



INFORME EPIDEMIOLÓGICO

CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 06 e 07/2018
(04/02/2018 a 17/02/2018)

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



EVENTOS ESTADUAIS

Semana Epidemiológica 06 e 07/2018
(04/02/2018 a 17/02/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

ESCORPIÕES

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

Uma criança foi picada por um escorpião em Paranapoema, no noroeste do Paraná, na quinta-feira (15/02). De acordo com a família, o menino, que tem 5 anos, foi picado no banheiro da unidade básica de saúde.

A mãe da criança, diz que ela e o filho estavam na unidade básica aguardando uma consulta quando o garoto foi ao banheiro.

"Quando ele foi lavar as mãos, o escorpião estava na pia do banheiro. Ele é curioso, pegou no animal que o picou. O dedo inchou na hora e ele já teve febre", explicou.

A mãe afirma que procurou atendimento no hospital do município, que fica em frente à unidade, e logo depois o menino foi encaminhado à Santa Casa de Paranavaí, também no noroeste.

"Assim que o meu filho foi picado, chamei as duas funcionárias do posto. Para a minha surpresa, elas falaram para irmos embora, para levar ele para casa. Disseram que o escorpião não ia prejudicar. Então fui até o hospital e o médico já encaminhou com urgência para Paranavaí".

A Secretaria Municipal de Saúde de Paranapoema admitiu que a criança foi picada dentro da unidade e que recebeu o atendimento necessário. A pasta diz que o protocolo para esse tipo de caso foi cumprido. A secretaria detalhou que o escorpião estava dentro do ralo.

A Santa Casa de Paranavaí informou que a criança tomou o soro antiescorpiônico e está bem.

A Secretaria Estadual de Saúde (Sesa) informou que foram registrados 2.085 casos de picadas de escorpião no estado em 2017. A regional de Saúde de Paranavaí registrou 298 casos, na regional de Cianorte registrou 97 casos, em Umuarama 59 e Maringá teve 510.

PRIMEIROS SOCORROS EM CASO DE ACIDENTE COM ESCORPIÕES

- Lave o local da picada com água e sabão
- Compressas mornas podem ser utilizadas para aliviar a dor até chegar a um serviço de saúde
- Não fazer torniquete ou garrote, não furar, não cortar, não queimar, não espremer, não fazer sucção no local da ferida e nem aplicar folhas, pó de café ou terra sobre ela para não provocar infecção
- É muito importante que a vítima seja levada imediatamente ao serviço de saúde mais próximo para receber o tratamento em tempo

#saúde nasredes SUS + /minsaude

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 19/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

O índice de infestação do mosquito da dengue em Maringá, no norte do Paraná, é o maior desde 2010 para um início de ano. São 3,6% dos imóveis com larvas do *Aedes aegypti*, aponta o levantamento divulgado na segunda-feira (19/02) pela Secretaria Municipal de Saúde.

A pesquisa foi realizada entre os dias 29 de janeiro e 2 de fevereiro em todos os bairros da cidade. No comparativo com dados de anos anteriores, o índice para igual período é o maior desde 2010, quando o percentual de infestação atingiu 3,8% dos imóveis.

Conforme o levantamento apresentado na segunda-feira, os bairros Jardim Alvorada e Vila Morangueira, ambos na zona norte de Maringá, têm a maior concentração de focos com 9% – o que significa que para cada cem imóveis visitados, nove tinham larvas do mosquito.

De acordo com a pesquisa, na região mais crítica – Jardim Alvorada e Vila Morangueira –, os principais criadouros do mosquito foram encontrados em lixo nos imóveis (35%), vasos de plantas (25%) e barris e tinas (22%).

No boletim mais recente da Secretaria Estadual de Saúde (Sesa), divulgado no dia 6 de fevereiro, Maringá aparece com 146 casos confirmados de dengue.

A cidade lidera em casos da doença no Paraná, seguida por Foz do Iguaçu (45), no oeste do estado, e Cambé (24), também no norte do Paraná. Os números são referentes ao período epidemiológico iniciado em 1º de agosto de 2017.



DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 20/02/2018

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Com o término do período de férias de verão, turistas ou proprietários de imóveis, no litoral ou locais de veraneio, não devem esquecer os cuidados necessários para evitar a presença do mosquito da dengue.

A orientação da Secretaria de Estado da Saúde é que ao deixarem suas casas, os veranistas fiscalizem quintais e outros espaços a fim de eliminar qualquer tipo de recipiente que acumule água da chuva e contribua na proliferação do mosquito da dengue.

Segundo a chefe do Centro de Vigilância em Saúde, Ivana Belmonte, o verão é uma das épocas do ano mais propícias para alta ocorrência do *Aedes aegypti*, principalmente com a ocorrência de calor e chuvas constantes.

“Na pressa do retorno, as pessoas fazem as malas e acabam esquecendo medidas simples, que não gastam muito tempo, mas que podem prevenir dores de cabeça no futuro”, comenta.

Ivana explica que quinze minutos são suficientes para prevenção contra o mosquito. Basta conferir alguns itens antes de fechar o imóvel e retornar, como tampar os ralos, fechar a tampa do vaso sanitário ou vedá-lo com plástico, remover a água de aparelhos de ar-condicionado e geladeiras, eliminar qualquer recipiente do quintal que acumule água da chuva, limpar as calhas e, se houver piscina, providenciar que haja manutenção periódica.

Ainda enfatiza que cada morador pode realizar vistorias semanais em seus imóveis. “Não é necessário grande quantidade de água para que o mosquito se reproduza, basta ter água acumulada e calor. O

cuidado deve ser permanente para evitar complicações”, completa Ivana.

Divulgado na terça-feira (20/02), o informe técnico da Secretaria da Saúde informa a ocorrência de 487 casos e nenhum óbito de dengue no Paraná desde agosto de 2017.

O boletim detalha também o comportamento das outras duas doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Até agora, são onze casos de chikungunya, sendo cinco importados de outras localidades, e nenhum caso de zika no Estado.



Foto: SESA-PR

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

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

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

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

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

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

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

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

INFLUENZA

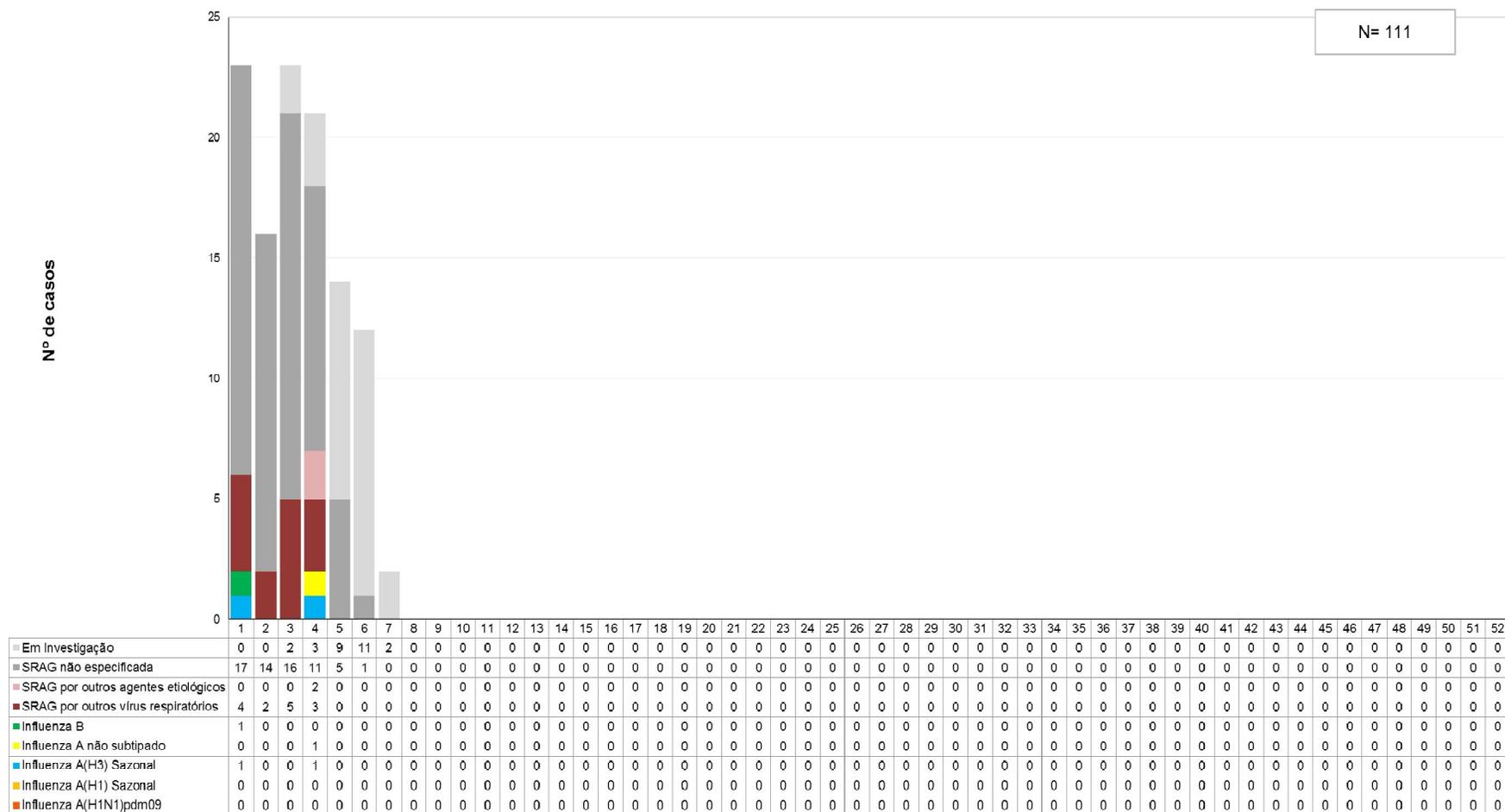
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

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



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/02/2018

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

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

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

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

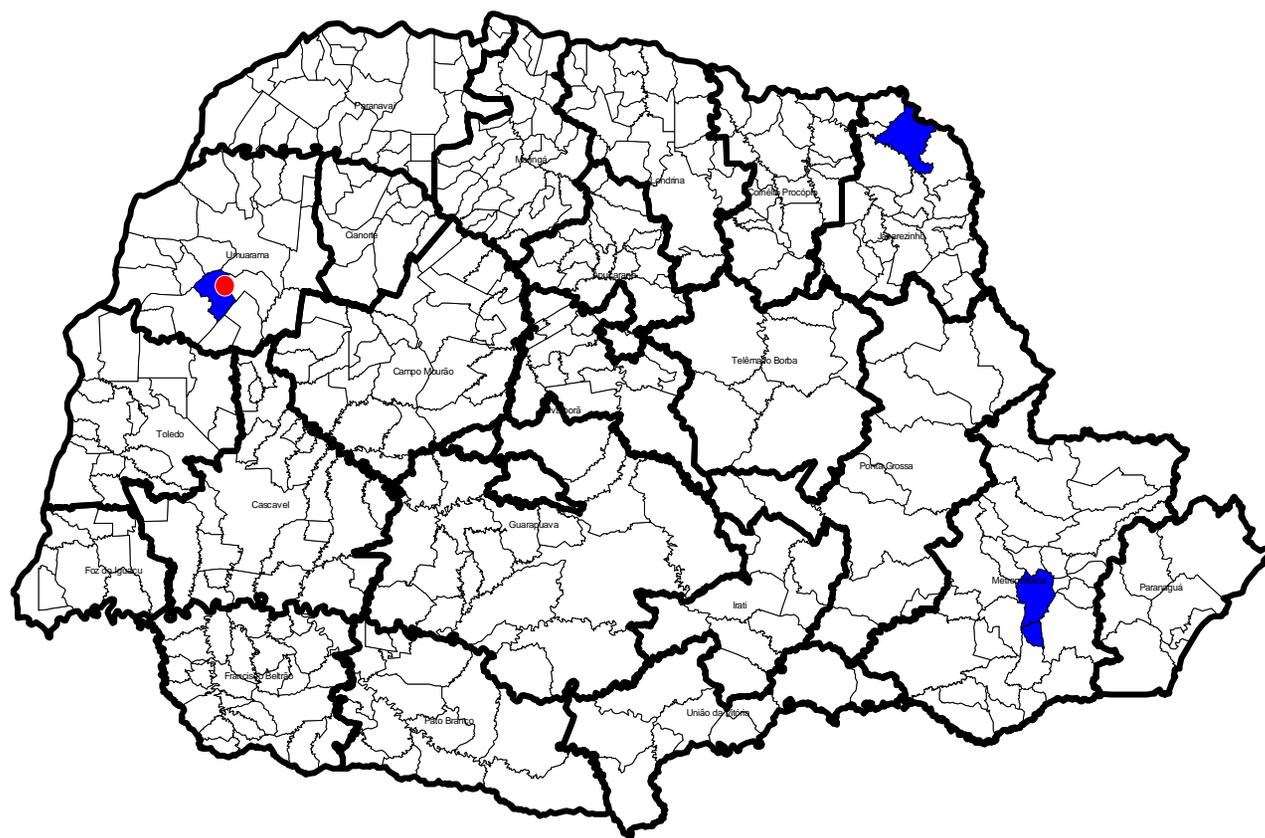
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/02/2018

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

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



■ Casos de SRAG por Influenza

● Óbitos de SRAG por Influenza

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 2 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0	2	50,0
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 19 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 29 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
30 a 39 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
40 a 49 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
50 a 59 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
≥ 60 anos	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0
TOTAL	0	0	0	0	2	100	1	100	1	100	4	100

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

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



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

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



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

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
< 2 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 19 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 29 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
30 a 39 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
40 a 49 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
50 a 59 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
≥ 60 anos	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
TOTAL	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0	1	100

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

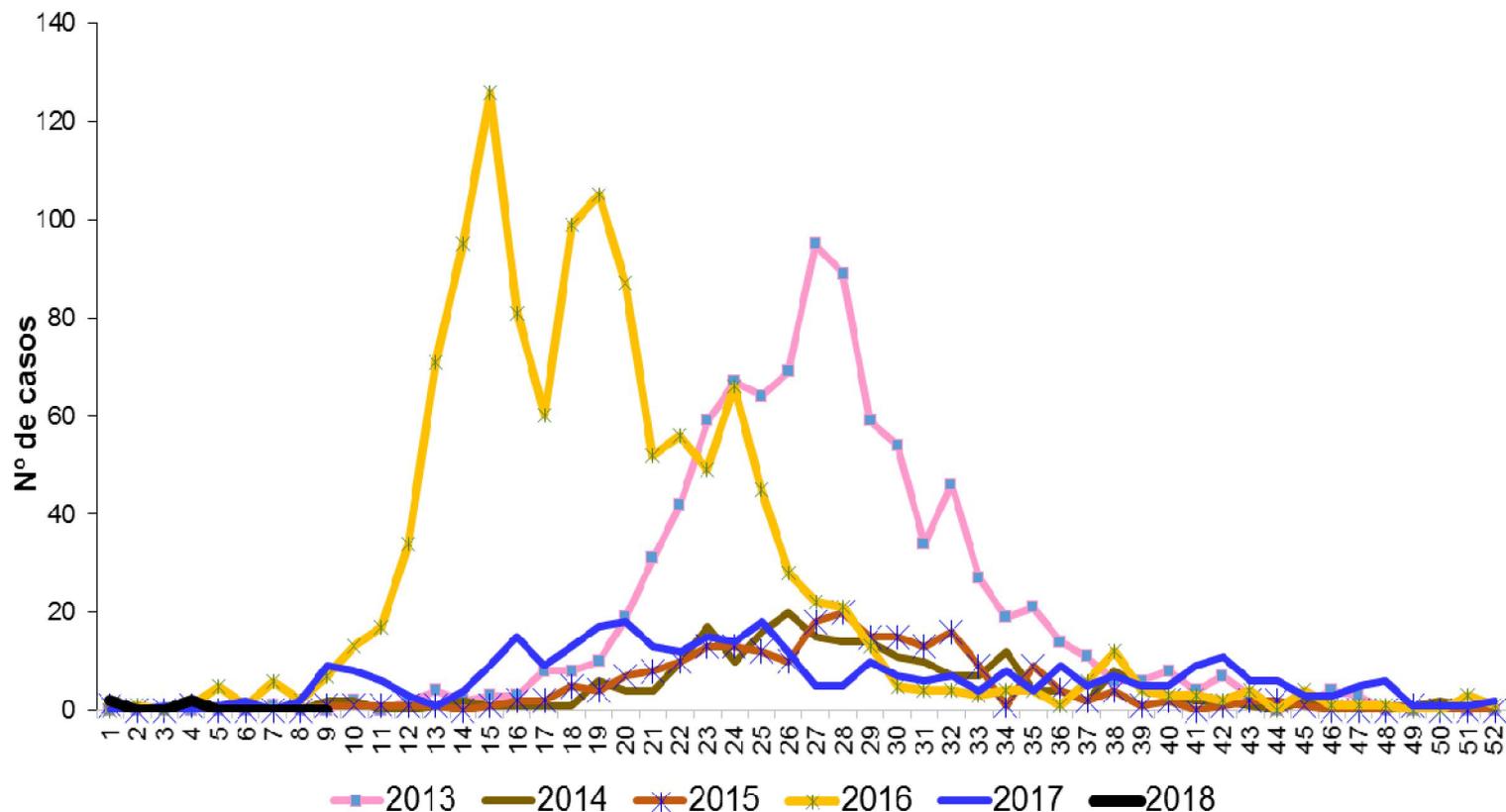
Data da informação: 16/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

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

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



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

Em relação aos tipos de vírus Influenza no Paraná, em 2013 houve um predomínio dos casos de SRAG por Influenza B, com 44,5% (401/902) e Influenza A(H1N1)pdm09 com 42,6% (384/902) e 71,2% (47/66) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2014 houve um predomínio da Influenza A(H3N2) com 72,4% (165/228) dos casos e 50,0% (8/16) dos óbitos por este vírus. Em 2015 também predominou a Influenza A(H3N2) com 54,9% (124/226) e 45,8% (11/24) dos óbitos por este vírus. Em 2016, predominou a Influenza A(H1N1)pdm09, com 88,9% (1085/1220) dos casos e 91,2% (218/239) dos óbitos. Em 2017, houve predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 61,1% (209/342) dos casos e, ocorrência de 66,0% (35/53) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal. Já Em 2018, continua a predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 50,0% (2/4) dos casos e, ocorrência de 100,0% (1/1) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal (Tabela 7).

