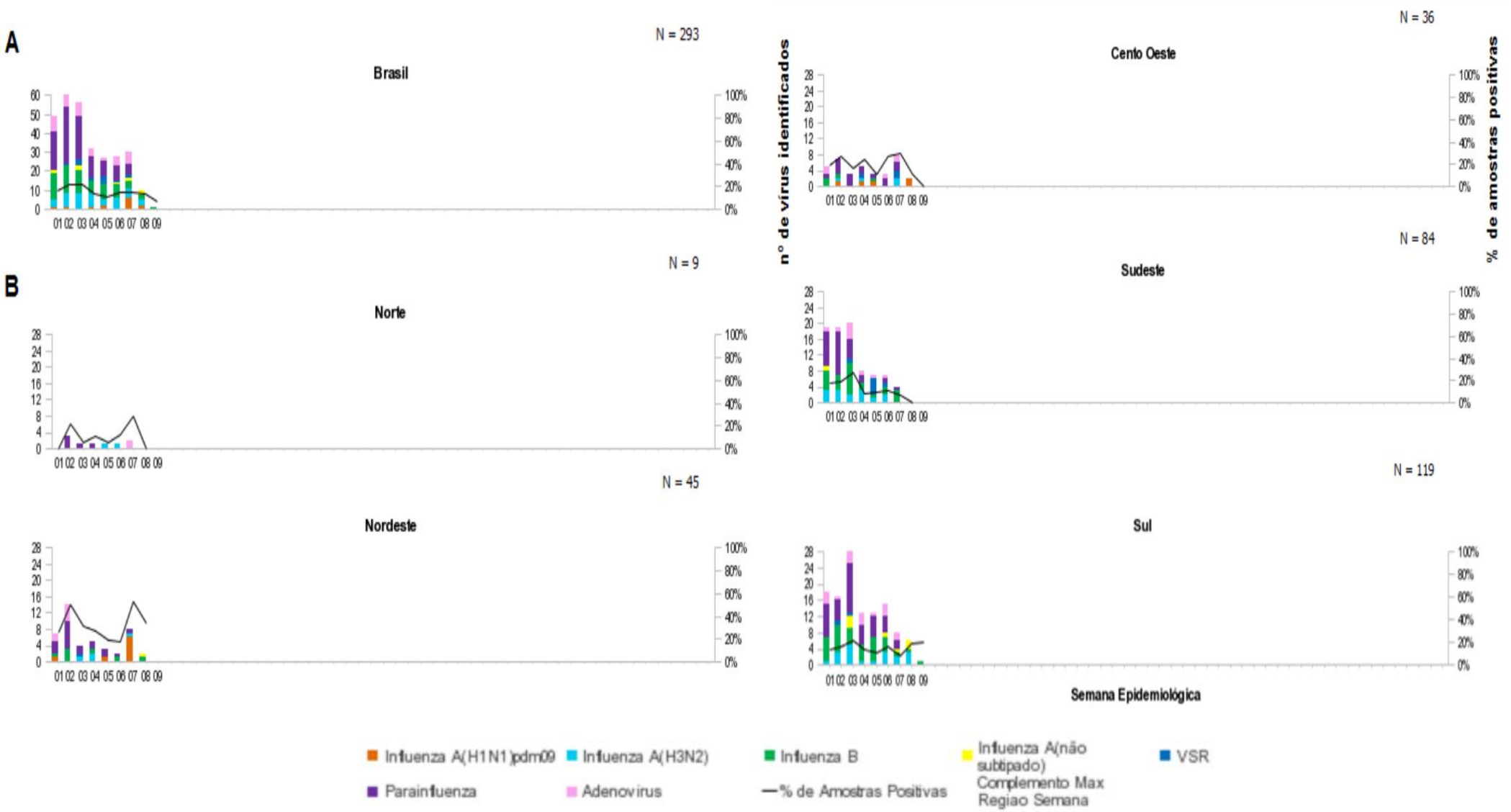
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 09.

Óbitos por Influenza (N = 9)	n	%
Com Fatores de Risco	**5**	**55,6%**
Adultos ≥ 60 anos	5	100,0%
Doença cardiovascular crônica	3	60,0%
Pneumopatias crônicas	4	80,0%
Diabete mellitus	2	40,0%
Obesidade		0,0%
Doença Neurológica crônica	1	20,0%
Doença Renal Crônica		0,0%
Imunodeficiência/Imunodepressão	1	20,0%
Gestante		0,0%
Doença Hepática crônica		0,0%
Criança < 5 anos		0,0%
Puérpera (até 42 dias do parto)		0,0%
Indígenas		0,0%
Síndrome de Down		0,0%
Que utilizaram antiviral	**6**	**66,7%**

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

INFLUENZA

Anexo 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal por semana epidemiológica do início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 09.



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

INFLUENZA

Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 09.

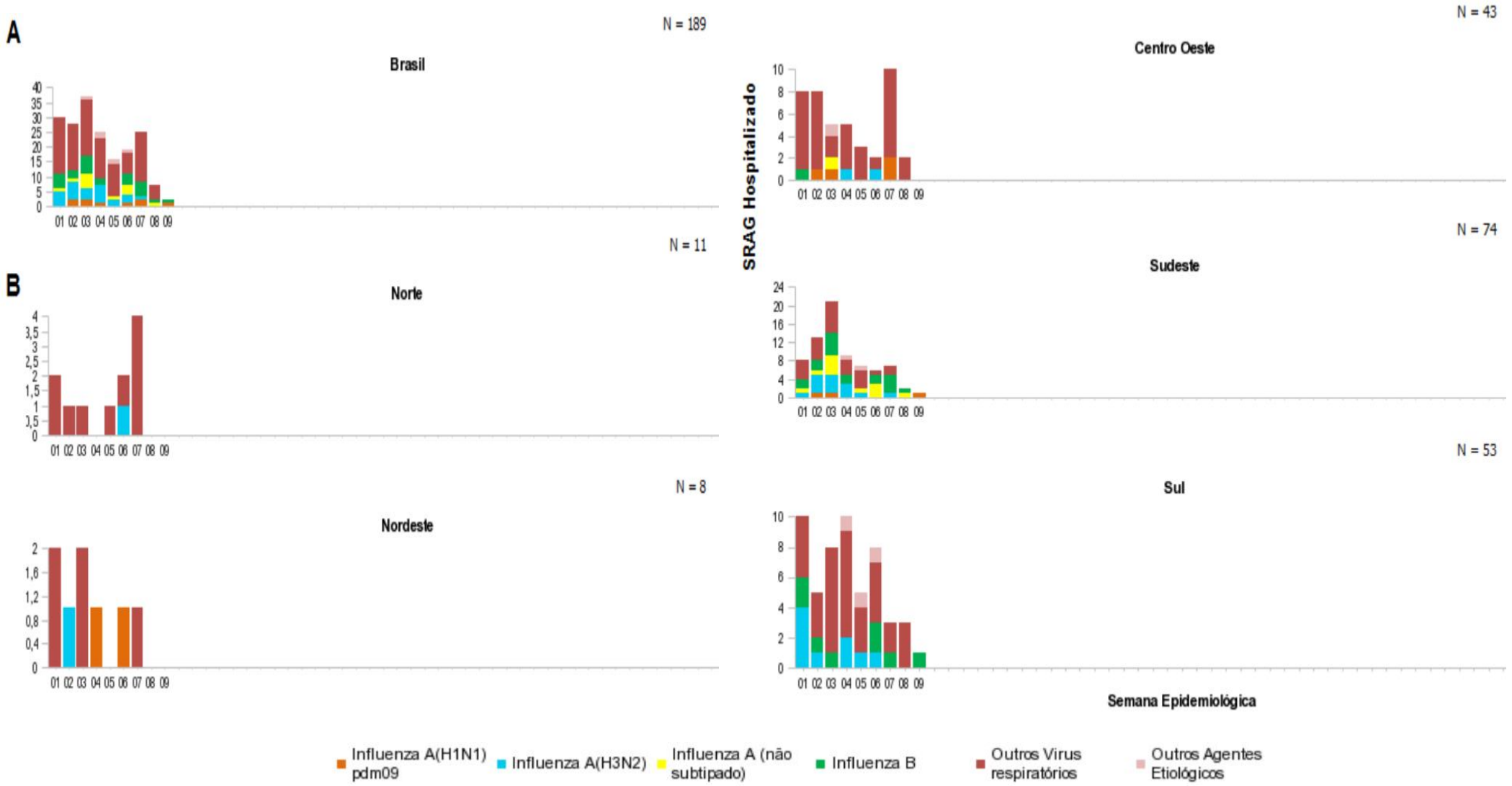
REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza										SRAG por outro vírus respiratório		SRAG por outro agente Etiológico		SRAG não Especificado		Em Investigação	
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtipado)		Influenza B		Total Influenza									
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos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

