INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 19/2018

(06/05/2018 a 12/05/2018)

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 19/2018

(06/05/2018 a 12/05/2018)

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: 08/05/2018

Fonte da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

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

No período de 01 de julho/2017 a 08 de maio/2018, foram notificados 135 casos suspeitos de febre amarela no Paraná, dos quais 02 foram confirmados por critério laboratorial, 112 foram descartados (critério laboratorial) e 21 permanecem em investigação. Os 02 casos confirmados de febre amarela são importados, sendo 01 residente do município de Curitiba, com histórico de viagem para o município de Mairiporã – SP e 01 caso confirmado residente do município de São José dos Pinhais com histórico de viagem para o município de São Paulo com passagem por Pariquera-Açu – SP.

Em relação à ocorrência de PNH (Primata Não Humano) doente ou morto de jul/2017 a 07/05/2018, houve notificações em 42 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
	São José dos Pinhais**	0	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	2

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

[1] Resultados preliminares, sujeitos a alteração. DBF 07/05/2018.

* Caso autóctone

** Caso importado

Fonte: google.com.br

MAIO AMARELO

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 14/05/2018

Fonte da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

A secretaria de Estado da Saúde realiza ações, intervenções e atividades de conscientização e divulgação do Movimento Maio Amarelo 2018 – Nós somos o trânsito. O projeto acontece durante todo mês em 12 Regionais de Saúde do Paraná.

O secretário estadual da Saúde, Antônio Carlos Nardi, ressalta o papel do Estado em promover ações que garantam a qualidade e longevidade de vida.

“Os acidentes de trânsito se tornaram uma grande epidemia que tem impacto direto no sistema de saúde. Para mudar essa realidade precisamos focar em atitudes preventivas e conscientizar as pessoas sobre a responsabilidade de todos com um trânsito seguro”, destacou Nardi.

Durante o mês estão sendo realizadas atividades práticas, blitz educativas, caminhadas, palestras, teatros e capacitações para motoristas e pedestres. As ações são construídas em parceria com a Secretaria de Estado da Educação, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar e órgãos municipais das Regionais de Saúde.

A chefe da Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Alice Tisserant, explica que o tema definido para o Maio Amarelo 2018, propõe o envolvimento direto da sociedade nas ações e uma reflexão sobre uma nova forma de encarar a mobilidade.

“Trata-se de um estímulo a todos os condutores, seja de caminhões, ônibus, vans, automóveis, motocicletas ou bicicletas, e aos pedestres e passageiros, a optarem por um trânsito mais seguro”, comenta Alice.

A escolha do mês de maio foi motivada pela proposta da Organização das Nações Unidas, quando decretou a década de “Ação para a Segurança no Trânsito” em 11 de maio de 2011. Com isso, um balanço das ações é realizado em maio no mundo todo.

Em 2012, o Paraná implantou o Programa Vida no Trânsito, projeto que tem como objetivo definir ações integradas de educação, engenharia de trânsito e fiscalização para consolidação de um espaço seguro e confortável para motoristas e pedestres.

No Estado, já são 12 municípios que aderiram ao programa: Curitiba, Foz do Iguaçu, São José dos Pinhais, Campo Mourão, Cascavel, Francisco Beltrão, Londrina, Maringá, Paranaguá, Paranavaí, Ponta Grossa e Toledo.

Dados mostram que houve queda de 15% nos acidentes terrestres nas cidades que aderiram ao Programa. Em 2016, foram registrados 666 acidentes nos 12 municípios, com queda para 558 em 2017.

Também houve redução nos índices de acidentes com pedestres, ciclistas e motociclistas. Em 2016, houve 191 casos envolvendo motos; em 2017, houve queda de 24%, totalizando 145 casos. Já os acidentes envolvendo pedestres e ciclistas somavam 306 casos em 2016; em 2017, foram 252, totalizando uma queda de 34%.

“Os municípios que participam do projeto atualmente correspondem a 45% da frota móvel de todo Estado, por isso a importância de iniciar por eles a reflexão sobre o tema. No entanto, a questão da mobilidade urbana está presente em todas as cidades e a sociedade precisa debater soluções para os altos números de acidentes registrados”, explicou Nardi.

Para encerrar o mês de prevenção, será realizado o I Fórum Internacional do Programa Vida no Trânsito no Paraná e o III Fórum Estadual de Prevenção de Acidentes e Segurança no Trânsito. Durante os eventos serão discutidos estratégias de segurança no trânsito internacional, desenvolvimento sustentável e implementação do Programa Vida no Trânsito para mais cidades do Estado.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 07/05/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

A vigilância da Influenza e dos outros vírus respiratórios no Brasil é realizada pela Vigilância Sentinela, de Síndrome Gripal (SG) e da 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 online: SIVEP-Gripe (Sistema das Unidades Sentinelas) e SINAN Influenza Web (Sistema dos casos internados ou óbitos por SRAG). As amostras são coletadas e encaminhadas para análise no Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR). As informações apresentadas neste informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 18 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 05/05/2018.

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 4 que foi mantido os mesmos critérios dos anos anteriores a fim de comparação. Nos anos anteriores, todos os casos hospitalizados e óbitos, entraram na contagem de SRAG.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 18 foram notificados 864 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 8,4% (73) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 98 óbitos notificados por SRAG, 8,2% (8) 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	73	8,4	8	8,2
Influenza A(H1N1)pdm09	36	49,3	3	37,5
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	25	34,2	4	50,0
Influenza A não subtipado	4	5,5	1	12,5
Influenza B	8	11,0	0	0,0
SRAG não especificada	335	38,8	70	71,4
SRAG por outros vírus respiratórios	229	26,5	16	16,3
SRAG por outros agentes etiológicos	5	0,6	1	1,0
Em investigação	222	25,7	3	3,1
TOTAL	**864**	**100**	**98**	**100**

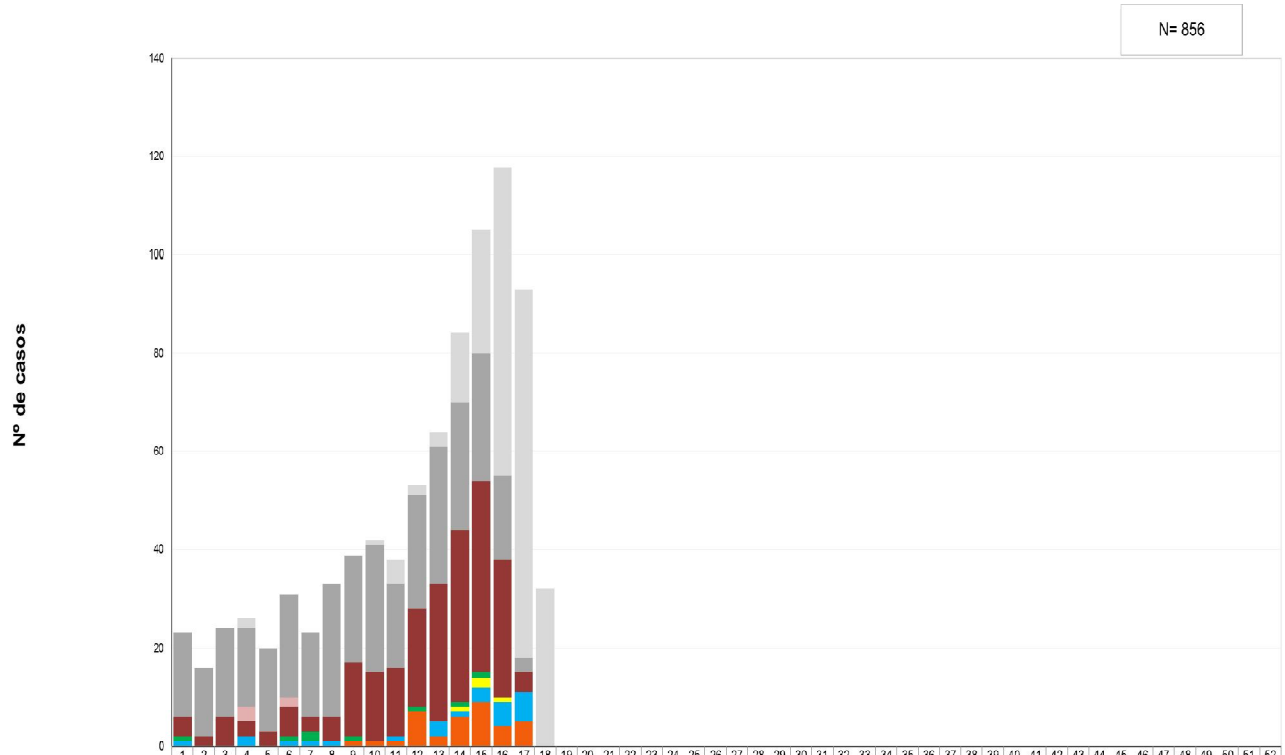
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 07/05/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 07/05/2018
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	2	0	0	0	0	0	1	5	2	3	14	25	63	75	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	21	17	27	22	26	17	23	28	26	26	17	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
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	3	6	3	5	15	14	14	20	28	35	39	28	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
Influenza B	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1	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
Influenza A não subtipado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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
Influenza A(H3) Sazonal	1	0	0	2	0	1	1	1	0	0	1	0	3	1	3	5	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	1	7	2	6	9	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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 07/05/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 07/05/2018