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

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

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

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

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

Classificação Final	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Influenza A(H1N1)pdm09	384	47	48	8	39	4	1085	218	1	0	0	0
Influenza A(H1) Sazonal*	6*	0	0	0	4*	1*	1*	1*	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	114	6	165	8	124	11	4	1	209	35	2	1
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	1	0	1	0
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	131	18	1	0
TOTAL	902	66	228	16	226	24	1220	239	342	53	4	1

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

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza		Total Coletas	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Num	%
< 2 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	69	11,1
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	3,8
5 a 9 anos	0	0,0	1	10,0	0	0,0	1	4,3	2	5,6	16	2,6
10 a 19 anos	0	0,0	1	10,0	0	0,0	4	17,4	5	13,9	80	12,8
20 a 29 anos	0	0,0	2	20,0	1	33,3	4	17,4	7	19,4	139	22,3
30 a 39 anos	0	0,0	4	40,0	1	33,3	5	21,7	10	27,8	102	16,3
40 a 49 anos	0	0,0	1	10,0	1	33,3	5	21,7	7	19,4	59	9,5
50 a 59 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,7	2	5,6	55	8,8
≥ 60 anos	0	0,0	1	10,0	0	0,0	2	8,7	3	8,3	80	12,8
TOTAL	0	0,0	10	100	3	100,0	23	100	36	100	624	100

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/02/2018

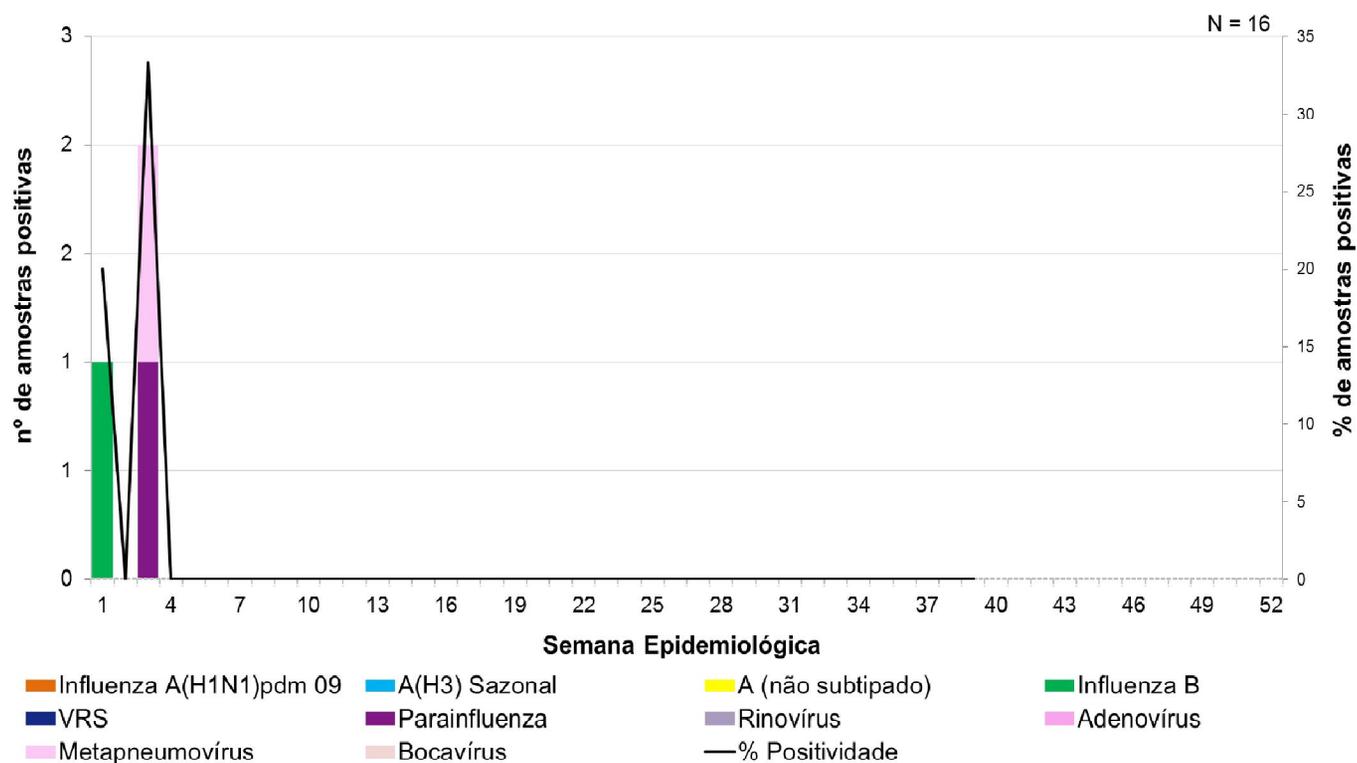
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 26 coletas, sendo 16 (61,5%) processadas. Dentre estas, 3 (18,8%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios. Das amostras positivas para influenza foram detectados 0 (0,0%) para influenza A(H1N1)pdm09, 0 (0,0%) para influenza A não subtipado, 0 (0,0%) influenza A(H3N2) e 1 (100,0%) para influenza B. Entre os outros vírus evidenciam-se 1 (50,0%) de Parainfluenza e 1 (50,0%) de Metapneumovírus (Gráfico 6).

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



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/02/2018

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

Medidas Preventivas para Influenza

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

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

Outras medidas são:

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

Utilizar lenço descartável para higiene nasal.

Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.

Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.

Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.

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

Manter os ambientes bem ventilados.

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

Evitar sair de casa em período de transmissão da doença.

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

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

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

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

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 20/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2017 (primeira semana de agosto) a 07/2018.

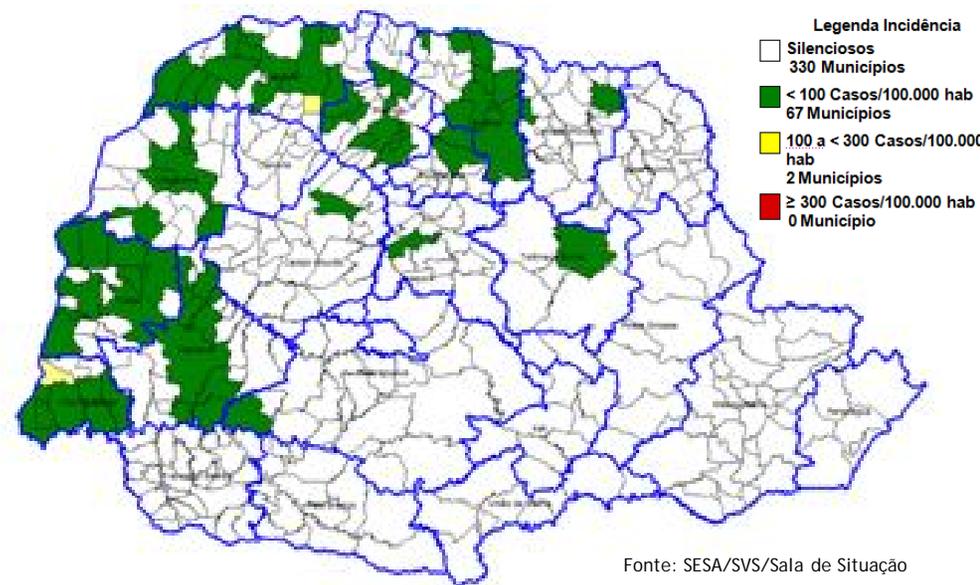
Foram notificados no referido período 13.568 casos suspeitos de dengue, dos quais 9.402 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 4,25 casos por 100.000 hab. (474/11.163.018 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 (2.390), Maringá (1.631) e Foz do Iguaçu (1.220).

Os municípios com maior número de casos confirmados são: Maringá (145), Foz do Iguaçu (51), e Cambé (24).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2017 a 07/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2017 A 07/2018*

	PERÍODO 2017/2018
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	290
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	72
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	13
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	69
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (09 ^a , 10 ^a , 11 ^a , 12 ^a , 14 ^a , 15 ^a , 16 ^a , 17 ^a , 18 ^a , 20 ^a , 21 ^a e 22 ^a)	12
TOTAL DE CASOS	487
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	474
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	13
TOTAL DE NOTIFICADOS	13.568

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2017 a 07/2018.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clinico-epidemiológico (%)	
Dengue	374 (76,8)	113 (23,8%)	487
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	7	-	7
Dengue Grave (D G)	3	-	3
Descartados	-	-	9.402
Em andamento/investigação	-	-	3.669
Total	384 (2,8%)	113 (0,8%)	13.568

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

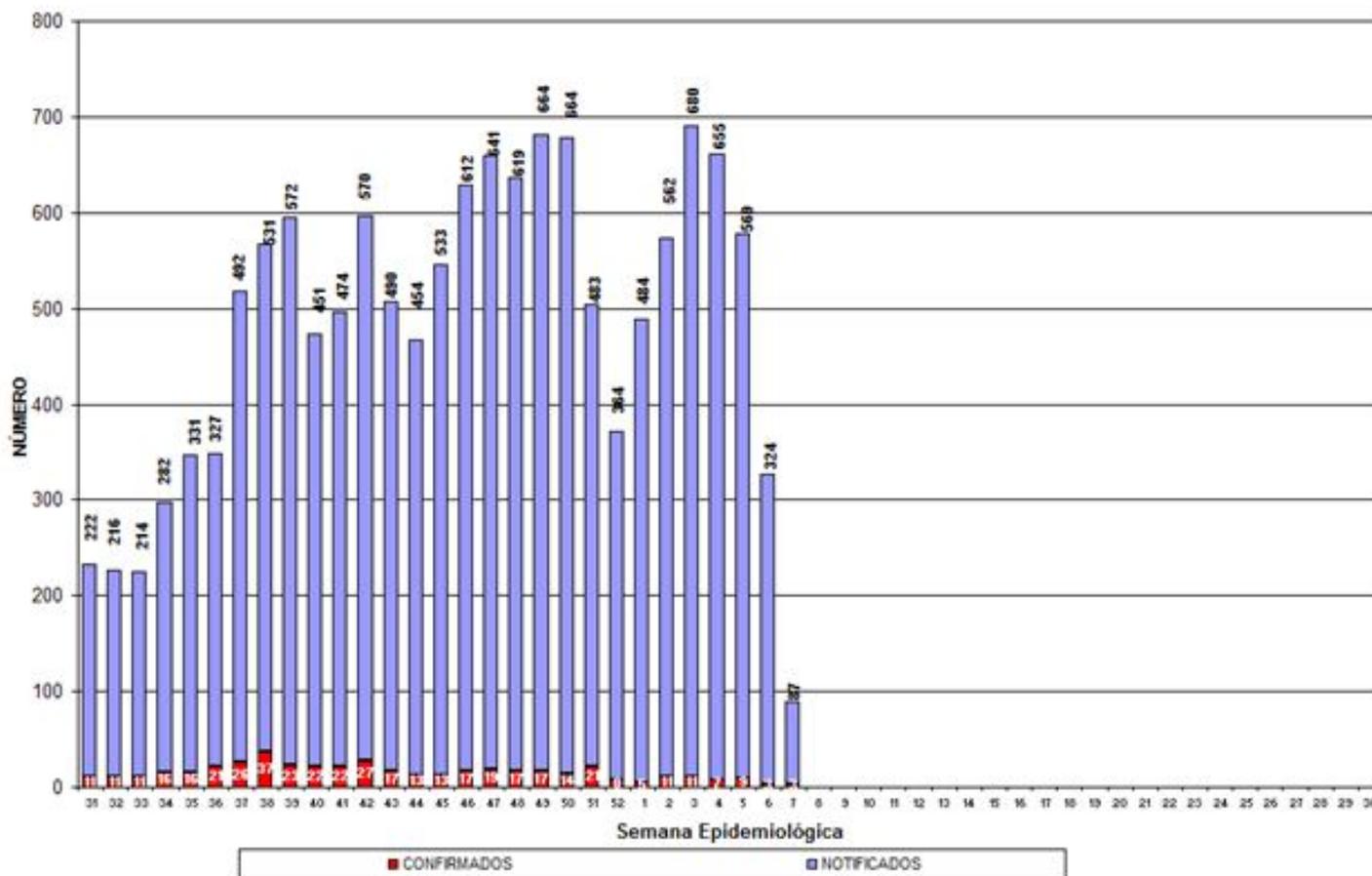
DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 20/02/2018

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

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



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2017 a 07/2018.