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

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

INFLUENZA

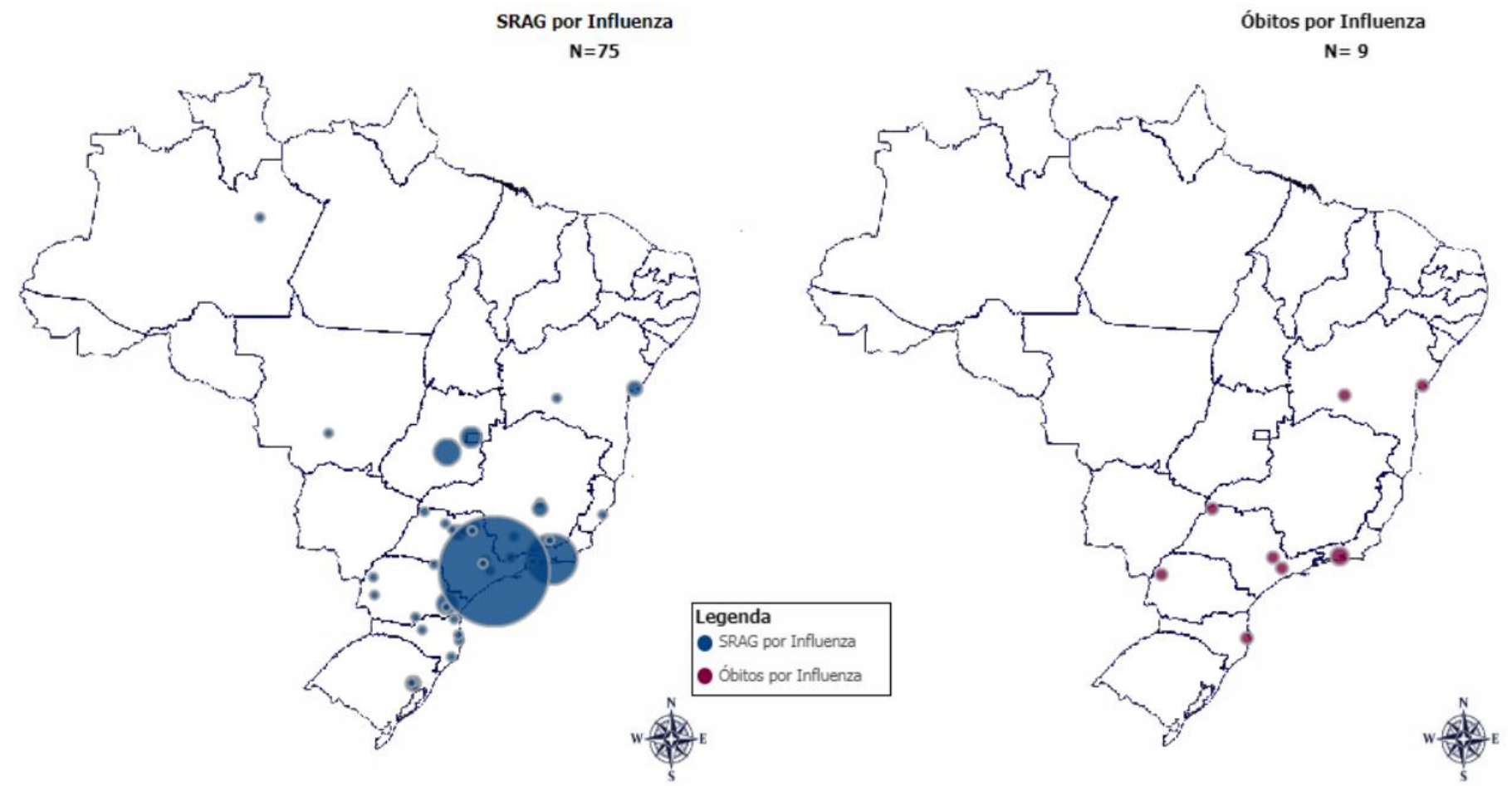
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 09.



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

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 09.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 5/3/2018, sujeitos a alteração.
* O círculo é proporcional ao número de casos e óbitos.

INFLUENZA

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

OUTRAS INFORMAÇÕES:

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

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

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

EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 10/2018

(04/03/2018 a 10/03/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

FEBRE DE LASSA

Local de ocorrência: Nigéria

Data da informação: 07/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

A Nigéria vive um surto de Febre de Lassa. Desde o início do ano, foram registrados 317 casos e 90 mortes da doença, segundo a OMS. A enfermidade foi detectada pela primeira vez em 1969, na cidade de Lassa, na Nigéria, e ainda não conta com vacina.

De acordo com o virologista Flávio Guimarães, professor da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), o vírus da Febre de Lassa é considerado emergente, ou seja, detectado há pouco tempo, por isso ainda não conta com políticas públicas de saúde adequadas a ele.

“Em relação aos vírus emergentes, de forma geral, existe grande chance de espalhamento de doenças no mundo, já que nenhum país está distante mais de 24 horas de avião. A facilidade de uma pessoa viajar infectada e disseminar a doença em outro país é muito forte”, afirma.

No entanto, o virologista acredita que é pouco provável que a Febre de Lassa chegue ao Brasil. “Não é um vírus epidêmico, ele causa surtos esporádicos. Eu diria que é um risco pequeno diante de outros riscos maiores do ponto de vista de saúde pública e de doenças infectocontagiosas”, afirma. “Temos outras preocupações mais importantes que são a febre amarela, a malária, a dengue, o chikungunya e até o influenza”, completa.

Uma das razões do descontrole da doença no país africano seria a dificuldade de diagnóstico. Os sintomas iniciais da Febre de Lassa podem ser confundidos com dengue ou malária, que são febre alta e dores no corpo.

Fonte: google.com.br

Mas, em estágios avançados, a doença se parece com o ebola, com sangramento da boca, nariz e outras partes do corpo, e pode levar à morte. É transmitida pelo rato por meio do contato da pele com objetos contaminados com urina, fezes ou saliva do rato. “A Febre de Lassa não tem a mesma mortalidade do ebola”, afirma o virologista.

Ele explica que as doenças infectocontagiosas transmitidas pelo contato e por mosquitos são ambas muito eficientes em termos de dispersão. “Um vírus que é transmitido por contato se espalha muito rapidamente em ambientes urbanos, pois as pessoas estão próximas. Por outro lado, os vírus que são transmitidos por mosquitos se aproveitam muito bem da biologia do vetor que suga o sangue dos hospedeiros que ele infecta”, diz.

Segundo ele, os vírus não são a grande ameaça do homem, mas ele ressalta que, em relação aos índices de mortalidade globais, as doenças infectocontagiosas estão entre as enfermidades de maior impacto. “A malária, por exemplo, é a doença infectocontagiosa que mais acomete e mata no mundo, e não é uma virose”, afirma.

SARAMPO

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 09/03/2018
Fonte da informação: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

COMENTÁRIOS:

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

Áustria: informou oito casos em janeiro de 2018.

Bélgica: informou um caso de sarampo em em janeiro de 2018.

Bulgária: reportou um caso de sarampo em 2018 até 25 de fevereiro.

República Tcheca: de acordo com os meios de comunicação, 23 casos de sarampo foram relatados em Praga em janeiro e fevereiro de 2018. A maioria dos casos são crianças menores de 17 anos de idade.

Croácia: não detectou nenhum caso em janeiro de 2018.

Finlândia: relatou um caso de sarampo em 2018 até 26 de fevereiro. Em 2017, a Finlândia relatou 10 casos.

França: relatou 429 casos em 2018, até 20 de fevereiro, incluindo uma morte de uma mulher de trinta anos. A maioria dos casos (70%) são de Nova Aquitânia, onde o foco começou em novembro de 2017. Nesses casos, 19 foram hospitalizados com pneumonia, incluindo seis pacientes tratados em terapia intensiva.

Alemanha: reportou 33 casos de sarampo em 2018, até 4 de fevereiro. Durante o mesmo período de 2017, 70 casos foram relatados.

Grécia: reportou 1.008 casos em 2018, até 4 de março, incluindo uma morte de uma mulher de 35 anos. Este é um aumento de 513 casos desde o CDTR anterior em 9 de fevereiro. Até 4 de março de 2018, e desde o início do surto em maio de 2017, a Grécia relatou 1.976 casos de sarampo, dos quais 1.147 foram confirmados laboratorialmente.

Hungria: reportou um caso de sarampo em 2018, até 18 de fevereiro.

Irlanda: reportou 44 casos em 2018, até 24 de fevereiro. A maioria dos casos não foi vacinada.

Itália: informou 164 casos de sarampo entre 1º e 31 de janeiro de 2018, incluindo duas mortes. Os casos foram detectados em 12 regiões da Itália. Em 2017, a Itália informou 4.991 casos de sarampo, incluindo quatro mortes.

Letônia: reportou nove casos confirmados de sarampo em 2018, até 11 de fevereiro. Este é um aumento de três casos desde o último CDTR publicado em 9 de fevereiro.

Espanha: registrou sete casos em janeiro de 2018.

Suíça: informou dez casos em 2018, até 27 de fevereiro. Em 2017, 105 casos de sarampo foram detectados em comparação com 65 casos em 2016.