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

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

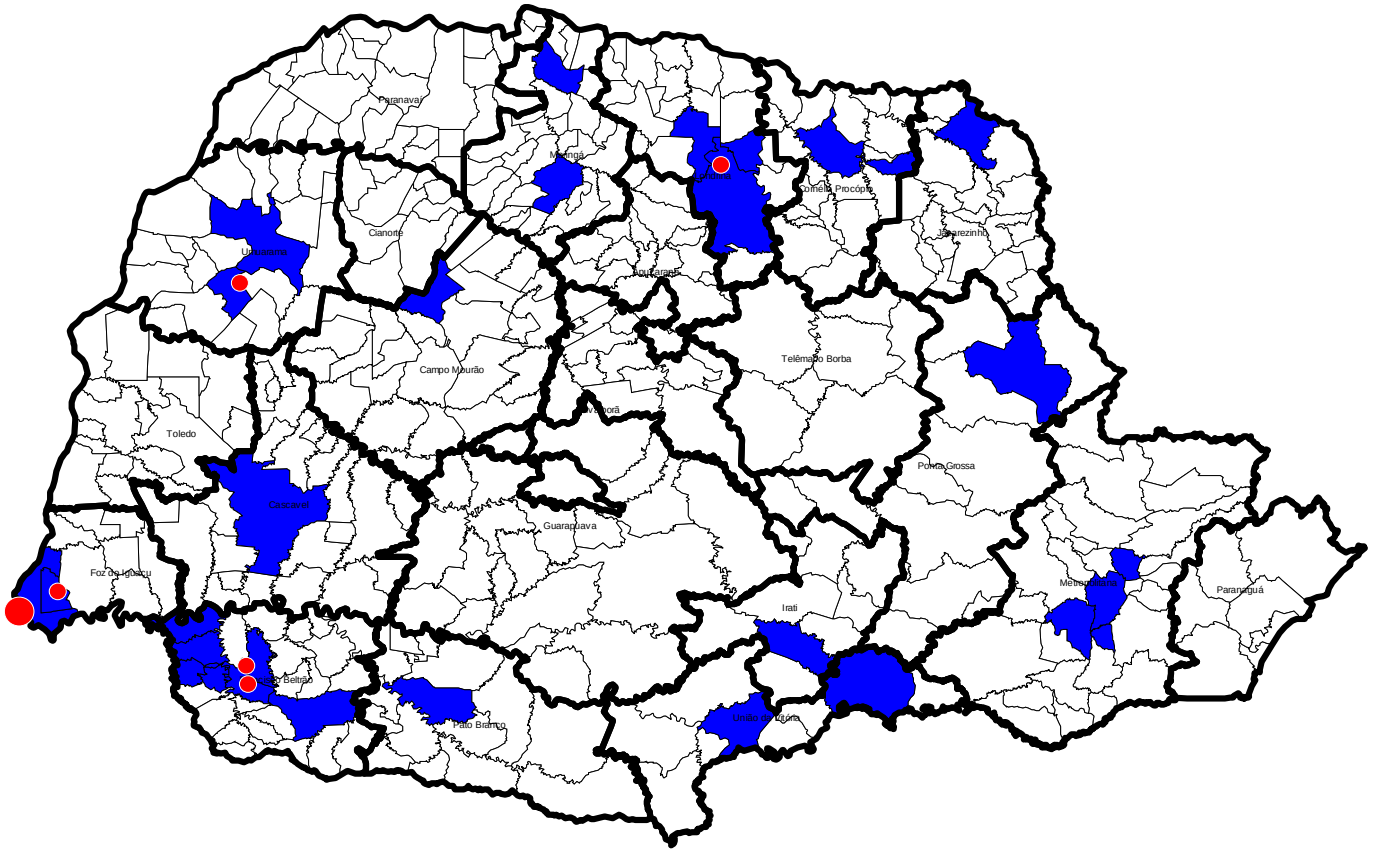
RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
2. Reg. Saúde Metropolitana	3	0	0	0	9	0	1	0	1	0	14	0
Araucária	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Colombo	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Curitiba	3	0	0	0	6	0	1	0	1	0	11	0
Fazenda Rio Grande	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
3. Reg. Saúde Ponta Grossa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Jaguariaíva	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
4. Reg. Saúde Irati	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Rio Azul	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
6. Reg. Saúde União da Vitória	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
São Mateus do Sul	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
7. Reg. Saúde Pato Branco	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Coronel Vivida	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
8. Reg. Saúde Francisco Beltrão	21	2	0	0	2	0	0	0	1	0	24	2
Ampere	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
Bela Vista da Caroba	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Capanema	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Francisco Beltrão	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pérola d'Oeste	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Planalto	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Santa Izabel d'Oeste	11	1	0	0	0	0	0	0	1	0	12	1
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	6	1	0	0	5	3	0	0	0	0	11	4
Foz do Iguaçu	6	1	0	0	3	2	0	0	0	0	9	3
Santa Terezinha de Itaipu	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1
10. Reg. Saúde Cascavel	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0
Cascavel	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0
11. Reg. Saúde Campo Mourão	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Araruna	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
12. Reg. Saúde Umuarama	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Cafezal do Sul	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Umuarama	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
15. Reg. Saúde Maringá	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4	0
Colorado	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Maringá	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
17. Reg. Saúde Londrina	1	0	0	0	1	0	3	1	1	0	6	1
Cambé	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Ibiporã	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0
Londrina	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3	1
18. Reg. Saúde Cornélio Procópio	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Abatiá	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cornélio Procópio	1	0	0	0	0	0	0	0	0	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	**36**	**3**	**0**	**0**	**25**	**4**	**4**	**1**	**8**	**0**	**73**	**8**

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 07/05/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 07/05/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

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



Casos de SRAG por Influenza
Óbitos de SRAG por Influenza

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 07/05/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 07/05/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

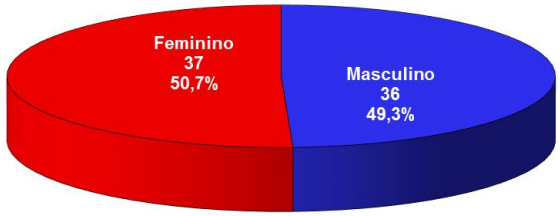
Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, foi observada diferença entre eles. Nos casos: o gênero feminino apresentou 50,7% (37/73) dos casos e o gênero masculino 49,3% (36/73) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 25,0% (2/8) dos casos e o gênero masculino 75,0% (6/8) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi acima dos ≥ 60 anos, com 35,6% (26/73) e 62,5% (5/8) respectivamente (tabelas 3 e 4).

Os casos de SRAG por Influenza apresentaram no Paraná uma mediana de idade de 49 anos, variando de 0 a 97 anos e, no Brasil, mediana de idade de 32 anos, variando 0 a 107 anos.