DENGUE

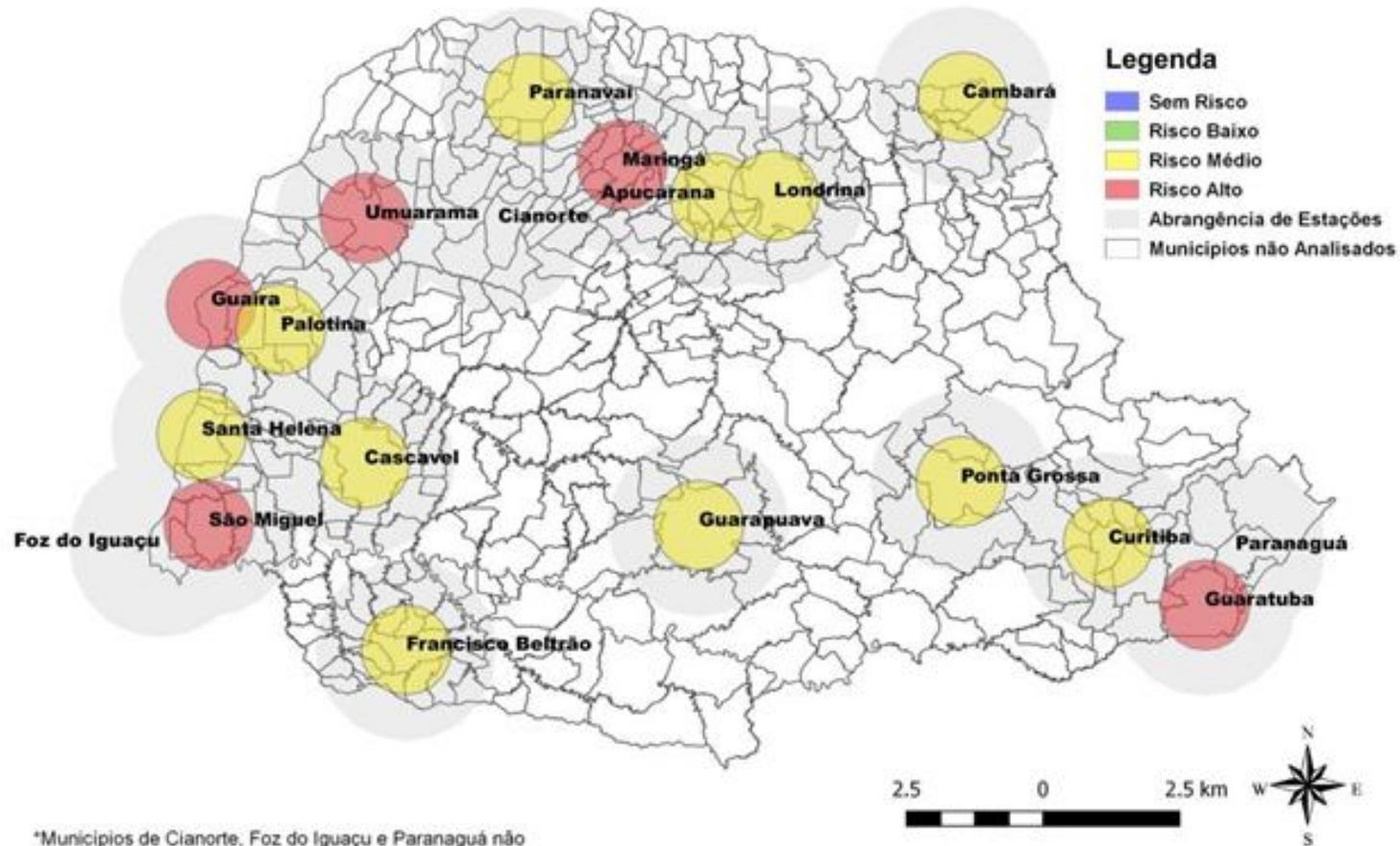
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 20/02/2018

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

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

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (04/02/2018 - 10/02/2018)



Fonte: Laboclima/UFPR

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 20/02/2018

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

Tabela 2 – Número de casos de dengue, notificados, dengue grave (DG), dengue com sinais de alarme (DSA), óbitos e incidência por 100.000 habitantes por Regional de Saúde, Paraná – Semana Epidemiológica 31/2017 a 07/2018

REGIONAL DE SAÚDE	POPU- LAÇÃO	CASOS			NOTIFI- CADOS	DSA	DG	ÓBI- TOS	INCI- DENCIA
		AUTÔC	IMPORT	TOTAL					
1ªRS - Paranaguá	286.602	0	0	0	913	0	0	0	-
2ªRS - Metropolitana	3.502.790	0	4	4	604	0	0	0	-
3ªRS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	29	0	0	0	-
4ªRS - Irati	171.453	0	0	0	13	0	0	0	-
5ªRS - Guarapuava	459.398	0	0	0	25	0	0	0	-
6ªRS - União da Vitória	174.970	0	0	0	14	0	0	0	-
7ªRS - Pato Branco	264.185	0	0	0	70	0	0	0	-
8ªRS - Francisco Beltrão	355.682	0	0	0	252	0	0	0	-
9ªRS - Foz do Iguaçu	405.894	85	4	89	1.569	5	2	0	20,94
10ªRS - Cascavel	540.131	43	3	46	603	0	0	0	7,96
11ªRS - Campo Mourão	340.320	1	0	1	419	0	0	0	0,29
12ªRS - Umuarama	277.040	5	0	5	360	0	0	0	1,80
13ªRS - Cianorte	154.374	0	0	0	155	0	0	0	-
14ªRS - Paranavaí	274.257	51	0	51	1.113	0	0	0	18,60
15ªRS - Maringá	799.890	162	0	162	2.102	0	0	0	20,25
16ªRS - Apucarana	372.823	2	0	2	286	0	0	0	0,54
17ªRS - Londrina	935.904	83	0	83	4.087	2	1	0	8,87
18ªRS - Cornélio Procópio	230.231	1	0	1	240	0	0	0	0,43
19ªRS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	174	0	0	0	-
20ªRS - Toledo	385.916	39	2	41	470	0	0	0	10,11
21ªRS - Telêmaco Borba	184.436	1	0	1	41	0	0	0	0,54
22ªRS - Ivaiporã	138.130	1	0	1	29	0	0	0	0,72
TOTAL PARANA	11.163.018	474	13	487	13.568	7	3	0	4,25

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

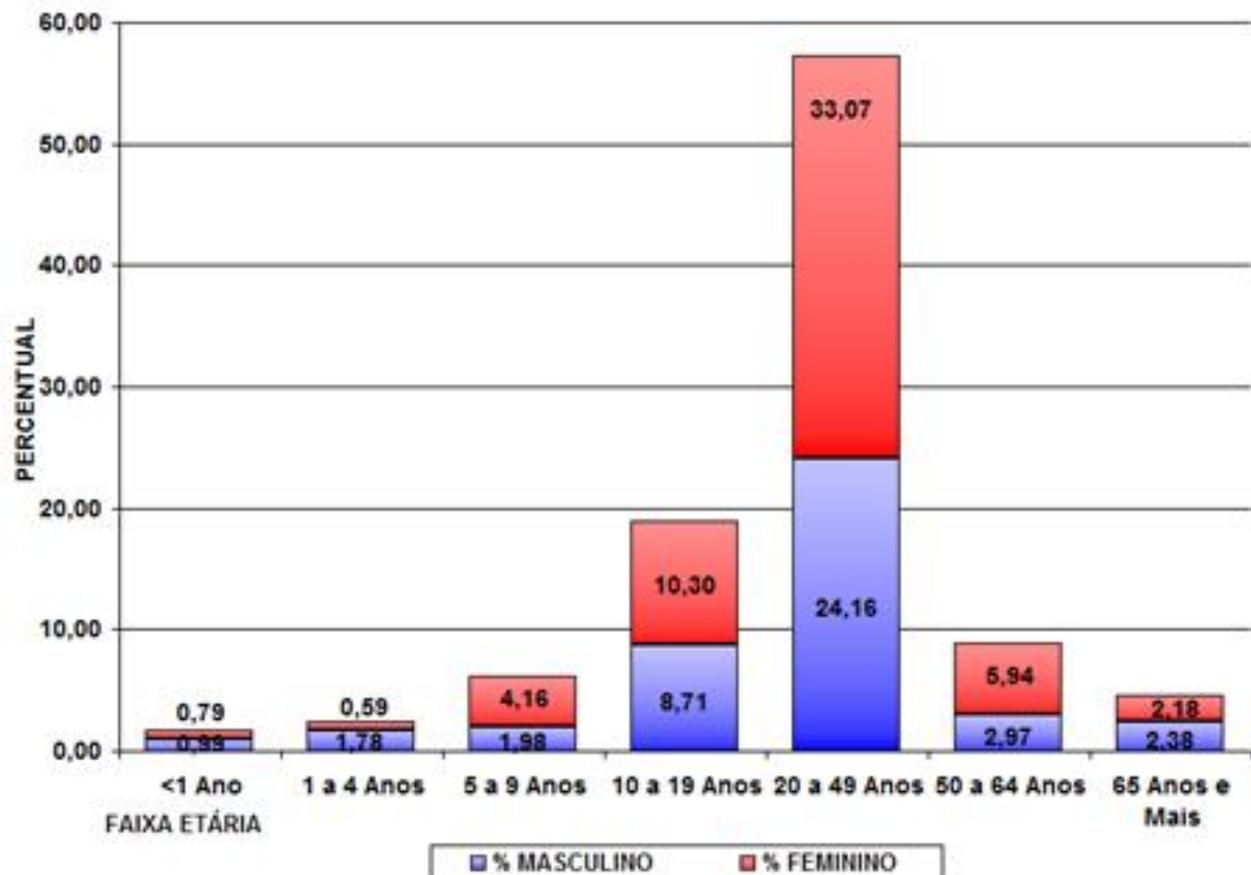
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 20/02/2018

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

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

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2017 a 07/2018, Paraná – 2017/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação



EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 06 e 07/2018

(04/02/2018 a 17/02/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

DENGUE / ZIKA / CHIKUNGUNYA

Local de ocorrência: Bahia

Data da informação: 12/02/2018

Fonte da informação: bahianoar.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Com índices preocupantes de dengue, zika e chikungunya, a cidade de Coaraci é o único município da Bahia que passa por uma epidemia simultânea dessas três doenças, classificadas como arboviroses por serem transmitidas por insetos – neste caso, o mosquito *Aedes aegypti*.

Esse é o drama dos 19 mil residentes em Coaraci, no Sul da Bahia, cidade que aparece no relatório anual de arboviroses da Secretaria da Saúde da Bahia (Sesab) como a única cidade baiana de 2017 em que o coeficiente de incidência de arboviroses foi maior ou igual a 100 casos por 100 mil habitantes.

Segundo levantamento feito pelo Correio, em 2017, a cidade notificou 20 casos suspeitos de zika, 75 de dengue e 26 de chikungunya. No ano anterior, foi pior: 191 notificações de zika, 200 de dengue e 18 de chikungunya, atendidos no Hospital Geral de Coaraci, de baixa complexidade e que era estadual (a unidade foi municipalizado em 2012).

Na Bahia, em 2017, foram notificados 2.588 casos suspeitos de zika, 10.423 de chikungunya e 9.283 casos prováveis de dengue. O coeficiente de incidência ficou em 17 casos/100 mil habitantes para a zika, de 68,6 casos/100 mil para a chikungunya e de 61,1 casos/100 mil moradores para a dengue.

Você pode evitar!

Dengue	Chikungunya	Zika Vírus
		
<ul style="list-style-type: none">• Tontura• Dor nas articulações• Fraqueza• Febre alta• Dor atrás dos olhos• Manchas vermelhas• Náuseas e vômitos• Perda de peso• Dor de cabeça• Possível sangramento no nariz e gengiva	<ul style="list-style-type: none">• Dores intensas nas articulações• Dor muscular• Dor de cabeça• Manchas vermelhas• Conjuntivite• Febre alta	<ul style="list-style-type: none">• Olhos vermelhos• Conjuntivite• Dor de cabeça• Dor muscular• Aftas• Febre baixa ou não• Dor nas costas• Sensibilidade a luz• Coceira• Dores nas articulações• Lesões vermelhas na pele

LEISHMANIOSE

Local de ocorrência: Rondônia

Data da informação: 19/02/2018

Fonte da informação: rondoniagora.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A leishmaniose tegumentar, única presente em Rondônia, é uma das infecções dermatológicas que merece mais atenção, devido a sua magnitude, pelo risco de ocorrência de deformidade que pode produzir no ser humano. Segundo dados da Agência Estadual de Vigilância em Saúde (Agevisa), a leishmaniose está presente nos 52 municípios do estado e foram confirmados de 2013 a 2017 5.741 casos, sendo a maior incidência da doença nos municípios de Porto Velho, com 699 casos; Pimenta Bueno, com 283; Espigão do Oeste, 278; Cacoal, 247; e Ariquemes, com 257 casos.

A leishmaniose tegumentar é uma doença infecciosa, não contagiosa e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), constitui um problema de saúde pública em 88 países, distribuídos em quatro continentes (Américas, Europa, África e Ásia), com registro anual de 1 a 1,5 milhões de casos.

O médico veterinário Cesarino Júnior Lima Aprígio, gerente técnico de Vigilância Epidemiológica e Ambiental da Agevisa, explicou que no estado só existem casos da Leishmaniose tegumentar, que ocorre pela picada de insetos vetores, os flebotomíneos. “São insetos pequenos, menor que o muriçoca e quando picam as pessoas os sintomas são as feridas na pele que se localizam nas partes descobertas do corpo e que não saram com nenhum remédio”, destacou.

Segundo ele, o ciclo de transmissão demora em média de duas semanas até dois meses depois da picada do flebotomíneo. “A pessoa para se prevenir da doença o ideal é usar repelentes, roupas de manga comprida, sapato fechado, calça, chapéu com abas, manter os animais longe das residências e não esquecer a colocação de telas nas casas” recomendou o médico veterinário da Agevisa, acrescentando que o diagnóstico da doença é feito através de exame clínico, realizado nos

postos de saúde dos municípios, com resultado apresentado no mesmo dia, sendo o tratamento e os remédios todos da rede pública.

Com relação à doença o foco do trabalho dos técnicos da Agevisa é a capacitação de enfermeiros e técnicos de vigilância em saúde dos municípios, a supervisão das ações rotineiras, investigação de casos e as ações de educação e saúde, que são voltadas para orientação da população.



SUSPEITE DE LEISHMANIOSE

A LEISHMANIOSE TEGUMENTAR OU FERIDA BRAVA É UMA DOENÇA CAUSADA POR UM MICROBIO, QUE AFETA A PELE

- A leishmaniose provoca feridas com bordas altas na pele.
- Ferida em qualquer lugar da pele, que demora a cicatrizar.
- Que não melhora com pomadas e remédios caseiros.
- Pode afetar também o nariz e a garganta levando à obstrução e deformidade.

MALÁRIA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 14/02/2018

Fonte da informação: nacoesunidas.org

COMENTÁRIOS:

Uma nova atualização epidemiológica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) revela que a malária avança na região amazônica do Brasil. Em 2016, o país registrou 117.832 casos da doença em nove estados. Em 2017, o número chegou a 174.522, valor que representa um aumento de 48%.

A unidade federativa mais afetada é o Amazonas, com cerca de 74 mil ocorrências da patologia no ano passado. Em 2016, foram aproximadamente 45 mil casos. O segundo estado com maior número de infecções foi o Pará — cerca de 33 mil em 2017, bem mais que os 13 mil identificados em 2016. O Acre registrou cerca de 32 mil casos em 2017, volume significativo, mas que não indica variação muito grande em relação aos 31 mil casos de 2016.

O Tocantins, embora tenha identificado o menor número de casos (71), foi o estado com o maior aumento (223%) em relação a 2016, quando apenas 22 casos foram registrados.

As tendências da região amazônica acompanham a expansão da malária nas Américas identificada pela OPAS em sua atualização epidemiológica. Em 2016, nove países — Colômbia, Equador, El Salvador, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá e Venezuela — relataram um aumento nos casos da doença. No ano passado, além do Brasil, Equador, México, Nicarágua e Venezuela também notificaram uma elevação do número de infecções.

Diante do atual cenário, a OPAS recomenda que os países da região fortaleçam as ações de vigilância e controle da malária. No início de 2017, o organismo regional alertou seus Estados-membros sobre o risco de surtos, aumento de casos e mortes em áreas onde a doença é endêmica. A instituição também chamou atenção para o possível reaparecimento da patologia em áreas nas quais a transmissão já havia sido interrompida.

A agência da ONU lembrou o caso de países que, apesar de estarem livres da malária ou apresentarem poucos casos, notificaram a transmissão da doença em seus territórios no ano passado. Cuba e Costa Rica informaram em 2017 casos autóctones da infecção. Honduras registrou ocorrências da patologia em uma área onde anteriormente não havia notificação de quaisquer casos.

A OPAS adverte que as conquistas alcançadas para a eliminação da doença podem ser comprometidas se as ações de vigilância e controle em toda a região das Américas não forem mantidas ou fortalecidas. “Embora os Estados-membros da OPAS tenham realizado esforços em resposta a esse alerta, o aumento dos casos em 2017 indica a persistência das condições e lacunas na resposta”, avalia a Organização no documento.

Condições de vulnerabilidade e pobreza são alguns dos fatores que explicam o atual avanço da malária. A agência da ONU ressalta que certas atividades trabalhistas e econômicas, como a mineração, a extração de produtos naturais e a agricultura, aumentam o risco de exposição das populações aos vetores nas áreas com transmissão da doença.

A OPAS, escritório regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS), chama os países a fortalecer as ações de vigilância e controle da doença, especialmente com medidas relacionadas à detecção precoce de casos, diagnóstico a tempo e início imediato do tratamento.

Na avaliação do organismo, a principal ação para controlar a transmissão da malária é reduzir a demora entre o início dos sintomas e o tratamento do caso, bem como adotar medidas oportunas de investigação e resposta.

A Organização também sugere que o diagnóstico e o tratamento completo com antimaláricos sejam levados para mais perto das comunidades em risco. A OPAS solicita ainda intervenções complementares de controle vetorial e convoca os países a garantir a qualidade do diagnóstico parasitológico e a evitar a falta de medicamentos.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 16/02/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde atualizou na sexta-feira (16/02) as informações repassadas pelas secretarias estaduais de saúde sobre a situação da febre amarela no país. No período de monitoramento (de 1º de julho/2017 a 16 de fevereiro de 2018), foram confirmados 464 casos de febre amarela no país, sendo que 154 vieram a óbito. Ao todo, foram notificados 1.626 casos suspeitos, sendo que 684 foram descartados e 478 permanecem em investigação, neste período.

No ano passado, de julho de 2016 até 16 fevereiro de 2017, eram 532 casos de febre amarela confirmados e 166 óbitos confirmados. Os informes sobre a doença seguem, desde o ano passado, a sazonalidade da doença, que acontece, em sua maioria, no verão. Dessa forma, o período para a análise considera de 1º de julho a 30 de junho de cada ano.

