INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 12/2018

(18/03/2018 a 24/03/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

EVENTOS ESTADUAIS

Semana Epidemiológica 12/2018

(18/03/2018 a 24/03/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 27/03/2018

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná divulgou o boletim n°03/2018 sobre a situação epidemiológica da febre amarela (FA), vigilância de epizootias de Primatas Não Humanos – PNH (macacos), com dados do período de 01 de julho/2017 a jun/2018, conforme sazonalidade da doença padronizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

No período de 01 de julho/2017 a 26 de março/2018, foram notificados 108 casos suspeitos de febre amarela no Paraná, dos quais 01 foi confirmado por critério laboratorial, 81 foram descartados (critério laboratorial) e 26 permanecem em investigação. O caso confirmado de febre amarela residente no município de Curitiba, tem histórico de viagem para o município de Mairiporã – SP, o que define como sendo um caso importado.

Em relação à ocorrência de PNH (Primata Não Humano) doente ou morto de jul/2017 a 24/03/2018, houve notificações em 32 municípios, no entanto, não houve a confirmação do vírus amarílico.

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

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

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

[1] Resultados preliminares, sujeitos a alteração. DBF 26/03/2018.

* Caso autóctone

** Caso importado

Fonte: google.com.br

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 26/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa) intensifica, nesta semana, a vacinação contra a febre amarela em municípios que fazem divisa com o estado de São Paulo, na região do Vale do Ribeira, e nas cidades do Litoral do Paraná.

São 19 municípios em regiões de mata e rios e que, de acordo com o Governo do Paraná, têm considerável parcela da população vivendo em áreas rurais. A vacinação é indicada para pessoas entre 9 meses e 59 anos.

Na 2ª Regional de Saúde, na Região Metropolitana de Curitiba, a vacinação é intensificada em: Adrianópolis, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Cerro Azul, Doutor Ulysses, Itaperuçu, Quatro Barras, Rio Branco do Sul e Tunas do Paraná.

No litoral, o reforço ocorre em Guaraqueçaba, Morretes, Antonina, Guaratuba, Matinhos e Pontal do Paraná.

"As pessoas que fazem parte do público-alvo nessas regiões e que nunca foram vacinadas contra a febre amarela devem procurar uma unidade de saúde para se vacinar", explica a superintendente de Vigilância em Saúde, Júlia Cordellini.

No Paraná, até o momento, não há circulação do vírus da febre amarela.

A vacina contra a febre amarela já fazia parte do calendário vacinal das crianças em grande parte do território do Paraná, com exceção de 36 cidades da Região Metropolitana de Curitiba e do litoral.

Na terça-feira (20/03), o Ministério da Saúde incluiu essas cidades como área de recomendação da vacina.

Na quinta-feira (22/03), o secretário Michele Caputo Neto entregou ao ministro da Saúde um ofício solicitando mais doses da vacina contra a febre amarela para ampliar a cobertura vacinal do Estado.

Fonte: google.com.br

Segundo o ministro Ricardo Barros, nos próximos dias, um lote de 100 mil doses deve ser entregue para todo o estado.

Para apoiar os municípios que precisam intensificar a vacinação, a Secretaria da Saúde também deve enviar materiais educativos e orientar a população através de campanha nas redes sociais e rádios locais.

A febre amarela é uma doença infecciosa causada por vírus que se manifesta com febre, dor de cabeça, calafrios, náuseas, vômitos, dor no corpo, pele e olhos amarelados (icterícia).

Também é possível haver hemorragia (gengiva, nariz, estômago, intestino e urina), podendo levar à morte nas formas mais graves.

A doença é transmitida pela picada de mosquitos infectados. Não existe transmissão de pessoa a pessoa. No Brasil, hoje, só há registro da febre amarela silvestre, transmitida pelo mosquito *haemagogus*.

Viajantes, turistas, trabalhadores e outras pessoas que circulam ou vivem em áreas de risco, como matas ou rios, devem se vacinar pelo menos 10 dias antes da data da viagem. Esse é o tempo necessário para garantir a imunização contra a doença.

Para gestantes, mulheres que amamentam crianças menores de seis meses, crianças até 9 meses de idade, adultos maiores de 60 anos, pessoas com alergia grave a ovo ou imunodeprimidos a recomendação é que só sejam vacinados com indicação médica.

DEFESA CIVIL

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 27/03/2018
Origem da informação: Coordenadoria de Defesa Civil do Paraná

COMENTÁRIOS:

Levantamentos realizados pelas Coordenadorias Municipais de Defesa Civil, e sistematizados pela Coordenadoria Estadual de Defesa Civil, relacionado ao evento Tempestade com chuva forte, alagamentos e vendaval ocorrido nos dias 25 e 26 de Março de 2018, é demonstrado conforme resumo ao lado e planilha com detalhamento de cada município.

Resumo do evento / desastre – **Chuvas fortes com alagamentos e Vendaval**	Data do Evento 25 e 26/03/18
Total de Municípios Atingidos:	8
Total de pessoas afetadas:	206
Total de pessoas desalojadas:	32
Total que permanecem desalojadas:	32
Total de pessoas desabrigadas:	25
Total que permanecem desabrigadas:	4
Total de pessoas desaparecidas:	0
Total que permanecem desaparecidas:	0
Total de pessoas feridas:	0
Total de pessoas mortas:	0
Total de pessoas enfermas:	0
Total de casas danificadas:	20
Total de casas destruídas:	3

Fonte: Sistema Integrado de Defesa Civil – SISDC 27-03-2018

Município	Data Desastre	Tipificação	Pessoas Afetadas	Pessoas Desalojadas	Permanecem Desalojadas	Pessoas Desabrigadas	Permanecem Desabrigadas	Pessoas Desaparecidas	Permanecem Desaparecidas	Pessoas Feridas	Pessoas Mortas	Casas Danificadas	Casas Destruídas
Apucarana	26/03/2018	Alagamentos	8	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Apucarana	25/03/2018	Alagamentos	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cambé	26/03/2018	Inundações	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cambé	25/03/2018	Tempestade Local/Convectiva - Vendaval	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campina do Simão	25/03/2018	Tempestade Local/Convectiva - Vendaval	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carambeí	25/03/2018	Alagamentos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cornélio Procópio	25/03/2018	Enxurradas	10	10	3	0	0	0	0	0	0	10	0
Iretama	25/03/2018	Enxurradas	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maringá	26/03/2018	Alagamentos	50	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0
Reserva	26/03/2018	Alagamentos	75	4	25	25	4	0	0	0	0	0	0

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 19/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

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

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

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

Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas on-line: SIVEP-Gripe (Sistema das Unidades Sentinelas) e SINAN Influenza Web (Sistema dos casos internados ou óbitos por SRAG). As amostras são coletadas e encaminhadas para análise no Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR). As informações apresentadas neste informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 11 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 19/03/2018.

A partir de 2018, o número de casos contabilizados no SRAG universal será apenas para os que obedeçam a definição de caso, conforme solicitação do Ministério da Saúde, com exceção do gráfico 6 que foi mantido os mesmos critérios dos anos anteriores a fim de comparação. Nos anos anteriores, todos os casos hospitalizados e óbitos, entraram na contagem de SRAG.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 11 foram notificados 265 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 4,2% (11) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 41 óbitos notificados por SRAG, 4,9% (2) foram confirmados para o vírus Influenza (Tabela 1).

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

Classificação Final	Casos		Óbitos	
	n	%	n	%
SRAG por Influenza	11	4,2	2	4,9
Influenza A(H1N1)pdm09	2	18,2	1	50,0
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	4	36,4	1	50,0
Influenza A não subtipado	0	0,0	0	0,0
Influenza B	5	45,5	0	0,0
SRAG não especificada	146	55,1	34	82,9
SRAG por outros vírus respiratórios	38	14,3	3	7,3
SRAG por outros agentes etiológicos	5	1,9	1	2,4
Em investigação	65	24,5	1	2,4
TOTAL	**265**	**100**	**41**	**100**

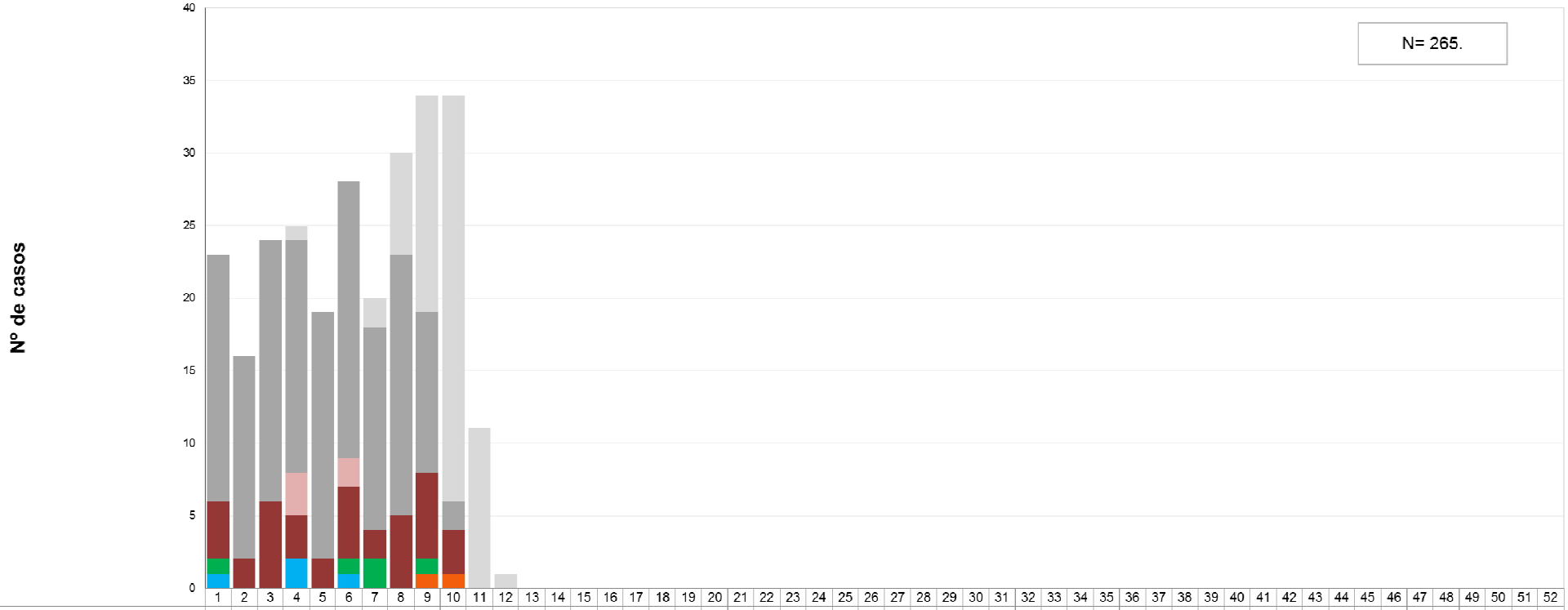
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 19/03/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 19/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

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



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

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 19/03/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 19/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

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

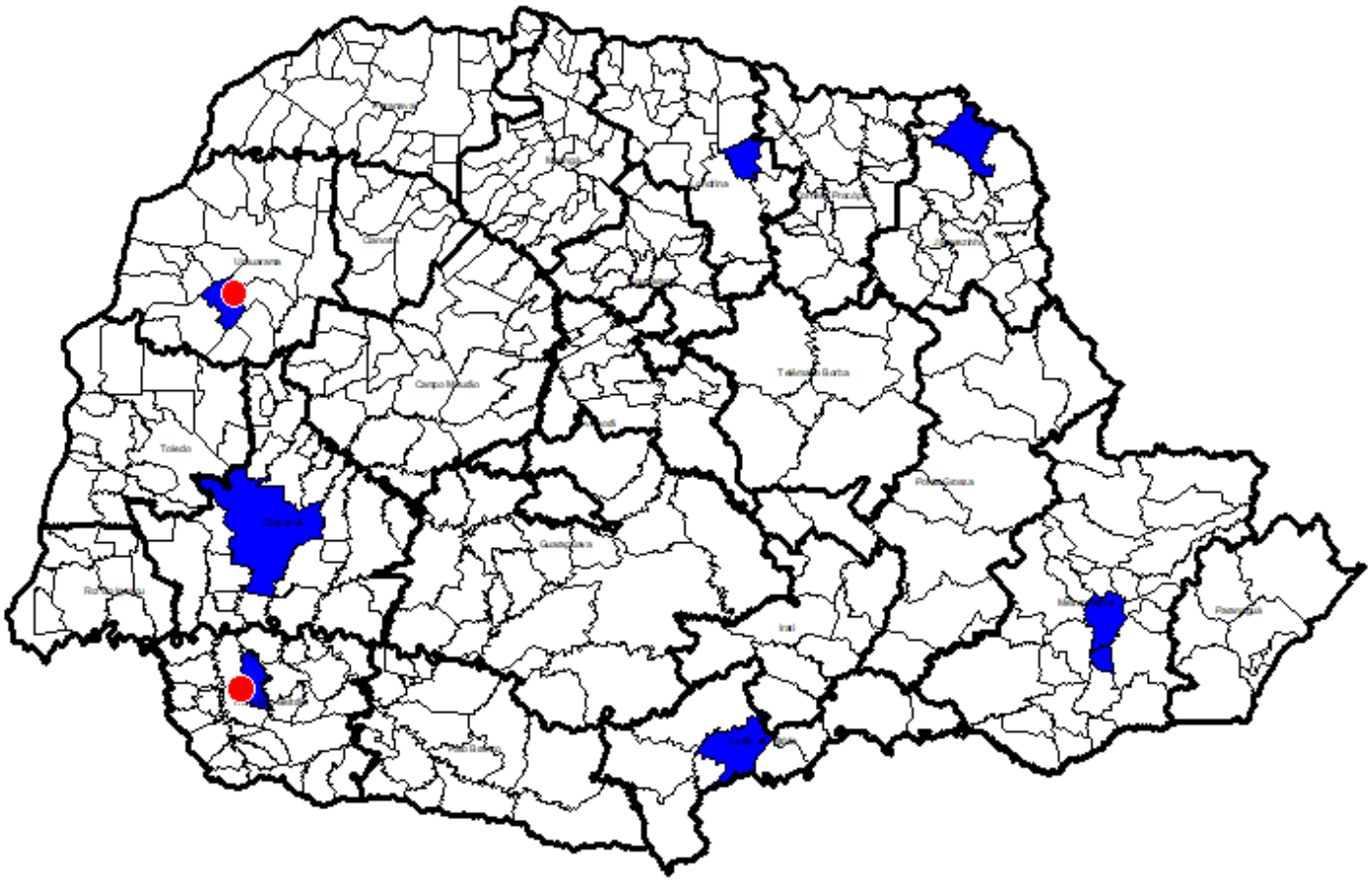
RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
2. Reg. Saúde Metropolitana	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	4	0
Curitiba	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3	0
Fazenda Rio Grande	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
6. Reg. Saúde União da Vitória	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
União da Vitória	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
8. Reg. Saúde Francisco Beltrão	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Santa Izabel d'Oeste	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
10. Reg. Saúde Cascavel	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Cascavel	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
12. Reg. Saúde Umuarama	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Cafezal do Sul	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
17. Reg. Saúde Londrina	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Ibiporã	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
19. Reg. Saúde Jacarezinho	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Jacarezinho	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Total	2	1	0	0	4	1	0	0	5	0	11	2

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 19/03/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 19/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

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



Casos de SRAG por Influenza
Óbitos de SRAG por Influenza
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 19/03/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 19/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

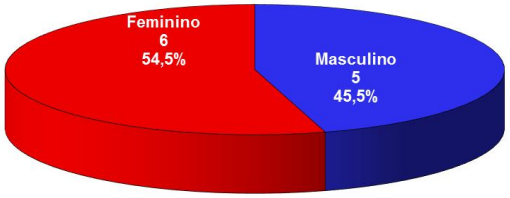
Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, foi observada diferença entre eles. Nos casos: o gênero feminino apresentou 54,5% (6/11) dos casos e o gênero masculino 45,5% (5/11) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 0,0% (0/2) dos casos e o gênero masculino 100,0% (2/2) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi acima dos ≥ 60 anos, com 36,4% (4/11) e 50,0% (1/2) respectivamente (Tabelas 3 e 4).

Os casos de SRAG por Influenza apresentaram no Paraná uma mediana de idade de 33 anos, variando de 0 a 91 anos e, no Brasil, mediana de idade de 33 anos, variando 0 a 91 anos.

Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 58 anos, variando de 24 a 91 anos e no Brasil a mediana foi de 72 anos, variando de 1 a 91 anos.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 19/03/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 19/03/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm 09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 2 anos	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	20,0	2	18,2
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	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9
30 a 39 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0	2	18,2
40 a 49 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	1	9,1
50 a 59 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
≥ 60 anos	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	1	20,0	4	36,4
TOTAL	0	0	2	100	4	100	0	0	5	100	11	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 19/03/2018, dados sujeitos a alterações.

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

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

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 19/03/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 19/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 81,8% (9/11) tinham pelo menos um fator de risco para complicação, predominando os Adultos ≥ 60 anos, crianças < 5 anos e Pneumopatias crônicas (tabela 5).

Entre os óbitos por Influenza, no Paraná 100,0% (2/2) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 0,0% (0/2) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 63,6% (7/11) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, Pneumopatias, Cardiopatias e Diabéticos.

No Paraná dos 50,0% (1/2) indivíduos que foram a óbito por Influenza que fizeram uso do antiviral, a mediana foi de 4,0 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 4 a 4 dias e no Brasil, dos 11 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 7 (63,6%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 1 a 6 dias.

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

Casos por Influenza (N=11)	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	**9**	**81,8**	**1**	**11,1**
Adultos ≥ 60 anos	4	36,4	1	25,0
Crianças < 5 anos	3	27,3	0	0,0
Pneumopatias crônicas	3	27,3	0	0,0
Doença cardiovascular crônica	2	18,2	1	50,0
Gestantes	2	18,2	0	0,0
Diabetes mellitus	1	9,1	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	1	9,1	0	0,0
Obesidade	1	9,1	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
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	**6**	**54,5**		
Vacinados	**1**	**9,1**		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 19/03/2018, dados sujeitos a alterações.
Obs: Um mesmo caso pode ter mais de um fator de risco.

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

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

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 19/03/2018, dados sujeitos a alterações.
Obs: Um mesmo óbito pode ter mais de um fator de risco.