País de Gales, no Reino Unido: relatou um surto de sarampo com seis casos confirmados até 7 de março. Os casos são de Cardiff, Newport e Blaenau Gwent. Dois outros casos também estão sob investigação.

Resumo epidemiológico para países fora da UE / EEE

Bielorrússia: reportou cinco casos de sarampo em 2018, no distrito de Vaukavysk, no oeste da República da Bielorrússia. Em 2017, a Bielorrússia reportou um caso importado de sarampo. A cobertura de vacinação é de 98%.

Geórgia: reportou 326 casos de sarampo em 2018 até 23 de fevereiro, dos quais 218 foram da região de Adjara.

A **antiga República jugoslava da Macedônia** tem tido surto de sarampo desde outubro de 2017.

Moldávia: informou dois casos (relatórios da mídia em 16 de fevereiro de 2018). Um bebê de sete meses de idade e uma menina de sete anos desenvolveram sintomas após o retorno da Ucrânia.

Sérvia: tem sofrido um surto de sarampo desde outubro de 2017.

Ucrânia: informou 6.484 casos de sarampo, incluindo sete mortes em 2018, até 6 de março, de acordo com relatos da mídia. De sete pessoas que morreram, cinco eram crianças e dois adultos. Cinco pessoas morreram na região de Odessa, uma na região de Ivano-Frankivsk e uma na região de Zakarpattia. Entre os casos, 4.258 são crianças e 2.226 adultos. A maioria dos casos foi relatada nas regiões de Ivano-Frankivsk e Zakarpattia. A cobertura de vacinação com vacinas contendo sarampo na Ucrânia em 2017 tem duplicado em relação a 2016, com 93,3% das crianças com menos de um ano de idade e 90,7% dos seis anos de idade vacinados. As notícias da mídia também relataram um surto em cerca de 30 soldados em Donbass, no leste da Ucrânia.

Jogos Olímpicos de Inverno e Paralímpicos na Coreia do Sul, 9-25 de fevereiro e 9-18 de março de 2018

A Coreia do Sul reportou 11 casos de sarampo em 2018, até 3 de março. Em 2015-2017, a Coreia do Sul informou entre sete e 18 casos; 442 casos de sarampo foram relatados em um surto em 2014.

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

Rospotrebnadzor na Rússia relatou 11 casos de sarampo em Rostov-on-Don, Distrito Federal do Sul da Rússia, até 14 de fevereiro. Vários desses casos foram infectados em outros distritos. Rostov-on-Don é uma das cidades que hospedarão o Torneio FIFA 2018. Entre janeiro e novembro de 2017, a Rússia informou 408 casos de sarampo.

RAIVA HUMANA

Local de ocorrência: Angola

Data da informação: 12/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

Os dados revelam que entre 2007 e 2017 foram notificados 1.977 casos de mordeduras de cães que resultaram em óbitos.

No final de fevereiro, a Comissão Técnica contra a Raiva se reuniu para fazer o balanço da implementação das atividades preconizadas no Plano Nacional de Contingência e Emergência Contra a Raiva, aprovado em Conselho de Ministros em 2007.

As províncias com maior número de mortes por raiva são Luanda (774), Huambo (222), Bié (211), Benguela (153), Uíge (150), Huíla (120) e Malanje (100), indica o documento citado pela agência noticiosa angolana, Angop.

Nesse encontro, foi admitida a baixa cobertura de vacina, devido a fatores de logística, insuficiência de recursos financeiros, humanos, equipamentos e materiais específicos para o efeito, aliado ao fraco sistema de recolhimento de animais de rua, na sua maioria cães.

Nesta altura, está em curso a vacinação animal de rotina e está em preparação a campanha de vacinação antirrábica para a capital do país neste ano.

Para o controle da epidemia, a comissão técnica realça a importância das campanhas de sensibilização, educação e comunicação para o combate e a eliminação da raiva no mundo até 2030, meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde Animal.

Com vista ao controle e eliminação da raiva em Angola, os participantes recomendaram uma maior interação entre os serviços veterinários dos governos provinciais, administrações municipais, população, órgãos de comunicação social e outras instituições.

Fonte: google.com.br

FEBRE DO VALE DO RIFT

Local de ocorrência: Sudão do Sul
Data da informação: 09/03/2018
Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

O surto de febre do Vale do Rift (RVF) continua a evoluir no Estado do Leste dos Lagos, Sudão do Sul. Até 9 de março de 2018, um total de 40 casos e quatro mortes foram relatadas de Yirol East (37 casos, 4 mortes) e Yirol West (3 casos, sem mortes). Destes, um total de seis confirmados, três prováveis, e 12 casos suspeitos de febre do Vale do Rift (com resultados laboratoriais pendentes) foram relatados. Dezenove casos suspeitos tiveram resultados laboratoriais negativos. A maioria dos casos suspeitos foram mulheres (57,1%) e indivíduos entre 20 e 39 anos constituem a maioria (72,2%) dos casos.

Na semana 10, oito novos casos humanos suspeitos foram relatados em Yirol East (cinco casos) e Yirol West (três casos). Amostras foram coletadas desses casos e sete foram enviados para o Uganda Virus Research Institute (UVRI) em 7 de março. Até 9 de março de 2018, não houve casos hospitalizados. Durante a semana, uma amostra humana testou positivo, trazendo o número de casos de febre do Vale do Rift para seis.

Resultados de teste de 21 amostras de animais (de gado) que foram enviadas para a África do Sul foram liberados durante a semana; oito foram positivos e seis amostras foram classificadas como casos suspeitos de febre do Vale do Rift. Desde o início do Surto, um total de 28 amostras de animais foram testadas, com nove classificados como positivo, seis classificados como suspeitos e 13 classificados como negativos. Cabras, ovelhas e bovinos na área mostraram evidências de doença hemorrágica zoonotica e abortos em gado, doença no gado e mortes de aves selvagens foram relatados.

Com a confirmação de casos adicionais de animais, uma reunião conjunta do Ministério da Saúde e Ministério da Emprego e Pescas foi prevista para 12 de março de 2018 para declarar formalmente o surto no município de Yirol East.

As atividades de investigação e resposta continuam a ser coordenadas por uma força-tarefa multissetorial que se reúne semanalmente a nível nacional e subnacional (Yirol East).

Em 6 de março de 2018, uma delegação de alto nível liderada pelo Ministro da Saúde com a participação de funcionários do Ministério da Saúde, do Ministério da Pesca, OMS, e a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) visitaram Yirol East. A delegação foi informada sobre o surto e o status da prevenção e atividades de resposta em Yirol East e outros municípios em risco

As equipes estatais de resposta rápida continuam a investigar todos os novos casos suspeitos de febre do Vale do Rift e estão apoiando a coleta de amostras para serem enviadas ao laboratório de teste.

A vigilância para casos de humanos e animais por parte de profissionais de saúde comunitários e agentes comunitários de saúde animal está em andamento.

As atividades de mobilização, engajamento e sensibilização da comunidade estão em andamento nos municípios de Yirol East, Yirol West e Awerial com o apoio do departamento de saúde do condado Yirol East, o Ministério da Saúde do Estado dos Lagos Oriental, UNICEF e Organização de Saúde e Desenvolvimento da Comunidade (CHADO).

O desenvolvimento de um quadro multissetorial de preparação e resposta à febre do Vale do Rift também está em andamento.

O surto de febre do Vale do Rift no Sudão do Sul continua a evoluir e a detecção de casos suspeitos em um condado de Yirol West e a confirmação de casos adicionais de animais ressalta a necessidade de fortalecer a capacidade de proteção, vigilância e resposta da febre do Vale do Rift em populações humanas e animais em risco. Apoio do Ministério da Saúde e Ministério da Pecuária e Pescas, em colaboração com a OMS, FAO e parceiros serão necessários para implementar as intervenções One Health necessárias para conter a doença no gado e reduzir o risco de transmissão de febre do Vale do Rift animal a humano. Saúde extensiva humana e animal e investigações entomológicas no evento e a finalização do quadro multissetorial de preparação e resposta à febre do Vale do Rift são urgentemente necessárias para orientar as atividades nesta área. Suporte técnico para o desenvolvimento de uma estratégia de comunicação de risco febre do Vale do Rift a longo prazo também é necessária, uma vez que essa estratégia é um componente chave na redução do risco de casos de febre do Vale do Rift humana nessa população.