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

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

a campanha de fracionamento da vacina de febre amarela teve início na segunda-feira (19/02). O estado pretende vacinar 3,3 milhões de pessoas em 8 municípios.

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

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



Fonte: google.com.br

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 16/02/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

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

Dados preliminares e sujeitos à revisão

*LPI – Local Provável de Infecção

FIQUE ATENTO AOS SINAIS E SINTOMAS DA FEBRE AMARELA:

- Olhos amarelos
- Febre de início súbito
- Náuseas e vômitos
- Dores nas costas
- Dores no corpo, em geral
- Dor de cabeça
- Fadiga
- Fraqueza



#FebreAmarela
Informação pra todos,
vacina pra quem precisa.



FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 15/02/2018

Fonte da informação: veja.abril.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Uma pesquisa inédita do Instituto Evandro Chagas, do Pará, vinculado ao Ministério da Saúde, conseguiu detectar o vírus da febre amarela em mosquitos *Aedes albopictus* (popularmente conhecido como Tigre Asiático).

Os mosquitos, que vivem em áreas rurais e urbanas, foram capturados em 2017, em áreas rurais próximas dos municípios de Itueta e Alvarenga, em Minas Gerais. Novos estudos são necessários para confirmar agora a capacidade de transmissão do *Aedes albopictus*, já que a detecção do vírus no mosquito não significa necessariamente que a espécie possa transmitir a doença.

“Ter encontrado o vírus no mosquito *Aedes albopictus* não significa necessariamente que ele adquiriu o papel de transmissor da febre amarela. Por isso é preciso voltar a essas áreas para uma nova coleta de mosquitos e avaliar a capacidade de transmissão deles”, explicou Pedro Vasconcelos, diretor do Instituto.

O Ministério da Saúde reitera que não há registro confirmado de febre amarela urbana no país e também não há registro de mosquitos *Aedes aegypti* infectados com o vírus da febre amarela. Todos os casos de febre amarela registrados no Brasil desde 1942 são silvestres, inclusive os atuais, ou seja, a doença foi transmitida por vetores que existem em ambientes de mata (mosquitos dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*).

De acordo com dados divulgados pelo Ministério da Saúde no dia 15/02, os estados de São Paulo e Rio de Janeiro já vacinaram 3,9 milhões de pessoas na campanha contra a febre amarela até o momento. O dado corresponde a 19,2% do público que deveria ser imunizado nos dois estados.

A previsão do Ministério da Saúde é vacinar 20,5 milhões de pessoas no Sudeste — sendo 10,3 milhões em 54 municípios de São Paulo e 10

milhões em 15 municípios do Rio de Janeiro. Esta é a campanha em que se adotou o uso da vacina fracionada. Os números incluem as aplicações fracionadas e inteiras.

Segundo o boletim do órgão, Rio de Janeiro vacinou 1,2 milhão de pessoas (12% do público-alvo). Em São Paulo, 2,7 milhões receberam a imunização (26% do público-alvo). Minas Gerais ainda não encaminhou os dados ao ministério.

A baixa adesão à campanha motivou o órgão a reforçar a importância da vacinação. O ministro da Saúde, Ricardo Barros, alertou para a necessidade de ampliar a cobertura vacinal. “Fazemos um apelo para que a população compareça às unidades de saúde. A campanha está pronta. É importante que a população compareça para que a nós alcancemos a cobertura vacinal prevista de acima de 90% nessas áreas onde as vigilâncias estaduais determinaram que deve haver vacinação de pessoas”, reiterou.

“O que está ocorrendo no Brasil é que os casos de febre amarela estão ocorrendo em áreas onde não era recomendada a vacinação, portanto as pessoas estão suscetíveis porque não eram vacinadas. Por isso a importância de se vacinarem nessa campanha e evitarem casos e mortes pela doença”, complementou Pedro Vasconcelos.

SARAMPO

Local de ocorrência: Roraima

Data da informação: 19/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

A Secretaria Estadual de Saúde informou na segunda-feira (19/02) que investiga outros sete novos casos suspeitos de sarampo em crianças venezuelanas e uma brasileira.

Na terça (13/02) uma bebê venezuelana de 1 ano foi diagnosticada com a doença. Embora o resultado feito no Laboratório Central de Saúde Pública tenha dado positivo, a Sesau trata o caso como suspeito porque é necessário uma nova confirmação pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

"A amostra [do exame da bebê] está sendo processada pela Fiocruz, laboratório de referência nacional e somente se ratificado diagnóstico positivo, o caso será considerado confirmado".

Dos sete novos casos suspeitos, segundo a Sesau, seis são em crianças venezuelanas e uma é brasileira que mora em Boa Vista. A faixa etária deles é de 7 meses a 10 anos. Nenhum dos casos suspeitos possui histórico de vacinação.

Dentre os sete casos suspeitos venezuelanos, incluindo a da bebê de 1 anos, seis são moradores de abrigos e um morador de rua. Todos apresentaram febre e manchas avermelhadas pelo corpo, acompanhados de tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, segundo a Saúde municipal.

Dos casos suspeitos, apenas quatro foram hospitalizados. Desses, dois já receberam alta e outros dois seguem no Hospital da Criança Santo Antônio até receberem alta médica.

Na semana passada, além do diagnóstico positivo, haviam dois casos suspeitos, mas eles foram descartados em exames feitos no Lacen.

Para evitar um surto da doença, equipes das Saúdes do governo e prefeitura iniciaram ações de prevenção ao sarampo em abrigos e praças onde vivem venezuelanos em Boa Vista. Só no sábado (17/02) 730 imigrantes foram vacinados na praça Simón Bolívar.

Foi elaborado ainda um plano de enfrentamento da doença. Entre as ações estão a capacitação de profissionais da Saúde para o diagnóstico do sarampo e monitoramento nos abrigos e outros locais onde vivem os venezuelanos.

Nos próximos dias está prevista a chegada de 28 mil doses de vacina de combate à doença. Os medicamentos serão enviados pelo Ministério da Saúde. O governo pretende ainda antecipar a campanha de vacinação contra sarampo para o mês de março ao invés de agosto.



Fonte: google.com.br

SARAMPO

Local de ocorrência: Roraima

Data da informação: 17/02/2018

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

COMENTÁRIOS:

Centenas de venezuelanos que vivem na praça Simón Bolívar, no bairro Pricumã, zona Oeste de Boa Vista, foram imunizados contra o sarampo no sábado (17/02). A ação faz parte do plano de enfrentamento à doença na capital desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde.

A imunização teve início por volta das 8h e seguiu até que todas as pessoas que estavam no local fossem vacinadas. Em uma hora de ação, 115 pessoas já haviam sido imunizadas. Ao todo foram disponibilizadas 700 doses.

Segundo a diretora do departamento de Vigilância Epidemiológica, Roberta Calandrinn, a atividade de intensificação da vacina ocorre, em primeiro momento, para a população de imigrantes considerados mais vulneráveis à doença.

"Estamos vacinando crianças à partir dos seis meses de idade até os 49 anos. Para a elaboração do cartão de vacina nós pedimos aos imigrantes o documento de identidade, mas como muitos deles não têm, registramos apenas o nome completo como forma de controle", disse.

Na segunda (12/02) a prefeitura realizou um 'bloqueio vacinal' na praça Capitão Clóvis, no Centro de Boa Vista, após uma bebê venezuelana, que vivia no local, ser diagnosticada com sarampo. Até o dia quinze, 500 venezuelanos haviam sido imunizados.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, outros dois casos de crianças com suspeita da doença foram descartados.

A venezuelana Cíndia Rodriguez, de 35 anos, que está há um mês vivendo na praça Simón Bolívar levou toda a família para vacinar e avaliou a ação como importante. "Fomos vacinados graças a Deus, porque na Venezuela não há remédios, vacinas, comida e nem trabalho. É lamentável", desabafou.

Paralelo a imunização, integrantes da organização internacional Lions Club em Boa Vista realizaram uma ação humanitária com a distribuição de um café da manhã para os imigrantes. Na ocasião foram entregues mais de mil pães, leite, café, refrigerante e suco.

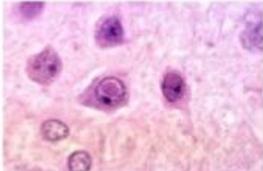
De acordo com o governador regional do Lions Clube, a distribuição começou por volta das 7h.

"Não podemos resolver o problema em 100%, mas sim amenizar e é isso o que a gente faz. Trazendo um pãozinho com manteiga e um cafezinho", afirmou.

Sarampo

O que é?

- Doença Infecto-contagiosa;
- É causada pelo vírus Morbillivirus;
- É uma das principais causas de mortalidade infantil em países do Terceiro Mundo.



INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 15/02/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

As informações apresentadas nesse informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 06 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 10/02/2018.

A positividade para influenza, outros vírus respiratórios e outros agentes etiológicos entre as amostras processadas em unidades sentinelas foi de 16,8% (178/1.061) para SG e de 13,8% (8/58) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 8,1% (35/433) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza B. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 3,2% (3/94) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H3N2).

GRIFE PODE SER EVITADA COM MEDIDAS SIMPLES DE HIGIENIZAÇÃO

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



#saúde
nasredes

blog.saude.gov.br

SUS



/minsaude

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 15/02/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

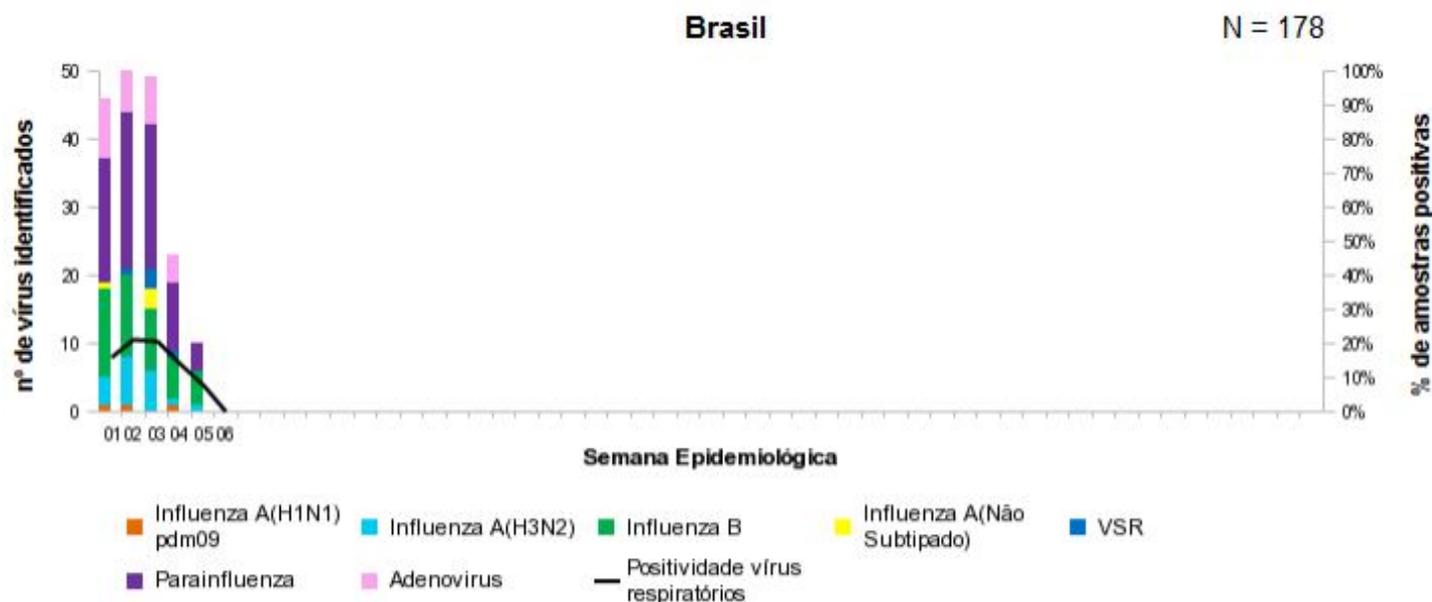
VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 06 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 2.132 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 1.061 (49,8%) foram processadas e 16,8% (178/1.061) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 71 (39,9%) foram positivos para influenza e 107 (60,1%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 3 (4,2%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 45 (63,4%) de influenza B, 4 (5,6%) de influenza A não subtipado e 19 (26,8%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 76 (71,0%) de Parainfluenza (Figura1).

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

Figura 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 06.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 15/2/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 15/02/2018

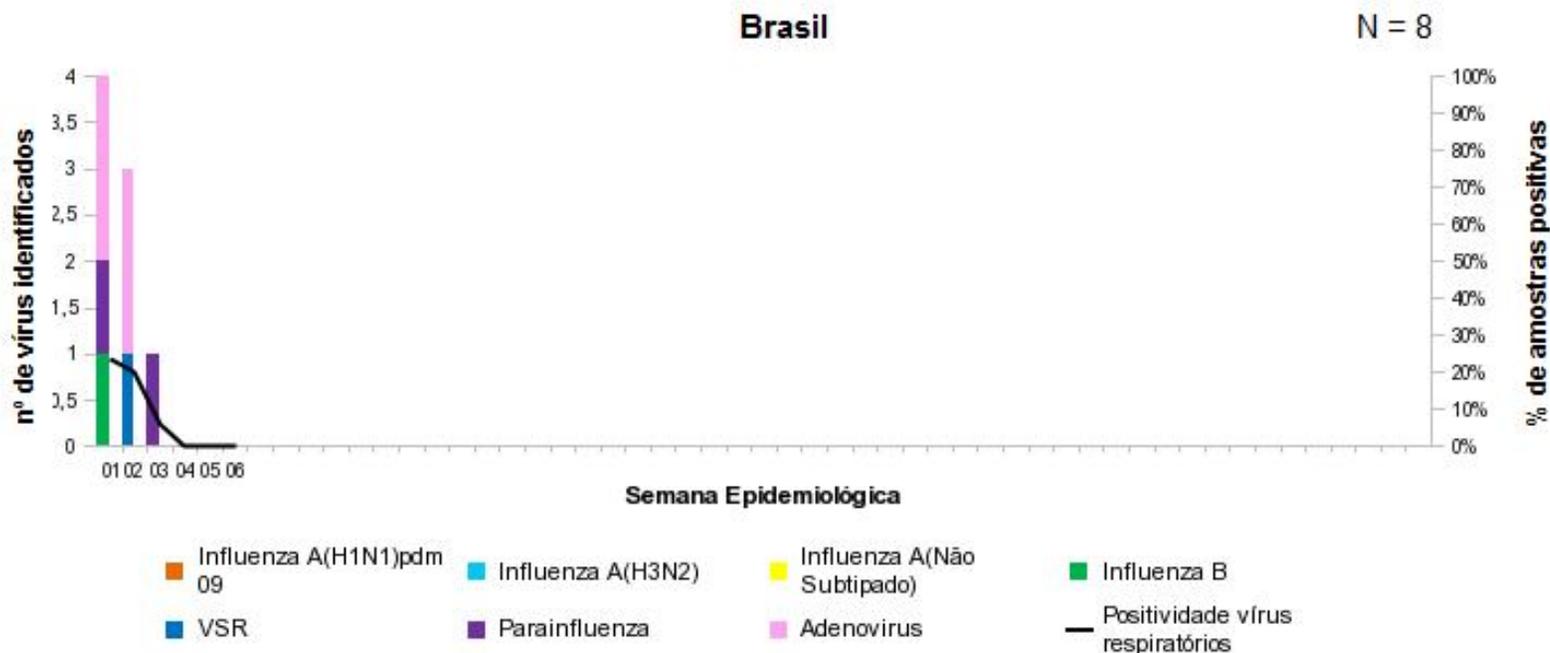
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 123 coletas, sendo 58 (47,2%) processadas. Dentre estas, 8 (13,8%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 1 (12,5%) para influenza e 7 (87,5%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 0 (0,0%) para influenza A(H1N1)pdm09, 0 (0,0%) para influenza A não subtipado, 1 (100,0%) para influenza B e 0 (0,0%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 4 (57,1%) 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 06.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 15/2/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 15/02/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 06 de 2018 foram notificados 693 casos de SRAG, sendo 433 (62,5%) com amostra processada. Destas, 8,1% (35/433) foram classificadas como SRAG por influenza e 13,6% (59/433) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 2 (5,7%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 6 (17,1%) influenza A não subtipado, 12 (34,3%) influenza B e 15 (42,9%) 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 60,0% (21/35).

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 06.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 15/2/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 15/02/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 06 de 2018 foram notificados 94 óbitos por SRAG, o que corresponde a 13,6% (94/693) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 3 (3,2%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 0 (0,0%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 0 (0,0%) influenza A não subtipado, 0 (0,0%) por influenza B e 3 (100,0%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). Os óbitos por influenza ocorreram nos estados da Bahia, Paraná e em Santa Catarina, sendo um em cada estado (Anexo 4).