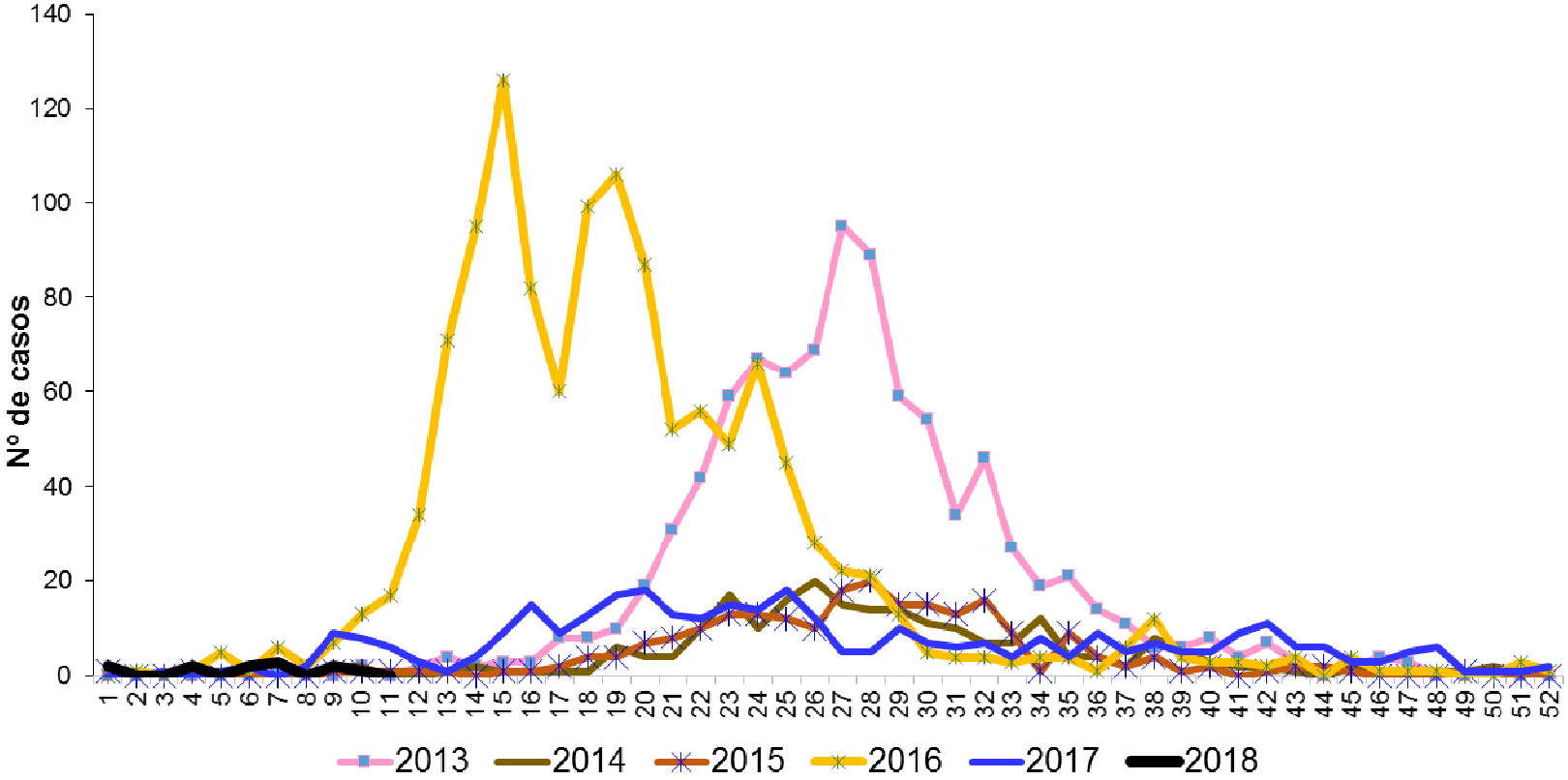
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 19/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

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

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 19/03/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 19/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Em relação aos tipos de vírus Influenza no Paraná, em 2013 houve um predomínio dos casos de SRAG por Influenza B, com 44,2% (401/908) e Influenza A(H1N1)pdm09 com 42,3% (384/908) e 71,2% (47/66) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2014 houve um predomínio da Influenza A(H3N2) com 72,4% (165/228) dos casos e 50,0% (8/16) dos óbitos entre os vírus: Influenza A(H3) Sazonal e o Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2015 também predominou a Influenza A(H3) Sazonal com 54,4% (124/228) dos casos e 44,0% (11/25) dos óbitos por este vírus. Em 2016, predominou a Influenza A(H1N1)pdm09, com 88,9% (1087/1223) dos casos e 90,8% (218/240) dos óbitos. Em 2017, houve predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 61,2% (210/343) dos casos e, ocorrência de 66,0% (35/53) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal. Já em 2018, continua a predominância da Influenza B com 45,5% (5/11) dos casos e, ocorrência de 50,0% (1/2) dos óbitos entre Influenza A(H1N1)pdm09 e Influenza A(H3)Sazonal(Tabela 7).

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

Classificação Final	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Influenza A(H1N1)pdm09	384	47	48	8	37	4	1087	218	1	0	2	1
Influenza A(H1) Sazonal*	6*	0	0	0	4*	1*	1*	1*	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	114	6	165	8	124	11	4	1	210	35	4	1
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	0	0
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	132	18	5	0
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1223	240	343	53	11	2

*Obs: Resultados provenientes de laboratórios particulares, prováveis Influenza A(H1N1)pdm09.
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 19/03/2018, dados sujeitos a alterações.

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

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

Até a SE 11 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 1.076 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 908 amostras.

Das amostras processadas, 35,7% (324/908) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 64 (7,0%) foram positivas para influenza e 260 (28,6%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para influeza, 5 (7,8%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 20 (31,3%) de Influenza A(H3) Sazonal, 1 (1,6%) de Influenza A (não subtipado) e 38 (59,4%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de 128 (49,2%) amostras de Rinovírus (Gráfico 5).

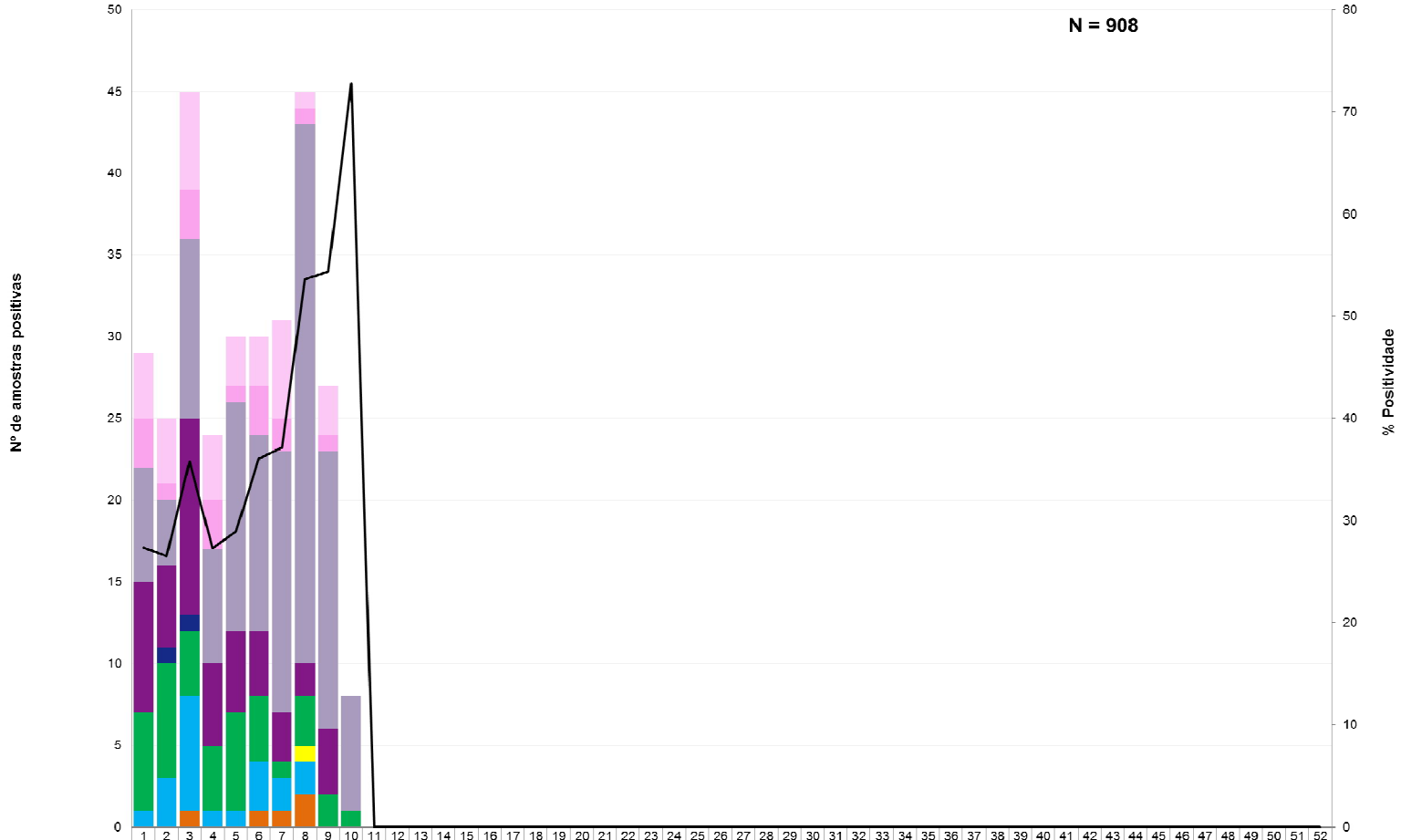
Tabela 8 - Casos de SG de Influenza segundo faixa etária e subtipo viral, Paraná, 2018.

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza		Total Coletas	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Num	%
< 2 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	98	9,1
2 a 4 anos	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	2	3,1	59	5,5
5 a 9 anos	0	0,0	1	5,0	0	0,0	1	2,6	2	3,1	30	2,8
10 a 19 anos	1	20,0	1	5,0	0	0,0	8	21,1	10	15,6	148	13,8
20 a 29 anos	0	0,0	5	25,0	0	0,0	8	21,1	13	20,3	249	23,1
30 a 39 anos	2	40,0	4	20,0	0	0,0	8	21,1	14	21,9	168	15,6
40 a 49 anos	0	0,0	3	15,0	1	100,0	6	15,8	10	15,6	93	8,6
50 a 59 anos	2	40,0	3	15,0	0	0,0	4	10,5	9	14,1	99	9,2
≥ 60 anos	0	0,0	1	5,0	0	0,0	3	7,9	4	6,3	132	12,3
TOTAL	5	100,0	20	100	1	100,0	38	100	64	100	1076	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 19/03/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

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



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
Bocavírus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Metapneumovírus	4	4	6	4	3	3	6	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adenovírus	3	1	3	3	1	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rinovírus	7	4	11	7	14	12	16	33	17	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza	8	5	12	5	5	4	3	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VRS	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza B	6	7	4	4	6	4	1	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A (não subtipado)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A(H3) Sazonal	1	3	7	1	1	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza A(H1N1)pdm 09	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Positividade	27	27	36	27	29	36	37	54	54	73	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 19/03/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

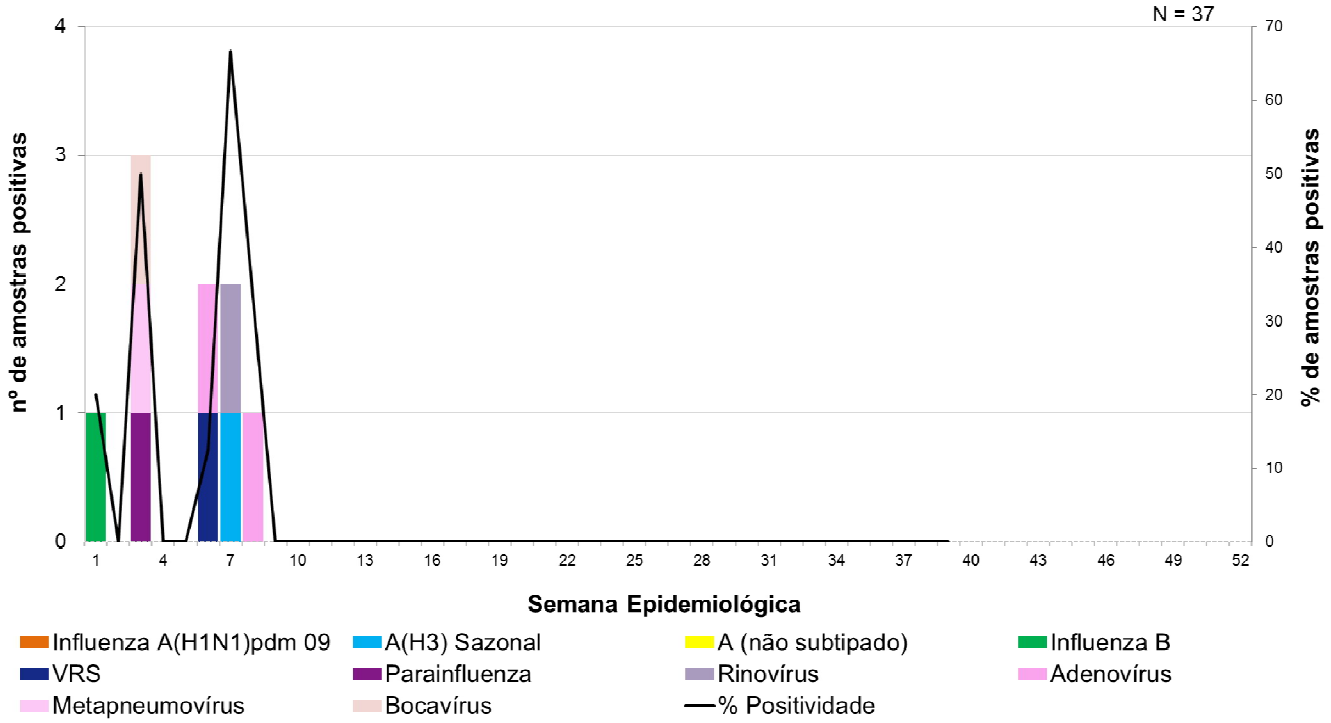
Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 19/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 56 coletas, sendo 37 (66,1%) processadas. Dentre estas, 8 (21,6%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios. Das amostras positivas para Influenza, foram detectados 0 (0,0%) para Influenza A(H1N1)pdm 09, 1 (50,0%) para Influenza A(H3) Sazonal, 0 (0,0%) para Influenza A (não subtipado) , 1 (50,0%) para Influ[enza B. Entre os outros vírus evidenciam-se: 1 (16,7%) de VRS, 1 (16,7%) de Parainfluenza, 1 (16,7%) de Rinovírus, I21 (16,7%) de Metapneumovírus, 2 (33,3%) de Adenovírus, 1 (16,7%) de Bocavírus (Gráfico 6).

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



Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 19/03/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 19/03/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Medidas Preventivas para Influenza

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

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

Outras medidas são:

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

Utilizar lenço descartável para higiene nasal.

Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.

Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.

Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.

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

Manter os ambientes bem ventilados.

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

Evitar sair de casa em período de transmissão da doença.

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

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

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

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

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 27/03/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde – Sala de Situação em Saúde

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2017 (primeira semana de agosto) a 12/2018.

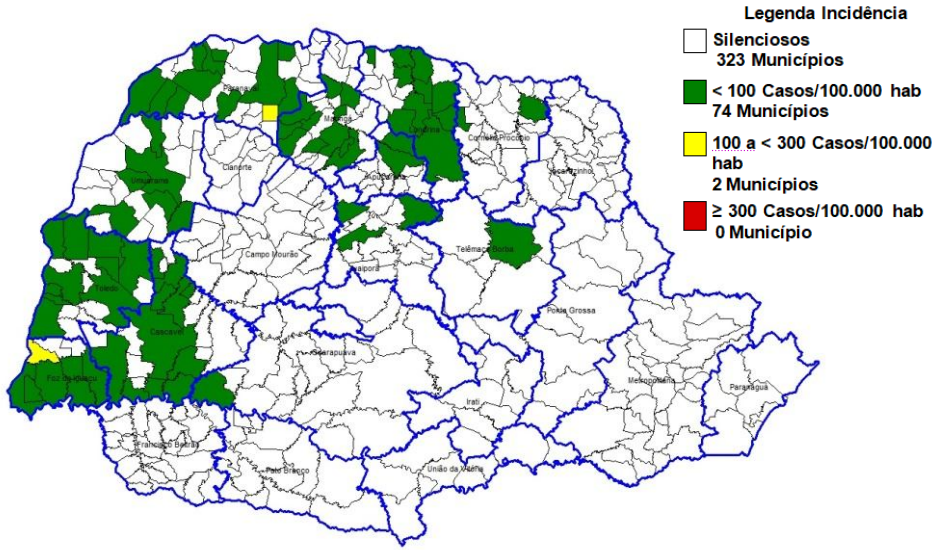
Foram notificados no referido período 15.513 casos suspeitos de dengue, dos quais 10.951 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 4,73 casos por 100.000 hab. (528/11.163.018 hab.). O Ministério da Saúde classifica como baixa incidência quando o número de casos autóctones for menor do que 100 casos por 100.000 habitantes.

Os municípios com maior número de casos suspeitos notificados são Londrina (2.773), Maringá (1.881) e Foz do Iguaçu (1.406).

Os municípios com maior número de casos confirmados são: Maringá (148), Foz do Iguaçu (58), e Cambé (27).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2017 a 12/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2017 A 12/2018*	PERÍODO 2017/2018
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	297
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	80
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	12
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	76
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (09ª, 10ª,12ª,14ª, 15ª, 16ª,17ª,18ª, 20ª, 21ª e 22ª)	11
TOTAL DE CASOS	**543**
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	528
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	15
TOTAL DE NOTIFICADOS	**15.513**

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2017 a 12/2018.

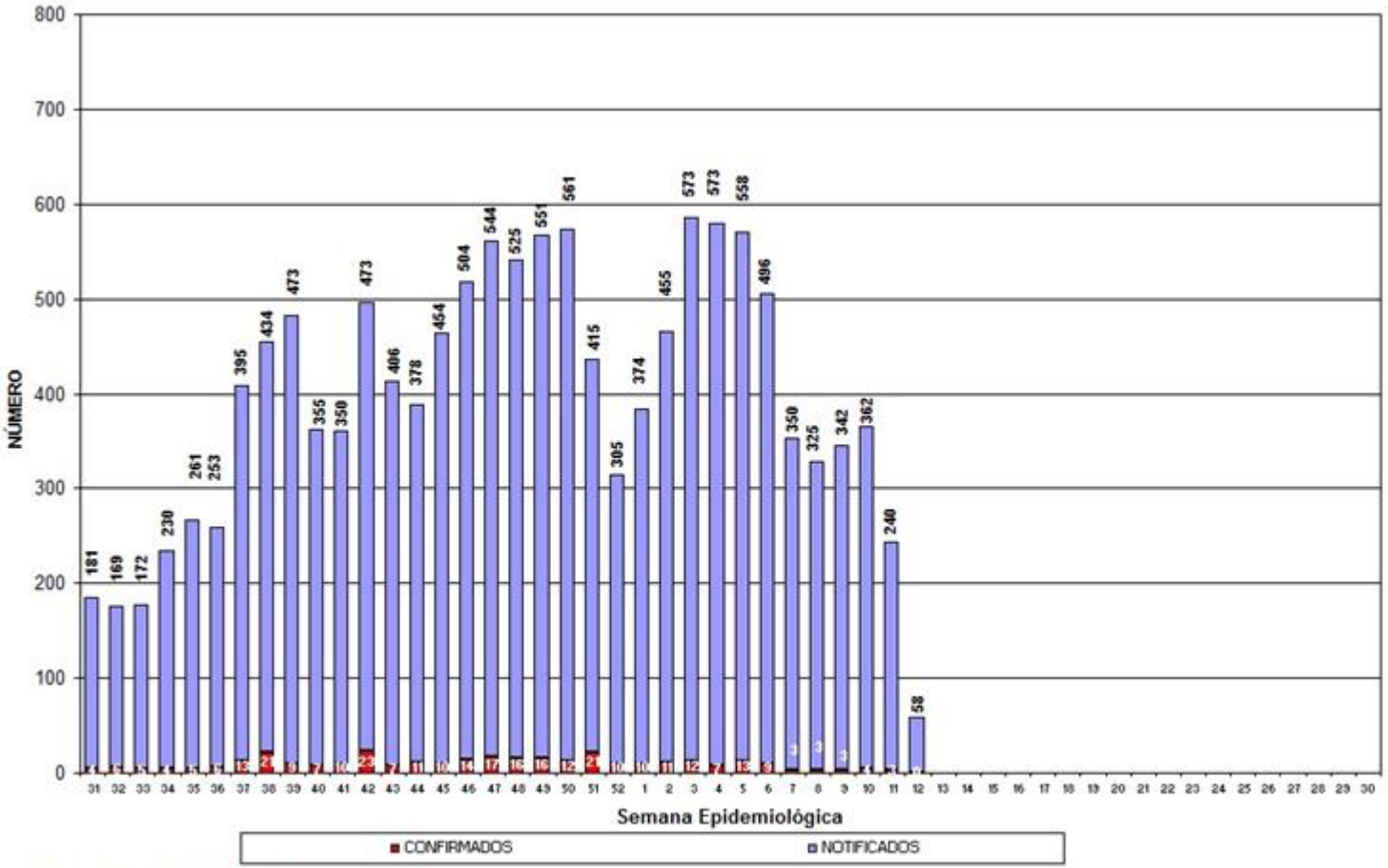
CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	430 (79,2)	113 (20,8%)	543
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	8	-	8
Dengue Grave (D G)	3	-	3
Descartados	-	-	10.951
Em andamento/investigação	-	-	4.008
Total	**441 (2,8%)**	**113 (0,7%)**	**15.513**

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 27/03/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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



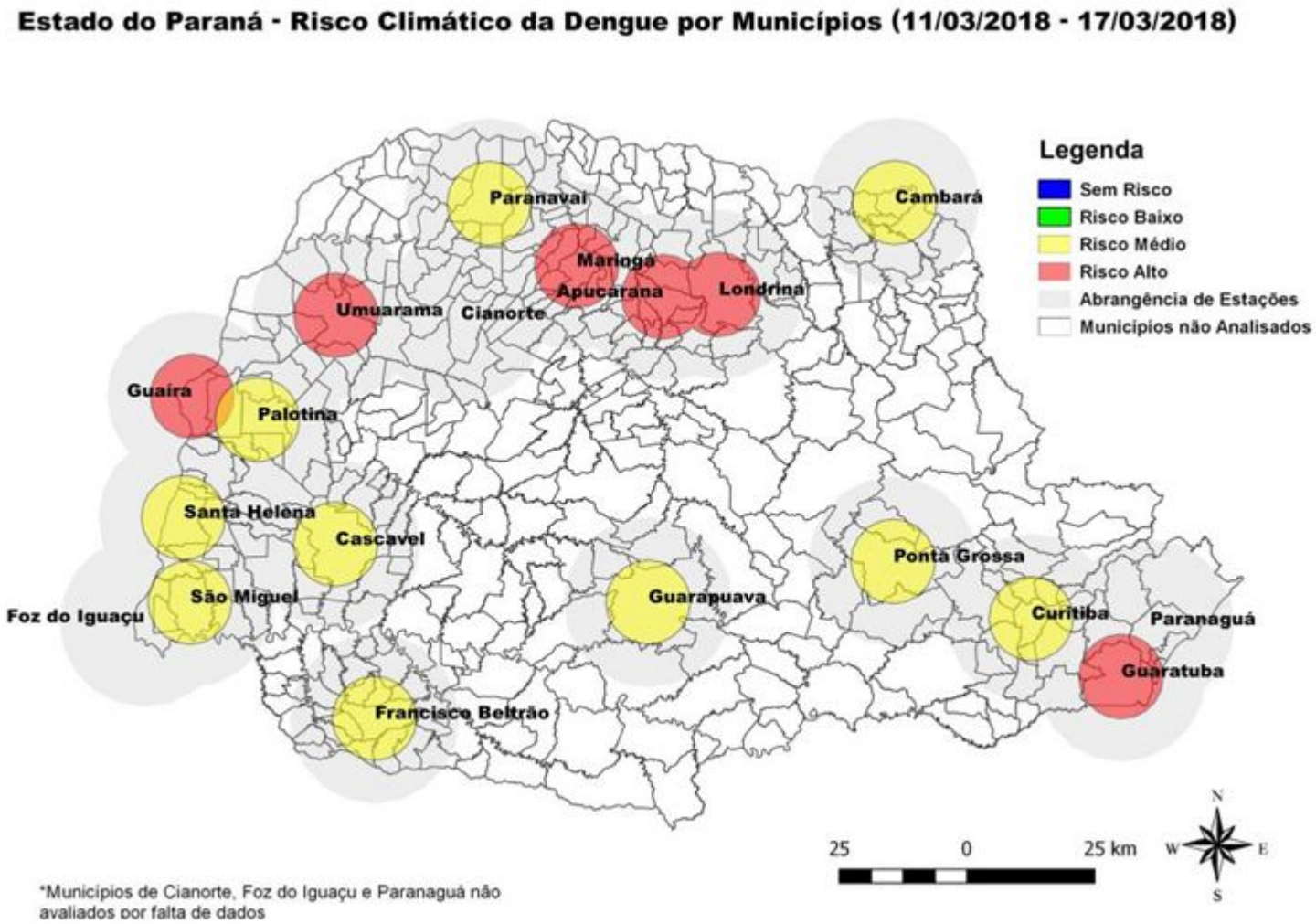
Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2017 a 12/2018.