CÓLERA

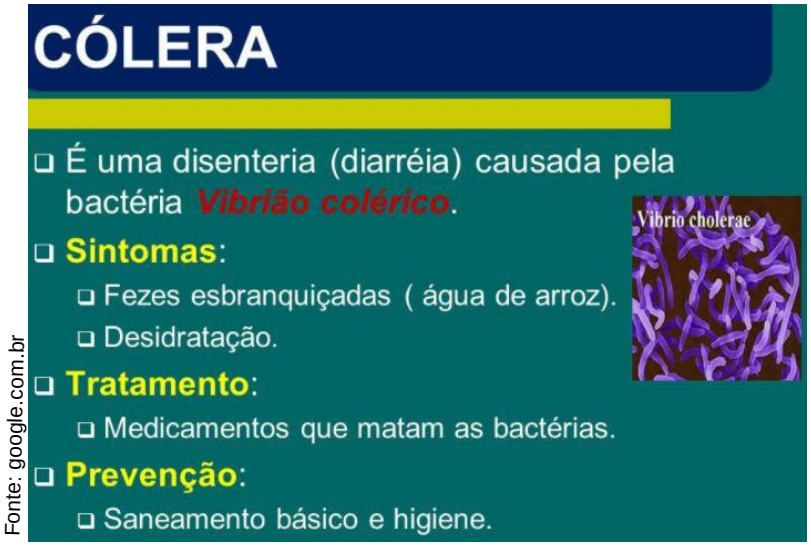
Local de ocorrência: Uganda
Data da informação: 09/03/2018
Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

O surto de cólera nos assentamentos de refugiados do distrito de Hoima, Uganda, continua a evoluir. Desde o último relatório em 2 de março de 2018 (Boletim semanal 9), um total de 333 casos e quatro mortes (taxa de letalidade 1,2%) foram relatados. Até 7 de março de 2018, 24 novos casos foram admitidos para os centros de tratamento de cólera (CTCs): Sebigoro (9 casos), Kasonga (9 casos), centro de saúde de Buhuka (4 casos) e centro de saúde de Kyangwali (2 casos); nenhuma morte foi relatada pelos CTCs. Três subcomitês do distrito de Hoima foi afetado, incluindo Buseruka e Kyangwali, além do sub-condado de Kabwoya, onde surgiu o surto.

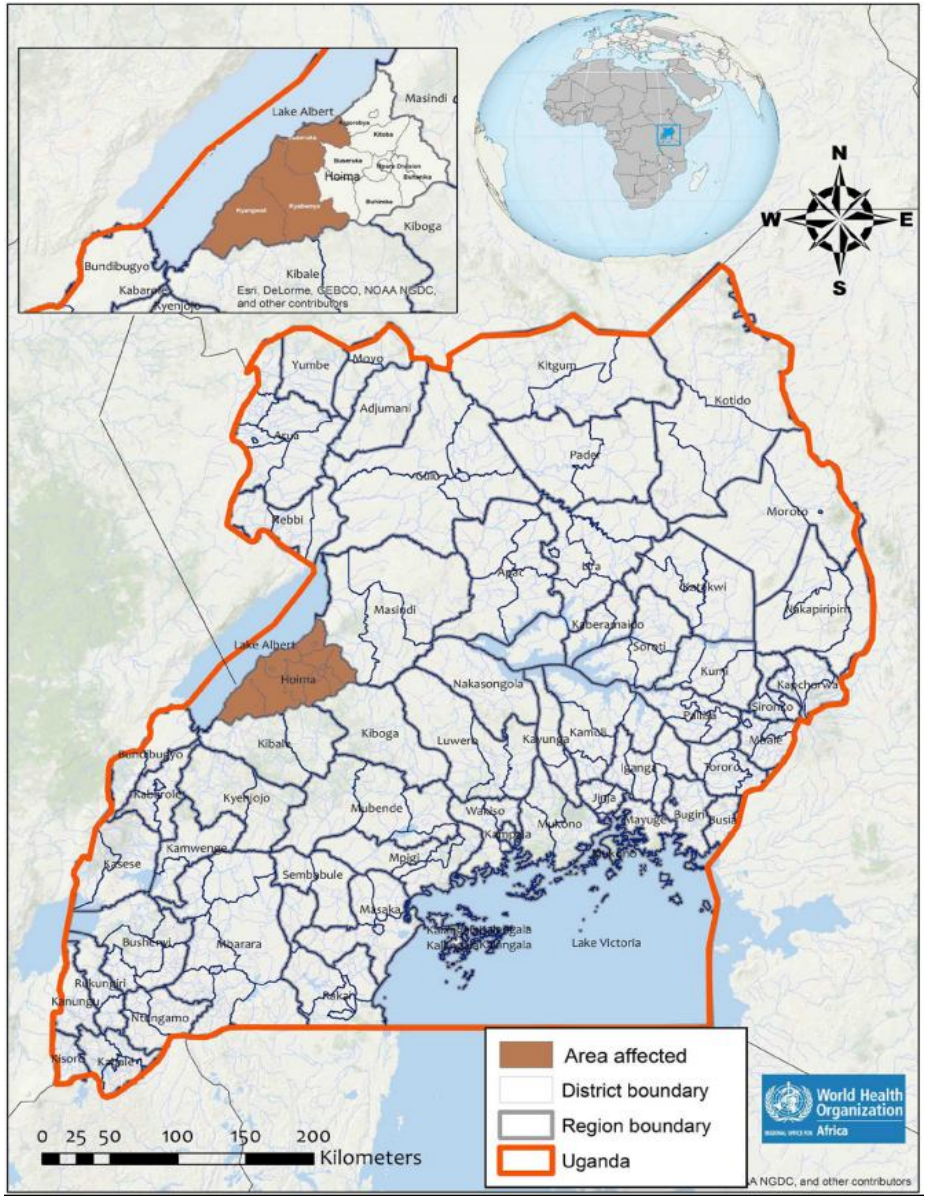
O caso relatado no hospital regional de referência de Hoima foi de Kikonda, Distrito de Kyanwanzi, que faz fronteira com o distrito de Hoima. Desde o início do surto em 15 de fevereiro de 2018 a 7 de março de 2018, um total de 1.484 casos, incluindo 35 óbitos (taxa de letalidade 2,4%), foram relatados. A maioria das pessoas afetadas são refugiados da República Democrática do Congo. Foram dez amostras de fezes coletadas e analisadas, dos quais sete cresceram Vibrio cholerae.

O surto foi confirmado em 19 de fevereiro de 2018 e formalmente declarado pelo Ministério da Saúde de Uganda em 23 de fevereiro de 2018.



Fonte: google.com.br

Distribuição geográfica dos casos de cólera em Uganda, 15 - 7 de março de 2018



FEBRE DE LASSA

Local de ocorrência: Nigéria
Data da informação: 09/03/2018
Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

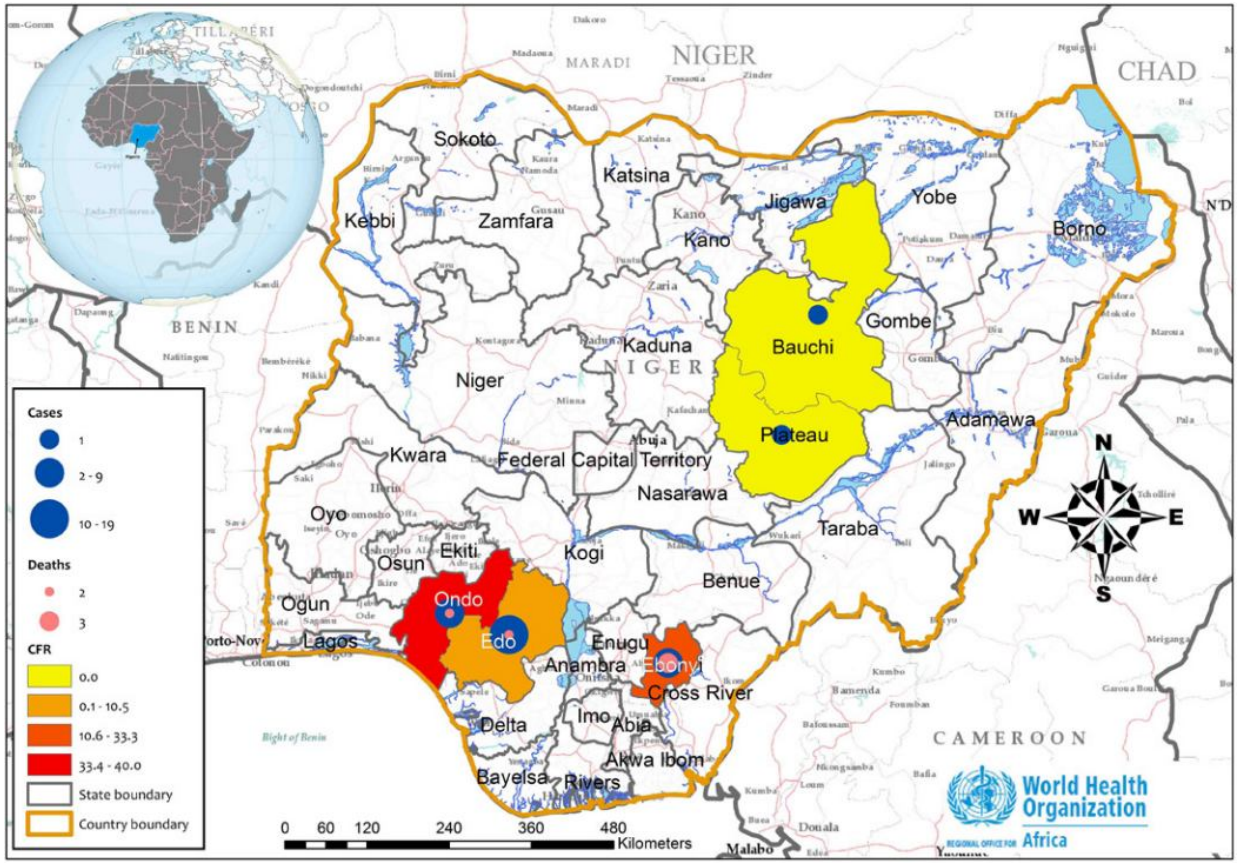
O surto de febre de Lassa na Nigéria está sendo monitorado por órgãos de saúde. Nos relatórios da semana que terminou em 4 de março de 2018, foram registrados 35 novos casos confirmados em cinco estados: Edo (19), Ebonyi (9), Ondo (5), Bauchi (1) e Planalto (1), com sete novas mortes em casos confirmados de três estados: Ebonyi (3), Edo (2) e Ondo (2).