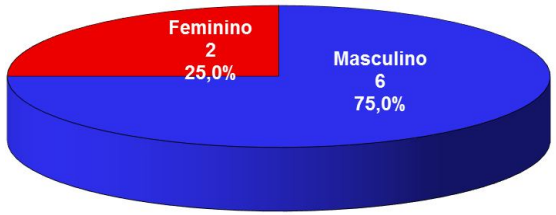
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 68 anos, variando de 24 a 97 anos e no Brasil a mediana foi de 49 anos, variando de 0 a 107 anos.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 07/05/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 07/05/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)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	3	8,3	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	4	5,5
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	1	4,0	1	25,0	1	12,5	3	4,1
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	2	8,0	0	0,0	0	0,0	2	2,7
10 a 19 anos	3	8,3	0	0,0	1	4,0	0	0,0	1	12,5	5	6,8
20 a 29 anos	3	8,3	0	0,0	5	20,0	0	0,0	1	12,5	9	12
30 a 39 anos	4	11,1	0	0,0	0	0,0	2	50,0	2	25,0	8	11,0
40 a 49 anos	4	11,1	0	0,0	1	4,0	0	0,0	1	12,5	6	8,2
50 a 59 anos	5	13,9	0	0,0	3	12,0	1	25,0	1	12,5	10	13,7
≥ 60 anos	14	38,9	0	0,0	11	44,0	0	0,0	1	12,5	26	35,6
TOTAL	36	100	0	0	25	100	4	100	8	100	73	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 07/05/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)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	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5
30 a 39 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
40 a 49 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
50 a 59 anos	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	2	25,0
≥ 60 anos	1	33,3	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	5	62,5
TOTAL	3	100,0	0	0,0	4	100,0	1	100,0	0	0	8	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 07/05/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 07/05/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 64,4% (47/73) tinham pelo menos um fator de risco para complicação, predominando os Adultos ≥ 60 anos, Doença cardiovascular crônica e Pneumopatias crônicas (tabela 5).

Entre os óbitos por Influenza, no Paraná 87,5% (7/8) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 12,5% (1/8) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 74,1% (117/158) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, Pneumopatias, Cardiopatias e Diabetes.

No Paraná dos 50,0% (4/8) indivíduos que foram a óbito por Influenza que fizeram uso do antiviral, a mediana foi de 3 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 10 dias e no Brasil, dos 158 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 111 (70,3%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 16 dias.

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

Casos por Influenza (N=73)	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	**47**	**64,4**	**19**	**40,4**
Adultos ≥ 60 anos	26	35,6	14	53,8
Pneumopatias crônicas	15	20,5	6	40,0
Doença cardiovascular crônica	10	13,7	5	50,0
Crianças < 5 anos	7	9,6	2	28,6
Diabetes mellitus	6	8,2	3	50,0
Gestantes	6	8,2	1	16,7
Doença neurológica crônica	5	6,8	3	60,0
Doença renal crônica	3	4,1	2	66,7
Obesidade	2	2,7	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	1	1,4	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	**53**	**72,6**		
Vacinados	**21**	**28,8**		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 07/05/2018, 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=8)	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	**7**	**87,5**	**1**	**14,3**
Adultos ≥ 60 anos	5	62,5	1	20,0
Doença cardiovascular crônica	3	37,5	1	33,3
Pneumopatias crônicas	2	25,0	0	0,0
Diabetes mellitus	1	12,5	1	100,0
Doença renal crônica	1	12,5	1	100,0
Obesidade	1	12,5	0	0,0
Crianças < 5 anos	0	0,0	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Doença neurológica crônica	0	0,0	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	**4**	**50,0**		
Vacinados	**1**	**12,5**		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 07/05/2018, dados sujeitos a alterações.
Obs: Um mesmo óbito pode ter mais de um fator de risco.

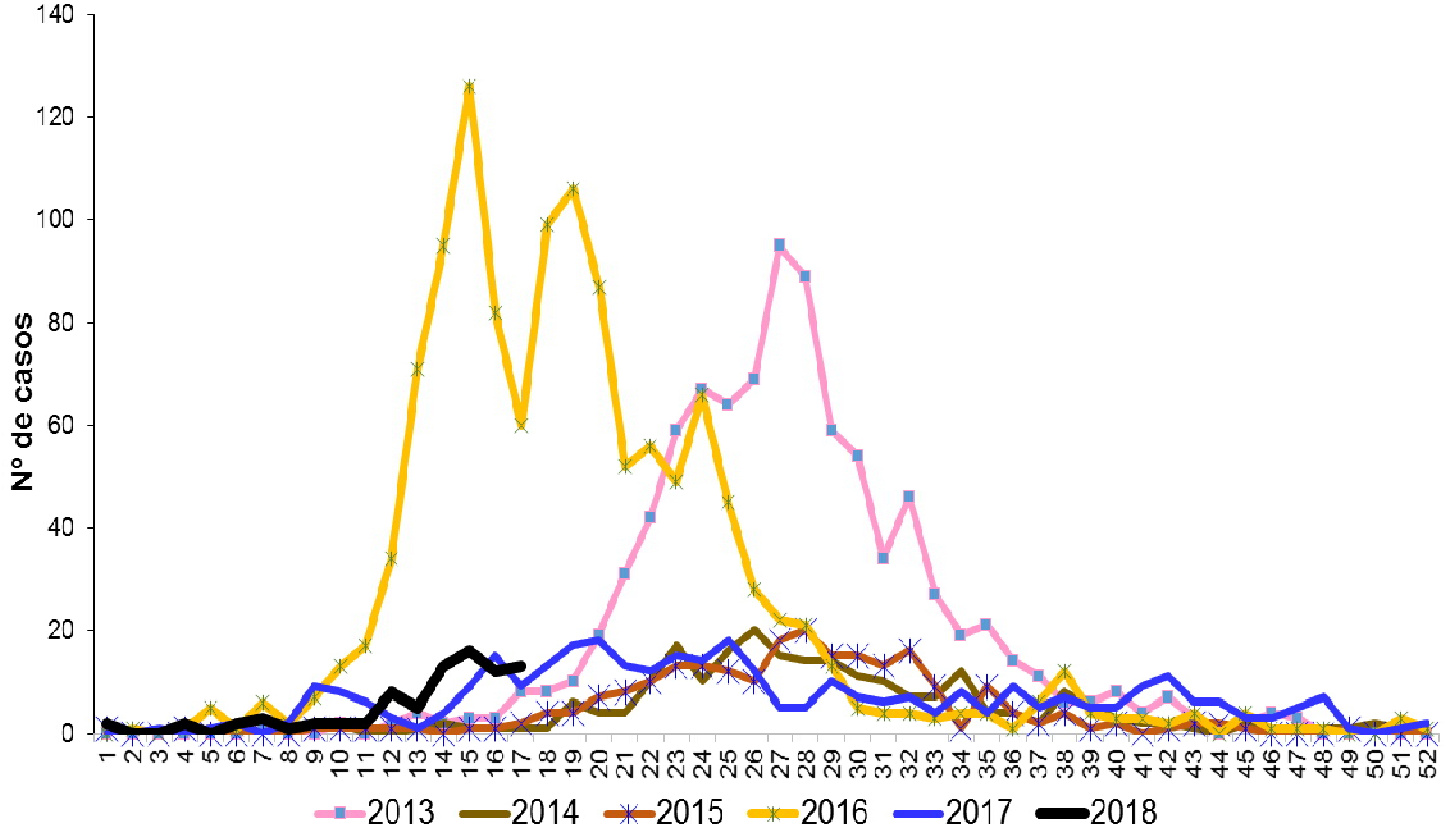
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 07/05/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

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

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 07/05/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 07/05/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Em relação aos tipos de vírus Influenza no Paraná, em 2013 houve um predomínio dos casos de SRAG por Influenza B, com 44,2% (401/908) e Influenza A(H1N1)pdm09 com 42,3% (384/908) e 71,2% (47/66) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2014 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 A(H1N1)pdm09 com 49,3% (36/73) dos casos e, ocorrência de 50,0% (4/8) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal(Tabela 7).

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

Classificação Final	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Influenza A(H1N1)pdm09	384	47	48	8	37	4	1.087	218	1	0	36	3
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	25	4
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	4	1
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	132	18	8	0
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1.223	240	343	53	73	8

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 07/05/2018, dados sujeitos a alterações.
*Obs: Resultados provenientes de laboratórios particulares, prováveis Influenza A(H1N1)pdm09.

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 18 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 1.829 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 1.636 amostras.

Das amostras processadas, 41,4% (678/1.636) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 139 (8,5%) foram positivas para Influenza e 539 (32,9%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para Influeza, 29 (20,9%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 59 (42,4%) de Influenza A(H3) Sazonal, 4 (2,9%) de Influenza A (não subtipado) e 47 (33,8%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de 297 (55,1%) amostras de Rinovírus (Gráfico 5).