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 27/03/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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



Fonte: Laboclima/UFPR

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 27/03/2018

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

Tabela 2 – Número de casos de dengue, notificados, dengue grave (DG), dengue com sinais de alarme (DSA), óbitos e incidência por 100.000 habitantes por Regional de Saúde, Paraná – Semana Epidemiológica 31/2017 a 12/2018*

REGIONAL DE SAÚDE	POPU-LAÇÃO	CASOS			NOTIFI-CADOS	DSA	DG	ÓBI-TOS	INCI-DÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	1.128	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	0	4	4	604	0	0	0	-
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	35	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	15	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	41	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	15	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	85	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	0	0	0	317	0	0	0	-
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	96	3	99	1.818	6	2	0	23,65
10ª RS - Cascavel	540.131	58	4	62	706	0	0	0	10,74
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	533	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	6	0	6	388	0	0	0	2,17
13ª RS - Cianorte	154.374	0	0	0	173	0	0	0	-
14ª RS - Paranavaí	274.257	43	0	43	960	0	0	0	15,68
15ª RS - Maringá	799.890	169	1	170	2.418	0	0	0	21,13
16ª RS - Apucarana	372.823	3	0	3	380	0	0	0	0,80
17ª RS - Londrina	935.904	97	0	97	4.741	2	1	0	10,36
18ª RS - Cornélio Procópio	230.231	1	0	1	282	0	0	0	0,43
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	214	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	49	2	51	561	0	0	0	12,70
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	1	0	1	53	0	0	0	0,54
22ª RS - Ivaiporã	138.130	5	1	6	46	0	0	0	3,62
TOTAL PARANÁ	11.163.018	**528**	**15**	**543**	**15.513**	**8**	**3**	**0**	**4,73**

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

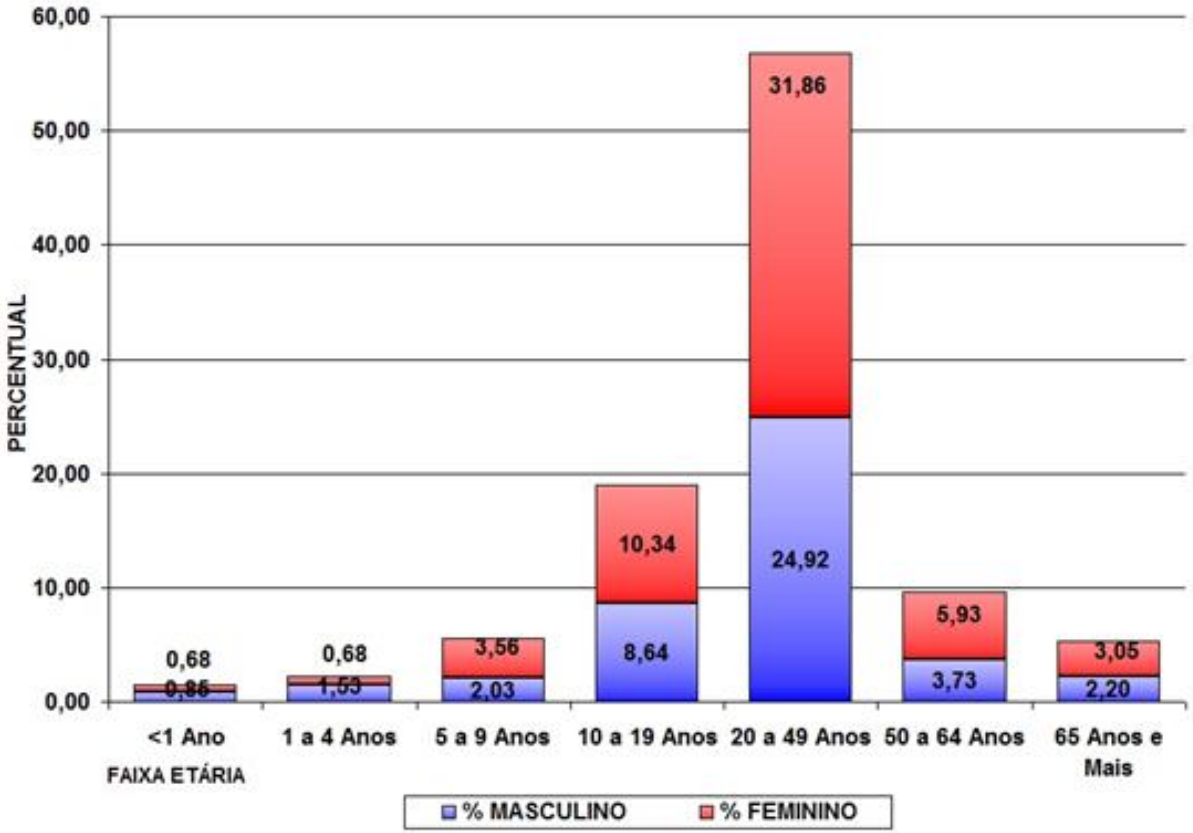
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 27/03/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 56,78% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pelas faixas etárias de 10 a 19 anos com 18,98% dos casos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2017 a 12/2018, Paraná – 2017/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 12/2018

(18/03/2018 a 24/03/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 27/03/2018
Fonte da informação: ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COMENTÁRIOS:

▪ Nesta semana a Anvisa impediu a comercialização de 5 produtos que apresentaram problemas de rotulagem, fórmula diferente da notificada e problemas com o registro.

A **Máscara Reconstrutora Botox Capilar Fattore** foi suspensa porque a fórmula apresentada na embalagem é diferente da que foi notificada pela empresa Fattore Indústria de Cosméticos Ltda., fabricante do produto.

O **Dderma Dermadere Spray – Dderma**, fabricado pela empresa Bandeira & Cavalcanti Indústria de Cosméticos Ltda., não atendeu à definição de cosméticos ou produtos para higiene e foi suspenso.

Já a **Máscara de Realinhamento Royal Look Olenka** foi proibida. A fabricante Giudt Cosméticos Ltda. notificou o produto com finalidade alisante, mas a legislação exige a apresentação de um processo de registro para esse tipo de cosmético.

O lote 75151908 do **Álcool Gel 70 Tupi** foi reprovado na análise de rotulagem e foi suspenso. O produto é fabricado pela Callamarys Indústria e Comércio de Cosmético e Saneantes Ltda.

O lote 220540 do **Repelente Exposis Gel** também foi reprovado na análise de rotulagem. O lote citado do produto, fabricado pela Universal Chemical Ltda., foi proibido.

Conforme a decisão, os produtos ficam proibidos ou suspensos de serem distribuídos, comercializados e utilizados.

Se você comprou algum dos produtos mencionados, entre em contato com a empresa fabricante.

Fonte: google.com.br

▪ A Anvisa suspendeu um lote do medicamento **Diazepam** fabricado pela empresa Santista Laboratório Farmacêutico S.A. A proibição vale para o lote 20101816, com validade até julho deste ano.

A suspensão é para apenas esse lote do laboratório Santista. Demais medicamentos com Diazepam continuam disponíveis no mercado. O Diazepam é um medicamento ansiolítico de uso controlado e normalmente utilizado no tratamento de síndromes de ansiedade.

▪ A Anvisa proibiu na quinta-feira (22/3) o lote **16123116038J** do Filé de Polaca do Alasca congelado, marca Fenix - Magic Fish, com validade até 30/12/2018.

A medida foi adotada após um laudo do Instituto Adolf Lutz (SP) reprovar o lote de peixe na pesquisa de parasitos.

A empresa responsável pelo produto deverá fazer o recolhimento de todas as unidades do lote proibido.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 21/03/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde atualizou na quarta-feira (21/03) as informações repassadas pelas secretarias estaduais de saúde sobre a situação da febre amarela no país. No período de monitoramento (de 1º de julho/2017 a 20 de março de 2018), foram confirmados 1.098 casos de febre amarela no país, sendo que 340 vieram a óbito. Ao todo, foram notificados 4.102 casos suspeitos, sendo 2.150 já descartados e 854 ainda em investigação, neste período. No ano passado, considerando o mesmo período de monitoramento (julho/2016 a 20 de março/2017) eram 632 casos e 201 óbitos confirmados. Os informes de febre amarela seguem, desde o ano passado, a sazonalidade da doença, que acontece, em sua maioria, no verão. Dessa forma, o período para a análise considera de 1º de julho a 30 de junho de cada ano.

Embora os casos do atual período de monitoramento tenham sido superiores à sazonalidade passada, o vírus da febre amarela hoje circula em regiões metropolitanas do país com maior contingente populacional, atingindo 34,8 milhões de pessoas que moram, inclusive, em áreas que nunca tiveram recomendação de vacina. Na sazonalidade passada, por exemplo, o surto atingiu uma população de 9,1 milhões de pessoas.

Isso explica a incidência da doença neste período ser menor que no período passado. A incidência da doença no período de monitoramento 2017/2018, até 20 de março, é de 2,9 casos para 100 mil/habitantes. Já na sazonalidade passada, 2016/2017, a incidência foi de 6,9/100 mil habitantes, no mesmo período.

AMPLIAÇÃO

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

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

Distribuição dos casos de febre amarela notificados: 1º/7/2017 a 20/03/2018

UF (LPI)*	Notificados	Descartados	Em Investigação	Confirmados	Óbitos
AC	1	1	-	-	-
AP	4	2	2	-	-
AM	7	4	3	-	-
PA	32	23	9	-	-
RO	9	8	1	-	-
RR	2	2	-	-	-
TO	16	14	2	-	-
AL	8	2	6	-	-
BA	44	27	17	-	-
CE	2	1	1	-	-
MA	5	3	2	-	-
PB	4	-	4	-	-
PE	5	3	2	-	-
PI	7	5	2	-	-
RN	1	1	-	-	-
SE	2	2	-	-	-
DF	63	44	18	1	1
GO	56	34	22	-	-
MT	3	3	-	-	-
MS	9	5	4	-	-
ES	105	76	24	5	
MG	1.315	539	323	453	142
RJ	300	72	40	188	68
SP	1.939	1.172	316	451	129
PR	86	72	14	-	-
RS	38	22	16	-	-
SC	39	13	26	-	-
Total	**4.102**	**2.150**	**854**	**1.098**	**340**

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

TUBERCULOSE

Local de ocorrência: Rio de Janeiro

Data da informação: 25/03/2018

Fonte da informação: agenciabrasil.ebc.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Especialistas em saúde, representantes do governo estadual e da Cruz Vermelha Brasileira discutiram no sábado (24/03), Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose, como enfrentar a doença no estado do Rio de Janeiro, que tem uma das maiores taxas de incidência no país e elevado número de mortes – cerca de 800 por ano. O evento marcou o lançamento da iniciativa *Todos juntos contra a tuberculose*, um desdobramento de campanha do Ministério da Saúde.

A Cruz Vermelha vai multiplicar as ações para ajudar a identificar e a tratar a doença, por meio de voluntários, nos municípios fluminenses. A coordenadora da campanha, Maria José Pereira, que ajudou a distribuir panfletos, mais cedo, lembrou o principal sinal da doença. “As pessoas precisam, primeiro, saber que a tuberculose tem cura. Depois, tosse há mais de três semanas pode ser tuberculose, quem está tossindo deve procurar a unidade de saúde mais perto”.

A média nacional de casos de tuberculose é de 33,5 a cada 100 mil habitantes. O estado do Rio tem praticamente o dobro, 65,7 casos a cada 100 mil pessoas, segundo o Fórum Estadual de Organizações Não-Governamentais no Combate à Tuberculose. É a mais alta taxa no país, afirmam. Na capital, os números são mais altos em favelas e nos presídios.

No sistema prisional fluminense, a taxa é de 1.200 casos de tuberculose a cada 100 mil presos, nas contas estimadas pela Secretaria de Estado de Saúde. O número pode ser ainda maior, já que há falhas no diagnóstico, reconheceu o órgão, em audiência pública na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (Alerj) na sexta-feira (23/03).

A superlotação das cadeias agrava a situação, uma vez que a doença é transmitida mais facilmente em lugares onde há falta de ventilação, luz solar e aglomeração. O sistema penitenciário fluminense é um exemplo disso, por concentrar 51 mil presos em 28 mil vagas, disse, na audiência, a representante da secretaria, Ana Alice Bevilaqua.

Para reduzir o contágio nas cadeias, a Alerj chegou a aprovar uma lei, que exigia a realização de teste de contágio antes da entrada do detento no sistema penal. No entanto, apesar de elogiar a iniciativa, por falta de recursos “humanos e materiais”, a medida foi vetada pelo governador do Estado.

“A tuberculose no Rio é uma tragédia”, disse o deputado, presidente da Frente Parlamentar de Controle da Aids, Tuberculose e Diabetes da Assembleia Legislativa. “Morrem no estado, todo ano, 800 pessoas com tuberculose. É mais que dengue, chikungunya e febre amarela juntas”, afirmou, no evento da Cruz Vermelha. Palmares pretende se reunir, nos próximos dias, com o Comando da Intervenção Federal, para levar os dados sobre o sistema penal.

Nas favelas cariocas, o percentual de doentes também é maior que em outras regiões da cidade, podendo chegar a mais de 300 casos por 100 mil habitantes. A Secretaria Municipal de Saúde vem aumentando as equipes para identificar e acompanhar pacientes, uma vez que o tratamento da tuberculose pode levar até quatro meses. No entanto, adverte que a doença se alimenta de problemas sociais, como moradias precárias, falta de saneamento e de informação. "A violência e os confrontos armados também dificultam as visitas dos agentes e a busca ativa por doentes”, afirmou o gerente da área técnica de doenças pulmonares, Jorge Pio .

A comunidade da Rocinha, na zona sul, uma das localidades com as mais altas taxas da doença no país, viu diminuir as ocorrências depois de obras de infraestrutura do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), segundo Jorge Pio. Os índices diminuíram após a construção de ruas, calçadas e moradias melhores.

“Temos conversado na prefeitura sobre como fazer isso. Agora é momento difícil [para obras] por causa da recessão, mas está nos planos da secretaria", afirmou Pio. As favelas Manguinhos e Jacarezinho, na zona norte, estão na fila, devido ao elevado número de doentes e pessoas vulneráveis.

Em relação aos presídios, o gerente diz que o órgão tem melhorado o atendimento, mas é preciso repensar a arquitetura das penitenciárias.

Apesar de ter tratamento, a tuberculose está entre as dez doenças que mais matam no mundo, mais que o HIV e a malária juntos, segundo a Organização Mundial de Saúde, e o Brasil continua fazendo parte do grupo de 20 países que concentram 80% dos casos no mundo. Ano passado, foram identificados quase 70 mil novos casos no país.

No caso de sintomas como tosse com catarro, febre e emagrecimento repentino, é aconselhável procurar uma unidade de saúde para fazer exames. O tratamento é gratuito, dura seis meses e deve ser feito sem interrupções para atingir a cura. A tuberculose não é transmitida por objetos compartilhados, como copos, talheres e pratos.

DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA

Local de ocorrência: Santa Catarina
Data da informação: 26/03/2018
Fonte da informação: jornalceleiro.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Conforme especialistas, a doença mão-pé-boca (HFMD, sigla em inglês) é uma enfermidade contagiosa causada pelo vírus Coxsackie da família dos enterovírus que habitam normalmente o sistema digestivo e também podem provocar estomatites (espécie de afta que afeta a mucosa da boca). Embora possa acometer também os adultos, ela é mais comum na infância, antes dos cinco anos de idade.

Entre os sinais da doença estão: estado febril nos dias que antecedem o surgimento das lesões; aparecimento na boca, amídalas e faringe de manchas vermelhas com vesículas branco-acinzentadas no centro que podem evoluir para ulcerações dolorosas; erupção de pequenas bolhas em geral nas palmas das mãos e nas plantas dos pés, mas que pode ocorrer também nas nádegas e na região genital.

A transmissão se dá pela via fecal/oral, através do contato direto entre as pessoas ou com as fezes, saliva e outras secreções, ou então através de alimentos e de objetos contaminados. Mesmo depois de recuperada, a pessoa pode transmitir o vírus pelas fezes durante aproximadamente quatro semanas.

A virose não é passível de notificação pela saúde pública, por este motivo não houve casos registrados pela Vigilância Epidemiológica de Campos Novos. No Hospital Dr. José Athanázio também não houve diagnóstico. Mas em levantamento feito pela reportagem do Jornal O Celeiro, nas creches houve casos com esses sintomas e os pais foram orientados a deixar os filhos em casa até que melhorassem. No levantamento feito junto aos Centros de Educação Infantil de Campos Novos, via telefone, apuramos 39 casos com a sintomatologia. Desses, 3 casos foram atendidos na E.S.F. do CAIC, confirmando a virose.

O período de incubação oscila entre um e sete dias. Na maioria dos casos, os sintomas são leves e podem ser confundidos com os do resfriado comum. Quando a sintomatologia típica da doença mão-pé-boca se instala, a erupção das lesões na orofaringe é antecedida por um período de febre e gânglios aumentados, seguido de mal-estar, falta de apetite, vômitos e diarreia. Por causa da dor, surgem dificuldade para engolir e muita salivação.

O diagnóstico é clínico, baseado nos sintomas, localização e aparência das lesões. Em alguns casos, os exames de fezes e a sorologia (exame de sangue) podem ajudar a identificar o tipo de vírus causador da infecção.

Não existe vacina contra a doença mão-pé-boca. Em geral, como ocorre com outras infecções por vírus, ela regride espontaneamente depois de alguns dias. Por isso, na maior parte dos casos, o tratamento é sintomático com antitérmicos e anti-inflamatórios. O ideal é que o paciente permaneça em repouso, tome bastante líquido e alimente-se bem, apesar da dor de garganta.

Fonte: google.com.br

DENGUE

Local de ocorrência: Pernambuco
Data da informação: 26/03/2018
Fonte da informação: folhape.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Pernambuco registrou mais de 400 novas notificações de dengue em uma semana, o que representa um aumento dos casos possíveis da doença em 19,5%. Segundo dados dos boletins da Secretaria Estadual de Saúde (SES), até o último dia 10 de março eram 2.103 registros da arbovirose e, sete dias depois, o número saltou para 2.515. Até o momento, 330 foram confirmados e 652 descartados.