De 1º de janeiro a 4 de março de 2018, um total de 1.121 casos suspeitos foram relatados. Destes, 353 foram confirmados positivos, oito são prováveis, 723 são negativos e 37 estão pendentes de resultados laboratoriais. Foram relatados 110 óbitos desde o início do ano: 78 em casos confirmados, oito em casos prováveis e 24 em casos diferentes, dando uma taxa de letalidade de 23,8% em casos confirmados e prováveis.

Existem 18 estados ativos (Anambra, Bauchi, Benue, Delta, Ebonyi, Edo, Ekiti, Gombe, Imo, Kogi, Lagos, Nasarawa, Ondo, Osun, Planalto, Rios, Taraba eTerritório da Capital Federal). A maioria (85%) de todos os casos confirmados são de Edo (44%), Ondo (25%) e Ebonyi (16%). Cumulativamente, 16 trabalhadores da saúde foram afetados em seis estados: Ebonyi (9), Edo (3), Benue (1), Kogi (1), Ondo (1) e Nasarawa (1), com quatro mortes em Ebonyi (3) e Kogi (1). Dois trabalhadores de saúde foram confirmados positivos na semana que termina em 4 de março de 2018, no Estado de Ebonyi. Pessoas com idade entre 21 e 40 anos foram a principal faixa etária afetada, com uma idade média de 34 anos. A relação entre homens e mulheres de casos confirmados é de 2: 1.

Até 4 de março de 2018, foram admitidos 34 casos no Hospital Especialista Irrua, 18 no Centro Médico Federal (FMC) Owo e 16 no Hospital Federal de Ensino (FETH) Abakiliki, ocupando todos os leitos de isolamento nas instalações de tratamento. Um total de 3.126 contatos identificados, dos quais 1.586 estão sendo acompanhadas, 1.485 completaram 21 dias de acompanhamento e 21 dos 47 contatos sintomáticos testaram positivo desses três estados (Edo (11), Ondo (7) e Ebonyi (3)).

Distribuição geográfica dos casos de febre de Lassa na Nigéria, 1º de janeiro a 4 de março de 2018



LISTERIOSE

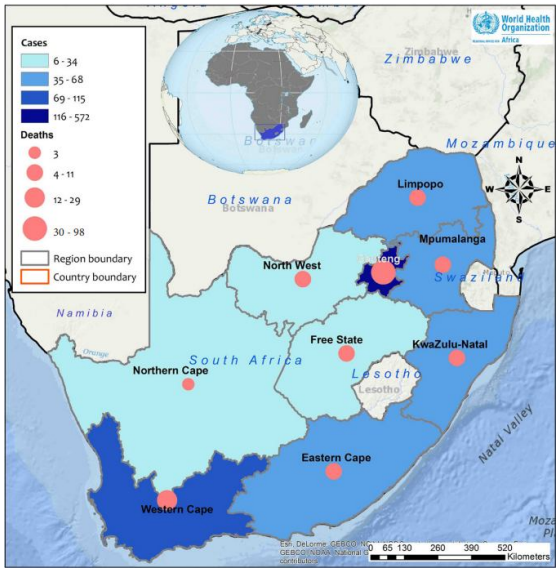
Local de ocorrência: África do Sul
Data da informação: 09/03/2018
Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Desde 1º de janeiro de 2017 até 8 de março de 2018, 967 casos foram confirmados em laboratório e relatados ao Instituto Nacional de Doenças Transmissíveis (NICD). Destes, 749 casos foram relatados em 2017 e 218 casos em 2018. Dos 669 casos confirmados para os quais os dados de resultado estão disponíveis, 183 morreram, dando uma taxa de letalidade de 27,4%.

A província de Gauteng reportou a maioria dos casos (59,1%; 572/967) seguido por Western Cape (11,9%, 115/967) e KwaZulu-Natal (7,0%, 68/967).

A maioria (85,3%; 93/109) de pessoas infectadas entrevistadas por uma equipe de saúde, relataram ter comido produtos de carne processados prontos para comer, salsichas e outros tipos de carnes. Em 12 de janeiro de 2018, nove crianças menores de 5 anos da mesma creche chegaram ao Hospital Chris Hani Baragwanath, em Joanesburgo, com gastroenterite febril. Uma doença transmitida por alimentos era suspeita, sendo a listeriose como uma possível causa. Profissionais da Saúde Ambiental visitaram a creche e obtiveram amostras de dois tipos de alimentos, que foram submetidos a testes. Listeria monocytogenes foi isolado nas fezes de uma criança doente e nas duas amostras de alimentos.



Distribuição geográfica dos casos de listeriose na África do Sul, 1º de janeiro a 8 de março de 2018

INFLUENZA

Local de ocorrência: Europa

Data da informação: 02/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

Os casos de gripe continuam em vários países da Europa.

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: google.com.br

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 06/03/2018
Origem da informação: *The Global Polio Erradication Initiative*

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

Na República Democrática do Congo (RD Congo), um novo caso de poliovírus circulante derivado de vacinas tipo 2 (cVDPV2) foi relatado nesta semana. O caso foi relatado no distrito de Ankoro, província de Tanganyika, com início da paralisia em 22 de dezembro de 2017. O número total de casos de cVDPV2 notificados oficialmente na RDC em 2017 é agora de 22. Não há casos relatados em 2018.

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

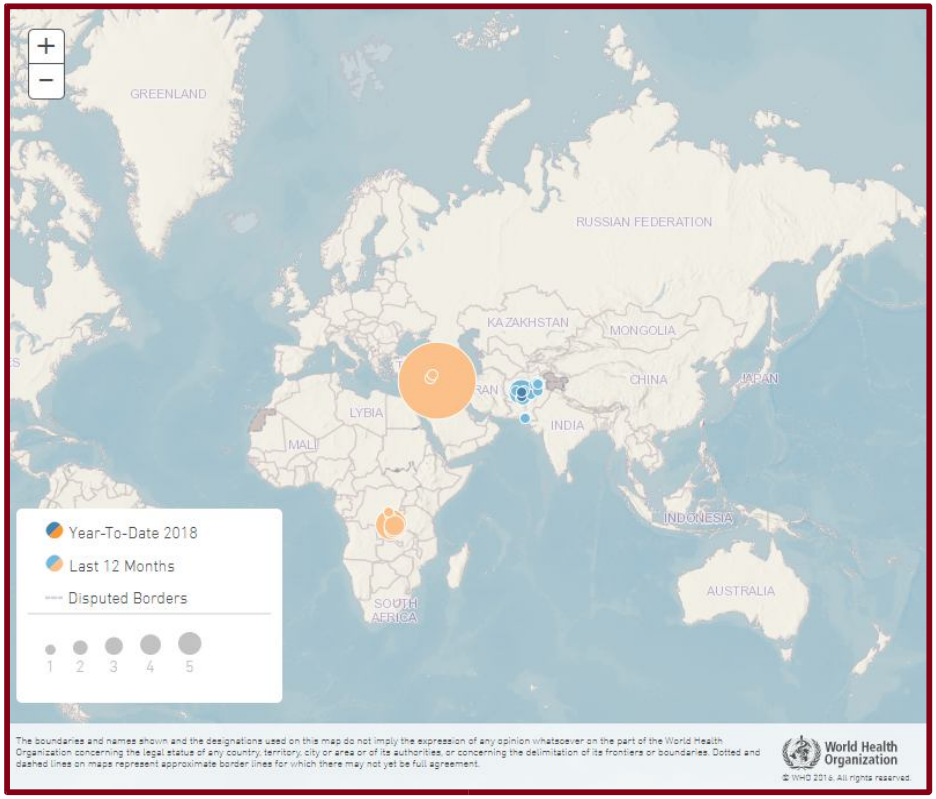
Total cases	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	2	0	3	0	22	96
- in endemic countries	2	0	3	0	22	0
- in non-endemic countries	0	0	0	0	0	96

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

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS

Countries	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afeganistão	2	0	2	0	14	0	05/Jan/18	NA
Paquistão	0	0	1	0	8	0	14/Nov/17	NA
República Democrática do Congo	0	0	0	0	0	22	NA	21/Dec/17
Síria	0	0	0	0	0	74	NA	20/Sep/17