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

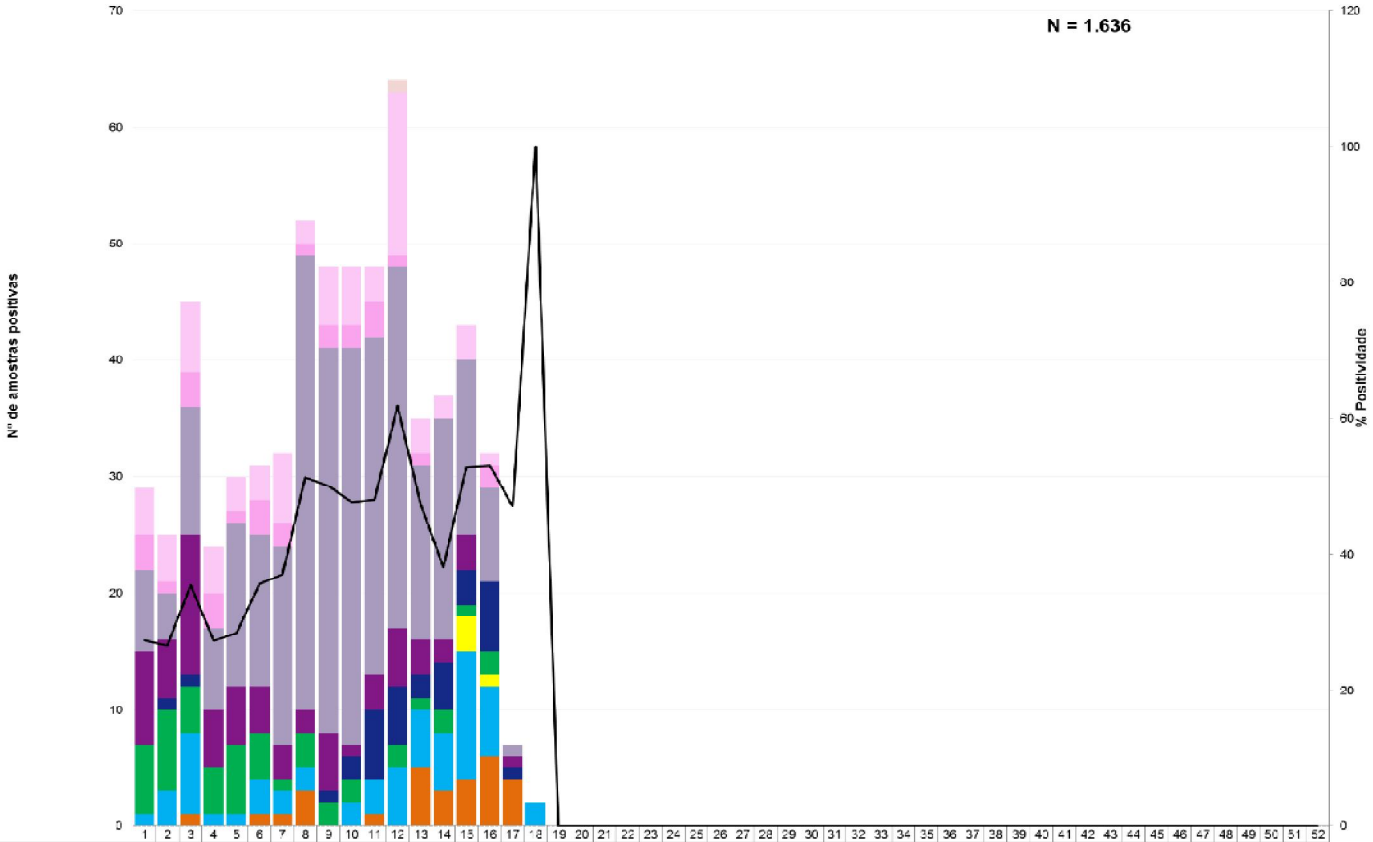
Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza		Total Coletas	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Num	%
< 2 anos	1	3,4	2	3,4	0	0,0	0	0,0	3	2,2	182	10,0
2 a 4 anos	2	6,9	3	5,1	0	0,0	0	0,0	5	3,6	93	5,1
5 a 9 anos	4	13,8	1	1,7	1	25,0	1	2,1	7	5,0	76	4,2
10 a 19 anos	4	13,8	10	16,9	0	0,0	9	19,1	23	16,5	253	13,8
20 a 29 anos	1	3,4	10	16,9	0	0,0	12	25,5	23	16,5	400	21,9
30 a 39 anos	6	20,7	11	18,6	0	0,0	10	21,3	27	19,4	273	14,9
40 a 49 anos	4	13,8	7	11,9	1	25,0	8	17,0	20	14,4	175	9,6
50 a 59 anos	3	10,3	7	11,9	2	50,0	4	8,5	16	11,5	161	8,8
≥ 60 anos	4	13,8	8	13,6	0	0,0	3	6,4	15	10,8	216	11,8
TOTAL	29	100,0	59	100	4	100,0	47	100	139	100	1.829	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 07/05/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 07/05/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

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



	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	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
Metapneumovírus	4	4	6	4	3	3	6	2	5	5	3	14	3	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adenovírus	3	1	3	3	1	3	2	1	2	2	3	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rinovírus	7	4	11	7	14	13	17	39	33	34	29	31	15	19	15	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza	8	5	12	5	5	4	3	2	5	1	3	5	3	2	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VRS	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	6	5	2	4	3	6	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
Influenza B	6	7	4	4	5	4	1	3	2	2	0	2	1	2	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
A (não subtipado)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A(H3) Sazonal	1	3	7	1	1	3	2	2	0	2	3	5	5	5	11	6	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
Influenza A(H1N1)pdm -9	0	0	1	0	0	1	1	3	0	0	1	0	5	3	4	6	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
% Positividade	27	27	35	27	25	36	37	51	50	48	48	52	47	38	53	53	47	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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 07/05/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

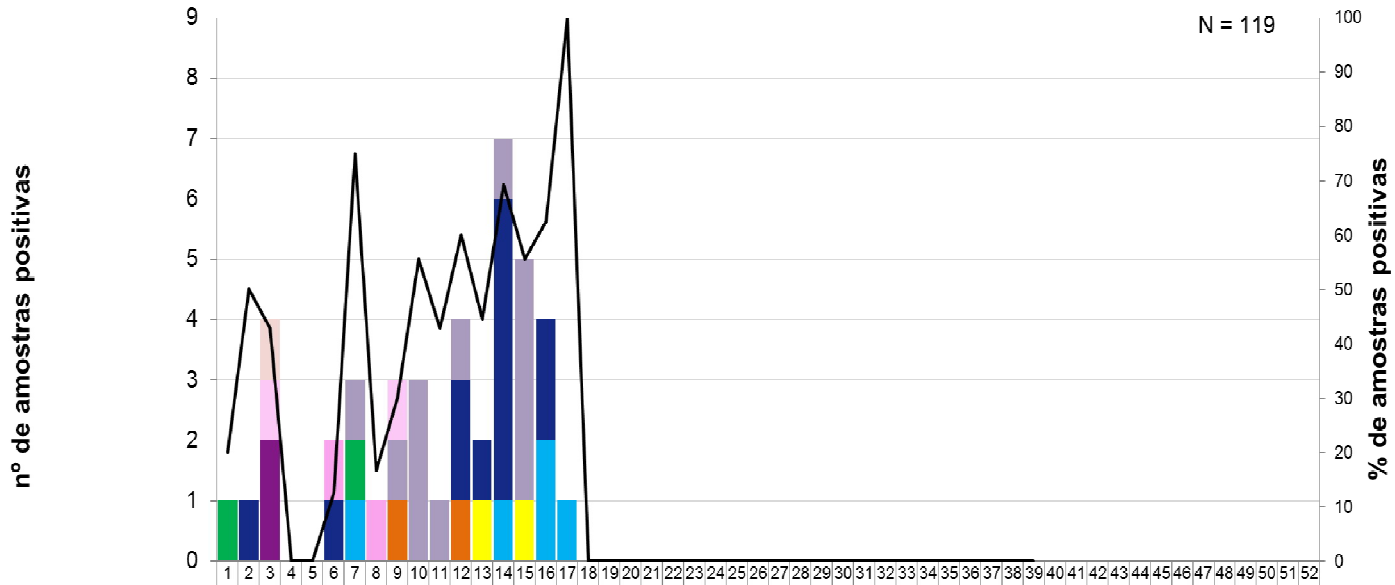
Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 07/05/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

COMENTÁRIOS:

Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 164 coletas, sendo 119 (72,6%) processadas. Dentre estas, 51 (42,9%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios. Das amostras positivas para Influenza, foram detectados 2 (18,2%) para Influenza A(H1N1)pdm 09, 5 (45,5%) para Influenza A(H3) Sazonal, 2 (18,2%) para Influenza A (não subtipado) , 2 (18,2%) para Influenza B. Entre os outros vírus evidenciam-se: 12 (30,0%) de VRS, 2 (5,0%) de Parainfluenza, 12 (30,0%) de Rinovírus, 2 (5,0%) de Metapneumovírus, 2 (5,0%) de Adenovírus, 1 (2,5%) 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.