De acordo com o médico Carlos Brito, consultor para arboviroses do Ministério da Saúde, esse já era um ciclo "esperado". "Nos últimos 30 anos, tivemos epidemias de dengue em um espaço de três a quatro anos. Em 2015, houve uma epidemia de zika. Em 2016, de chikungunya. Ano passado, não teve um grande surto. Então, já se esperava que esse fosse ser o ano de um surto de dengue", explicou. Mesmo 2017 não tendo epidemia de alguma arbovirose específica, os casos continuaram acontecendo naturalmente, ainda que em menor frequência. E agora, o ciclo de doenças deve recomeçar.

Apesar da alta considerável entre as duas últimas semanas, a Secretaria Estadual de Saúde informa que a comparação do acumulado do ano com o mesmo período de 2017 tem redução de 19,9% em relação aos casos suspeitos. A gestão ainda justificou que o aumento pode refletir dados que chegaram de semanas anteriores.

O relatório das arboviroses também trouxe os primeiros resultados confirmatórios das notificações de zika. Dos 81 pacientes com suspeita desta doença, 13 foram positivados. Os achados só confirmam a continuação da circulação desse vírus. A SES informou que dos 13 resultados, um foi pelo método de PCR (que aponta uma infecção recente) e os outros 12 foram realizados por meio de teste de sorologia (que consegue resgatar a memória imunológica, ou seja anticorpos ao vírus). Para os 12 casos, a SES solicitou investigação dos municípios para averiguar quando deve ter sido a infecção. Todos os testes foram feitos no Lacen Pernambuco. Em relação à chikungunya, já são 365 notificações, sendo 33 confirmados e 155 descartes.

A lista de óbitos suspeitos também vem crescendo. Há uma semana eram cinco. Agora, são seis. A última morte que pode estar relacionada à dengue, zika ou chikungunya, foi a de uma mulher de 58 anos, natural de Goiana, na RMR. A morte aconteceu em 13 de março. Até agora, não há confirmação de que patógeno específico pode estar relacionado dos falecimentos.

Recife deve receber em breve uma demanda de mosquitos estéreis para ajudar no combate às arboviroses. A técnica, desenvolvida pela Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA) e a Biofábrica Moscamed, consiste em esterilizar os machos por meio da radiação nas últimas fases de desenvolvimento do inseto. Quando soltos na natureza, cruzarão com as fêmeas gerando ovos inúteis, que nunca chegarão a se desenvolver. A técnica já é utilizada em outros países e deve ser implantada nos bairros da Mangabeira, Macaxeira e Morro da Conceição, escolhidos pelo histórico preocupante de infecções, e por serem geograficamente mais fáceis de comparar os resultados do uso dos mosquitos.

Fonte: google.com.br

HIV EM IDOSOS

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 26/03/2018
Fonte da informação: diariodepernambuco.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Em 10 anos, o número de idosos com HIV no Brasil cresceu 103%, segundo dados do Ministério da Saúde. A falta de políticas públicas, o tabu que envolve a vida sexual de pessoas acima de 60 anos e o comércio de medicamentos para disfunção erétil são os principais fatores que se articulam para gerar o alarmante dado, segundo especialistas.

Dados recentes do Boletim Epidemiológico de 2017 apontam que, em 2016, quando foram registrados 1.294 casos, houve o crescimento de 15% no índice de pessoas acima de 60 anos com o vírus. Em 2015, por sua vez, aumentou 51,16%, com 1.125 pessoas infectadas, em relação aos números de 2014, quando 856 foram diagnosticados. O pior ano foi 2016, com 2.217 casos.

O aumento constante segue uma tendência mundial. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que, se o ritmo de infecções nessa faixa etária prosseguir como está, em 2030, 70% da população mundial com mais de 60 anos terá o vírus causador da Aids.

A infectologista Anita Campos explica que, atualmente, a epidemia é concentrada em jovens, principalmente em homens de 14 a 29 anos. No entanto, a atenção voltada aos idosos infectados deve ser redobrada. "O pensamento comum entre pessoas dessa geração ainda é antigo. Quando viveram a juventude, não havia a cultura do uso de preservativos", analisa Anita.

Segundo ela, o uso da camisinha deveria ser uma pauta constante também para esse grupo de pessoas. A dificuldade de se debater a vida sexual de quem está acima dos 60 anos deve ser superada, defende. Atualmente, as campanhas ainda se concentram em outros perfis apontados como mais vulneráveis, como homossexuais, profissionais do sexo, pessoas transgêneras, usuários de droga injetável e presidiários.

A medida se torna ainda mais urgente quando se observa que o vírus é especialmente agressivo em um corpo envelhecido. De acordo com a infectologista, o HIV acelera o envelhecimento e causa lesão direta em alguns órgãos, como rins e fígado. Campos esclarece que a doença não se torna mais grave, mas o cuidado do médico deve ser mais elaborado e complexo, porque o idoso é mais suscetível a doenças crônicas que aparecem com o uso do coquetel antirretroviral.

Ativista e presidente da ONG Amigos da Vida, Christiano Ramos chama atenção, principalmente, para a falta de ações de combate ao HIV direcionadas aos idosos. Para ele, o governo precisa entender a necessidade dessa implementação, porque, muitas vezes, o vírus atua silenciosamente no corpo do paciente e os sintomas são confundidos com os das doenças da velhice, como diabetes, hipertensão e problemas renais.

Ramos atua, semanalmente, no Hospital O Dia, na Asa Sul, e acompanha idosos nas consultas. A realidade, sob os olhos de Christiano, escancara um problema cultural que afeta a saúde pública mundial. "O homem tem vergonha de falar que precisa recorrer a remédios; os médicos pressupõe que pessoas mais velhas não mantêm relações sexuais; as mulheres são anuladas sexualmente por toda a sociedade e não há a cultura do uso de preservativos em idosos. Por isso, eles tornam-se dados."

Ao Correio, o Ministério da Saúde informou que, atualmente, as campanhas do governo focam na população mais jovem, por representarem os dados de maior crescimento no país. No entanto, as infecções sexualmente transmissíveis entre idosos é uma "preocupação constante da pasta."

"O Brasil vem diversificando as ações dentro de um conceito de prevenção combinada, que inclui distribuição de preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante, ações educativas e ampliação de acesso a novas tecnologias, como testagem rápida (incluindo fluido oral), profilaxia pós-exposição e profilaxia pré-exposição (para o grupo de risco)", escreveu.

SARAMPO

Local de ocorrência: Amazonas
Data da informação: 26/03/2018
Fonte da informação: radios.ebc.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A prefeitura de Manaus confirmou quatro casos de sarampo na capital. Dos casos confirmados, três são de pessoas do sexo feminino e um do sexo masculino.

A faixa etária dos infectados varia de quatro meses a 22 anos, sendo que dois casos são menores de um ano.

Os menores de um ano não recebem a vacina tríplice viral porque o Ministério da Saúde indica a aplicação da dose somente a partir do primeiro ano de vida, conforme calendário básico de vacinação.

Em vídeo divulgado na internet, o prefeito Arthur Virgílio Neto pede que a população procure uma unidade de saúde e, se for o caso, imunize-se contra o sarampo.

Até a última sexta-feira (23/03), já haviam sido notificados 32 casos suspeitos da doença em Manaus. Um foi descartado, quatro confirmados e os outros 27 continuam em investigação.

Fonte: google.com.br

INFLUENZA H1N1

Local de ocorrência: Goiás
Data da informação: 27/03/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

A Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES) já confirmou, só este ano, 32 casos do vírus Influenza A, conhecido como H1N1. Último boletim epidemiológico, atualizado na terça-feira (27/03), revela número de casos 10 vezes superior a todos registrados no ano passado. De acordo com o órgão, duas mortes foram ocasionadas pela doença em 2018.

As duas mortes que tiveram as causas relacionadas ao vírus foram registradas em pacientes internos do Hospital Vila São Cottolengo, em Trindade, Região Metropolitana de Goiânia. A instituição filantrópica teve, em 20 dias, 58 pacientes apresentando febre, mal-estar e problemas respiratórios. Entre eles, sete foram diagnosticados com a doença. Outras oito mortes são investigadas, a última delas ocorreu no sábado (24/03).

De acordo com a gerente substituta da Gerência de Imunização do Estado, Joice Dorneles, o surto é localizado e não deve gerar preocupação da população. “O surto, ele é localizado na Vila São Cottolengo, não há motivos pra pânico, mas temos que ficar sempre em alerta”, afirmou.

Como medida de precaução, os 365 internos e funcionários da instituição tomaram o Tamiflu, medicamento usado no tratamento de H1N1. Além disto, eles receberam vacina contra pneumonia e foram revacinados contra o vírus Influenza A.

Até o último dia 15 foram registrados no Brasil 105 casos de Influenza, que são tipos de gripes mais fortes. Outros 472 estão sendo investigados. Segundo o Ministério da Saúde, Goiás era, até então, o estado com mais casos registrados, seguido pela Bahia e São Paulo.

“Está tendo um cenário muito semelhante ao de 2016, a antecipação da circulação do influenza, seja H1N1, seja H3N3, como em 2016, infelizmente com um número de casos grave que nos preocupa”, afirmou o médico infectologista Boaventura Brás.

A SES-GO começou, desde o último dia 21/03, a revacinar pacientes e funcionários do Hospital Vila São Cottolengo, em Trindade. A secretaria solicitou junto ao Ministério da Saúde a antecipação da campanha de vacinação deste ano, prevista para abril. O pedido foi negado, e a pasta disse que a alternativa foi utilizar doses de 2017.

De acordo com a gerente substituta de imunização da SES-GO, Joice Dorneles, a revacinação deve imunizar 1.042 pessoas. As vacinas integram uma reserva técnica da secretaria.

"Esta vacina é do ano passado. O vírus que está circulando dentro da instituição está contemplado nessa vacina. Ou seja, está sendo dado uma dose de reforço para aumentar a imunidade desses pacientes e funcionários", diz.

Ela explica que antes de decidir pelo reforço, foi feita uma reunião com o Ministério da Saúde para discutir a questão. A medida, conforme afirma, foi tomada em consenso.

Por e-mail, o Ministério da Saúde disse que recomenda, "como medida de caráter excepcional e exclusiva a pacientes e funcionários da instituição filantrópica Vila São Cottolengo", a revacinação contra influenza com a composição de 2017.

"Essa recomendação ocorre apenas porque, até o momento, as doses que serão utilizadas na campanha de vacinação de 2018 ainda não estão disponíveis para distribuição aos estados", explicou.

"Os laboratórios produtores da vacina só começam a produzir as doses em setembro do ano anterior (no caso, set/2017), quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) autoriza a produção do imunobiológico. Isso acontece porque, todos os anos, é necessário avaliar quais cepas mais circularam no hemisfério sul, no ano anterior, e a partir daí adaptar a vacina para a campanha do ano vigente. A produção da vacina leva cerca de seis meses."

A campanha de vacinação contra o vírus influenza será realizada nacionalmente entre os dias 16 abril e 25 de maio. Joice diz que os pacientes e servidores da Vila São Cottolengo receberão a dose mais atual. Para a campanha deste ano, está previsto que Goiás receba 1,5 milhão de doses.

O Ministério da Saúde disse ainda que os pacientes e funcionários da Vila São Cottolengo que receberem a vacina com composição de 2017 deverão ser vacinados novamente durante a campanha de 2018. Entre as doses, deve ser respeitado o intervalo mínimo de 30 dias.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 21/03/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

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

As informações apresentadas nesse informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 11 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 17/03/2018.

A positividade para influenza, outros vírus respiratórios e outros agentes etiológicos entre as amostras processadas em unidades sentinelas foi de 16,2% (422/2.599) para SG e de 20,6% (41/199) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 11,1% (141/1.275) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H3N2). Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 8,4% (21/250) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H3N2).

Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 21/03/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

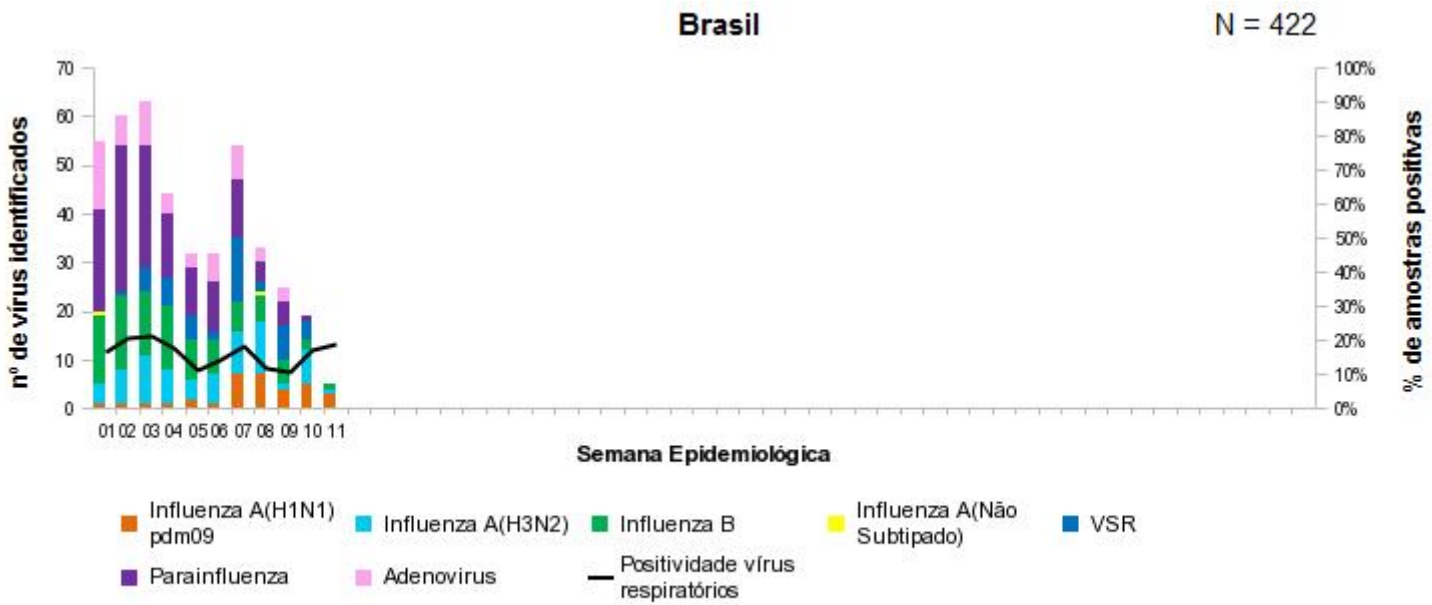
VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 11 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 4.263 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 2.599 (61,0%) foram processadas e 16,2% (422/2.599) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 191 (45,3%) foram positivos para influenza e 231 (54,7%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 33 (17,3%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 89 (46,6%) de influenza B, 2 (1,0%) de influenza A não subtipado e 67 (35,1%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 131 (56,7%) de Parainfluenza (Figura1).

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

Figura 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 11.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 21/3/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

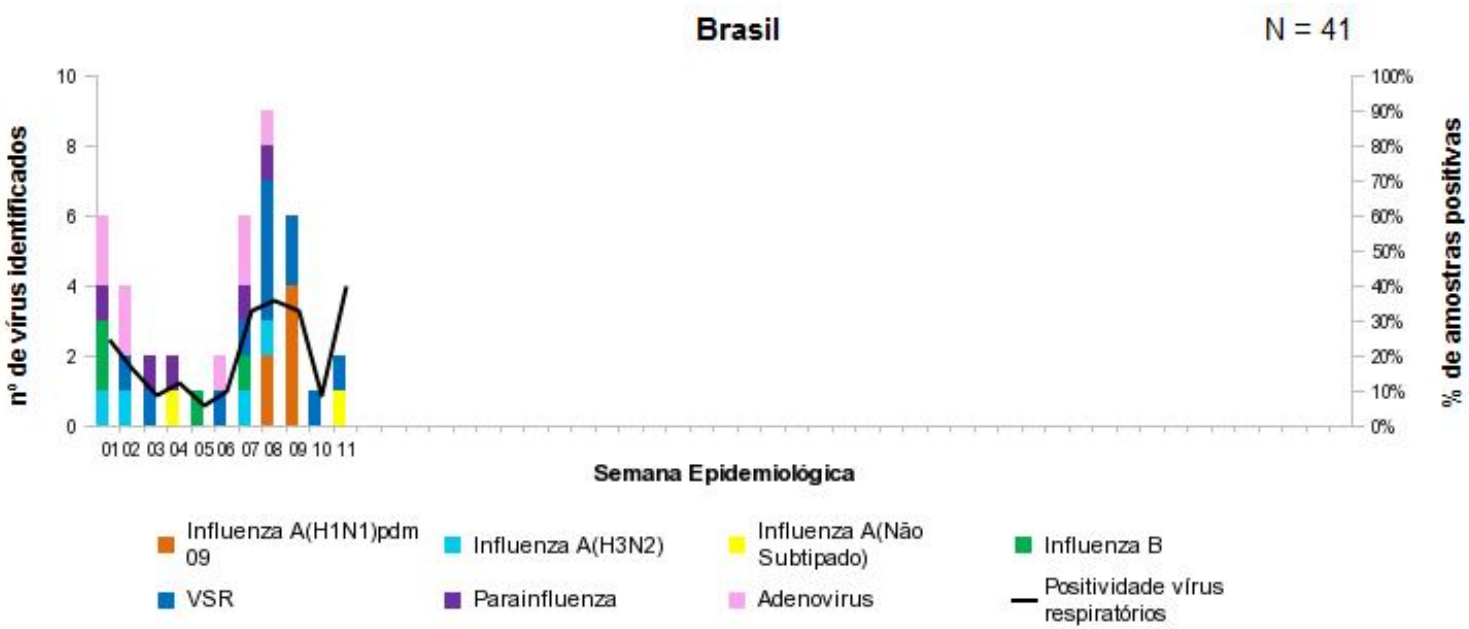
Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 21/03/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 307 coletas, sendo 199 (64,8%) processadas. Dentre estas, 41 (20,6%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 16 (39,0%) para influenza e 25 (61,0%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 6 (37,5%) para influenza A(H1N1)pdm09, 2 (12,5%) para influenza A não subtipado, 4 (25,0%) para influenza B e 4 (25,0%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 12 (48,0%) VSR(Figura 2).

Figura 2. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Respiratória Aguda Grave em Unidade de Terapia Intensiva, por semana epidemiológica de inícios dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 11.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 21/3/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 21/03/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 11 de 2018 foram notificados 1.946 casos de SRAG, sendo 1.275 (65,5%) com amostra processada. Destas, 11,1% (141/1.275) foram classificadas como SRAG por influenza e 15,8% (201/1.275) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 40 (28,4%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 20 (14,2%) influenza A não subtipado, 40 (28,4%) influenza B e 41 (29,1%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 34 anos, variando de 0 a 92 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região Sudeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 52,5% (74/141).

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 11.

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 21/3/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 21/03/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 11 de 2018 foram notificados 250 óbitos por SRAG, o que corresponde a 12,8% (250/1.946) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 21 (8,4%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 4 (19,0%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 4 (19,0%) influenza A não subtipado, 6 (28,6%) por influenza B e 7 (33,3%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 42,9 (9/21), em relação ao país (Anexo 4).

Figura 4. Distribuição dos óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2018 até a SE 11.

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 21/3/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 21/03/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 58 anos, variando de 0 a 91 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,01/100.000 habitantes. Dos 21 indivíduos que foram a óbito por influenza, 17 (81,0%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, Pneumopatas, Cardiopatas e Neuropatas. Além disso, 14 (66,7%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 1 a 14 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento nas primeiras 48 horas.