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



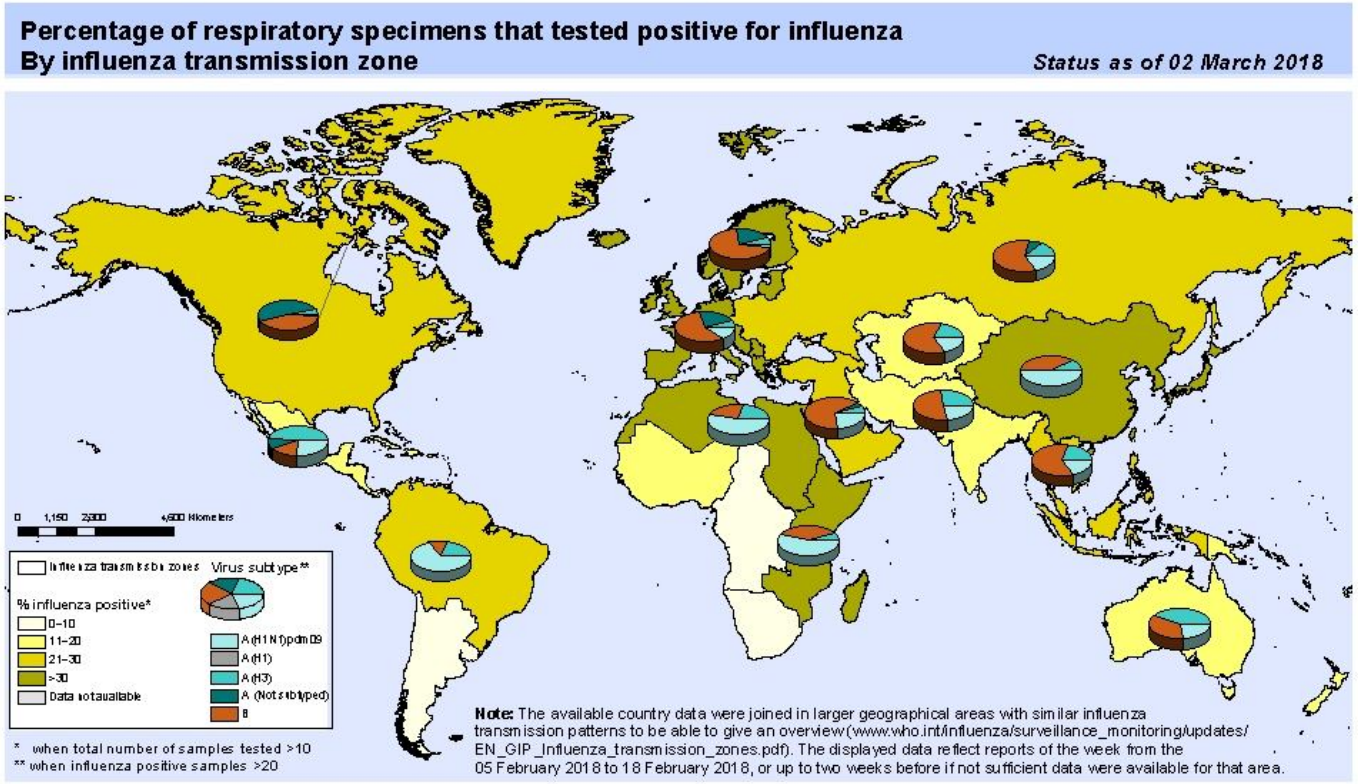
http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 05/03/2018
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde – OMS

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

A atividade da gripe manteve-se elevada na zona temperada do hemisfério norte, enquanto que na zona temperada da atividade do hemisfério sul estava em níveis inter-sazonais. Em todo o mundo, a gripe A representou a maioria das detecções da gripe, mas a gripe B (principalmente da linhagem Yamagata) aumentou nas últimas semanas. Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de gripe de 99 países, áreas ou territórios relataram dados à FluNet no período de 5 a 18 de fevereiro de 2018 (dados de 2018-03-02 03:41:07 UTC). Os laboratórios WHO GISRS testaram mais de 281.243 espécimes durante esse período, 90.570 (32,2%) foram positivos para o vírus da gripe, dos quais 44.502 (49,1%) foram identificados como influenza A e 46.068 (50,9%) como influenza B. Dos vírus subtipados da gripe A, 7.773 (58,2%) eram influenza A (H1N1) pdm09 e 5.574 (41,8%) foram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 5.835 (94,4%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 346 (5,6%) à linhagem B-Victoria.



World Health Organization

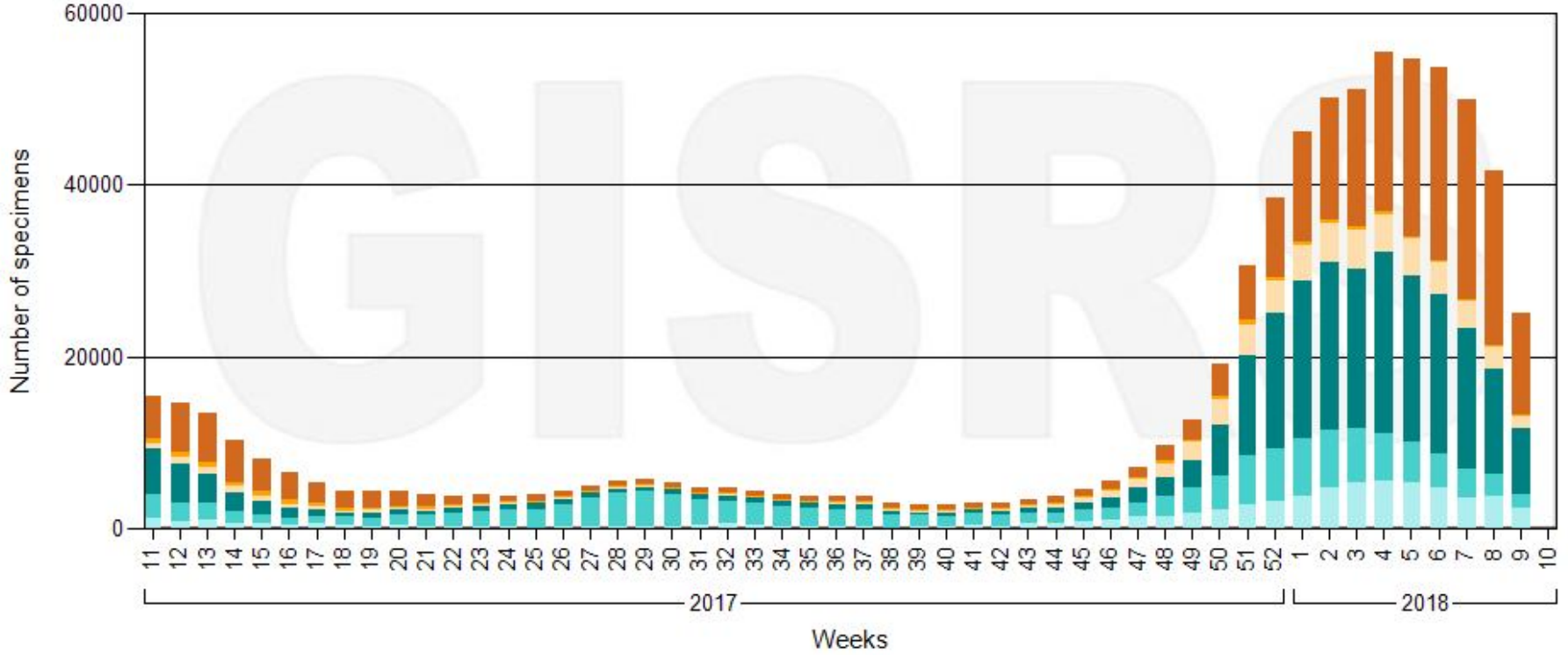
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 12/03/2018 13:45:30 UTC