Figura 4. Distribuição dos óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 06.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 15/2/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 15/02/2018

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 44 a 91 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,01/100.000 habitantes. Dos três indivíduos que foram a óbito por influenza, 2 (66,7%) apresenta pelo menos um fator de risco para complicação, tendo este sido, Adultos \geq 60 anos, Pneumopatas e Imunodeficiência/Imunodepressão. Além disso, 2 (66,7%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 2 a 6 dias. 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 06.

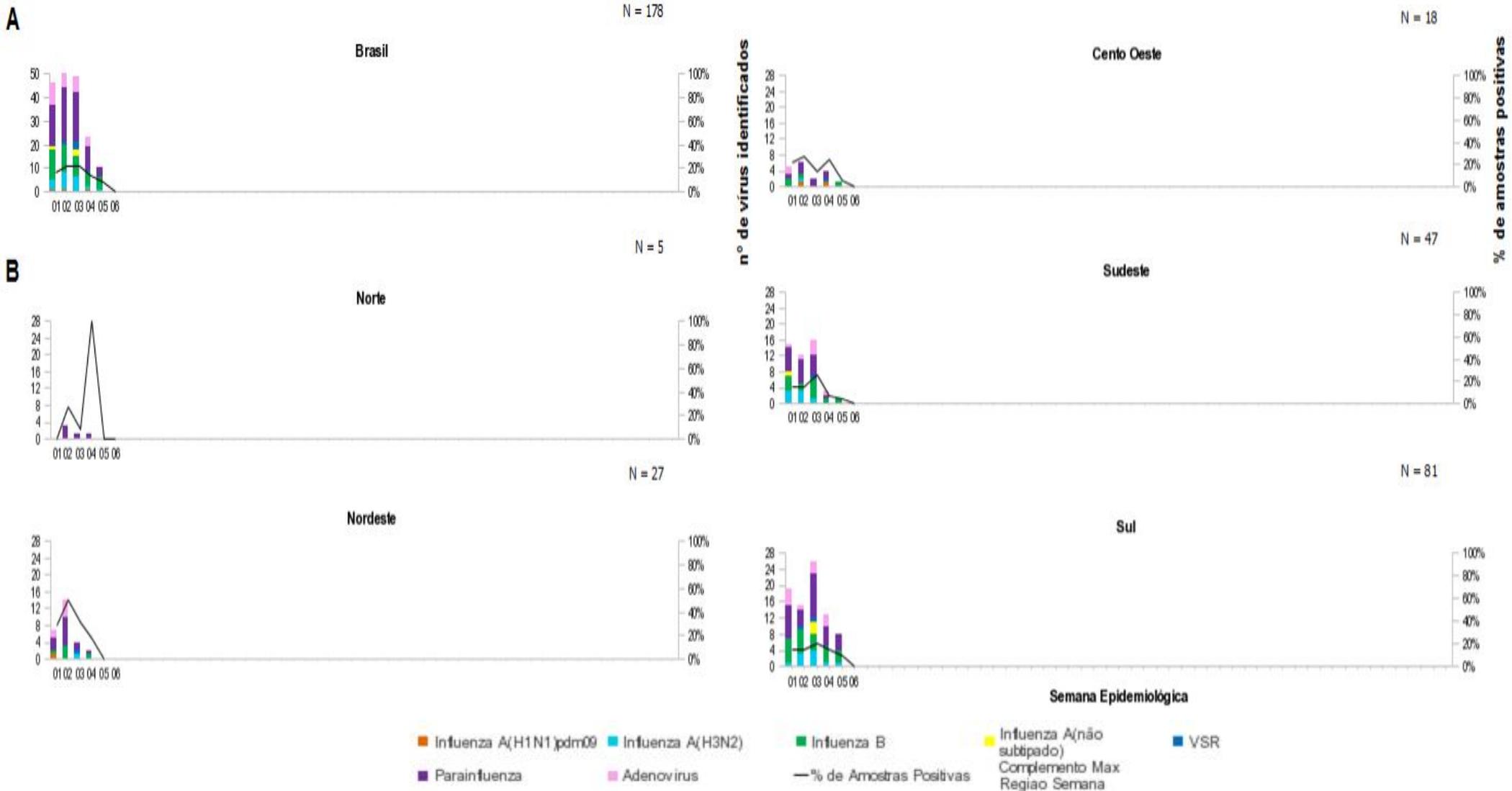
Óbitos por Influenza (N = 3)	n	%
Com Fatores de Risco	2	66,7%
Adultos \geq 60 anos	2	100,0%
Doença cardiovascular crônica		0,0%
Pneumopatas crônicas	2	100,0%
Diabete mellitus		0,0%
Obesidade		0,0%
Doença Neurológica crônica		0,0%
Doença Renal Crônica		0,0%
Imunodeficiência/Imunodepressão	1	50,0%
Gestante		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	2	66,7%

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 15/2/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Anexo 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal por semana epidemiológica do início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 06.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 15/2/2018, sujeitos a alteração.

Fonte: Ministério da Saúde

INFLUENZA

Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 06.

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										
NORTE	44	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	19	3	21	0
RONDÔNIA	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
ACRE	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0
AMAZONAS	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	5	1	1	0	
PARÁ	19	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	11	1	6	0	
TOCANTINS	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	
NORDESTE	108	8	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	3	0	0	0	41	4	63	3
PIAUI	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	6	1	
CEARÁ	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	2	0	
RIO GRANDE DO NORTE	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	1	0	
PARAÍBA	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	1	
PERNAMBUCO	60	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	1	37	1	
ALAGOAS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
SERGIPE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
BAHIA	13	3	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	8	2	4	0	
SUDESTE	262	40	2	0	7	0	4	0	7	0	20	0	13	1	1	0	103	31	125	8
MINAS GERAIS	70	8	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	3	0	0	0	28	7	37	1
ESPÍRITO SANTO	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0
RIO DE JANEIRO	28	4	1	0	1	0	1	0	2	0	5	0	2	1	0	0	4	2	15	1
SÃO PAULO	160	28	1	0	4	0	3	0	5	0	13	0	8	0	1	0	71	22	67	6
SUL	211	35	0	0	7	2	1	0	4	0	12	2	22	3	0	0	145	29	32	1
PARANÁ	107	17	0	0	2	1	1	0	1	0	4	1	16	1	0	0	84	15	23	0
SANTA CATARINA	18	4	0	0	3	1	0	0	1	0	4	1	4	2	0	0	8	1	2	0
RIO GRANDE DO SUL	86	14	0	0	2	0	0	0	2	0	4	0	2	0	0	0	73	13	7	1
CENTRO OESTE	68	8	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	17	1	0	0	30	6	19	1
MATO GROSSO DO SUL	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8	1	1	0
MATO GROSSO	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0
GOIÁS	26	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1	0	0	10	3	9	1
DISTRITO FEDERAL	29	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	9	0	0	0	10	1	9	0
BRASIL	693	94	2	0	15	3	6	0	12	0	35	3	59	5	1	0	338	73	260	13
Outro País	Nenhum dado retornado para esta exibição. Isso pode ter acontecido porque o filtro aplicado exclui todos os dados.																			
TOTAL	693	94	2	0	15	3	6	0	12	0	35	3	59	5	1	0	338	73	260	13

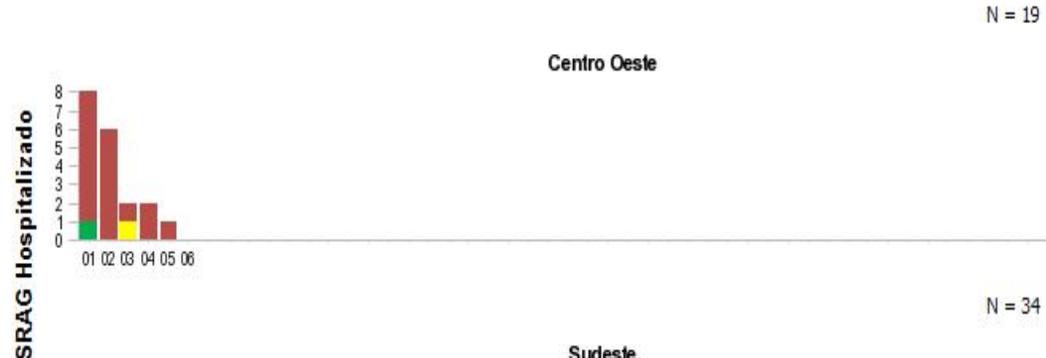
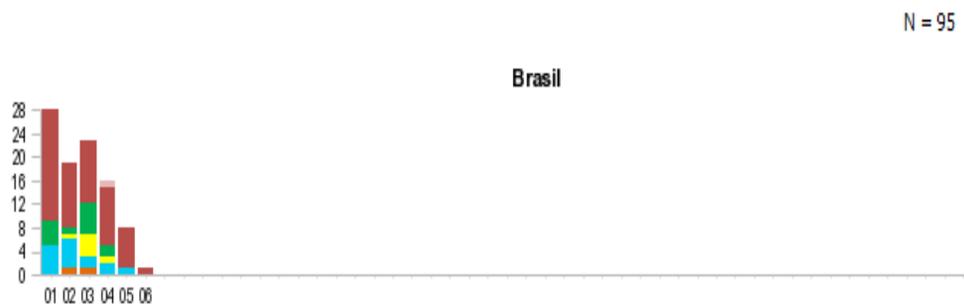
Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 15/2/2018, sujeitos a alteração.

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

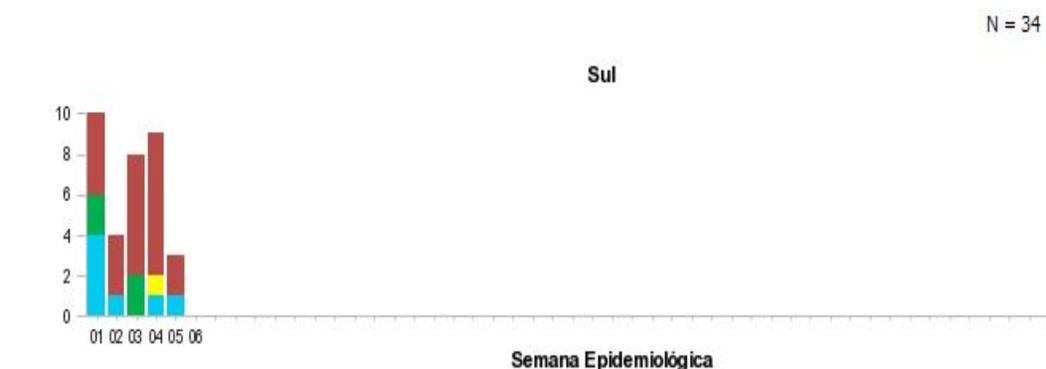
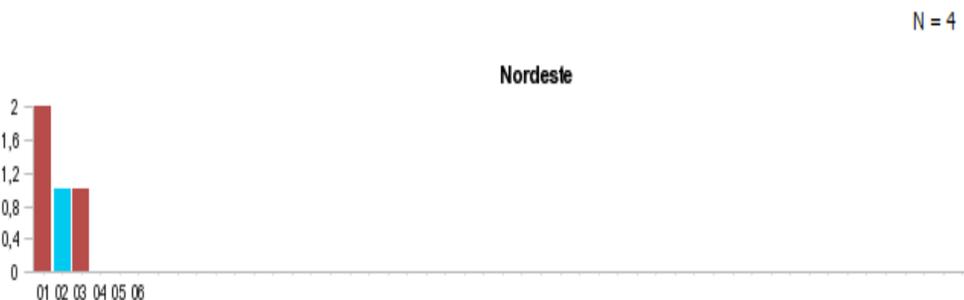
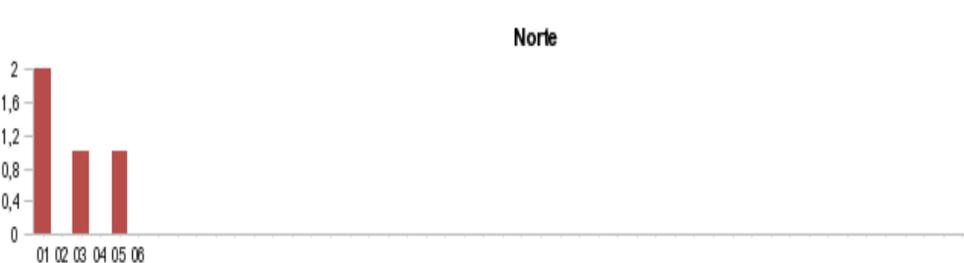
INFLUENZA

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 06.

A



B



■ Influenza A(H1N1) pdm09
 ■ Influenza A(H3N2)
 ■ Influenza A (não subtipado)
 ■ Influenza B
 ■ Outros Virus respiratórios
 ■ Outros Agentes Etiológicos

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 15/02/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

OUTRAS INFORMAÇÕES:

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

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

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



EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 06 e 07/2018

(04/02/2018 a 17/02/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

SARAMPO

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 09/02/2018

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



COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Continua na próxima página)

SARAMPO

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 09/02/2018

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



COMENTÁRIOS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LISTA DE AGENTES PATOGÊNICOS PRIORITÁRIOS - OMS

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 14/02/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou a revisão de sua lista de agentes patogênicos prioritários, que podem causar uma emergência de saúde pública e para as quais não existem medidas suficientes ou contramedidas. O organismo internacional pede que a comunidade médica una esforços de pesquisa e desenvolvimento (P&D) de tratamentos e vacinas para ajudar a controlar possíveis surtos de oito doenças.

Os especialistas consideram que, dado o potencial dessas doenças e patógenos de causar uma emergência de saúde pública, além da ausência de drogas e/ou vacinas eficazes, existe uma necessidade urgente de acelerar a pesquisa e desenvolvimento para:

Febre Hemorrágica da Crimeia-Congo;

Doença do vírus ebola e febre hemorrágica de Marburgo;

Febre de Lassa;

Síndrome respiratória coronavírus do Oriente Médio (MERS) e síndrome respiratória aguda severa (SARS);

Infecção pelo vírus Nipah e doenças relacionadas aos henipavírus;

Febre de Vale do Rift;

Vírus zika;

Doença X.

A “doença X” representa o conhecimento de que uma grave epidemia internacional poderia ser causada por um patógeno atualmente desconhecido, que levaria a doenças humanas. Por isso, os planos de pesquisa e desenvolvimento buscam explicitamente habilitar a preparação de P&D transversal, que também é relevante para uma “doença X” desconhecida na medida do possível.

Uma série de doenças adicionais foram discutidas e consideradas para inclusão na lista de prioridades, entre elas: febres hemorrágicas virais, além da febre de Lassa; chikungunya; doenças causadas pelo coronavírus altamente patogênicas, além de MERS e SARS; enterovírus não polio (incluindo EV71, D68) emergentes; e febre grave com síndrome de trombocitopenia (SFTS). Essas doenças representam grandes riscos para a saúde pública e pesquisas e desenvolvimento adicionais são necessários, incluindo vigilância e diagnóstico. Devem ser vistas com cuidado e reconsideradas na próxima revisão anual. São encorajados esforços no ínterim para compreendê-las e mitigá-las.

Apesar de não estarem incluídas na lista de doenças a serem consideradas na reunião de revisão, foram discutidos os tipos de varíola dos macacos e leptospirose e especialistas ressaltaram os riscos que eles representam à saúde pública. Houve concordância sobre a necessidade de: avaliação rápida das contramedidas possíveis; estabelecimento de vigilância e diagnóstico mais abrangentes; e aceleração de pesquisas e desenvolvimento, além de ações de saúde pública.

Várias doenças estão fora do escopo atual do plano: dengue, febre amarela, HIV/aids, tuberculose, malária, gripe causadora de doenças humanas graves, varíola, cólera, leishmaniose, vírus do Nilo Ocidental e peste. Essas doenças continuam representando grandes problemas de saúde pública e pesquisas e desenvolvimento adicionais são necessários por meio das principais iniciativas de controle de doenças existentes, extensas etapas de pesquisa e desenvolvimento, fluxos de financiamento existentes ou caminhos regulatórios estabelecidos para intervenções melhoradas.

LISTA DE AGENTES PATOGÊNICOS PRIORITÁRIOS - OMS

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 14/02/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Os especialistas reconheceram, em particular, a necessidade de melhores diagnósticos e vacinas para a peste pneumônica e suporte adicional para terapias mais eficazes contra a leishmaniose. Os especialistas também notaram que:

Para muitas das doenças discutidas, bem como para muitas outras com potencial de causar uma emergência de saúde pública, é necessário um melhor diagnóstico.