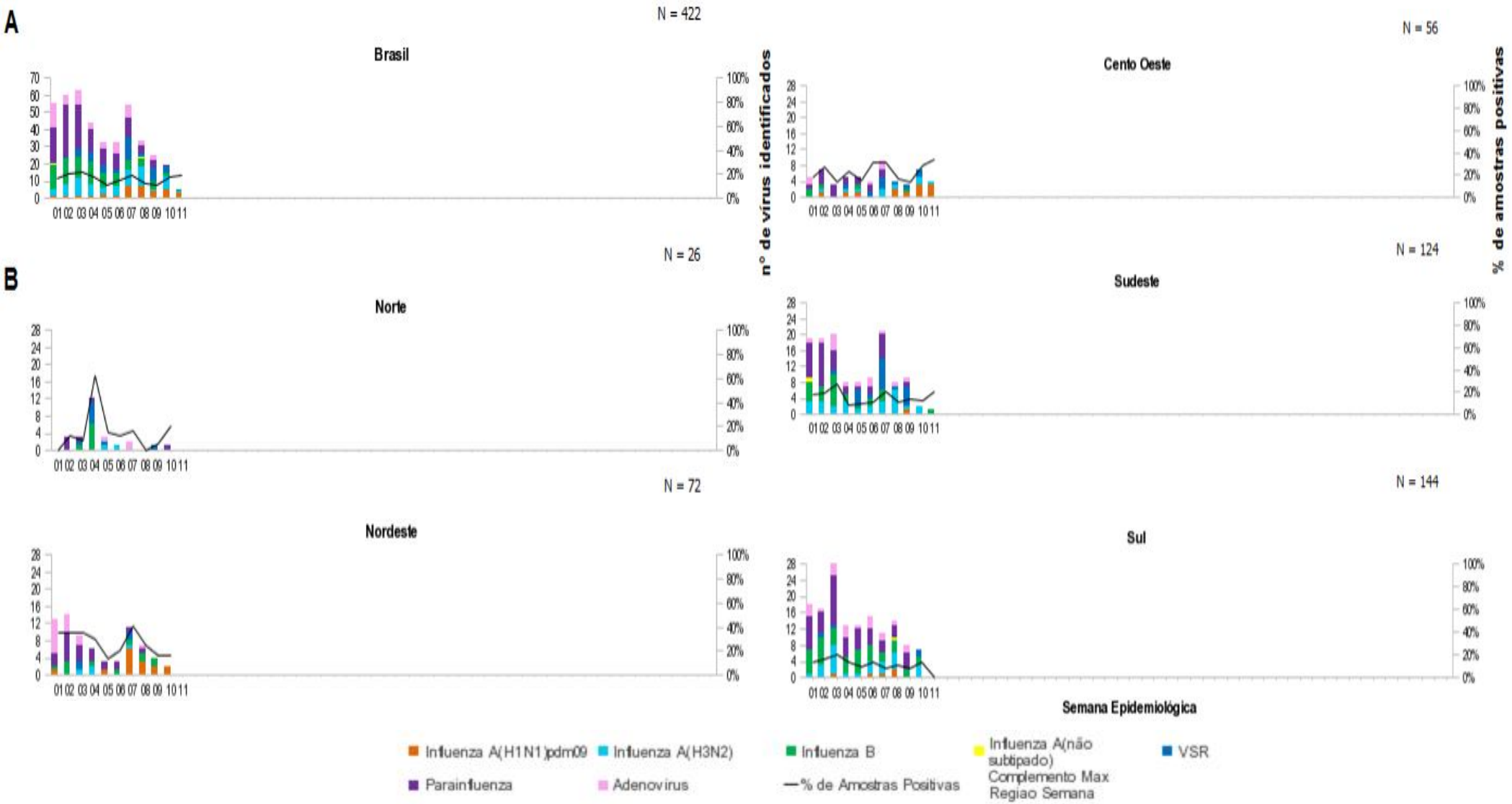
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 11.

Óbitos por Influenza (N = 21)	n	%
Com Fatores de Risco	**17**	**81,0%**
Adultos ≥ 60 anos	10	58,8%
Doença cardiovascular crônica	5	29,4%
Pneumopatias crônicas	6	35,3%
Diabete mellitus	3	17,6%
Obesidade	1	5,9%
Doença Neurológica crônica	4	23,5%
Doença Renal Crônica		0,0%
Imunodeficiência/Imunodepressão	3	17,6%
Gestante		0,0%
Doença Hepática crônica		0,0%
Criança < 5 anos	2	11,8%
Puérpera (até 42 dias do parto)		0,0%
Indígenas		0,0%
Síndrome de Down		0,0%
Que utilizaram antiviral	**14**	**66,7%**

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 21/3/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal por semana epidemiológica do início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 11.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 21/3/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 11.

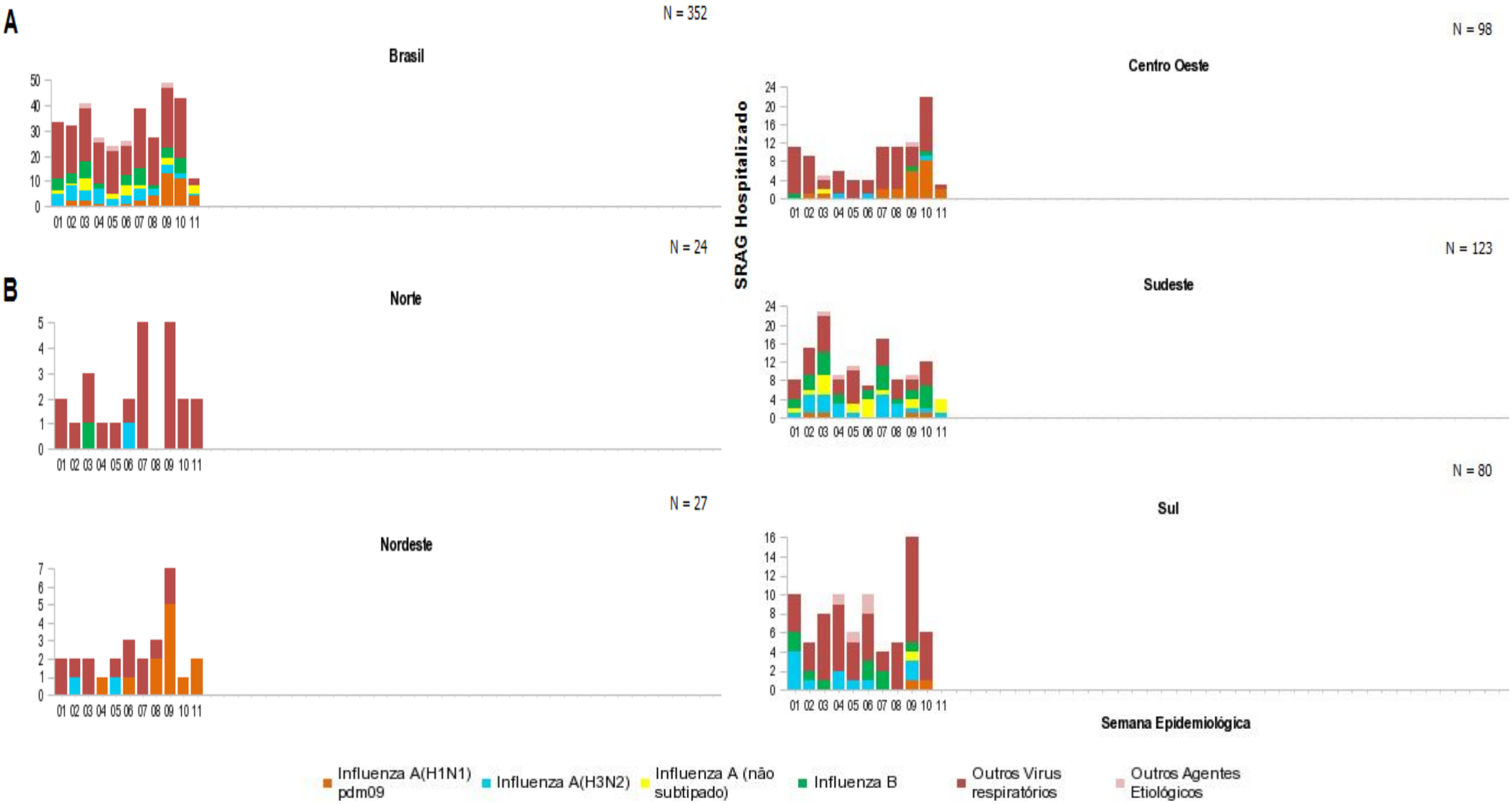
REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza										SRAG por outro vírus respiratório		SRAG por outro agente Etiológico		SRAG não Especificado		Em Investigação	
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtipado)		Influenza B		Total Influenza									
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
NORTE	**170**	**16**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**1**	**1**	**2**	**1**	**22**	**1**	**0**	**0**	**112**	**14**	**34**	**0**
RONDÔNIA	8	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2	1	0
ACRE	32	6	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	0	0	0	10	5	19	0
AMAZONAS	49	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	15	0	0	0	29	1	4	0
PARÁ	78	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0	0	63	5	10	0
TOCANTINS	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0
NORDESTE	**275**	**20**	**12**	**1**	**2**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**14**	**2**	**13**	**1**	**0**	**0**	**105**	**16**	**143**	**1**
MARANHÃO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
PIAUÍ	16	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	7	2	5	0
CEARÁ	25	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	13	0	11	0
RIO GRANDE DO NORTE	14	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6	2	7	0
PARAÍBA	20	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	2	11	0
PERNAMBUCO	124	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	51	5	69	0
ALAGOAS	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
SERGIPE	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	2	0
BAHIA	66	8	12	1	2	1	0	0	0	0	14	2	1	0	0	0	14	5	37	1
SUDESTE	**731**	**113**	**4**	**0**	**24**	**3**	**18**	**4**	**27**	**5**	**73**	**12**	**46**	**5**	**4**	**2**	**384**	**80**	**224**	**14**
MINAS GERAIS	160	15	0	0	6	0	0	0	2	0	8	0	10	0	1	0	74	13	67	2
ESPÍRITO SANTO	52	4	0	0	1	0	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	18	1	32	2
RIO DE JANEIRO	68	9	1	0	3	1	3	0	10	1	17	2	11	2	0	0	13	4	27	1
SÃO PAULO	451	85	3	0	14	2	15	4	14	3	46	9	25	3	3	2	279	62	98	9
SUL	**466**	**72**	**2**	**1**	**11**	**2**	**1**	**0**	**9**	**0**	**23**	**3**	**53**	**5**	**4**	**1**	**321**	**63**	**65**	**0**
PARANÁ	284	47	2	1	4	1	0	0	5	0	11	2	46	3	3	1	173	41	51	0
SANTA CATARINA	39	8	0	0	4	1	1	0	2	0	7	1	3	2	0	0	21	5	8	0
RIO GRANDE DO SUL	143	17	0	0	3	0	0	0	2	0	5	0	4	0	1	0	127	17	6	0
CENTRO OESTE	**303**	**29**	**22**	**2**	**3**	**1**	**1**	**0**	**3**	**0**	**29**	**3**	**67**	**3**	**2**	**0**	**115**	**20**	**90**	**3**
MATO GROSSO DO SUL	54	5	1	0	1	1	0	0	1	0	3	1	10	0	0	0	34	4	7	0
MATO GROSSO	17	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4	1	12	2
GOIÁS	153	18	21	2	0	0	0	0	0	0	21	2	25	3	1	0	47	12	59	1
DISTRITO FEDERAL	79	3	0	0	2	0	1	0	1	0	4	0	32	0	1	0	30	3	12	0
BRASIL	**1.945**	**250**	**40**	**4**	**41**	**7**	**20**	**4**	**40**	**6**	**141**	**21**	**201**	**15**	**10**	**3**	**1.037**	**193**	**556**	**18**
Outro País	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**
TOTAL	**1.946**	**250**	**40**	**4**	**41**	**7**	**20**	**4**	**40**	**6**	**141**	**21**	**201**	**15**	**10**	**3**	**1.037**	**193**	**557**	**18**

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 21/3/2018, sujeitos a alteração.

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

INFLUENZA

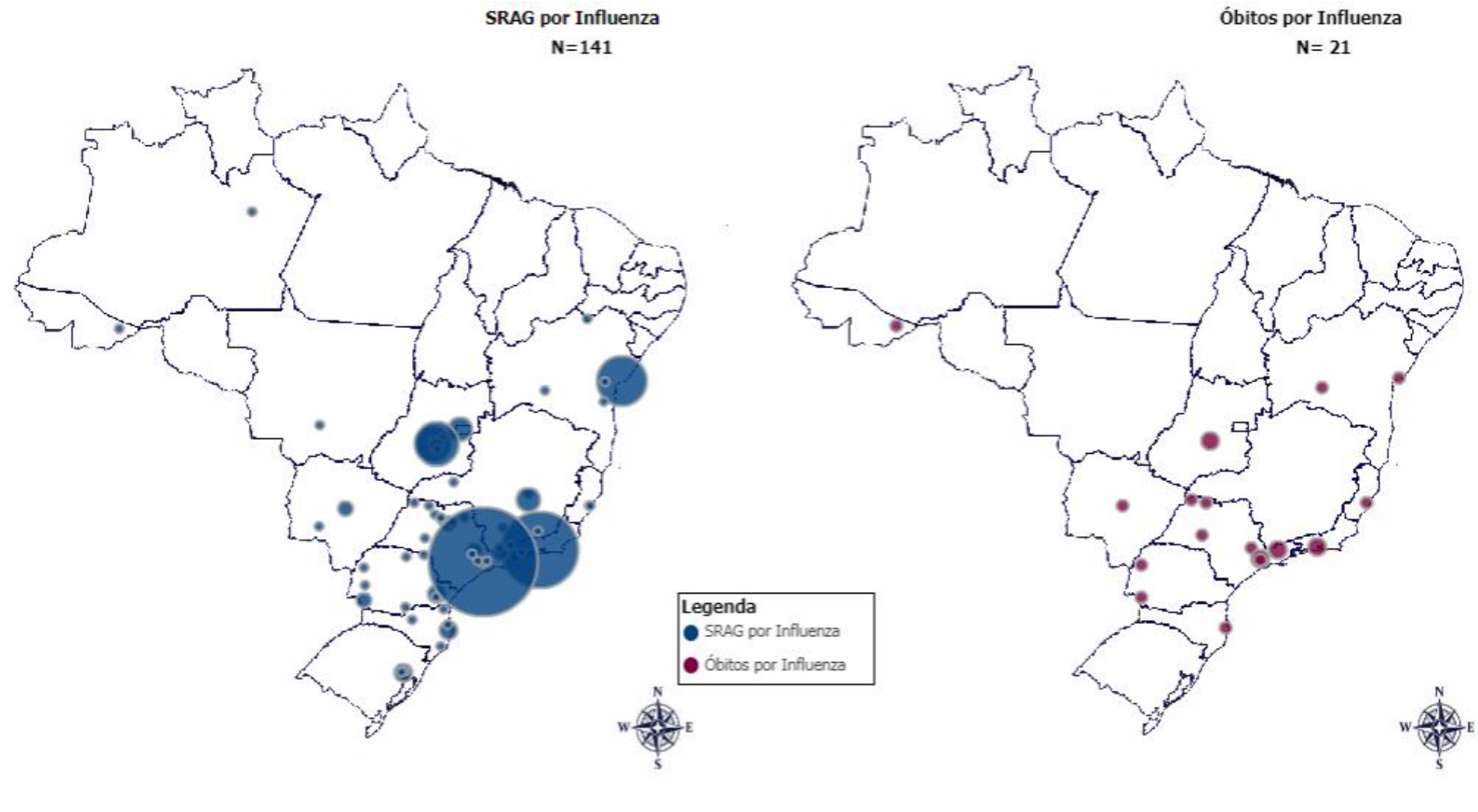
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 11.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 21/3/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 4. Distribuição espacial dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave confirmados para influenza por município de residência. Brasil, 2018 até a SE 11.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 21/3/2018, sujeitos a alteração.
* O círculo é proporcional ao número de casos e óbitos.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 21/03/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

OUTRAS INFORMAÇÕES:

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

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

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

EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 12/2018

(18/03/2018 a 24/03/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

INCÊNDIO

Local de ocorrência: Sibéria
Data da informação: 26/03/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Subiu para 64 o número de mortos no incêndio no domingo (25/03) em um shopping da cidade russa de Kemerovo, na Sibéria, a mais de 3.000 km de Moscou. Quatro pessoas foram detidas no inquérito que apura o acidente, entre eles o proprietário do shopping. Há suspeitas de negligência e violação das normas de segurança.

De acordo com o último balanço, divulgado na segunda-feira (26/03), há crianças entre as vítimas, mas o número ainda não foi informado oficialmente, segundo a Associated Press. Seis pessoas seguem desaparecidas.

Em uma TV local, o ministro do gabinete de administração de situações de emergência, Vladimir Puchkov, disse que apenas 15 mortos no incêndio foram identificados até agora.

O novo balanço foi divulgado após os bombeiros fazerem uma varredura nos quatro andares do shopping Winter Cherry. Jornais locais, no entanto, afirmam que "dezenas de pessoas" estariam desaparecidas.

As chamas se originaram em um dos cinemas, que ficava no quarto e último andar do shopping, segundo a EFE. Em vídeos gravados por testemunhas na noite de domingo, era possível ver pessoas saltarem pelas janelas para fugir do fogo. Já de acordo com a BBC, o incêndio pode ter começado depois que uma criança acendeu um isqueiro em uma área de lazer do shopping. A suspeita preliminar, de acordo com a emissora britânica, é de que o fogo teria começado em uma cama elástica e se alastrado.

Os bombeiros demoraram mais de seis horas para controlar as chamas, que afetaram uma área de 1.500 metros quadrados. Segundo a Reuters, parte do teto do estabelecimento desabou, o que tornou mais difícil o acesso aos andares superiores. Dez pessoas foram hospitalizadas e pelo menos 40 receberam atendimento médico. A ministra da Saúde, Veronika Skvortsova, afirmou que o paciente que está com o estado de saúde mais grave é um menino de 11 anos, que pulou de uma janela para escapar do fogo. Os pais dele morreram no desastre.

A porta-voz do Ministério de Situações de Emergência da Rússia (CIR), Svetlana Petrenko, informou a detenção de quatro pessoas no inquérito aberto em relação ao acidente, incluindo o proprietário do shopping.

De acordo com investigações preliminares, o alarme de incêndio não foi acionado. Por isso, as pessoas que estavam no shopping só perceberam o fogo quando uma fumaça densa tomou conta do prédio.

Testemunhas citadas pela imprensa russa também afirmam que muitas pessoas não conseguiram deixar o local porque as saídas de emergência estavam trancadas.

Os investigadores trabalham com a possibilidade de que tenha havido negligência e violação das normas de segurança pelo shopping. Até 2013, o prédio onde hoje é o shopping abrigava uma confecção.

Incêndio atingiu shopping em Kemerovo, na Sibéria, no domingo (25/03)
(Foto: Ministério de Situações de Emergência da Rússia/AP)

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Argentina
Data da informação: 24/03/2018
Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

A emergência devido à febre amarela que atinge o Brasil custou a vida de dois argentinos que viajaram para o país vizinho sem se vacinarem. Ambos morreram nesta semana, após desenvolverem a doença ao retornar. Um outro homem de 24 anos, que viajou em um cruzeiro também teve uma evolução ruim e acabou de receber um transplante, com um prognóstico reservado. Isso foi confirmado para o Clarín pelo Ministério da Saúde da Nação, que alertou que já há sete casos de febre amarela importados para o país. Todos tinham ido para o país vizinho sem serem vacinados.

"Seis dos 7 casos tinham visitado Ilha Grande, no Rio de Janeiro (e outros destinos no país), e uma cidade de Ouro Preto, no estado de Minas Gerais", disse o ministério.

Os falecidos eram pessoas com mais de 60 anos. Um morava em Río Negro e outro em Lanús, na província de Buenos Aires.

"Nenhum dos casos foi vacinado. É por isso que insistimos tanto com a recomendação para aqueles que têm de se deslocar para as áreas afetadas do Brasil, se a pessoa não pode ser vacinada, avaliar não viajar ou adiar a viagem", recomenda o Ministério da Saúde do país.

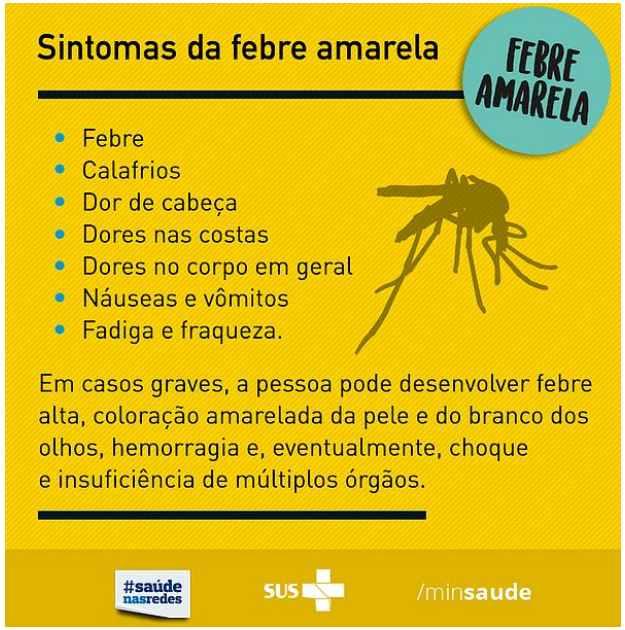
O caso fatal na província de Buenos Aires corresponde a um homem de 69 anos que não teve boa evolução e teve insuficiência renal que não pôde ser recuperada. Dois dias depois ele morreu de falência múltipla de órgãos.

Em Buenos Aires houve também outro caso grave nos últimos dias, de um jovem de 24 anos que embarcou em um cruzeiro para o Rio de Janeiro sem ter sido vacinado. Após seu retorno, ele apresentou sintomas e foi diagnosticado com febre amarela no Sanatório de Mitre de Trinidad. Este jovem, natural da cidade de Hurlingham, em Buenos Aires, também resultou em um estado grave, com insuficiência renal e hepática. Ele recebeu um transplante de fígado e continua hospitalizado.