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

World Health Organization

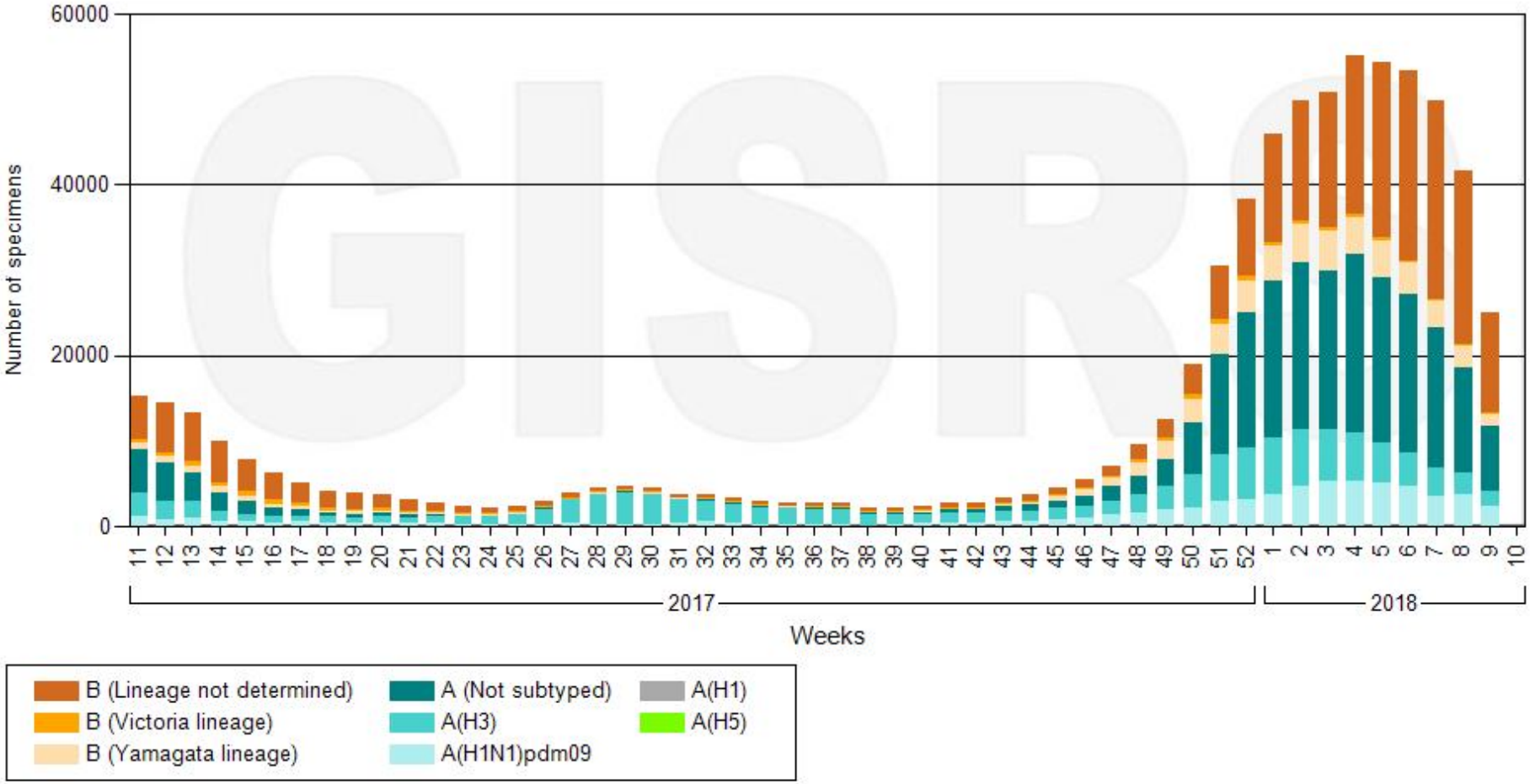
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 12/03/2018 13:46:54 UTC

Northern hemishere

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

World Health Organization

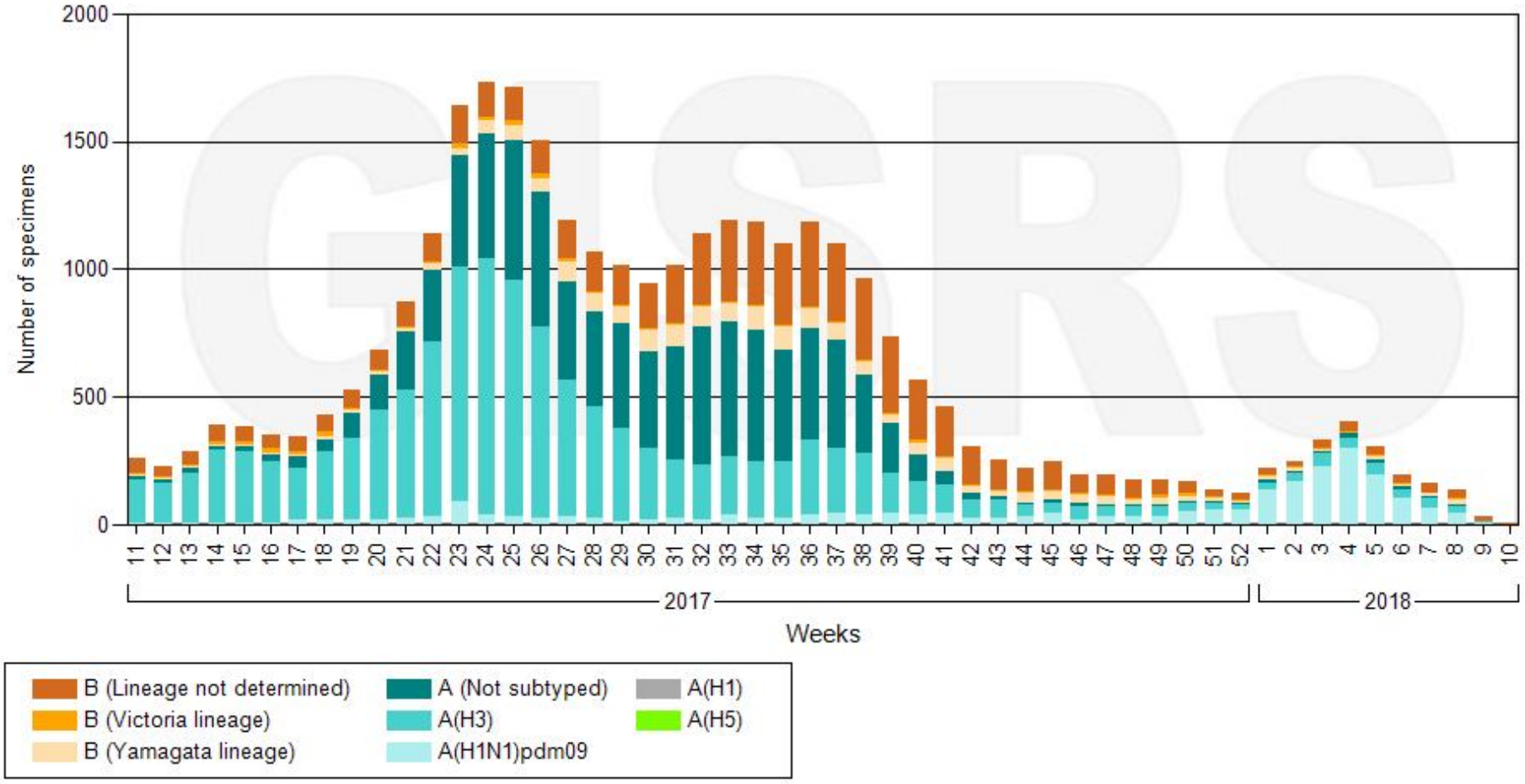
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 12/03/2018 13:47:51 UTC

Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

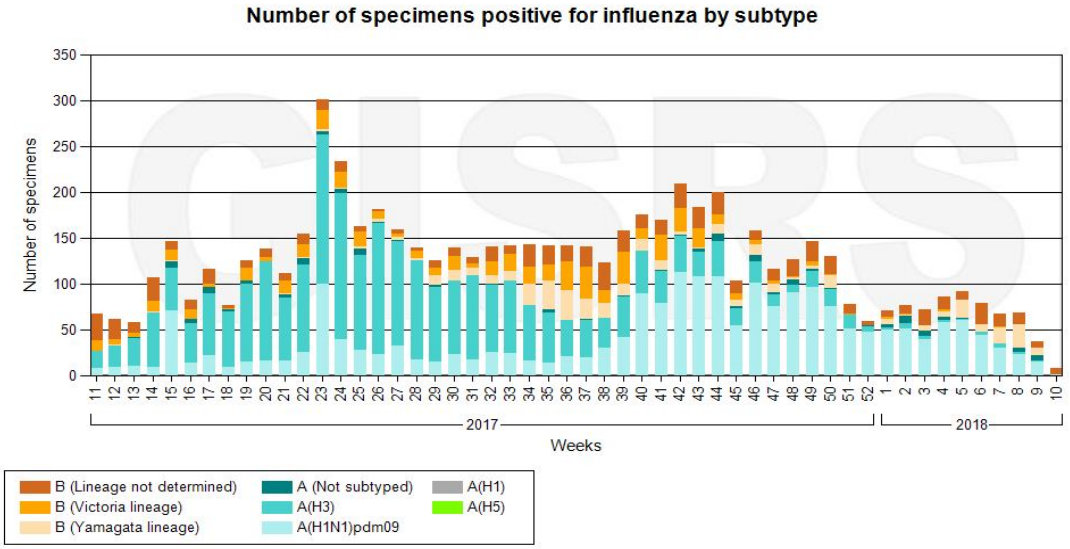
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 12/03/2018 13:49:27 UTC