	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	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	
Metapneumovírus	0	0	1	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
Adenovírus	0	0	0	0	0	1	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
Rinovírus	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	1	1	0	1	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
Parainfluenza	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VRS	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	5	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
Influenza B	1	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	0
A (não subtipado)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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
A(H3) Sazonal	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	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
Influenza A(H1N1)pdm 09	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Positividade	20	50	42	0,	0,	12	75	16	30	55	42	60	44	69	55	62	10	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 07/05/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 07/05/2018
Fonte da informação: Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Medidas Preventivas para Influenza

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

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

Outras medidas são:

Frequente higienização das mãos, principalmente antes de consumir algum alimento. No caso de não haver disponibilidade de água e sabão, usar álcool gel a 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: 08/05/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde – Sala de Situação em Saúde

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2017 (primeira semana de agosto) a 18/2018.

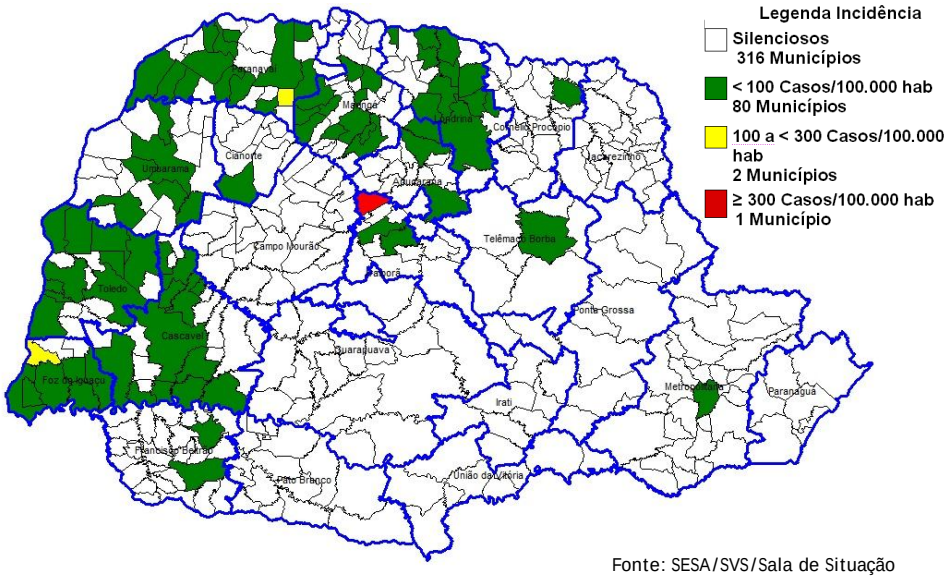
Foram notificados no referido período 18.785 casos suspeitos de dengue, dos quais 14.072 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 5,84 casos por 100.000 hab. (652/11.163.018 hab.). O Ministério da Saúde classifica como baixa incidência quando o número de casos autóctones for menor do que 100 casos por 100.000 habitantes.

Os municípios com maior número de casos suspeitos notificados são Londrina (3.230), Maringá (2.048) e Foz do Iguaçu (1.726).

Os municípios com maior número de casos confirmados são: Maringá (148), Foz do Iguaçu (85) e São João do Ivaí (83)

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2017 a 18/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2017 A 18/2018*	PERÍODO 2017/2018
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	311
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	86
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	14
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	83
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (02ª, 08ª, 09ª, 10ª,12ª,13ª, 14ª, 15ª, 16ª,17ª,18ª, 20ª, 21ª e 22ª)	14
TOTAL DE CASOS	**703**
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	652
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	51
TOTAL DE NOTIFICADOS	**18.785**

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2017 a 18/2018.

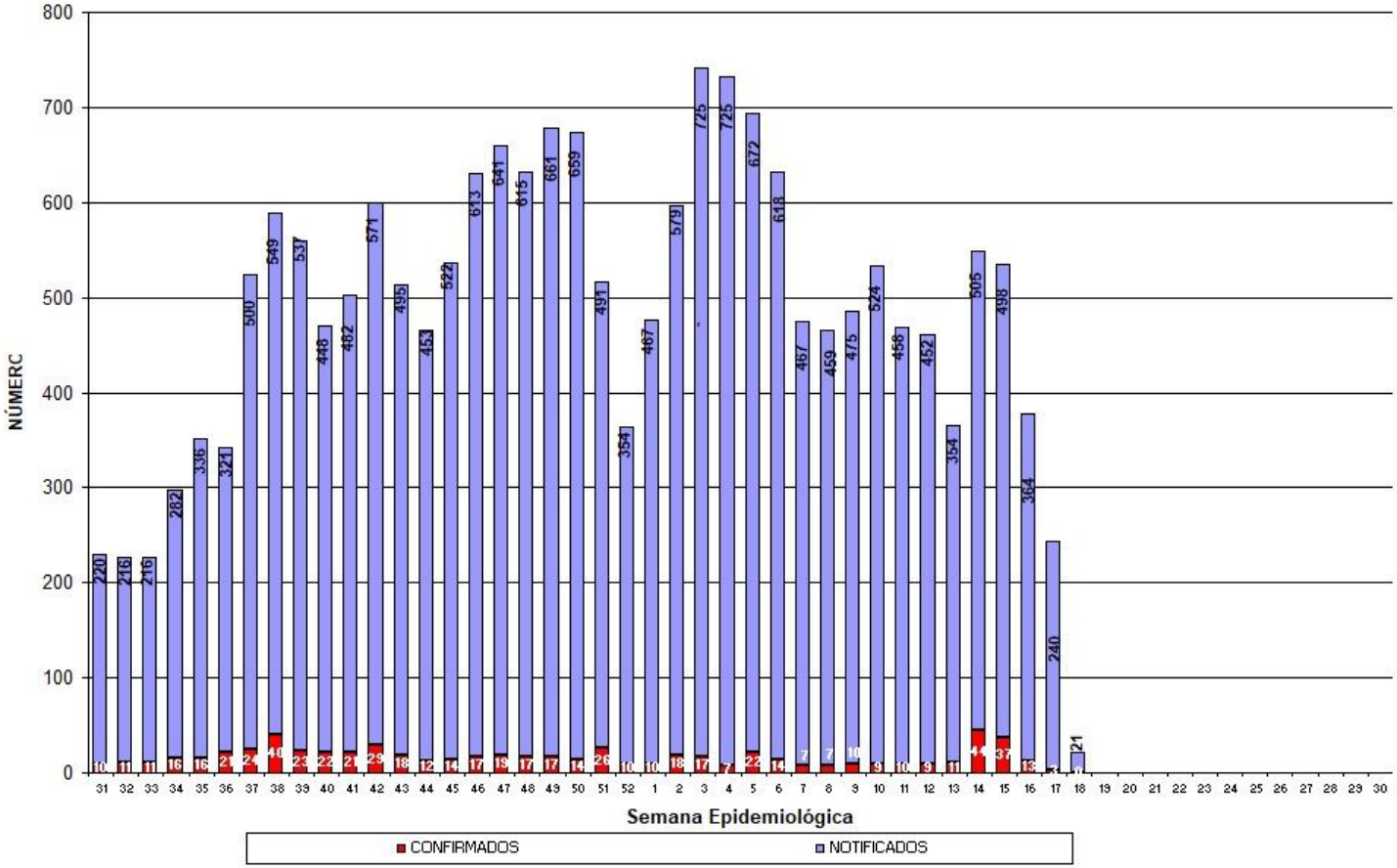
CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	588 (83,6)	115 (16,4%)	703
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	12	-	12
Dengue Grave (D G)	6	-	06
Descartados	-	-	14.072
Em andamento/investigação	-	-	3.992
Total	**606 (3,2%)**	**115 (0,6%)**	**18.785**