Segundo o médico, o jovem viajou sem imunização porque alguém lhe teria dito que não era necessário aplicar a vacina porque passaria alguns dias em Ilha Grande, no estado do Rio de Janeiro. A febre amarela tende a evoluir relativamente favoravelmente, mas quando ocorre uma condição grave, a probabilidade de morte é alta.

As áreas geográficas incluídas nas recomendações de vacinação são os estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo e Bahia (incluindo o popular Salvador da Bahia e Praia do Forte).

Não é necessária a vacinação para aqueles que viajam por terra ou por ar para a costa dos estados do Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e permanecem menos de 72 horas. Destinos de praia muito escolhidos por argentinos como Florianópolis, Camboriú, Fortaleza, Natal e Recife não exigem vacinação.



HEPATITE B

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 27/03/2018
Fonte da informação: opiniaoenoticia.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Um estudo publicado no periódico científico *Lancet Gastroenterology e Hepatology* fez uma análise do cenário da hepatite B no mundo e apontou uma situação nada favorável para o compromisso de erradicar a doença até 2030, firmado em 2015, por 194 países, durante a 69ª Assembleia da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A situação é preocupante, mas há meios de reverter o cenário. Quase 300 milhões de pessoas estavam infectadas pelo vírus da hepatite B (HBV) em todo mundo em 2016, segundo pesquisadores do Observatório Polaris da Fundação Centro para Análise de Doenças, nos EUA. Para piorar, 90% delas ainda não tinham sido diagnosticadas e apenas 5% das que deveriam estar sob tratamento o recebiam.

No Brasil, em 2016, a situação era um pouco melhor. Afinal 28% dos 760 mil casos da doença já haviam sido diagnosticados. Além disso, 12% dos 184 mil que poderiam receber tratamento já estavam em terapia.

A doença

Como o vírus da hepatite B (HBV) está presente no sangue, no esperma e no leite materno, a hepatite B é considerada uma doença sexualmente transmissível. A transmissão ocorre em relações sexuais sem camisinha com uma pessoa infectada; de mãe infectada para filho durante a gestação, parto ou amamentação; através do compartilhamento de material para uso de drogas, material de higiene pessoal (como lâminas de barbear e alicate de unhas), material de confecção de tatuagem ou colocação de piercings; e através de transfusão de sangue contaminado.

A hepatite B pode se desenvolver de duas formas: aguda ou crônica. A aguda é quando a infecção tem curta duração. No caso crônico, a infecção dura mais de seis meses. A maioria dos casos da doença não apresenta sintomas. Porém, os mais frequentes são cansaço, tontura, enjoo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. Quando a doença não é tratada, ela pode evoluir para problemas sérios como câncer de fígado.

Desde 1981, há uma vacina altamente eficaz contra a hepatite B. A imunização só é efetiva quando se tomam as três doses, com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose. A partir de 1992, a OMS passou a recomendar a vacinação de recém-nascidos, com a primeira das três doses devendo ser administrada até 24 horas depois do nascimento.

Em 2016, menos da metade dos bebês do mundo todo recebeu a primeira dose no prazo recomendado. O Reino Unido e a Noruega foram os últimos países europeus a disponibilizar a vacina aos recém-nascidos, o que só ocorreu no ano passado. “A maior parte das transmissões de mãe para filho acontece nos primeiros dias desde o nascimento, então a dose ao nascer é vital”, explica Homie Razavi, pesquisador da Fundação Centro para Análise de Doenças e líder do estudo.

No total, 16 países são responsáveis por mais de 80% das infecções de crianças com cinco anos. Dez deles ainda não disponibilizam a vacina para crianças nesta faixa etária. No entanto, se essa lacuna for preenchida, a transmissão pode ser reduzida. Um exemplo positivo é o caso da China, que está entre os 16 países, mas que conseguiu elevar para 90% a cobertura vacinal da primeira dose nas primeiras 24 horas após o nascimento.

“Temos todas as ferramentas necessárias para erradicar o HBV. Nossas estimativas destacam a enorme oportunidade com triagem, diagnóstico e tratamentos efetivos reduzirmos o número de novas infecções em todos os países até 2030. Mas para isso precisamos acelerar nossos esforços em todo campo. Esperamos que este trabalho sirva como catalisador para apoiar as estratégias nacionais de erradicação do vírus até 2030, o que 194 países se comprometeram a fazer”, concluiu Razavi.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza gratuitamente a vacina contra a hepatite B em qualquer posto de saúde.

SARAMPO

Local de ocorrência: Portugal
Data da informação: 28/03/2018
Fonte da informação: dn.pt (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Mais seis casos de sarampo foram registrados até às 19:00 de terça-feira (27/03), um dos quais num doente hospitalizado em Lisboa, totalizando 76 infectados com o vírus, segundo nota da Direção Geral da Saúde (DGS).

Dos 76 casos confirmados, 62 já estão curados.

De acordo com este organismo do Ministério da Saúde, 177 casos foram dados como negativos, encontrando-se 28 casos em investigação.

A situação clínica do doente com sarampo internado em Lisboa é "estável".

A DGS reitera que "a maioria dos casos tem ligação ao Hospital de Santo Antônio, no Porto".

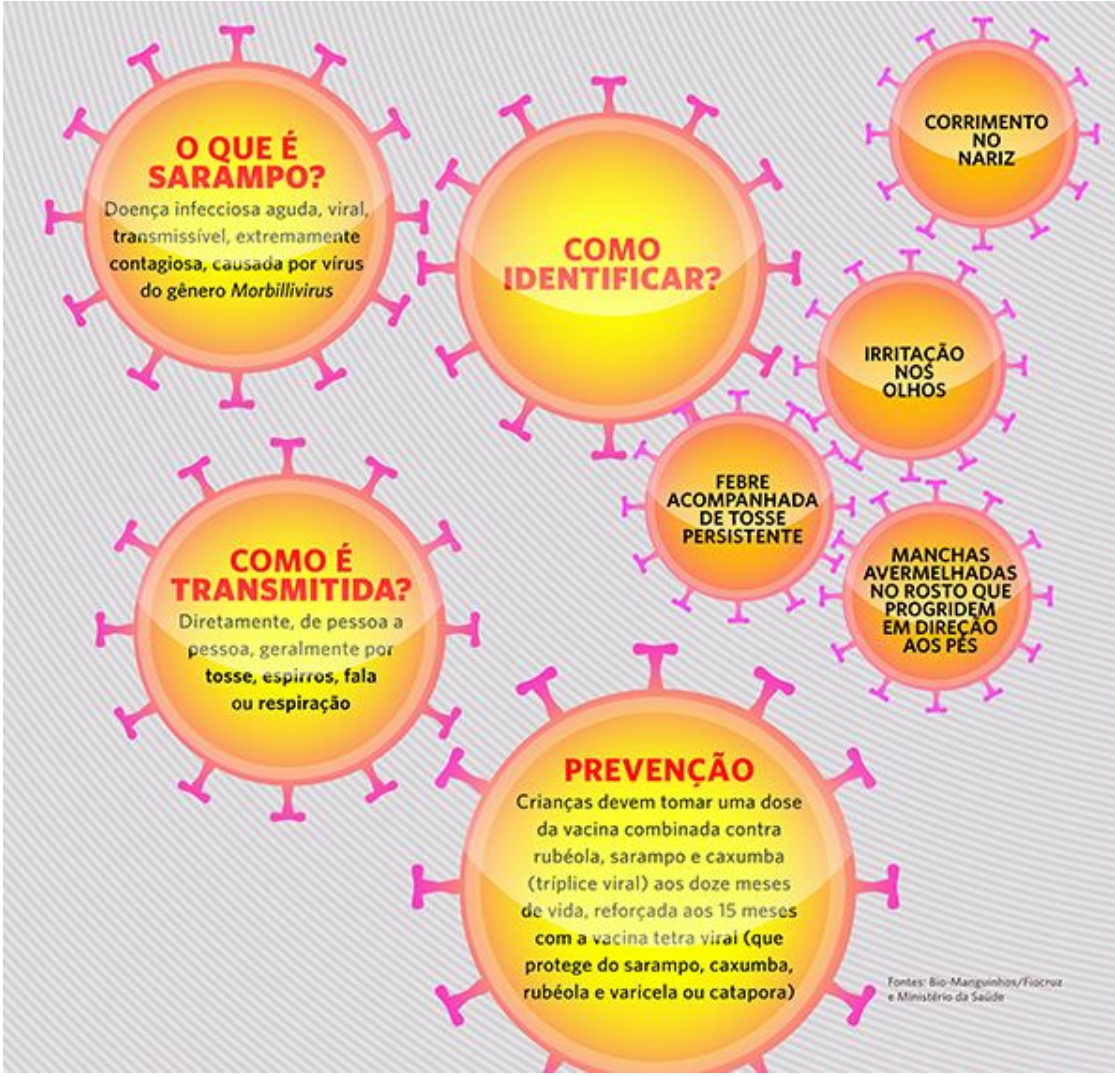
A Direção-geral da Saúde recorda que o vírus do sarampo é transmitido por contacto direto com as gotículas infecciosas ou por propagação no ar quando a pessoa infectada tosse ou espirra. Os doentes são considerados contagiosos desde quatro dias antes e até quatro dias depois do aparecimento da erupção cutânea.

Os sintomas de sarampo aparecem geralmente entre 10 a 12 dias depois de a pessoa ser infetada e começam habitualmente com febre, erupção cutânea (progride da cabeça para o tronco e para as extremidades inferiores), tosse, conjuntivite e corrimento nasal.

Existe vacina contra o sarampo no Programa Nacional de Vacinação, que deve ser administrada aos 12 meses e cinco anos.

Os profissionais de saúde devem ter as duas doses da vacina independentemente da sua idade.

Quem já teve sarampo está imunizado e não voltará a ter a doença. As pessoas com o esquema vacinal completo podem contrair a doença, mas de forma leve e não são veículo de transmissão, segundo as autoridades de saúde.



Fonte: google.com.br

SARAMPO

Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 16/03/2018

Fonte da informação: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)

COMENTÁRIOS:

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) adverte que, ante os surtos de sarampo nas Américas, os países devem redobrar esforços para vacinar suas populações, fortalecer a vigilância a fim de detectar possíveis pacientes e implementar medidas para responder rapidamente a qualquer caso suspeito, em uma atualização epidemiológica publicada no dia 16 de março.

A região foi declarada por um Comitê Internacional de Especialistas como livre da rubéola e da síndrome da rubéola congênita, em 2015, e do sarampo, em 2016. A eliminação dessas três doenças foi o ponto culminante de um esforço de 22 anos que incluiu a vacinação em massa contra o sarampo, a caxumba e a rubéola em todo o continente. No entanto, como o vírus do sarampo é altamente contagioso e permanece em circulação no resto do mundo, como o vírus da rubéola, a região corre o risco de surtos dessas doenças.

Nos primeiros meses de 2018, são nove os países que relataram casos confirmados de sarampo: Antígua e Barbuda (1 caso), Brasil (14 casos), Canadá (4 casos), Colômbia (1 caso), Estados Unidos da América (13 casos), Guatemala (1 caso), México (4 casos), Peru (2 casos) e Venezuela (886 casos no total, 159 em 2018), aponta a atualização epidemiológica.

Em 2017, quatro países relataram casos confirmados de sarampo: Argentina, Canadá, Estados Unidos e Venezuela. Além disso, os casos na região europeia quadruplicaram em 2017, o que aumenta o risco de casos de sarampo serem importados para países das Américas. A OPAS/OMS vem alertando sobre esta situação desde maio de 2017 e em sucessivas atualizações epidemiológicas.

Ante esta situação, a OPAS/OMS recomenda a seus países:

Vacinar a população para manter uma cobertura homogênea de 95% com a primeira e a segunda dose da vacina contra sarampo, caxumba e rubéola em todos os municípios.

Fortalecer a vigilância epidemiológica do sarampo para detectar casos suspeitos nos serviços de saúde públicos e privados.

Dar uma resposta rápida ao detectar casos importados de sarampo, com o objetivo de evitar o restabelecimento da transmissão endêmica do vírus (ou seja, que existe de forma contínua e constante dentro de uma determinada região), incluindo a ativação de equipes que deem seguimento aos casos e seus contatos.

Manter uma reserva de vacina sarampo-rubéola para ações de controle de casos importados em cada país da região.

Em 2017, os países das Américas se comprometeram a tomar medidas para manter a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita, ao aprovar um plano de ação com esse objetivo. O plano enfatiza que, para manter a eliminação, os níveis de cobertura vacinal da população devem ser de 95% ou mais. Nos últimos cinco anos, a cobertura regional com a primeira dose da vacina contra o sarampo, a rubéola e a caxumba variou entre 92% e 94%.

O sarampo é uma das doenças mais contagiosas e afeta principalmente as crianças. É transmitida por gotas no ar ou contato direto com secreções do nariz, boca e garganta de indivíduos infectados. Os sintomas consistem em febre alta, erupção cutânea generalizada em todo o corpo, nariz entupido e olhos avermelhados. Pode causar complicações graves, como cegueira, encefalite, diarreia grave, infecções de ouvido e pneumonia, especialmente em crianças com problemas nutricionais e pacientes imunodeprimidos.

CÓLERA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 23/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

Américas

República Dominicana: Em 2018 até 3 de março, a República Dominicana informou seis casos de cólera. Durante o mesmo período em 2017, a República Dominicana registrou 48 casos de cólera.

Haiti: em 2018 até 10 de março, o Haiti registrou 773 casos de cólera, incluindo oito mortes em todos os dez departamentos, representando um aumento de 281 casos e sete mortes desde a atualização anterior de 23 de fevereiro de 2018. Em 2016, o Haiti relatou 41.421 casos de cólera, incluindo 447 mortes. De 2010 a 3 de fevereiro de 2018, o Haiti registrou 816.773 casos de cólera incluindo 9.783 mortes.

África

Angola: Até 11 de março de 2018, foram notificados 822 casos e 15 mortes. Isso representa um aumento de 265 casos e quatro mortes, desde o relatório anterior de 23 de fevereiro de 2018. Os casos são das províncias de Uige e Cabinda.

Burundi: Em fevereiro de 2018, a OMS notificou o fim do surto de cólera no Burundi. Em 31 de dezembro de 2018, o Burundi informou um número cumulativo de 171 casos de cólera e nenhuma morte. Sete distritos relataram casos suspeitos.

Chade: Em março de 2018, a OMS notificou o fim do surto de cólera no Chade. Desde o início do surto em 14 de agosto de 2017, o Chade notificou 1.250 casos suspeitos de cólera, incluindo 81 mortes.

República Democrática do Congo: desde janeiro de 2017 até 4 de março de 2018, a República Democrática do Congo informou 60.492 casos suspeitos de cólera, incluindo 1.288 desde janeiro de 2017. Isto representa um aumento de 2.688 casos e 85 mortes desde o relatório anterior em 23 de fevereiro de 2018. Os casos estão sendo relatados pelas províncias de Kivu do Sul, Kivu do Norte, Tanganyika e Kinshasa.

Etiópia: desde janeiro de 2017 até 21 de fevereiro de 2018, a Etiópia relatou 48.912 casos de diarreia aquosa aguda, incluindo 880 mortes. Isso representa um aumento de 18 casos desde a atualização anterior do CDTR, em 23 de fevereiro de 2018.

Quênia: em 26 de fevereiro de 2018 e desde o início do surto em janeiro de 2017, o Quênia registrou 5.555 casos de cólera.

Somente em 2018, 29 mortes foram relacionadas a esse surto. Isto representa um aumento de 1.277 casos de cólera desde o relatório anterior de 23 de fevereiro de 2018.

Malawi: Em 2018, até 5 de março, o Malawi relatou 759 casos e 23 mortes. Isso representa um aumento de 451 casos e 19 mortes desde a atualização anterior, em 23 de fevereiro de 2018.

Moçambique: Em 2018, até 15 de março, a OMS relatou 2.147 casos e cinco mortes no surto de cólera em curso no país. Isso representa um aumento de 550 casos e quatro mortes desde a atualização anterior, em 23 de fevereiro de 2018.

Namíbia: Em 2 de março de 2018, a Namíbia declarou o fim do surto de cólera em curso. Em 28 de janeiro de 2018, um estudante hospitalizado em Windhoek foi testado positivo para cólera. Nenhum outro caso foi relatado até o momento.

Nigéria: Em 2018 até 4 de fevereiro, a Nigéria registrou 172 casos suspeitos de cólera, incluindo 13 mortes. Em 2017, a Nigéria relatou 4.221 casos suspeitos de cólera, incluindo 107 mortes. Adicionalmente, até 8 de março de 2018, 608 casos incluindo três mortes foram relatadas no estado de Borno. O governo do estado de Borno declarou o fim do surto de cólera em 21 de dezembro de 2017, a confirmação desta informação supõe o ressurgimento de um surto de cólera no Estado de Borno.

África do Sul: em 15 de fevereiro de 2018, o Instituto Nacional de Doenças Transmissíveis da África do Sul confirmou um caso de cólera no distrito fronteiriço da província de KwaZulu-Natal. O caso não tinha histórico de viagens. Até à data, não foram relatados mais casos.

Sudão: De acordo com a mídia, em 5 de março de 2018, 77 casos suspeitos de cólera, incluindo uma morte, foram registrados no centro de Darfur.

(Continua na próxima página)

CÓLERA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 23/03/2018

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

COMENTÁRIOS:

Tanzânia: em 2018 até 11 de março, a Tanzânia registrou 1.440 casos de cólera, incluindo 27 mortes. O último caso relatado em Zanzibar foi em 11 de julho de 2017.

Uganda: Em 15 de fevereiro de 2018, um novo surto de cólera foi declarado em Uganda, principalmente entre a população deslocada da RDC em assentamentos de refugiados no distrito de Hoima. Até 15 de março de 2018, foram notificados 1.695 casos de cólera suspeitos, incluindo 36 mortes. A transmissão é localizada principalmente em novos assentamentos de refugiados e aldeias de pescadores ao longo do Lago Albert.

Zâmbia: Desde 4 de outubro de 2017 até 15 de fevereiro de 2018, a Zâmbia comunica 4.876 casos de cólera, incluindo 97 mortes. Isto representa um aumento de 1.241 casos e 19 mortes desde a atualização anterior, em 23 de fevereiro de 2018. O surto se espalhou da cidade de Lusaka para outras regiões do país. No entanto, a cidade de Lusaka é responsável pela maioria dos casos.

Zimbabwe: Em 2018, até 13 de março, 111 casos suspeitos de cólera, incluindo quatro mortes foram relatados. A maioria dos casos estão no município de Chegutu, a sudoeste de Harare. Isso representa um aumento de 10 casos desde a atualização em 23 de fevereiro de 2018.

Ásia

Iêmen: Desde o início do surto em outubro de 2016 e em 18 de março de 2018, o Iêmen registrou 1.080.878 casos suspeitos de cólera e 2.266 mortes. Isto representa um aumento de 17.788 casos e oito mortes desde o anterior em 23 de fevereiro de 2018. Algumas das províncias mais afetadas são Amanat Al Asima, Al Hudaydah, Hajjah, Amran e Dhamar.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a vacinação deve ser considerada para os viajantes de maior risco, como trabalhadores de emergência / socorro que possam estar diretamente expostos. A vacinação geralmente não é recomendada para outros viajantes.

Viajantes em áreas endêmicas de cólera devem procurar orientação de clínicas de saúde em viagens para avaliar seu risco pessoal e aplicar precaução sanitária e medidas de higiene para prevenir a infecção. Estes podem incluir beber água engarrafada ou água tratada com cloro, lavar cuidadosamente frutas e legumes com água engarrafada ou clorada antes do consumo, lavar regularmente as mãos com sabão, comendo alimentos bem cozidos e evitando o consumo de produtos de frutos do mar crus.

Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Estados Unidos
Data da informação: 22/03/2018
Fonte da informação: healthmap.org **/** kfor.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Enquanto a pior temporada de gripe parece estar passando, as autoridades de saúde ainda estão alertando Oklahoma para tomar precauções quando se trata do vírus.