Os medicamentos e vacinas existentes precisam de melhorias adicionais para várias das doenças consideradas, mas não incluídas na lista de prioridades.

Qualquer tipo de patógeno pode ser priorizado sob o R&D Blueprint, não apenas vírus.

A pesquisa necessária inclui pesquisa básica/fundamental e de caracterização, bem como estudos epidemiológicos, entomológicos ou multidisciplinares ou ainda esclarecimento adicional das rotas de transmissão, bem como pesquisa em ciências sociais.

É necessário avaliar o valor, sempre que possível, do desenvolvimento de contramedidas para múltiplas doenças ou para famílias de agentes patogênicos.

O impacto das questões ambientais sobre doenças com potencial de causar emergências de saúde pública foi discutido e pode ser considerado como parte de futuras revisões. A importância das doenças discutidas foi considerada para populações especiais, como refugiados, populações internamente deslocadas e vítimas de catástrofes.



Fonte: google.com.br

O valor de uma abordagem *One Health* foi enfatizado, incluindo processos paralelos de priorização para a saúde animal. Tal esforço apoiaria pesquisa e desenvolvimento para prevenir e controlar doenças animais, minimizando o alastramento e aumentando a segurança alimentar. Também foi observada a utilidade possível de vacinas animais para prevenir emergências de saúde pública.

Além disso, há esforços concentrados para enfrentar a resistência antimicrobiana por meio de iniciativas internacionais específicas. A possibilidade de que, no futuro, um patógeno resistente possa emergir e ser priorizado adequadamente não foi excluída.

A ordem de doenças desta lista não indica qualquer classificação de prioridade.

DENGUE

Local de ocorrência: Paraguai

Data da informação: 17/02/2018

Fonte da informação: paraguay.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

De acordo com os relatórios elaborados pela Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde Pública e Previdência Social (MSPyBS), de 31 de dezembro de 2017 a 3 de fevereiro, 895 casos positivos de dengue foram registrados nos diferentes centros de saúde do país. Do mesmo modo, 82% pertencem a Asunción e à área metropolitana.

Com essas estatísticas, pode-se notar que a dengue está avançando rapidamente em todas as áreas do país. Esta batalha está sendo travada há 20 anos e os diretores do portfólio da Saúde dizem que somente com a ajuda dos cidadãos podem lidar com esse mal, que já fez várias vítimas até agora neste ano.

Cerca de 1.526 casos prováveis da doença estão sendo estudados. "Estamos vendo um aumento nas notificações, estamos falando neste momento de quase 2.700 notificações nas últimas três semanas, 82% corresponde a Asunción e Central", disse a Dra. Águeda Cabello, diretora do DVS, sob o Ministério da Saúde Pública, conforme relatado por Última Hora.

Além disso, o Ministério da Saúde está preocupado com a disseminação provável da doença, à medida que a Semana Santa se aproxima, que é um período de grande mobilização de pessoas no interior do país. "O aumento das notificações está em Itá, Itauguá, Ypacaraí e Areguá e chama a atenção porque nessas cidades a doença geralmente não é comum", concluiu.

COMBATE À DENGUE

- Mantenha a caixa d'água sempre fechada com tampa adequada.
- Remova folhas, galhos e tudo que possa impedir a água de correr pelas calhas.
- Não deixe a água da chuva acumulada sobre a laje.
- Mantenha bem tampados tonéis e barris de água.
- Se você tiver vasos de plantas aquáticas, troque a água e lave o vaso principalmente por dentro com escova, água e sabão pelo menos uma vez por semana.
- Guarde garrafas sempre de cabeça para baixo.
- Lave semanalmente por dentro com escovas e sabão os tanques utilizados para armazenar água.
- Entregue seus pneus velhos ao serviço de limpeza urbana ou guarde-os sem água em local coberto e abrigados da chuva.
- Coloque o lixo em sacos plásticos e mantenha a lixeira bem fechada. Não jogue lixo em terrenos baldios.

MALÁRIA / CÓLERA

Local de ocorrência: Angola

Data da informação: 20/02/2018

Fonte da informação: dn.pt (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O Governo angolano vai reforçar as medidas de combate à malária, que este ano já matou pelo menos 1.089 pessoas, e à cólera, que matou 12 pessoas, segundo um plano de emergência divulgado recentemente.

O plano de combate a essas doenças foi analisado, na segunda-feira (19/02), na província de Benguela, numa reunião do Conselho de Governo Local, dirigida pelo Presidente angolano, João Lourenço, e integra medidas e recursos financeiros.

O plano prevê igualmente uma abordagem multissetorial e ações de diagnóstico, tratamento da malária e de casos suspeitos de cólera.

Angola enfrenta desde dezembro de 2017 um surto de cólera, restrito à província do Uíge, norte do país, que registrou 640 casos, dos quais 12 resultaram em mortes, até terça-feira passada (13/02), de acordo com dados do Ministério da Saúde.

As autoridades sanitárias angolanas consideram controlada a epidemia de cólera, que afeta três bairros da província do Uíge, devido às ações de sensibilização em curso sobre medidas de prevenção.

No âmbito da campanha foram visitadas 2.870 residências, com 2.313 latrinas, sendo 1.106 (47,8% em boas condições, e sensibilizadas 21.600 pessoas, além da sensibilização em massa em escolas e mercados, nas quais participaram 1.530 pessoas.

De acordo com um relatório diário sobre a situação epidemiológica, a que a agência Lusa teve acesso, foram ainda desinfestadas sete casas em quatro bairros da cidade do Uíge, visitadas 25 cacimbas (reservatórios tradicionais de água) e tratados 41.516 litros de água nas residências, bem como distribuídos 20.000 litros de água por caminhões cisterna.

Relativamente à malária, desde o início deste ano e até terça-feira passada foram registrados 307.987 casos, totalizando 1.089 mortes,

sendo Luanda a província com o maior número de casos (75.225), seguida de Benguela (43.751) e o Bié (31.146).

Apesar de Luanda liderar a lista de províncias com mais casos, a província de Benguela é a que registra o maior número de óbitos, com um total de 213 mortes, seguida do Cuanza Sul (125), Luanda (117), Bengo (116) e Bié (112).

Como medidas de prevenção da doença, as autoridades sanitárias levaram a cabo, nas últimas 24 horas, ações de controle vetorial, nomeadamente fumigação espacial, pulverização intradomiciliar (1.517 na província do Huambo, 93 em Benguela e 20 em Luanda), aplicação de biolarvicidas para controle larval, colocados num total de 2.147 criadouros, das províncias de Luanda (1.552), Huambo (534), Benguela (46), Lunda Norte (14) e Bengo (1).

As referidas ações incluíram ainda a distribuição de 243.067 mosquiteiros tratados.



Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Equador

Data da informação: 16/02/2018

Fonte da informação: prensa-latina.cu (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

De acordo com relatório epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde Pública de Quito, 997 pessoas se recuperaram após graves episódios de gripe no Equador, enquanto 84 morreram, dados coletados até 15 de fevereiro deste ano.

De acordo com o relatório, existem 1.881 casos na região da Serra, com maior incidência do vírus AH1N1 (968), seguido de AH3N2 (95) e influenza tipo B (16).

A maioria dos pacientes diagnosticados está localizada na província de Pichincha, onde esta capital está localizada, com 66%, bem como na cidade de Ambato, em Tungurahua.

Conforme indicado na imprensa, o chefe da Saúde Pública, Verónica Espinosa, até à data, a taxa de letalidade é de 7,7%, uma faixa que foi mantida no país desde 2013.

O vice ministro da Governança e Vigilância Sanitária, Carlos Duran, esclareceu que, até 10 de fevereiro, 2,5 milhões de pessoas receberam vacinação contra o vírus da gripe, "isso significa cobertura de 69 por cento nacional e 91 no distrito metropolitano de Quito, onde o maior número de casos está concentrado", disse ele.

As doses são aplicadas principalmente para os grupos considerados de alto risco: pessoas com mais de 65 anos, mulheres grávidas, crianças menores de 5 anos e também em pacientes com doenças crônicas como diabetes, hipertensão, problemas cardiovasculares e obesidade.

O funcionário também enfatizou que, como parte da atual campanha, o ministério realizou fóruns acadêmicos em várias instituições, como a Universidade Espírito Santo e a Universidade Central do Equador, bem como treinamento em cidades onde há relatos de infecção.

Quanto ao comportamento do vírus, disse que a tendência é diminuir nos próximos dias.

O plano nacional inclui a colaboração da Associação de Clínicas e Hospitais Privados do Equador, que se juntou ao chamado da ministra, Verónica Espinosa, para lidar com o surto.

Além de combater a gripe na Serra, o Ministério da Saúde também desenvolve ações contra o mosquito Aedes Aegyti na região da Costa para evitar complicações com os vírus da dengue, zika e chikungunya.



NOVO CORONAVÍRUS (MERS-CoV)

Local de ocorrência: Arábia Saudita

Data da informação: 26/01/2018

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS)



COMENTÁRIOS

Entre 9 de dezembro de 2017 e 17 de janeiro de 2018, o Ponto Focal Nacional do RSI do Reino da Arábia Saudita informou 20 casos adicionais de Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), incluindo nove mortes. Além disso, uma morte de um caso relatado anteriormente foi relatada à OMS.

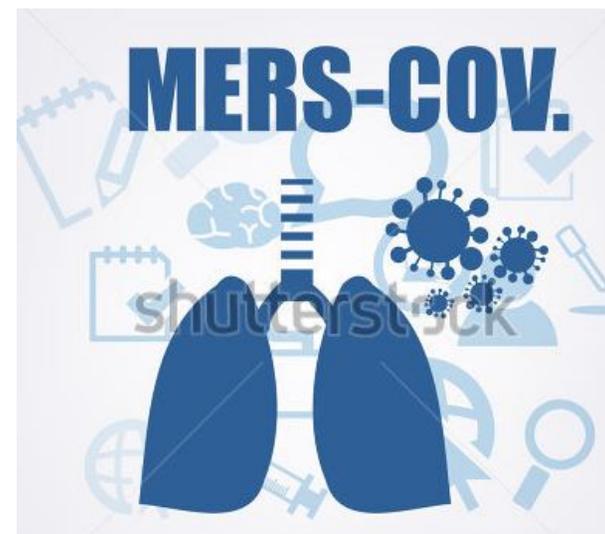
Os 20 casos de infecção por MERS-CoV relatados durante este período de tempo são de 11 áreas do país. Os casos relatados variam em idade de 28 a 89 anos e cinco dos 20 relatam contato direto ou indireto com camelos dromedários. Um paciente foi internado em outras condições antes do início dos sintomas.

A fonte de infecção por cada caso relatado está sob investigação pelo Ministério da Saúde e Ministério da Agricultura (quando os dromedários estão envolvidos) na Arábia Saudita. O Ministério da Saúde da Arábia Saudita identificou e acompanha os contatos, incluindo os profissionais de saúde e contatos domésticos, de pacientes conhecidos de MERS.

Globalmente, 2143 casos confirmados de laboratório de infecção com MERS-CoV, incluindo pelo menos 750 óbitos relacionados, foram relatados para a OMS.

A infecção com MERS-CoV pode causar doença grave, resultando em alta mortalidade. Os seres humanos podem se infectar com MERS-CoV por contato direto ou indireto com camelos dromedários. MERS-CoV demonstrou a capacidade de transmitir entre humanos. Até agora, a transmissão observada não-sustentada de humano a humano ocorreu principalmente em configurações de cuidados de saúde.

A notificação de casos adicionais não altera a avaliação geral de risco. A OMS espera que outros casos de infecção por MERS-CoV sejam reportados no Oriente Médio e que os casos continuarão a ser exportados para outros países por indivíduos que possam adquirir a infecção após exposição a animais ou produtos de origem animal (por exemplo, após contato com dromedários) ou fonte humana (por exemplo, em um ambiente de cuidados de saúde). A OMS continua monitorando a situação epidemiológica e conduz a avaliação de risco com base nas últimas informações disponíveis.



Fonte: google.com.br

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 14/02/2018

Origem da informação: *The Global Polio Eradication Initiative*

COMENTÁRIOS:

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

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

Na Síria, não foram relatados novos casos de poliovírus derivado da vacina circulante tipo 2 (cVDPV2) nesta semana. O caso mais recente (por data de início) foi relatado no distrito de Boukamal, com início em 21 de setembro de 2017. 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.

Na República Democrática do Congo (RD Congo), Três novos casos de poliovírus circulante derivado de vacinas tipo 2 (cVDPV2) foram relatados nesta semana na República Democrática do Congo. Os casos são reportados da província de Tanganyika, dois casos no distrito de Ankoro, com paralisação em 30 de novembro de 2017 e 3 de dezembro de 2017, e um caso no distrito de Manono, com início em 1 de dezembro de 2017. O número total de casos de cVDPV2 notificados oficialmente na RDC em 2017 é agora de 21. Não há casos relatados em 2018.

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

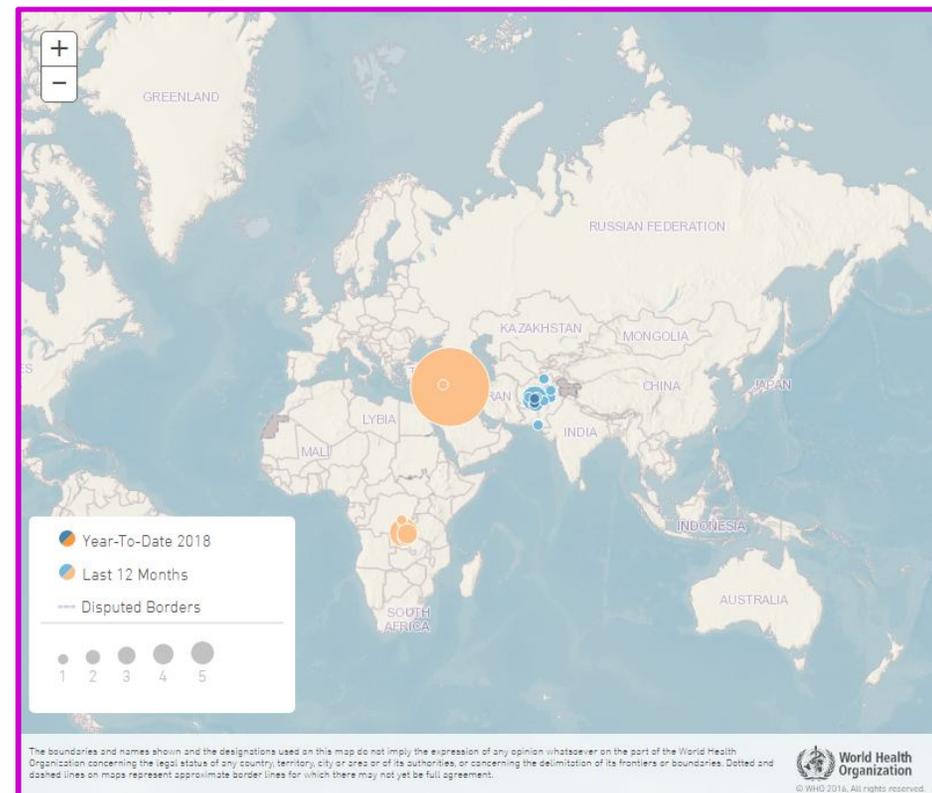
Total cases	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	2	0	3	0	22	95
- in endemic countries	2	0	3	0	22	0
- in non-endemic countries	0	0	0	0	0	95

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

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍSES

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

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



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

H7N4

Local de ocorrência: China

Data da informação: 15/02/2018

Fonte da informação: dn.pt (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

As autoridades estão preocupadas com a possibilidade de uma pandemia de gripe aviária potencialmente devastadora em Hong Kong.

Uma mulher residente no leste da China foi confirmada como o primeiro caso humano da gripe aviária H7N4, de acordo com autoridades chinesas.

Funcionários de Hong Kong aconselharam os cidadãos a evitar mercados úmidos, mercados de aves de capoeira ou explorações vivas.

A paciente de 68 anos, natural da província de Jiangsu, já está recuperada. Tinha desenvolvido sintomas em 25 de dezembro, foi internada no hospital no dia 1º de janeiro e recebeu alta no dia 22 de janeiro. "Ela teve contacto com aves vivas antes do início dos sintomas", disse uma fonte do centro de proteção de saúde de Hong Kong (CHP), num alerta lançado na noite de quarta-feira (14/02), citado pelo jornal The Guardian.

"De acordo com um relatório do centro chinês para controle e prevenção de doenças, após uma análise, os genes do vírus foram determinados como de origem aviária".