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 08/05/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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



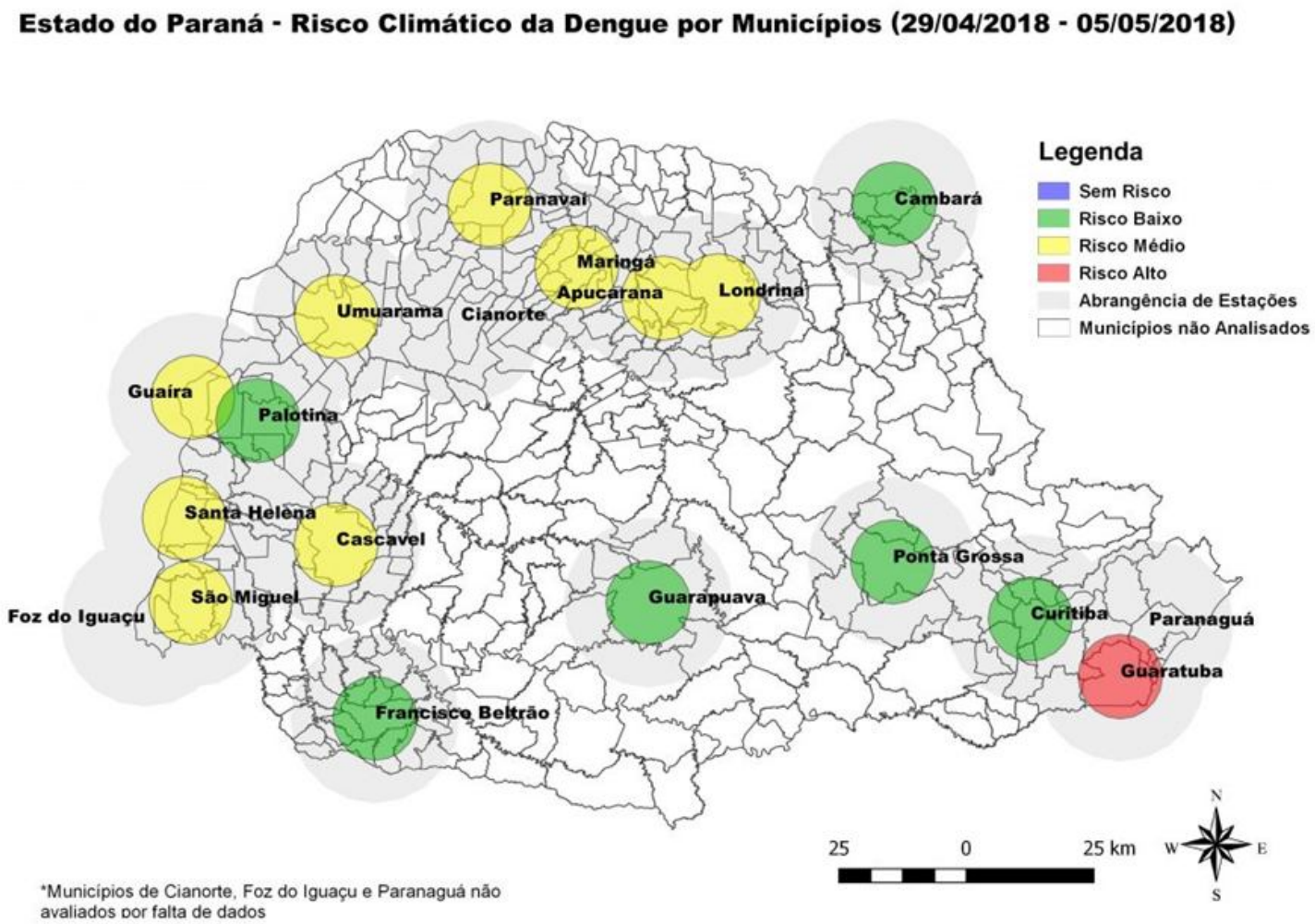
Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2017 a 18/2018.

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná
Data da informação: 08/05/2018
Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

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



Fonte: Laboclima/UFPR

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 08/05/2018

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

Tabela 2 – Número de casos de dengue, notificados, dengue grave (DG), dengue com sinais de alarme (DSA), óbitos e incidência por 100.000 habitantes por Regional de Saúde, Paraná – Semana Epidemiológica 31/2017 a 18/2018*

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	1.346	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	3	18	21	1.213	0	0	0	0,09
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	38	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	21	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	47	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	20	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	99	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	2	0	2	424	0	1	0	0,56
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	118	10	128	2.217	10	4	2	29,07
10ª RS - Cascavel	540.131	63	5	68	882	0	0	0	11,66
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	614	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	7	0	7	452	0	0	0	2,53
13ª RS - Cianorte	154.374	1	0	1	236	0	0	0	0,65
14ª RS - Paranavaí	274.257	51	0	51	1.118	0	0	0	18,60
15ª RS - Maringá	799.890	172	1	173	2.698	0	0	0	21,50
16ª RS - Apucarana	372.823	5	0	5	432	0	0	0	1,34
17ª RS - Londrina	935.904	103	0	103	5.425	2	1	0	11,01
18ª RS - Cornélio Procópio	230.231	1	0	1	321	0	0	0	0,43
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	255	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	53	2	55	644	0	0	0	13,73
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	1	0	1	59	0	0	0	0,54
22ª RS - Ivaiporã	138.130	72	15	87	224	0	0	0	52,12
TOTAL PARANÁ	11.163.018	**652**	**51**	**703**	**18.785**	**12**	**6**	**2**	**5,84**

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

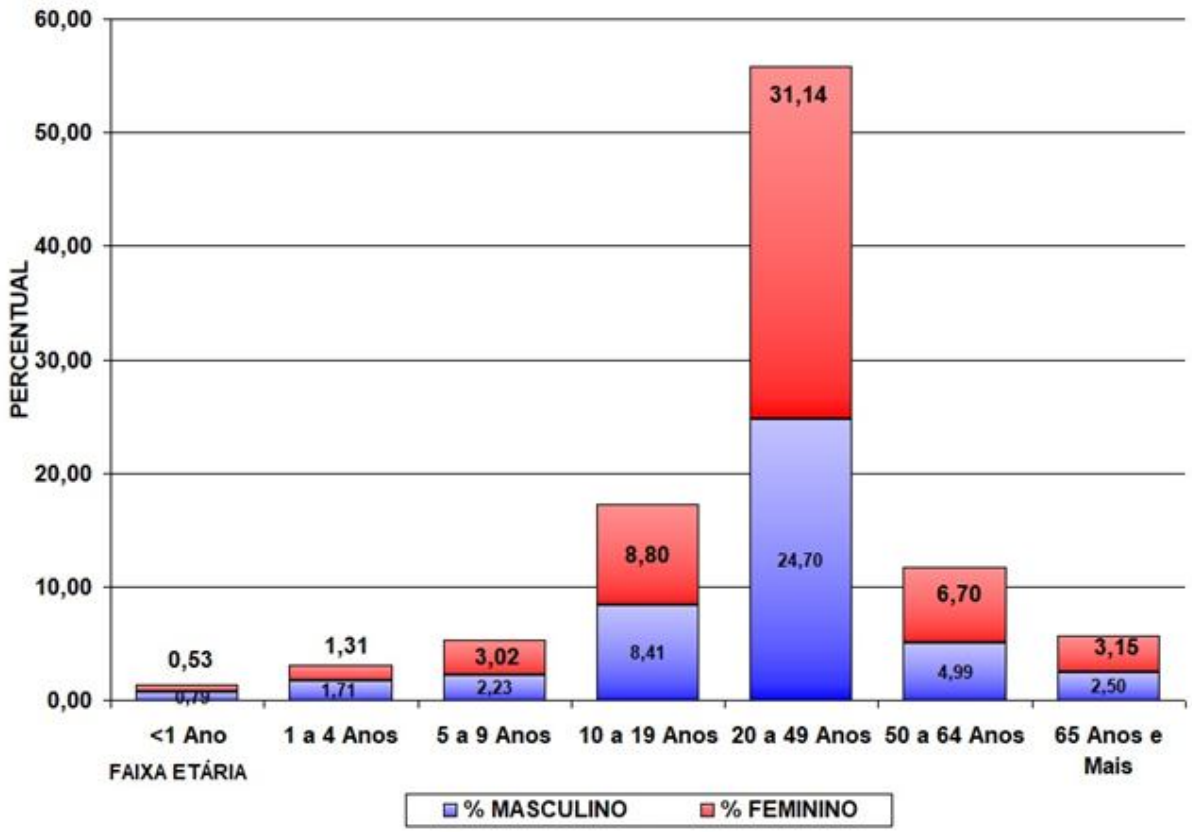
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 08/05/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 55,85% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pelas faixas etárias de 10 a 19 anos com 17,21% dos casos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2017 a 18/2018, Paraná – 2017/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 19/2018