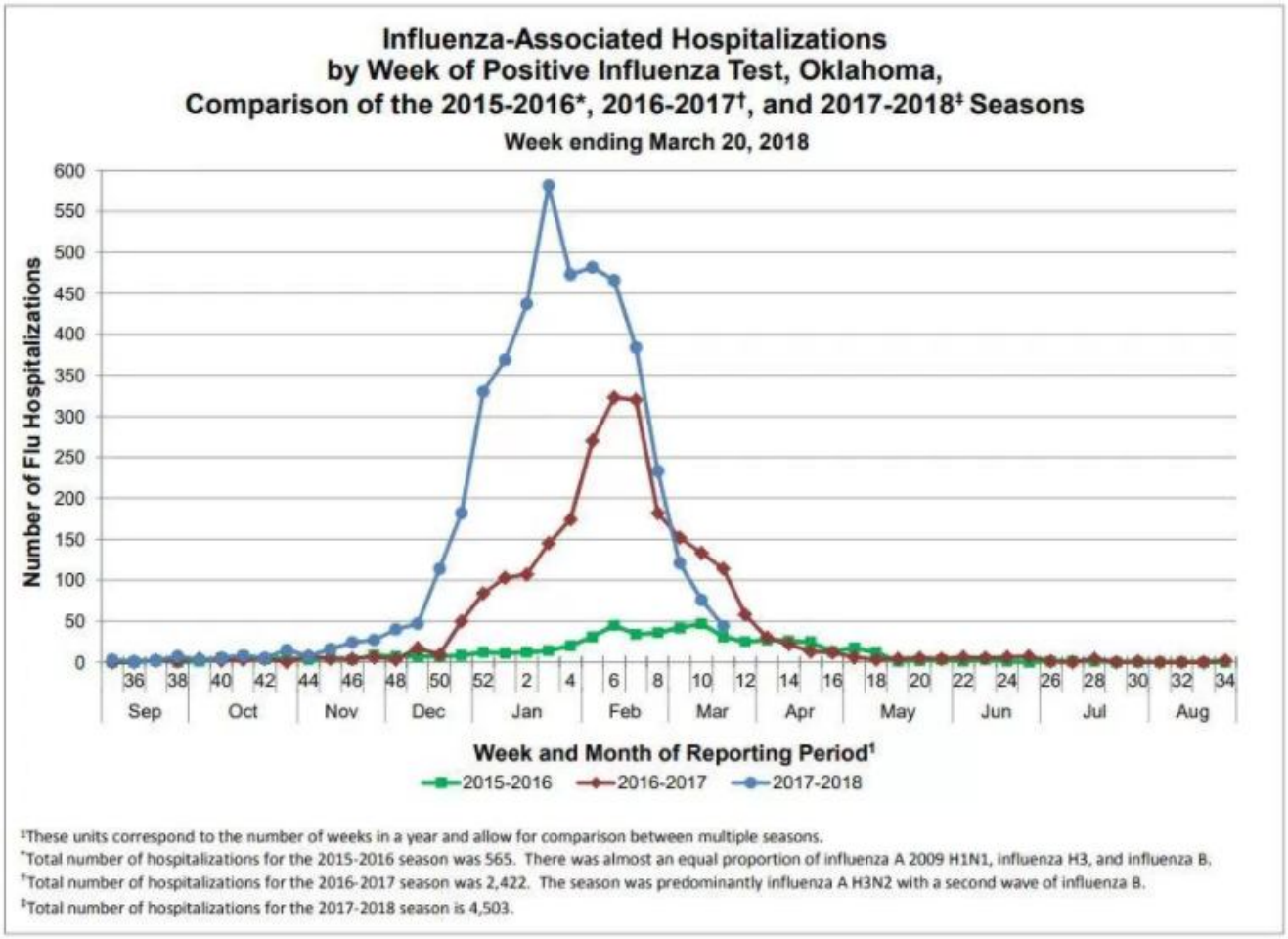
Até agora, neste ano, autoridades do Departamento de Saúde do Estado de Oklahoma disseram que 242 pessoas morreram de gripe desde setembro.

Ao todo, 44 pessoas tiveram que ser internadas na última semana devido ao vírus da gripe, elevando o número total de internações para 4.459.

De acordo com dados divulgados pelo departamento de saúde, parece que o pico da temporada de gripe ocorreu em janeiro. Desde então, o número de novos casos de gripe caiu.

Os relatórios de saúde afirmam que quase todos os pacientes que morreram do vírus tinham mais de 50 anos.

Os dados mostram que 23 das pessoas que morreram de gripe tinham entre 18 e 49 anos de idade. Autoridades de saúde também disseram que duas crianças morreram com o vírus, sendo uma menor de quatro anos.



Credit: Oklahoma State Department of Health

MENINGITE

Local de ocorrência: Sudão do Sul
Data da informação: 27/03/2018
Fonte da informação: revistamanchete.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Em pouco mais de um mês, entre 15 de fevereiro e 17 de março, um surto de meningite infectou 171 pessoas no condado de Torit, no Sudão do Sul, e causou a morte de 31 pessoas.

O surto concentra-se em duas localidades, Iyire e Imurok. A doença tem afetado sobretudo pessoas acima dos 30 anos, mas a taxa de mortalidade foi mais alta para aqueles entre os cinco e os 14 anos.

Alerta

Segundo os censos de 2008, o condado de Torit tem uma população de cerca de 161 mil pessoas. Neste momento, o surto está abaixo dos níveis que determinam uma situação de alerta. Desde que começou, apenas numa das semanas este nível foi ultrapassado.

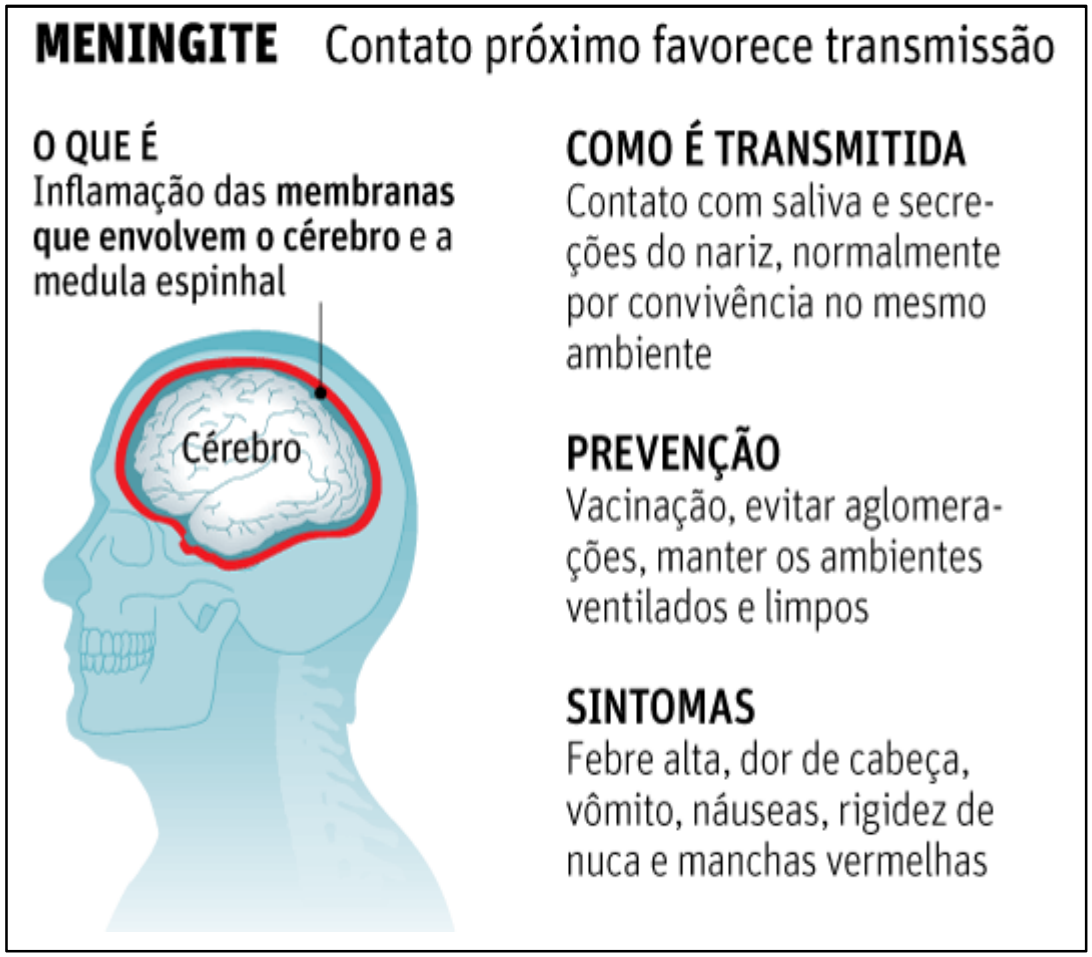
A Organização Mundial da Saúde, OMS, está no terreno, a auxiliar o ministério de saúde do país, desde 20 de fevereiro. A agência da ONU informa que foi realizada uma campanha de vacinação na região em 2016, mas o condado de Torit teve uma taxa de cobertura de 83%, abaixo do nível considerado ideal, de 95%. Outros condados vizinhos, como Ikotos, Kapoeta Leste e Magwi, tiveram taxas de cobertura ainda mais baixas.

África

Em dezembro, no início da época da meningite na África, a OMS avisou que uma variante da doença, mais contagiosa, e uma falta de vacinas ameaçam o continente. As campanhas de vacinação precisavam chegar a mais 10 milhões de pessoas do que o número previsto.

No momento, a agência da ONU disse que o risco de “uma epidemia de larga escala é perigosamente alta” na África. A OMS prevê que, entre 2018 e 2019, a meningite pode afetar entre 28 mil e 72 mil pessoas.

A meningite pode causar surtos onde a taxa de mortalidade é, normalmente, na ordem dos 10% e os sobreviventes têm alto risco de consequências neurológicas.



Fonte: google.com.br

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 20/03/2018
Origem da informação: *The Global Polio Erradication Initiative*

COMENTÁRIOS:

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

No Afeganistão, dois novos casos de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) foram confirmados esta semana. Um caso ocorreu no distrito de Gaziabad, província de Kunar, com o início da paralisia em 14 de fevereiro, e o outro caso ocorreu no distrito de Shawalikot, na província de Kandahar, com o início da paralisia em 19 de fevereiro. Isso aumentará o número total de casos de WPV1 oficialmente registrados no Afeganistão em 2018 a cinco.

No Paquistão, nenhum novo caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) foi relatado na semana passada. O número total de casos de WPV1 oficialmente registrados no Paquistão em 2017 continua sendo oito. Não há casos relatados em 2018.

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

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

Na República Democrática do Congo (RD Congo), um novo caso de poliovírus tipo 2 derivado de vacina circulante (cVDPV2) foi relatado esta semana. O caso foi relatado no distrito de Mulongo, na província de Haut Lomami, com o início da paralisia em 31 de janeiro. Isto aumenta o número total de casos de cVDPV2 oficialmente reportados na RDC em 2018 para três.

CASOS de POLIOVÍRUS SELVAGEM TIPO 1 E POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

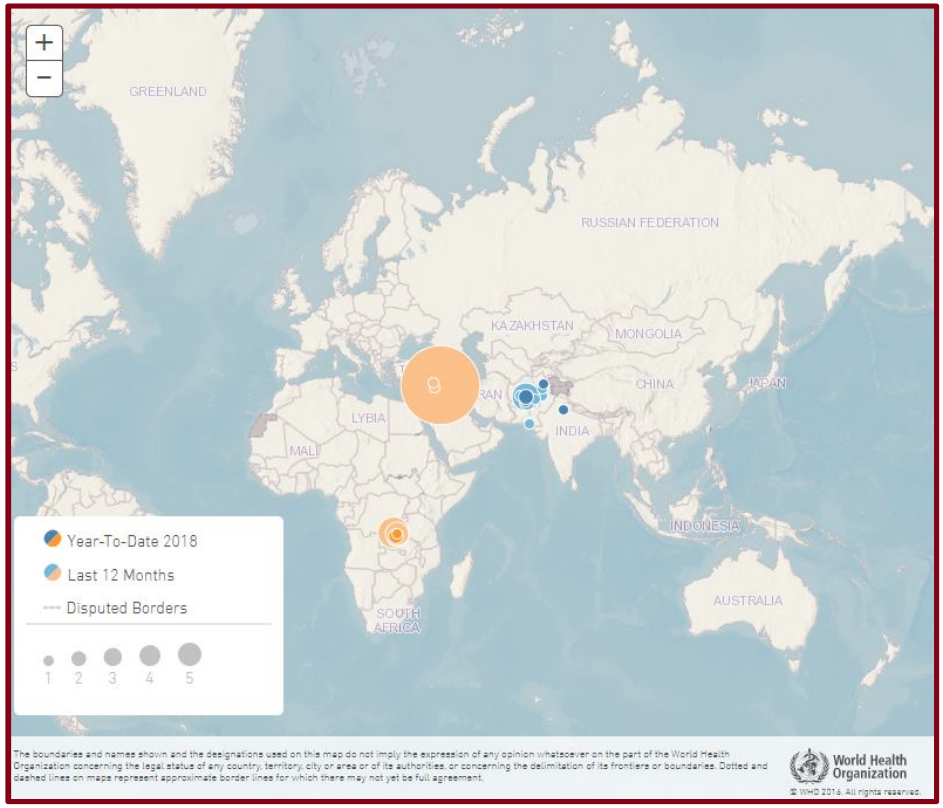
Total cases	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	4	3	4	0	22	96
- in endemic countries	4	0	4	0	22	0
- in non-endemic countries	0	3	0	0	0	96

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

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS

Countries	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afeganistão	4	0	2	0	14	0	18/Fev/18	NA
Paquistão	0	0	2	0	8	0	14/Nov/17	NA
República Democrática do Congo	0	3	0	0	0	22	NA	30/Jan/18
Síria	0	0	0	0	0	74	NA	20/Sep/17

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



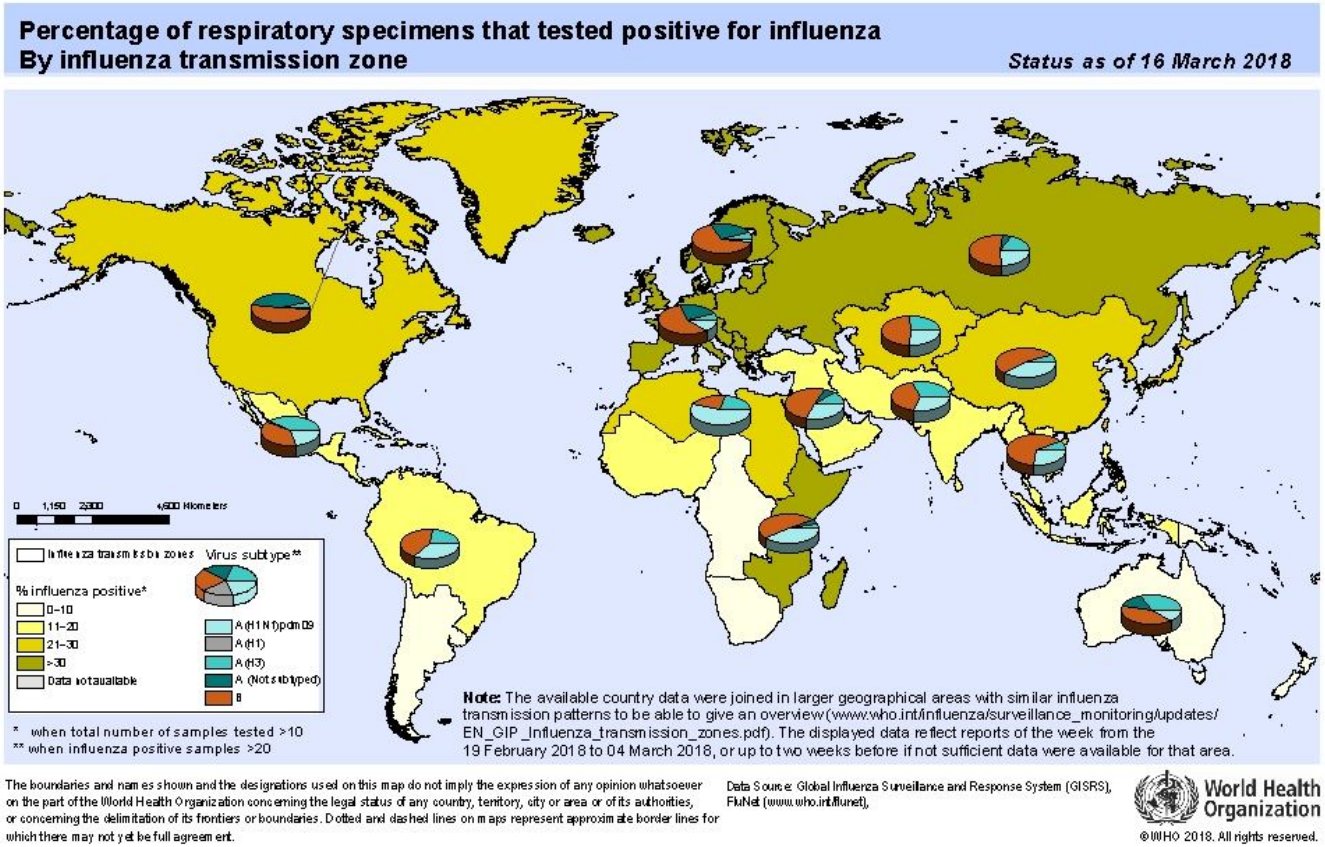
http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 19/03/2018
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde – OMS

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

A atividade da gripe manteve-se elevada na zona temperada do hemisfério norte, enquanto que na zona temperada da atividade do hemisfério sul estava em níveis inter-sazonais. Em todo o mundo, a gripe A representou a maioria das detecções da gripe, mas a gripe B (principalmente da linhagem Yamagata) aumentou nas últimas semanas. Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de gripe de 111 países, áreas ou territórios relataram dados à FluNet no período de 19 de fevereiro a 04 de março de 2018 (dados de 2018-03-16 03:54:19 UTC). Os laboratórios WHO GISRS testaram mais de 248.161 espécimes durante esse período, 72.543 foram positivos para o vírus da gripe, dos quais 32.650 (45%) foram identificados como influenza A e 39.893 (55%) como influenza B. Dos vírus subtipados da gripe A, 7.350 (60,4%) eram influenza A (H1N1) pdm09 e 4.817 (39,6%) foram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 4.820 (94,7%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 269 (5,3%) à linhagem B-Victoria.