World Health Organization

African Region of WHO



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

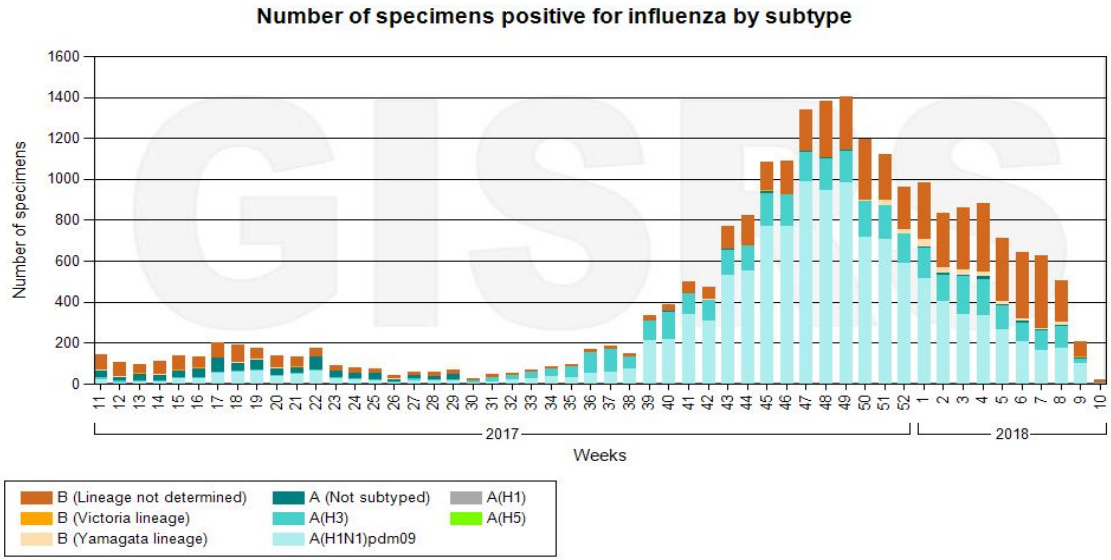
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 12/03/2018 13:50:24 UTC

Eastern Mediterranean Region of WHO



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

© World Health Organization 2018

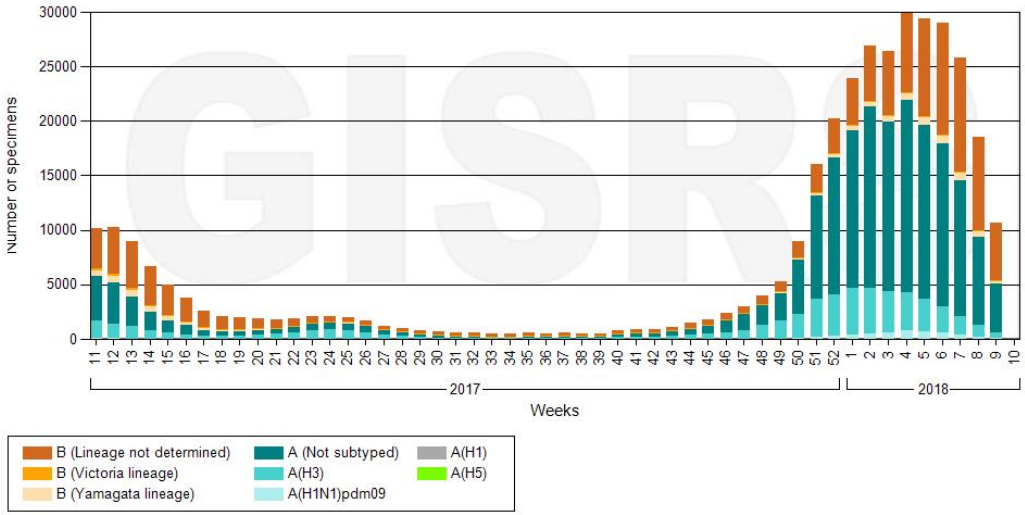
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 12/03/2018 13:51:54 UTC

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

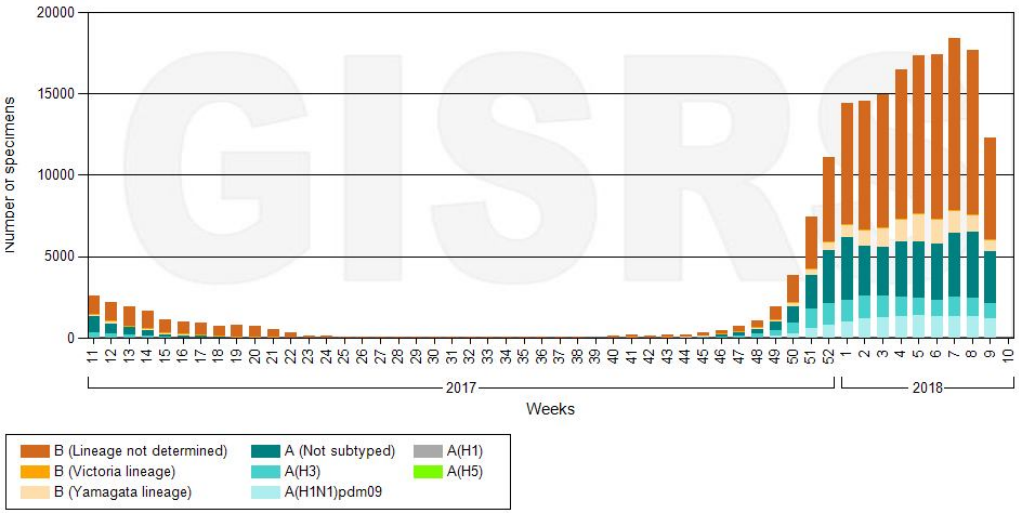
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 12/03/2018 13:53:04 UTC

European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

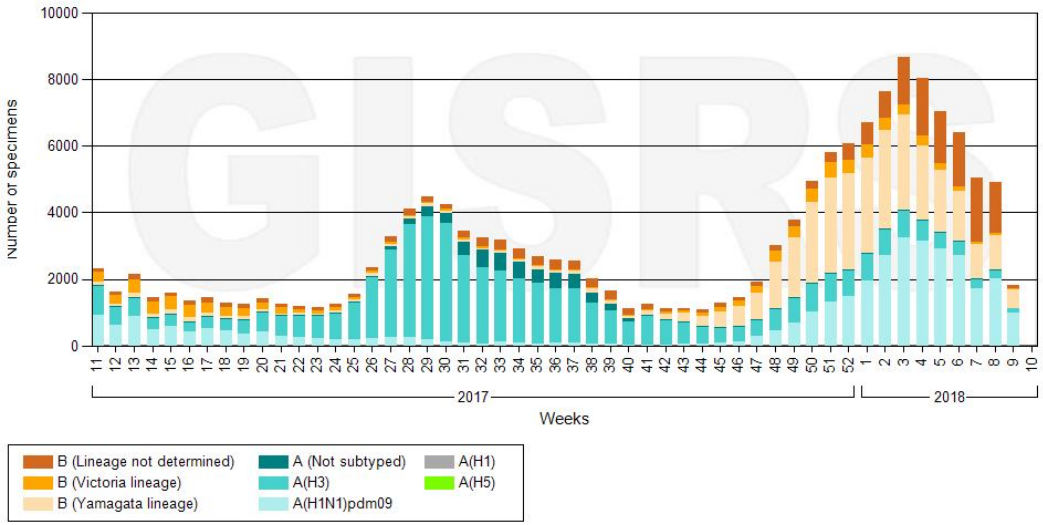
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 12/03/2018 13:54:26 UTC

World Health Organization

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

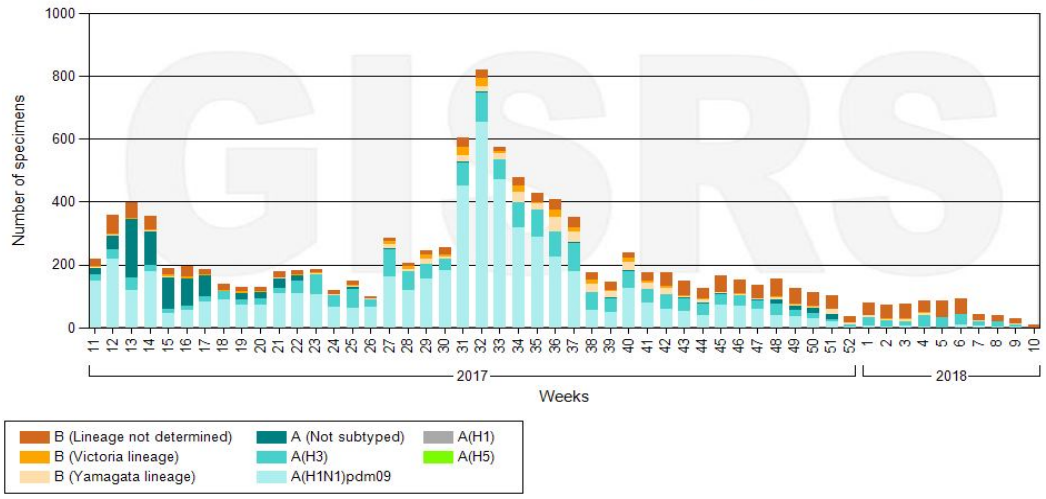
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 12/03/2018 13:55:17 UTC

South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

Fontes utilizadas na pesquisa

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