Um porta-voz da CHP disse que o diagnóstico foi confirmado no início desta semana e acrescentou: "Os viajantes no continente ou de outras áreas afetadas devem evitar visitar mercados úmidos, mercados de aves vivas ou fazendas. Devem estar atentos à presença de aves no quintal quando visitarem parentes e amigos". "Também devem evitar a compra de aves de capoeira vivas ou recém abatidas, e evitar tocar em aves de capoeira ou nos seus excrementos"

"Os viajantes que regressam das áreas afetadas devem consultar um médico imediatamente se os sintomas se desenvolverem e informar o médico do histórico de suas viagens para um diagnóstico imediato e tratamento de doenças potenciais", disse o alerta da CHP.



Fonte: google.com.br

De acordo com os centros do governo dos EUA para o controle e prevenção de doenças (CDC), os subtipos mais frequentemente identificados de gripe aviária conhecidos por terem infectado humanos são os vírus H5, H7 e H9, embora essas transmissões sejam raras. Existem nove subtipos conhecidos de vírus H7, dos quais o H7N4 é um e, na maioria dos casos, a infecção humana é incomum.

"Os vírus H7 mais frequentemente identificados associados à infecção humana são vírus da linhagem asiática da gripe aviária A (H7N9), que foram detectados pela primeira vez na China em 2013. Embora as infecções humanas sejam raras, estas geralmente resultaram em doenças respiratórias graves e em morte", lê-se no site do CDC.

As autoridades estão preocupadas com a possibilidade de uma pandemia de gripe aviária potencialmente devastadora em Hong Kong desde o final de 1997, quando 18 pessoas foram infectadas com o vírus H5N1, seis das quais morreram.

A CHP disse que "permanecerá vigilante e trabalhará em estreita colaboração com a Organização Mundial da Saúde e as autoridades sanitárias relevantes para monitorar os últimos desenvolvimentos". Instou ainda os cidadãos a "manterem uma higiene pessoal, alimentar e ambiental rigorosas".

INFLUENZA

Local de ocorrência: Europa

Data da informação: 16/02/2018

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



COMENTÁRIOS:

A atividade da gripe foi generalizada na maioria dos países relatores.

Ambos os tipos A e B do vírus influenza co-circulam, com uma maior proporção de vírus tipo B. Dos indivíduos amostrados, 51% testaram positivo para o vírus influenza. A taxa de detecção diminuiu em relação à semana anterior (55%).

A maioria dos casos graves relatados nesta temporada são devidos à gripe B e ocorrem em pessoas com idade superior a 15 anos. Dentro dos casos confirmados de gripe em UTI, números semelhantes de casos foram infectados com influenza A ou influenza B. A OMS convocou a reunião de composição de vacinas nos dias 19 e 21 de fevereiro para decidir sobre a composição da vacina no hemisfério norte em 2018-2019

Para a região em geral, uma maior proporção de tipo B em comparação com vírus de tipo A foi detectada em fontes sentinela e não sentinela. Das detecções de tipo A de fontes sentinelas, os vírus A (H1N1) pdm09 têm superado em número os vírus A (H3N2), enquanto em fontes não sentinelas, mais vírus A (H3N2) foram relatados do que vírus A (H1N1) pdm09.

Para vírus de tipo B, tanto de fontes sentinelas quanto não sentinelas, os vírus da linhagem B / Yamagata superaram em grande parte os da linhagem B / Victoria. A vacina trivalente atual da gripe sazonal não inclui um vírus da linhagem B / Yamagata.

Uma análise de situação que descreve o padrão epidemiológico evolutivo da primeira temporada foi publicada pelo Escritório Regional da OMS para a Europa em janeiro. Observou-se um alto nível de circulação de vírus da gripe B durante a primeira metade da estação, em comparação com temporadas anteriores.

Uma avaliação antecipada dos riscos com base em dados dos países da UE / EEE foi publicada pelo ECDC em 20 de dezembro de 2017.

Estimativas de eficácia da vacina provisória ou em tempo real do Canadá, Finlândia, Alemanha, Espanha, Condado de Estocolmo e Estados Unidos sugerem uma eficácia global da vacina de 15-46%, dependendo da proporção de (sub) tipos circulantes.

A eficácia contra a gripe B está na faixa de 35-67%, apesar de a linhagem circulante não estar incluída na vacina trivalente comumente utilizada.

A mortalidade europeia entre os idosos aumentou significativamente nas últimas semanas nas partes ocidentais da Europa.

Informações atualizadas sobre a atividade global da gripe estão disponíveis nas atualizações globais da semana da OMS.

Como esperado para esta época do ano, a atividade da gripe está aumentando, pressionando os sistemas de saúde e criando significativa atenção da mídia. Os programas de vacinação dirigidos aos idosos, as pessoas com doenças crônicas e aos profissionais de saúde devem ser intensificadas em países que não atingiram o pico sazonal. Tratamento antiviral devem ser usados para pessoas com alto risco de complicações da gripe, como pessoas com problema respiratório crônico subjacente ou doenças cardiovasculares e para pessoas com sintomas graves. A profilaxia antiviral deve ser considerada durante as primeiras fases de surtos em ambientes fechados, como lares de idosos. As medidas de distanciamento interpessoais também são úteis para proteger as crianças, os idosos e as pessoas com saúde debilitada.

FEBRE DE LASSA

Local de ocorrência: Nigéria

Data da informação: 19/02/2018

Fonte da informação: alagoasreal.blogspot.com

COMENTÁRIOS:

A Organização Mundial da Saúde enviou uma equipe de seis pessoas e 40 caixas com equipamentos de proteção pessoal para ajudar a combater um grande surto de febre de Lassa na Nigéria.

Cerca de 615 casos suspeitos de Lassa foram relatados nas últimas seis semanas, de acordo com o Centro de Controle de Doenças da Nigéria; 57 foram fatais. Quatorze profissionais da saúde foram infectados e quatro morreram. As autoridades de saúde também estão seguindo cerca de 1.400 contatos de casos confirmados.

O foco está concentrado no sudoeste do país, mas casos foram encontrados em 17 dos 36 estados do país. Pela primeira vez em cinco décadas, a doença foi encontrada no nordeste do estado de Borno, onde o exército nigeriano está lutando contra militantes de Boko Haram.

A nova equipe se juntará a 14 funcionários locais da OMS no centro de operações de emergência do CDC da Nigéria, informou a agência na semana passada. Também está enviando reagentes para os laboratórios da Nigéria para acelerar os diagnósticos.

Muitas infecções com o vírus da Lassa são leves, mas também podem causar doenças hemorrágicas letais parecidas com as do Ebola.

Como os sintomas começam lentamente e são inicialmente semelhantes aos da gripe, malária, shigelose, febre tifoide ou febre amarela – e porque não há teste de diagnóstico rápido adequado para clínicas rurais – a febre de Lassa é frequentemente diagnosticada erroneamente, o que atrasa as respostas.

Não há vacina e nenhuma cura definitiva, embora um medicamento antiviral, a ribavirina, possa ser útil se for administrado cedo. O vírus é transmitido em fezes de roedores e urina, que pode contaminar alimentos armazenados.

O transportador mais comum é um roedor da espécie *Mastomys*, de 4 a 7 centímetros de comprimento e com 24 glândulas mamárias. Vive principalmente em áreas rurais; em alguns países africanos, é conhecido como um “mouse multimammate” (*Mastomys erythroleucus* – uma espécie de roedor da família Muridae) e em outros como um “rato de pele mole”.

O governo está incentivando os aldeões a armazenar grãos em recipientes fechados, a cozinhar alimentos e a manter os roedores fora das casas.

Tal como acontece com o Ebola, o sangue, a urina, o vômito e outros fluídos de um paciente infectado podem conter o vírus Lassa e a transmissão entre pessoas geralmente ocorre em hospitais rurais onde não há material de proteção disponível.

Os especialistas acreditam que o vírus também possa ser transmitido sexualmente. Cerca de um quarto de todos os pacientes que sofrem um ataque grave e sobrevivem ficam surdos.

A febre de Lassa é endêmica na África Ocidental, Benin, Guiné, Libéria e Serra Leoa, onde foram relatados casos no último mês.

INFLUENZA



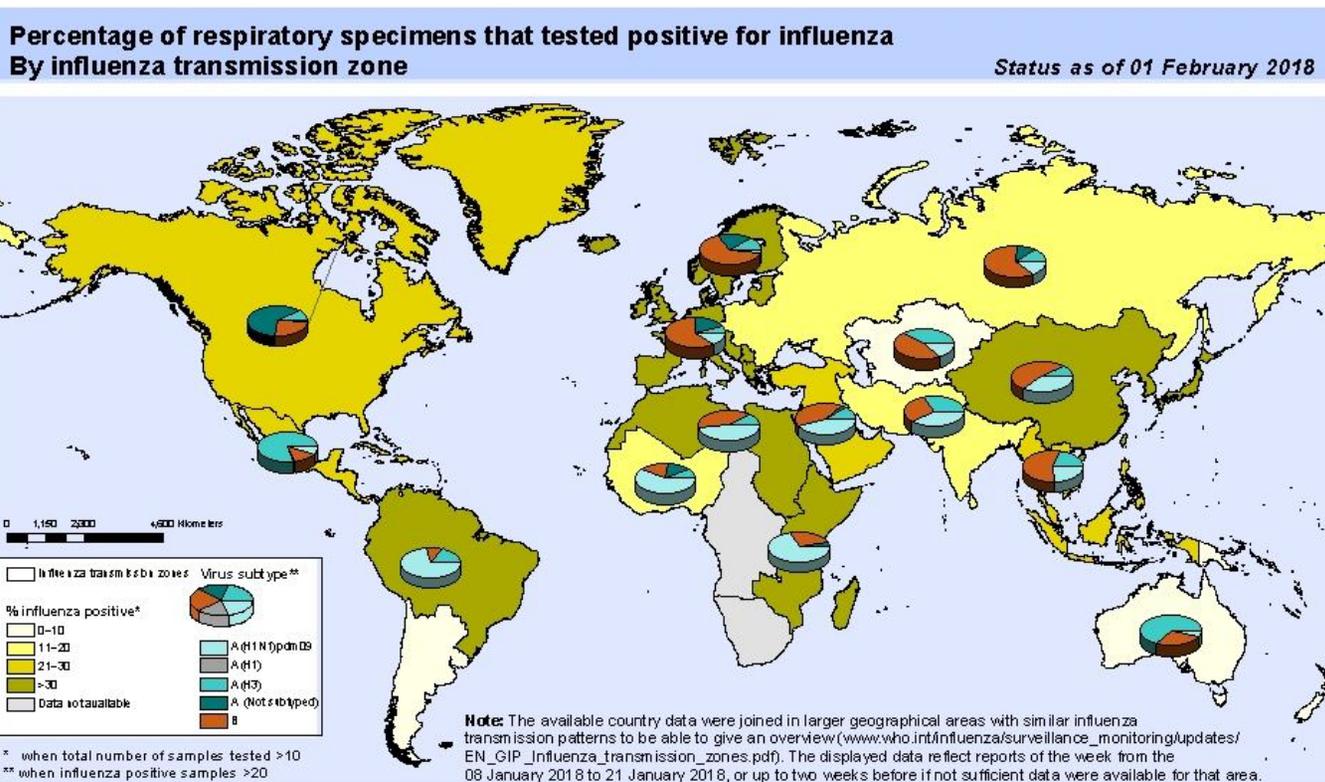
Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 05/02/2018

Origem da informação: Organização Mundial da Saúde – OMS

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

A atividade da gripe manteve-se elevada na zona temperada do hemisfério norte, enquanto que na zona temperada da atividade do hemisfério sul estava em níveis inter-sazonais. Em todo o mundo, a gripe A representou a maioria das deteções da gripe, mas a gripe B (principalmente da linhagem Yamagata) aumentou nas últimas semanas. Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de gripe de 101 países, áreas ou territórios relataram dados à FluNet no período de 08 a 21 de janeiro de 2018 (dados de 2018-02-01 18:02:14 UTC). Os laboratórios WHO GISRS testaram mais de 277.231 espécimes durante esse período, 88.612 foram positivos para o vírus da gripe, dos quais 53.213 (60,1%) foram identificados como influenza A e 35.399 (39,9%) como influenza B. Dos vírus subtipados da gripe A, 9.745 (50,3%) eram influenza A (H1N1) pdm09 e 9.642 (49,7%) foram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 7.778 (90,8%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 786 (9,2%) à linhagem B-Victoria.



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

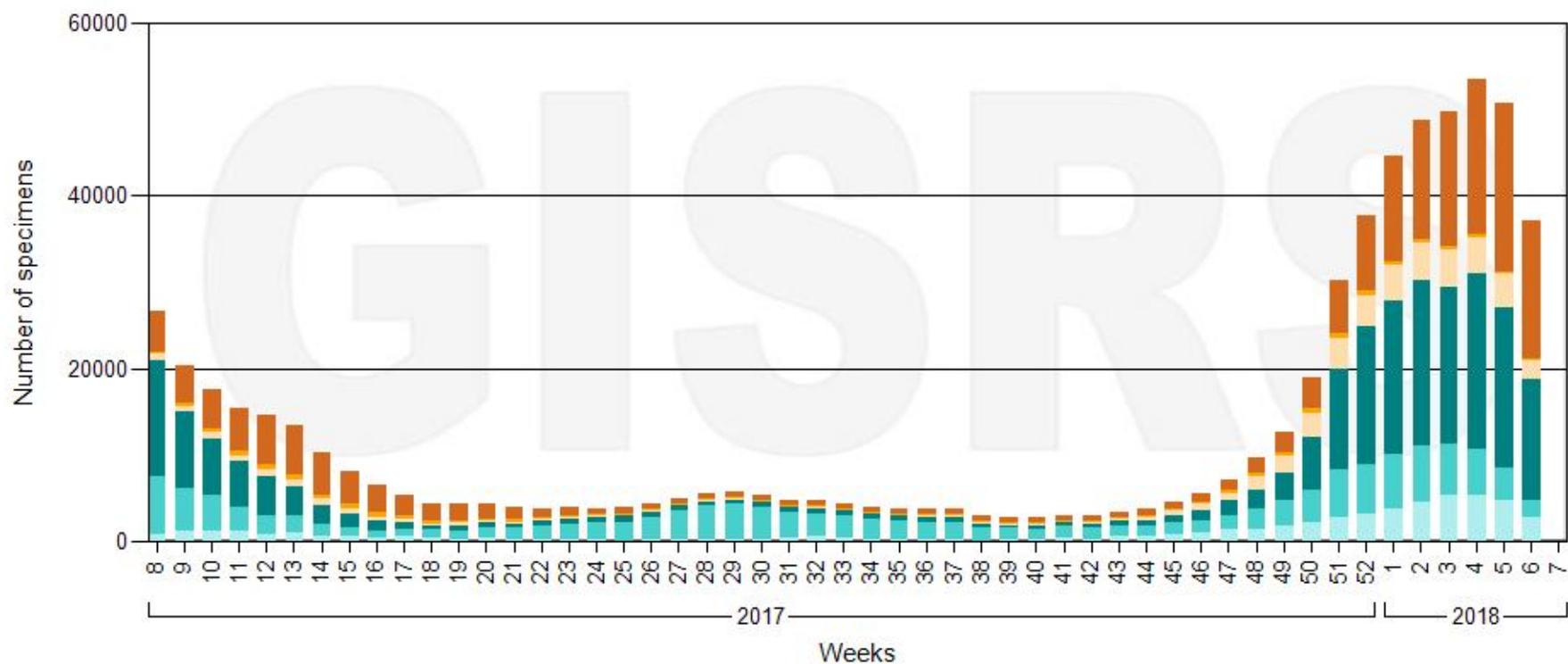
Data Source: Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS), FluNet (www.who.int/flu-net).