World Health Organization

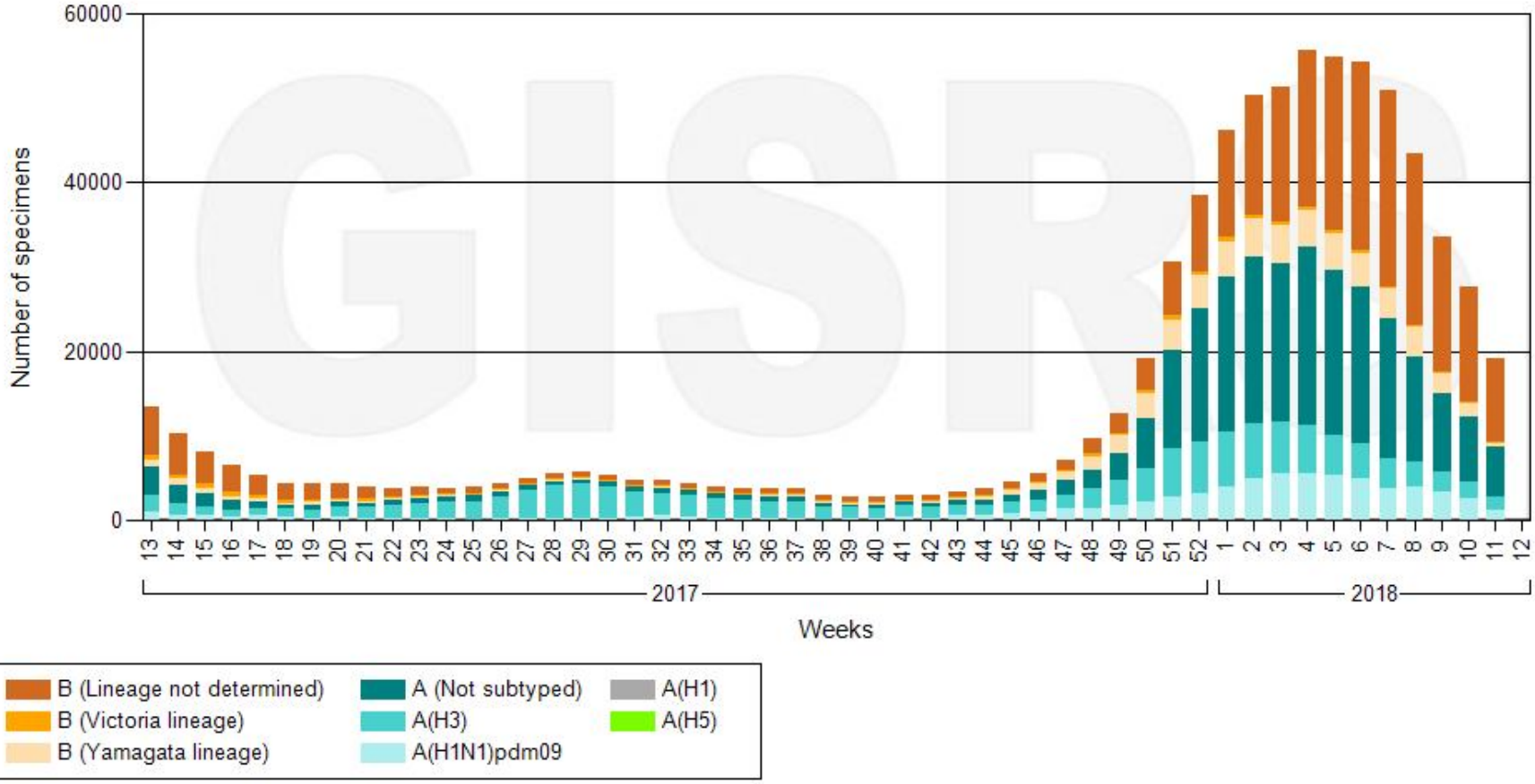
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 26/03/2018 18:33:07 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

World Health Organization

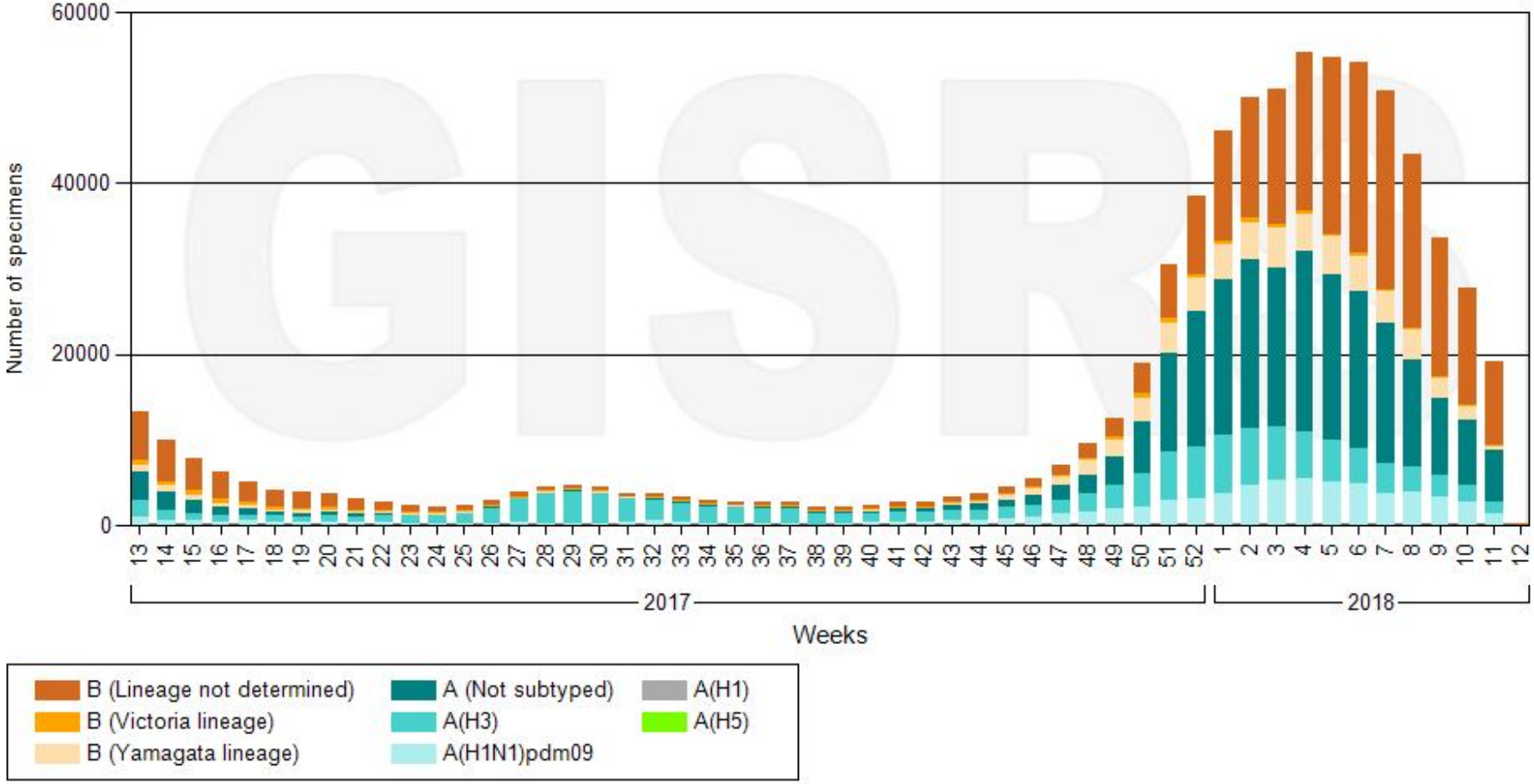
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 26/03/2018 18:34:06 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Northern hemishere

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

World Health Organization

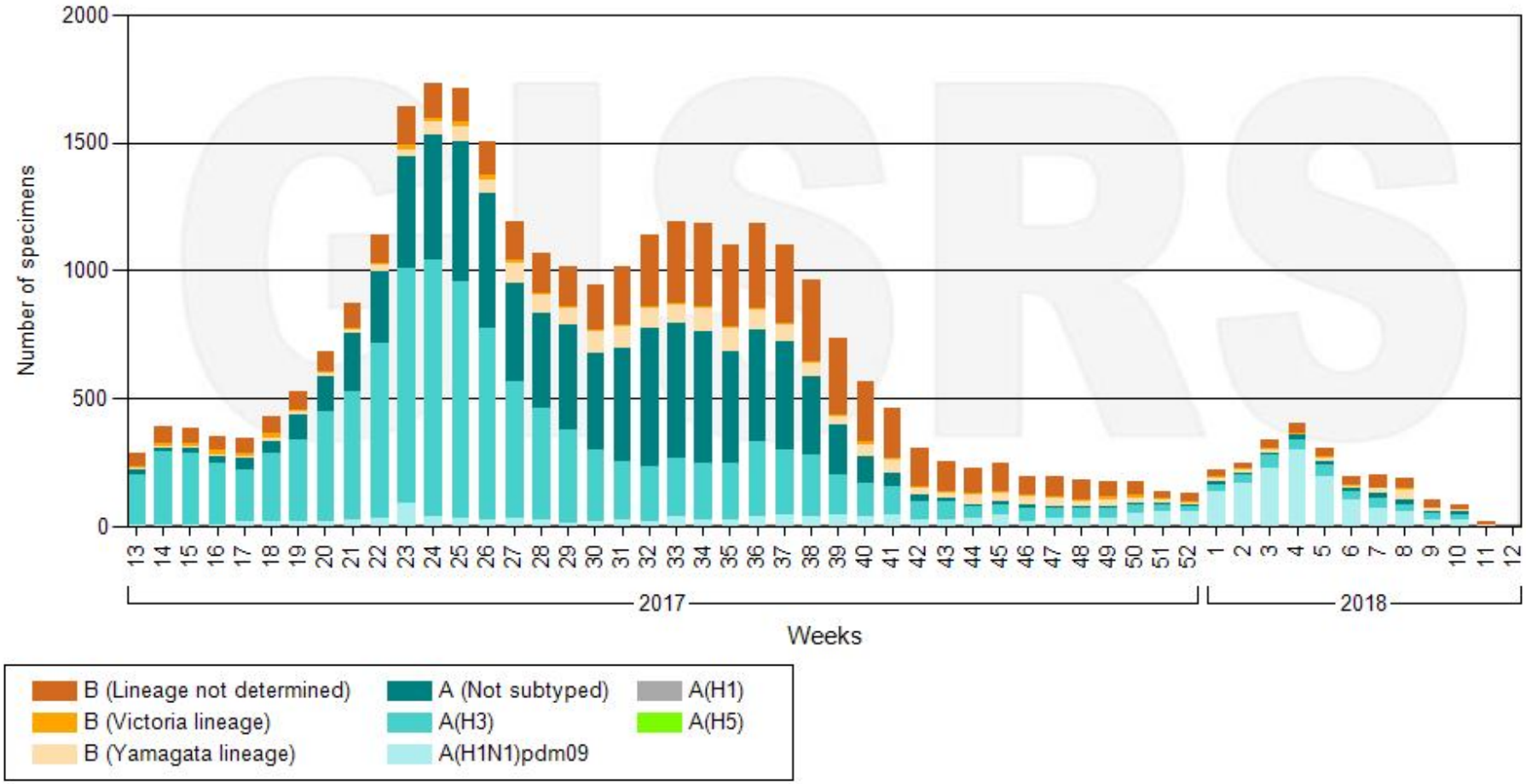
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 26/03/2018 18:34:54 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

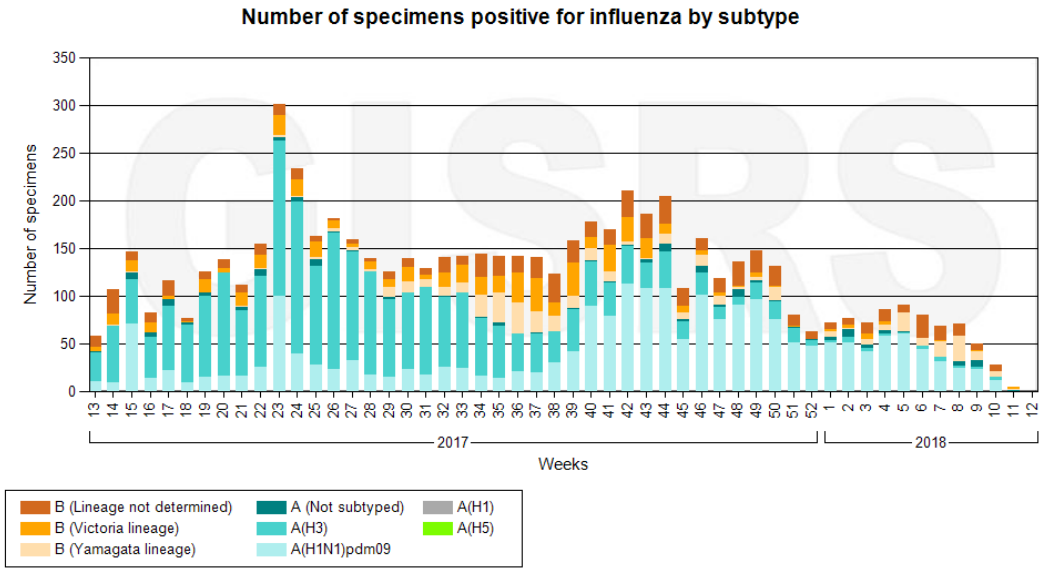
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 26/03/2018 18:40:47 UTC

World Health Organization

African Region of WHO



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

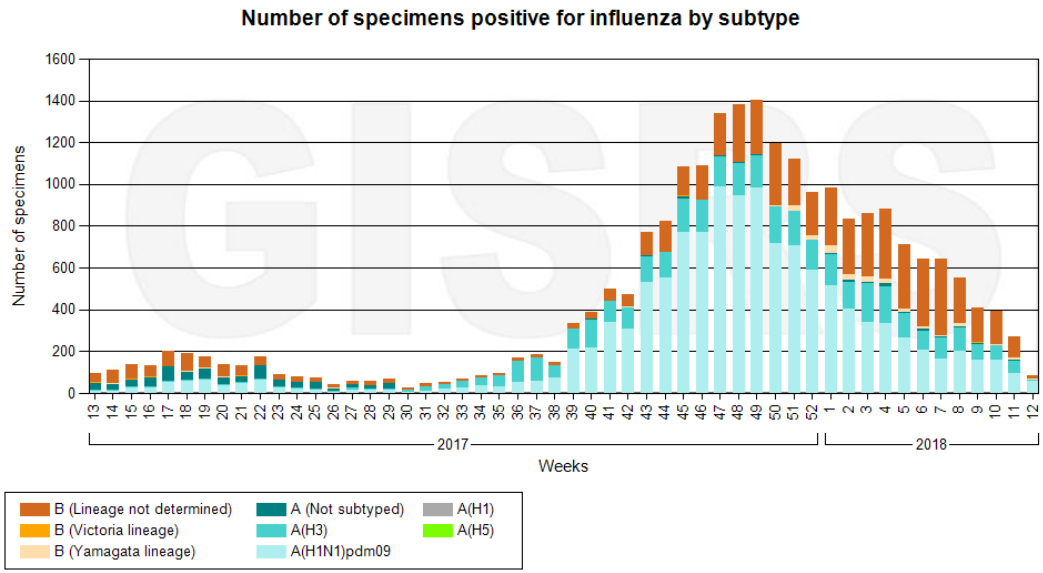
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 26/03/2018 18:41:42 UTC

Eastern Mediterranean Region of WHO



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

© World Health Organization 2018

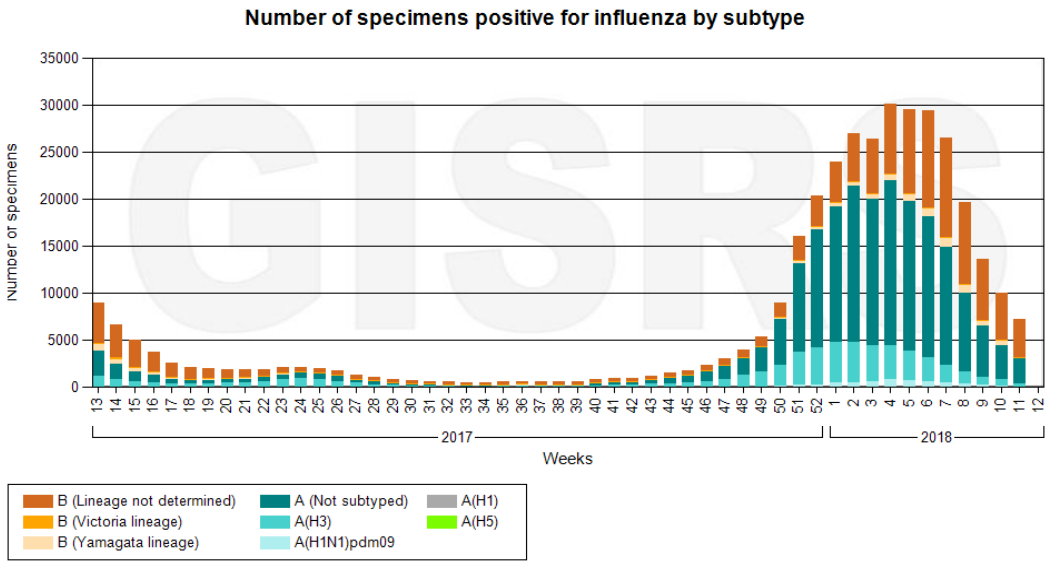
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 26/03/2018 18:42:55 UTC

World Health Organization

Region of the Americas of WHO



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

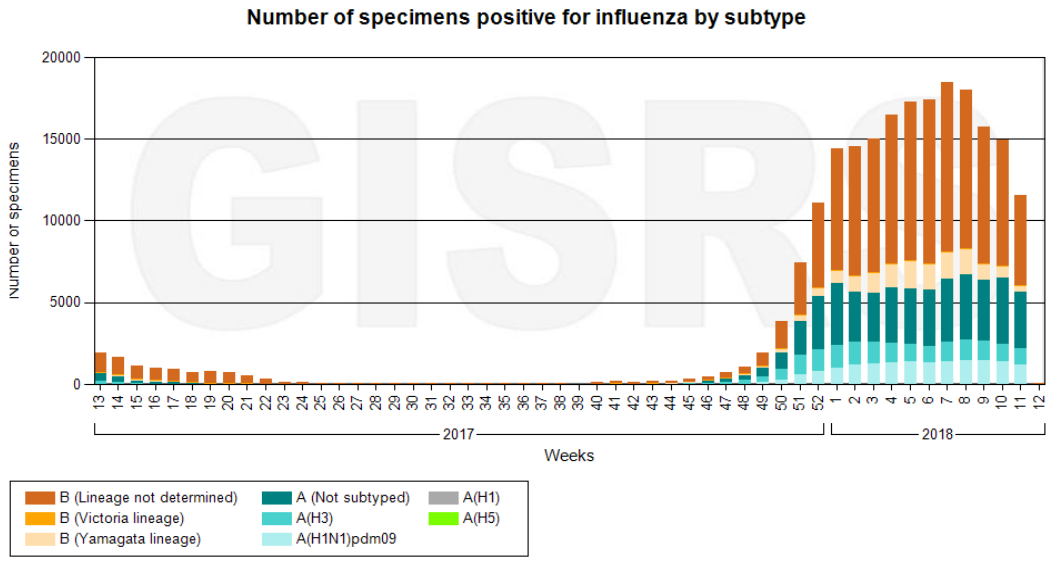
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 26/03/2018 18:44:04 UTC

European Region of WHO



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

© World Health Organization 2018

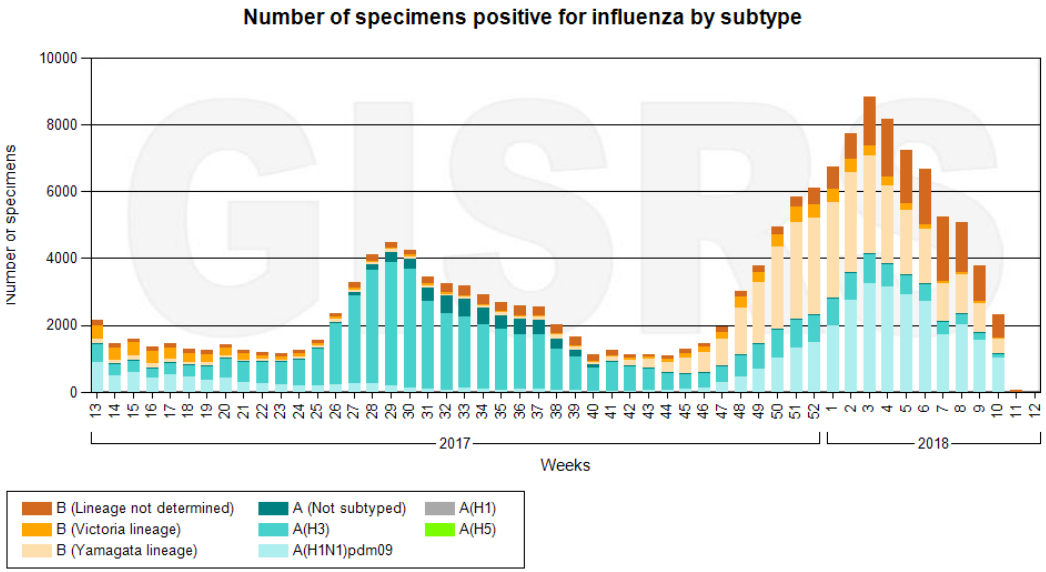
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 26/03/2018 18:45:06 UTC

World Health Organization

Western Pacific Region of WHO



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

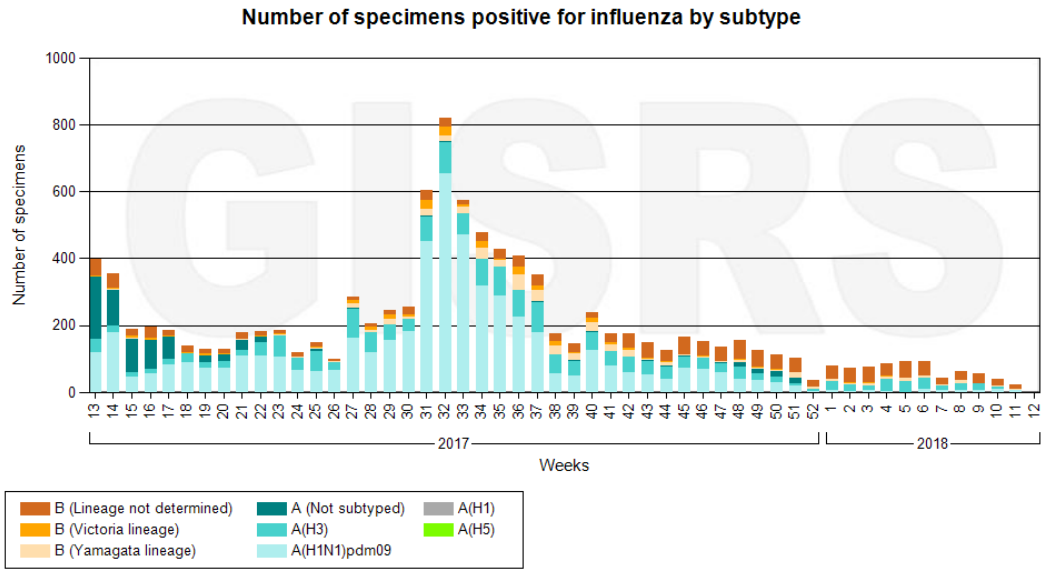
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 26/03/2018 18:46:04 UTC

South-East Asia Region of WHO



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