(06/05/2018 a 12/05/2018)

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: Nacional
Data da informação: 08/05/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Epizootias em Primatas Não Humanos (PNH)

No período de monitoramento 2017/2018 (julho/2017 a junho/2018), até a semana epidemiológica (SE) 18, foram notificadas ao Ministério da Saúde 7.410 epizootias em PNH, das quais 1.903 foram descartadas, 2.544 foram indeterminadas (s/ coleta de amostras), 2.225 permanecem em investigação e 738 foram confirmadas por FA (por laboratório). Foram registradas epizootias de PNH confirmadas no Tocantins [3]; no Mato Grosso [1]; no Espírito Santo (2); no Rio de Janeiro [39], em Minas Gerais [100] e em São Paulo [593], com o maior número de epizootias confirmadas na região Sudeste (99,4%; 734/738).

Casos humanos

No período de monitoramento 2017/2018 (julho/2017 a junho/2018), até a SE 18, foram notificados 6.525 casos humanos suspeitos de FA, dos quais 3.963 foram descartados, 1.301 permanecem em investigação e 1.261 foram confirmados. Do total de casos confirmados, 409 evoluíram para o óbito (letalidade de 32,4% [409/1.261]). A maior parte dos casos confirmados foi notificada na região Sudeste (99,9% [1.260/1.261]) (Tabela 1, na próxima página).

MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA FEBRE AMARELA NO BRASIL*	
Período de monitoramento: 01/07/2017 a 30/06/2018	**Atualização:** 08/05/2018
Epizootias em PNH notificadas: 7.410	**Casos humanos notificados: 6.525**
738 confirmadas	**1.261 confirmados (409 óbitos)**
2.225 em investigação	1.301 em investigação
2.544 indeterminadas	3.963 descartados
1.903 descartadas	
Anexo: Glossário	

Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos à alteração.

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 08/05/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Tabela 1 - Distribuição dos casos humanos suspeitos de FA notificados à SVS/MS por UF de provável infecção e classificação, monitoramento 2017/2018 (jul/17 a jun/18), Brasil, até a SE 18*.

REGIÃO	UF (LPI)	CASOS NOTIFICADOS	CASOS DESCARTADOS	CASOS EM INVESTIGAÇÃO	CASOS CONFIRMADOS			
					TOTAL	CURAS	ÓBITOS	LETALIDADE (%)
Norte	Acre	2	1	1				
	Amapá	6	4	2				
	Amazonas	8	5	3				
	Pará	46	33	13				
	Rondônia	9	8	1				
	Roraima	3	3					
	Tocantins	22	15	7				
Nordeste	Alagoas	8	8					
	Bahia	70	45	25				
	Ceará	4	3	1				
	Maranhão	9	7	2				
	Paraíba	5		5				
	Pernambuco	8	5	3				
	Piauí	11	6	5				
	Rio Grande do Norte	5	2	3				
	Sergipe	3	3					
Centro-Oeste	**Distrito Federal**	**81**	**72**	**8**	**1**		**1**	**100,0**
	Goiás	75	44	31				
	Mato Grosso	14	10	4				
	Mato Grosso do Sul	13	11	2				
Sudeste	**Espírito Santo**	**127**	**104**	**17**	**6**	**5**	**1**	**16,7**
	Minas Gerais	**1566**	**815**	**235**	**516**	**340**	**176**	**34,1**
	Rio de Janeiro	**1323**	**622**	**480**	**221**	**150**	**71**	**32,1**
	São Paulo	**2874**	**1949**	**408**	**517**	**357**	**160**	**30,9**
Sul	Paraná	126	119	7				
	Rio Grande do Sul	56	41	15				
	Santa Catarina	51	28	23				
TOTAL		**6525**	**3963**	**1301**	**1261**	**852**	**409**	**32,4**

Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos à revisão.

HANSENÍASE

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 09/05/2018
Fonte da informação: diariodolitoral.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Os dados do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam uma queda no número de registros de hanseníase no período entre 2015 e 2017, saindo da casa de 35 mil novos casos para pouco mais de 32 mil diagnósticos. Ainda assim, a doença está no radar do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) por ser considerado um problema de saúde pública no país, ou seja, quando há mais de um caso para cada 10 mil pessoas. Sua incidência torna o Brasil o segundo colocado no ranking da hanseníase, atrás apenas da Índia em número absoluto de casos.

O levantamento foi realizado pela Sociedade Brasileira de Patologia (SBP) utilizando a plataforma DataSUS, que consolida os dados coletados em toda a estrutura do sistema de saúde do Brasil.

Manchas claras ou vermelhas na pele que causam a perda de sensibilidade na região são os principais sintomas da doença. Esses sinais geralmente acometem os braços e as pernas, mas também podem ser vistos em outras partes do corpo. Uma vez que a hanseníase ultrapassa a barreira cutânea e atinge também os nervos, o infectado perde também força e mobilidade dos membros. No Brasil, ainda segundo o levantamento realizado no DataSUS, o grau de incapacidade física dos adoecidos é avaliado em 87%.

Além disso, um dos grandes desafios no diagnóstico precoce da hanseníase é a ocorrência crescente de casos da doença em crianças, principalmente em regiões do Brasil onde está é muito prevalente, o que representa um sinal de ocorrência acentuada da doença na população que expõe a criança, desde idade bem precoce, ao contato constante com o bacilo e consequentemente ao adoecimento.

"Embora se trate de uma doença infectocontagiosa, a hanseníase não é transmitida por simples relações de toque, ela se instala em pessoas com baixa imunidade após o contato direto com gotículas de saliva ou secreção do nariz de pessoas já infectadas", explica o médico patologista Juarez Quaresma, membro da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP).

A doença, também conhecida como lepra, tem como agente causador a bactéria Mycobacterium leprae. Sua descoberta se dá inicialmente em meio a um contexto clínico que associa lesões na pele e a perda de sensibilidade. Os médicos, em geral dermatologistas ou generalistas, fazem a avaliação complementar para confirmar ou não a presença da bactéria. Os testes de avaliação de força motora e de sensibilidade por uso da palpação dos nervos são feitos em clínicas dermatoneurológicas.

Feitos os exames externos, os médicos indicam testes complementares como a baciloscopia, procedimento realizado por médicos patologistas, ou seja, a análise laboratorial do material colhido de serosidades cutâneas das lesões da pele. "Na baciloscopia um fragmento de pele ou de outro tecido é alterado com reagentes químicos e após um processo específico são coletados cortes delicados e finos que permitem a observação no microscópio", explica Quaresma.

Dado o resultado do exame, o tratamento, que pode ser gratuito pelo SUS, dura entre 6 meses e 1 ano dependendo do estágio em que a hanseníase for diagnosticada. Esse período depende também da forma clínica em que a doença se apresenta, sendo elas: indeterminada, borderline ou dimorfa, tuberculoide e virchowiana.

Pensando em reduzir os números que fazem do país o segundo com maior número de infectados por lepra, a Sociedade Brasileira de Patologia ressalta a importância do rápido diagnóstico da doença. "A hanseníase deixa de ser contagiosa quando começa o tratamento, ou seja, descobrir sua forma clínica e seu estágio para adiantar o processo de cura é fundamental para a diminuição da propagação da doença, é desse jeito que temos que trabalhar para diminuir o número de novos casos no Brasil", conclui o médico patologista.