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

generated on 19/02/2018 19:03:22 UTC

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype

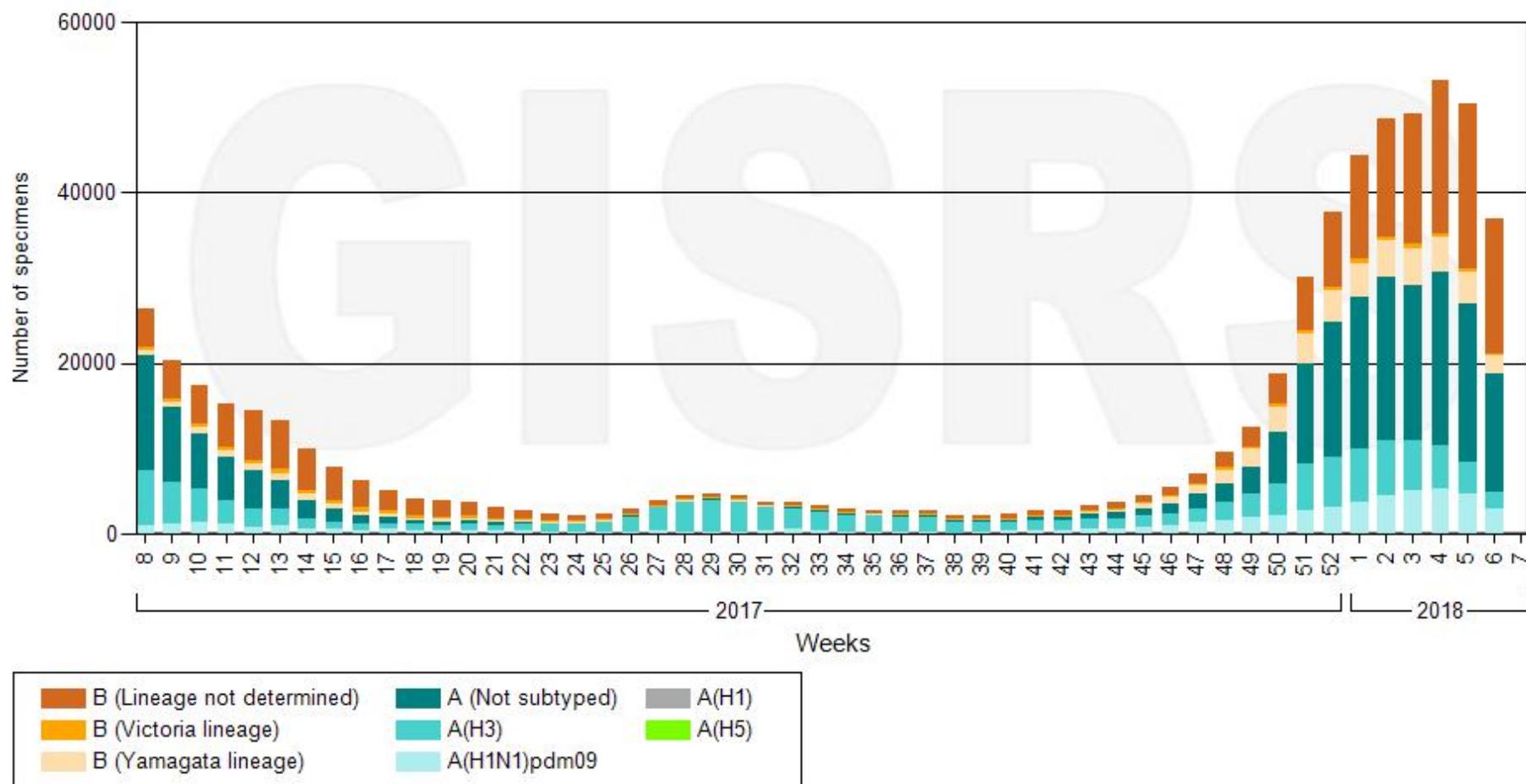


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 19/02/2018 19:25:59 UTC

Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype

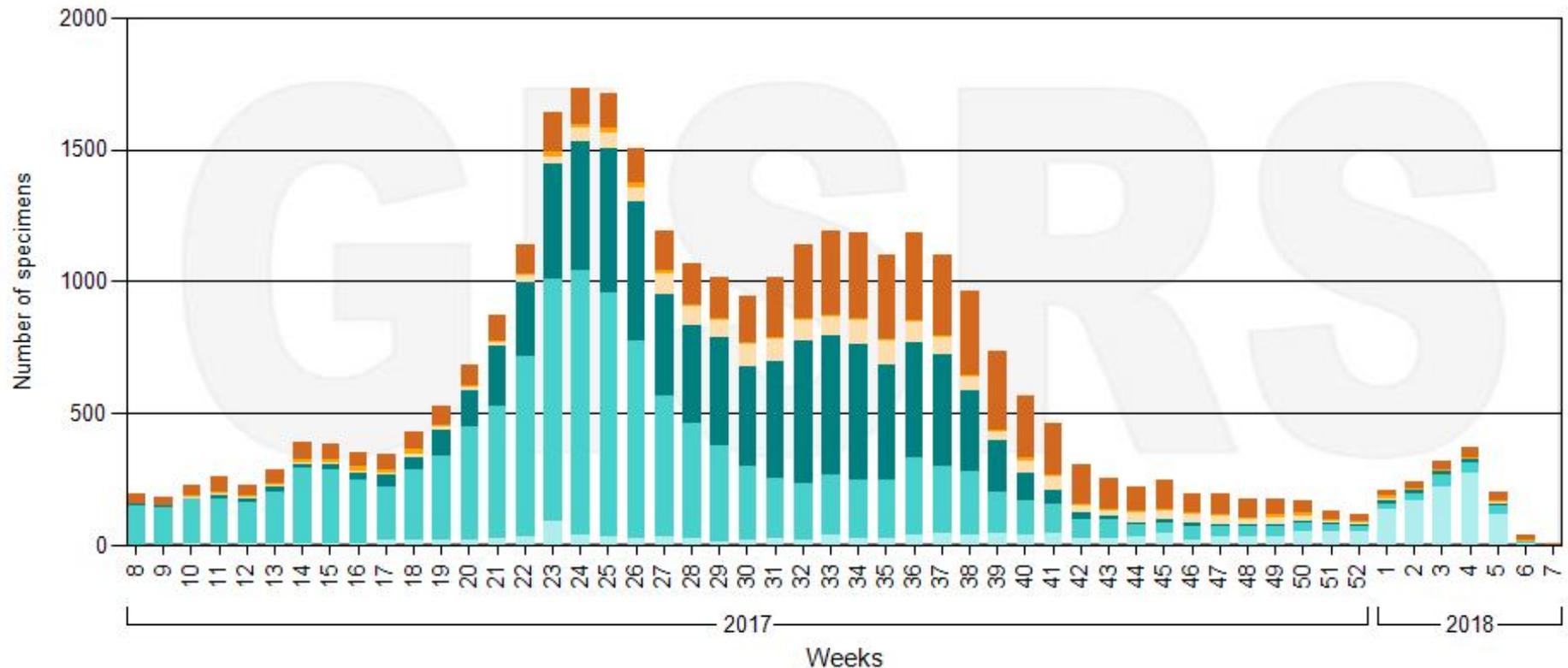


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 19/02/2018 19:27:47 UTC

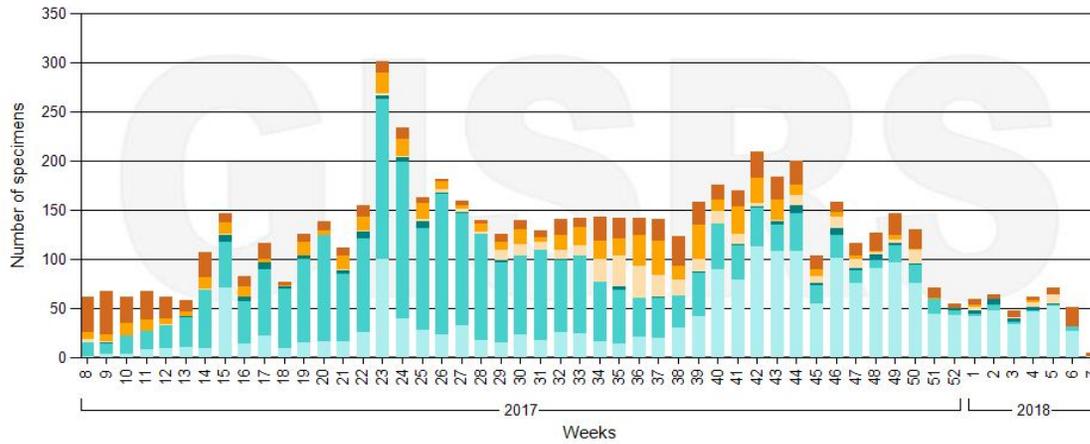
Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

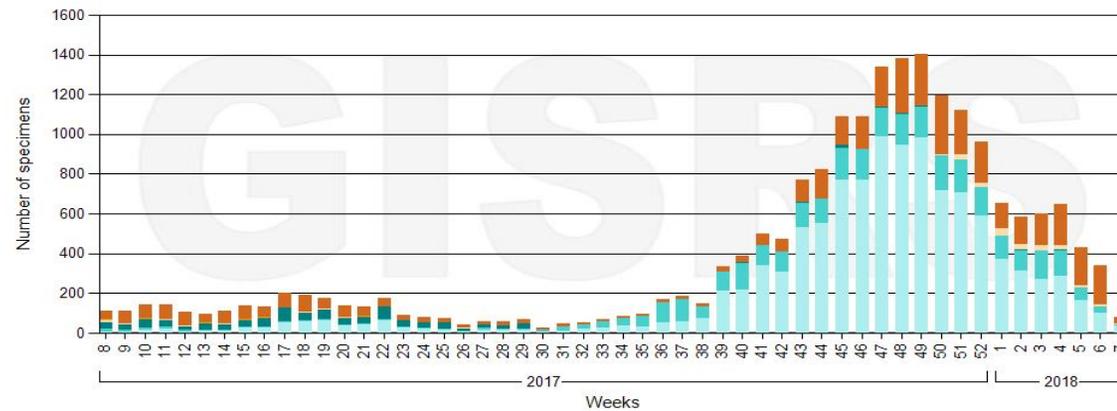


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

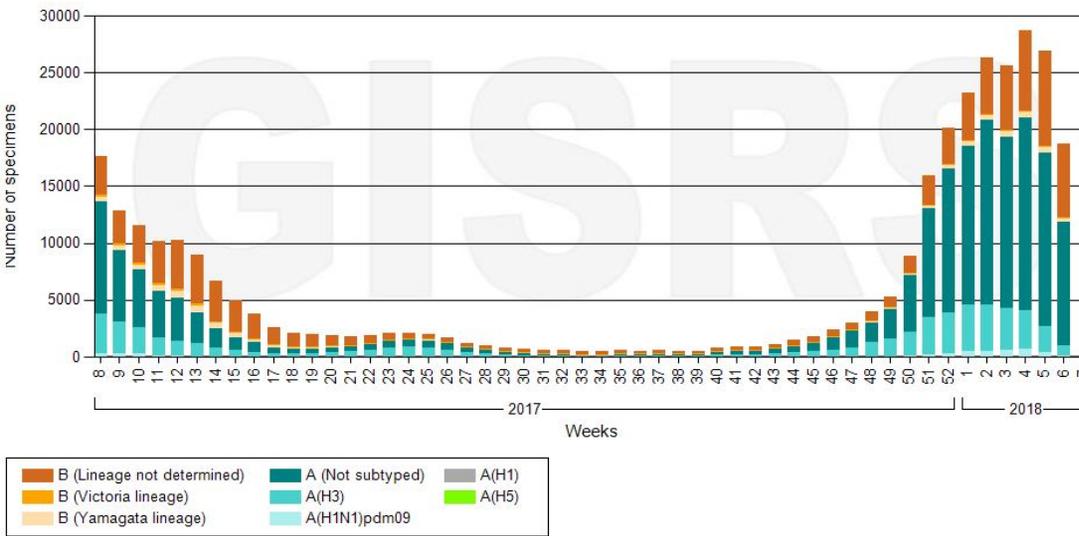


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

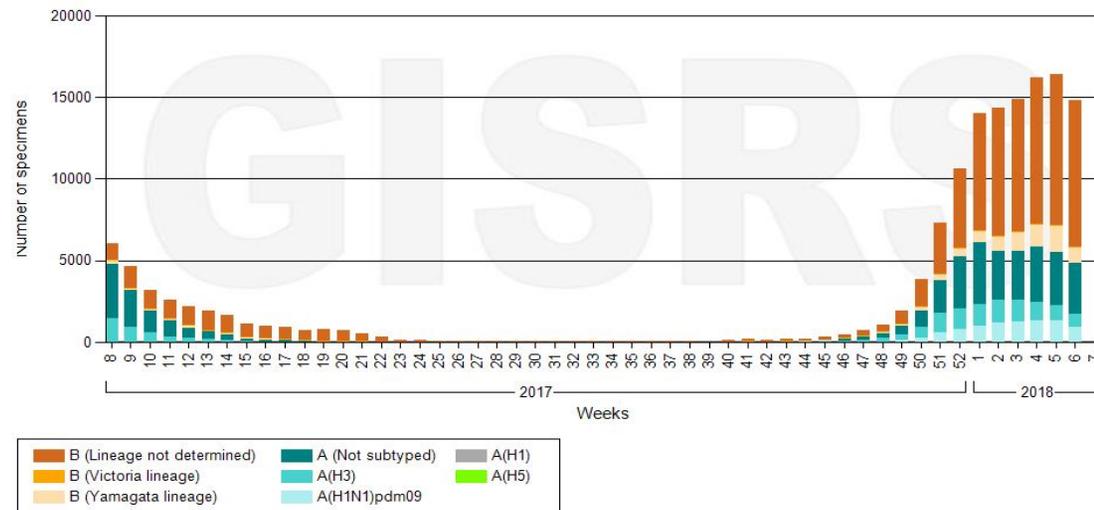


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

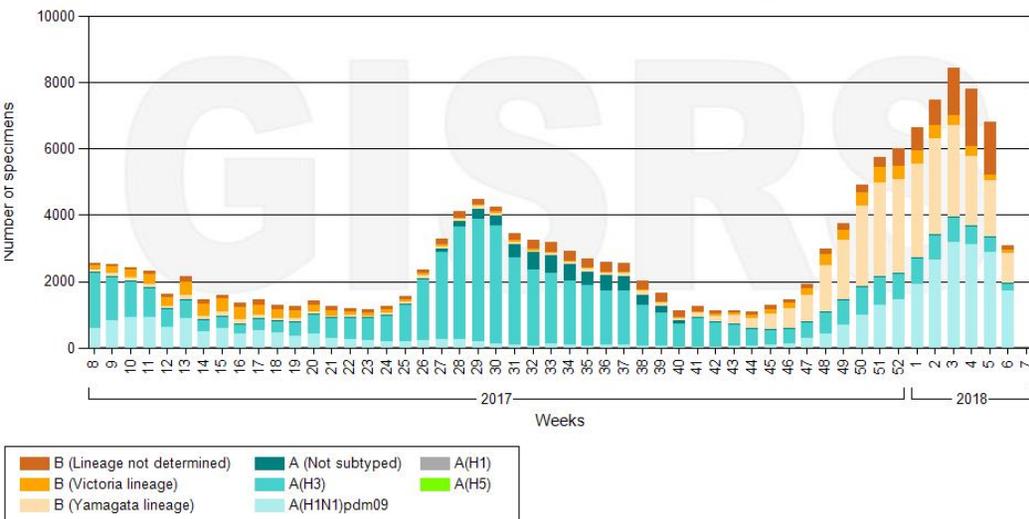


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

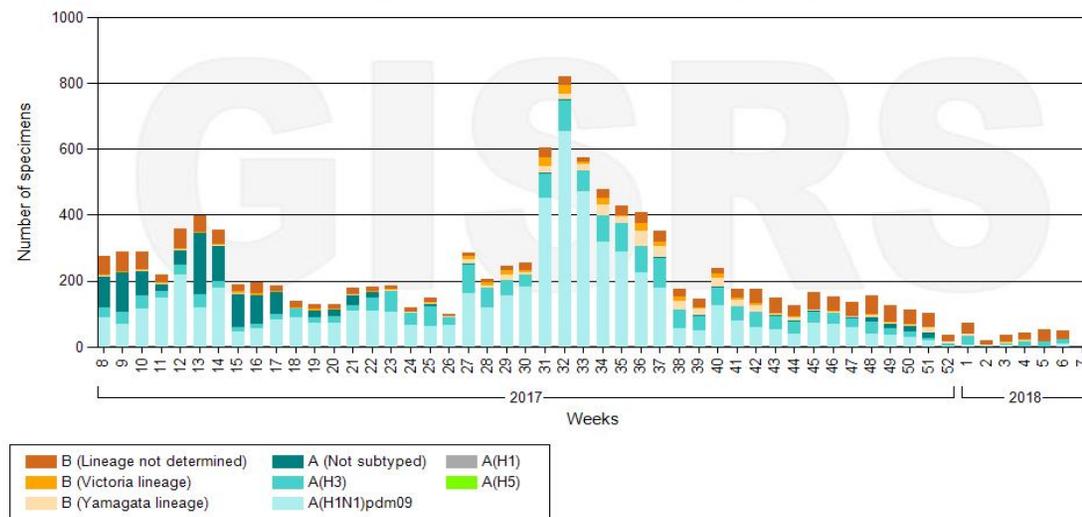


Data source: FluNet (www.who.int/fluNet), GISRS

© World Health Organization 2018

South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



Data source: FluNet (www.who.int/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>