LEISHMANIOSE VISCERAL

Local de ocorrência: Amapá
Data da informação: 12/05/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O primeiro caso de leishmaniose visceral humano foi confirmado no Amapá pela Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS). O contágio foi confirmado no próprio estado. Diante disso, o Estado emitiu um alerta para um reforço na prevenção e faz o monitoramento de outros possíveis casos.

O paciente diagnosticado com a doença era um aposentado, de 82 anos, que morava em uma região ribeirinha às margens do Rio Vila Nova, no município de Mazagão, a 32 quilômetros de Macapá. Ele deu entrada em fevereiro no Hospital de Emergência da capital e foi internado. Ele morreu em março, por complicações de uma cirrose, de acordo com a SVS.

O Laboratório Central de Saúde Pública do Amapá (Lacen) começou a investigar o caso em março e concluiu o estudo nesta semana.

“Os sintomas eram edema, febre, aumento do fígado e baço, e ele também vinha apresentando um quadro de cirrose hepática, desde 2007. É o primeiro caso desde que existe o Lacen. Foi um caso inesperado”, descreveu Natália Castelo, biomédica chefe do Laboratório de Parasitologia.

Os médicos veterinários foram até o local onde o aposentado morava e coletaram sangue de 14 cães na comunidade. Em 2 animais, houve confirmação de casos de leishmaniose visceral canina.

O primeiro caso de leishmaniose em cão, infectado no Amapá, foi confirmado em maio de 2017, em Macapá. Desde então, os profissionais da saúde estão em alerta: já foram diagnosticados 17 animais infectados na capital; e dois em Porto Grande.

“Desde 2017 a gente tem realizado pesquisas nos bairros que encontramos animais ‘reagentes’, a fim de encontrar essa espécie. Até agora a gente deteve foco na Zona Sul porque foi onde o primeiro animal apareceu. Mas isso não quer dizer que tenha casos em outros bairros”,

Fonte: google.com.br

comentou Naima Picanço, veterinária do Laboratório de Zoonoses do Lacen.

Assim como o homem, o cão também é uma vítima da doença causada por um parasita, transmitido pelo mosquito-palha. Ele pica o cão com a doença e transmite para outros animais, até picar o homem e passar a leishmaniose.

Como não há vacina para humanos, a maior forma de combater a doença é vacinando o animal. O problema é que a vacina e o tratamento só existem na rede privada.

“Inicialmente ele tem essas lesões de pele, cicatrizes, a tendência é ter no corpo todo, tem aumento das unhas, esses animais começam a ter emagrecimento progressivo, aumento do baço e do fígado, febre intermitente, falta de apetite, e se não tratado, ocasionalmente o óbito”, informou Dennis Magalhães, veterinário de Zoonoses.

SARAMPO

Fonte: google.com.br

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 10/05/2018
Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde

COMENTÁRIOS:

Onze países das Américas notificaram 1.115 casos confirmados de sarampo neste ano: Antígua e Barbuda (1 caso), Argentina (3), Brasil (104), Canadá (9) Colômbia (21), Equador (3), Estados Unidos (63), Guatemala (1), México (4), Peru (2) e Venezuela (904). Os dados são da mais recente atualização epidemiológica da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), publicada nesta semana.

A quantidade já é superior à registrada em todo o ano de 2017, quando quatro países da Região notificaram 895 casos confirmados: Argentina (3), Canadá (45), Estados Unidos (120) e Venezuela (727). Além disso, corresponde a quase o triplo do número registrado no dia 6 de abril deste ano: 385 casos confirmados. Por isso, o organismo internacional recomenda que seus estados membros intensifiquem as atividades de vacinação e vigilância.

Os casos em Antígua e Barbuda e na Guatemala foram importados, respectivamente, do Reino Unido e da Alemanha. Os casos no Canadá, nos Estados Unidos e no México também são importados ou associados à importação. No Peru, não foram identificados casos importados ou relacionados a outro caso importado que pudesse ter sido a fonte de contágio.

Na Argentina, dois dos três casos confirmados tinham histórico de viagem para a Ásia. Na Colômbia, 14 dos 21 casos foram importados da Venezuela. Estão em andamento em ambos os países atividades de vacinação, identificação, monitoramento e comunicação de risco, entre outros. No Equador, foram confirmados casos em dois equatorianos e em um homem proveniente da Venezuela.

No Brasil, há um surto em andamento nos estados de Roraima (81 casos confirmados, dos quais 55 venezuelanos, 24 brasileiros, um guianense e um argentino) e do Amazonas (22 casos confirmados, todos brasileiros). Além disso, foi confirmado um caso no estado do Rio Grande do Sul, em uma brasileira que havia visitado vários países na Europa. Para enfrentar o surto, o Ministério da Saúde do país, em coordenação com os governos estaduais e municipais, está conduzindo atividades de vacinação, vigilância epidemiológica, fortalecimento da rede de laboratórios, comunicação de risco e capacitação de profissionais em manejo de casos de sarampo.

O plano emergencial de contenção do surto de sarampo em Roraima conta com a colaboração da OPAS/OMS. O organismo internacional, a pedido do Ministério da Saúde do Brasil, ajudou a montar um posto de vacinação provisório em Pacaraima, município brasileiro localizado na fronteira com a Venezuela, que funcionou de 1 de março a 5 de maio. A OPAS/OMS também apoiou a reforma de outro posto de vacinação, que funciona desde o dia 6 de maio e cuja estrutura segue as normas internacionais e nacionais de imunização. Ambos os espaços já vacinaram mais de 10,9 mil pessoas.

Além disso, está auxiliando o governo federal brasileiro no fornecimento de seringas, na compra de materiais para manter a temperatura adequada das vacinas, na contratação de profissionais (por exemplo, vacinadores) e no envio de especialistas para apoiar as autoridades nacionais e locais, entre outros.

Na Venezuela, foram registrados casos em 11 estados, a maioria em Bolívar. Para interromper a transmissão do vírus, o país elaborou um Plano Nacional de Resposta Rápida, que inclui estratégias e atividades de vacinação, vigilância epidemiológica, busca e investigação de casos, além de capacitação de profissionais de saúde. A OPAS/OMS está trabalhando para mobilizar recursos com parceiros estratégicos, a fim de apoiar todas as medidas de controle do surto na Venezuela.

A região das Américas foi a primeira do mundo a ser declarada livre de sarampo, uma doença viral que pode causar graves problemas de saúde, inclusive pneumonia, cegueira, inflamação do cérebro e até mesmo a morte. A principal medida para prevenir a introdução e disseminação do vírus do sarampo é a vacinação da população suscetível, juntamente com a implementação de um sistema de vigilância de alta qualidade e sensível o suficiente para detectar de forma oportuna quaisquer casos suspeitos.

A OPAS/OMS recomenda aos seus Estados Membros que aconselhem a vacinação contra sarampo e rubéola, preferencialmente com a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), a todos os viajantes com mais de 6 meses de idade que não puderem comprovar vacinação ou imunidade. E é importante que isso seja feito pelo menos duas semanas antes de viajarem para áreas onde a transmissão do sarampo foi registrada.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 07/05/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

A vigilância da influenza no Brasil é composta pela vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG), de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pela vigilância universal de SRAG. A vigilância sentinela conta com uma rede de unidades distribuídas em todas as regiões geográficas do país e tem como objetivo principal identificar os vírus respiratórios circulantes, além de permitir o monitoramento da demanda de atendimento por essa doença. Atualmente estão ativas 247 Unidades Sentinelas, sendo 137 de SG; 110 de SRAG em UTI; e 17 sentinelas mistas de ambos os tipos. A vigilância universal de SRAG monitora os casos hospitalizados e óbitos com o objetivo de identificar o comportamento da influenza no país para orientar na tomada de decisão em situações que requeiram novos posicionamentos do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas de informação online: SIVEP-Gripe e SINAN Influenza Web.

As informações apresentadas nesse informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 18 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 05/05/2018.

A positividade para influenza, outros vírus respiratórios e outros agentes etiológicos entre as amostras processadas com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 22,3% (1.211/5.427) para SG e de 35,0% (214/611) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 19,0% (1.005/5.291) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 17,8% (158/888) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09.

Fonte: google.com.br

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 07/05/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

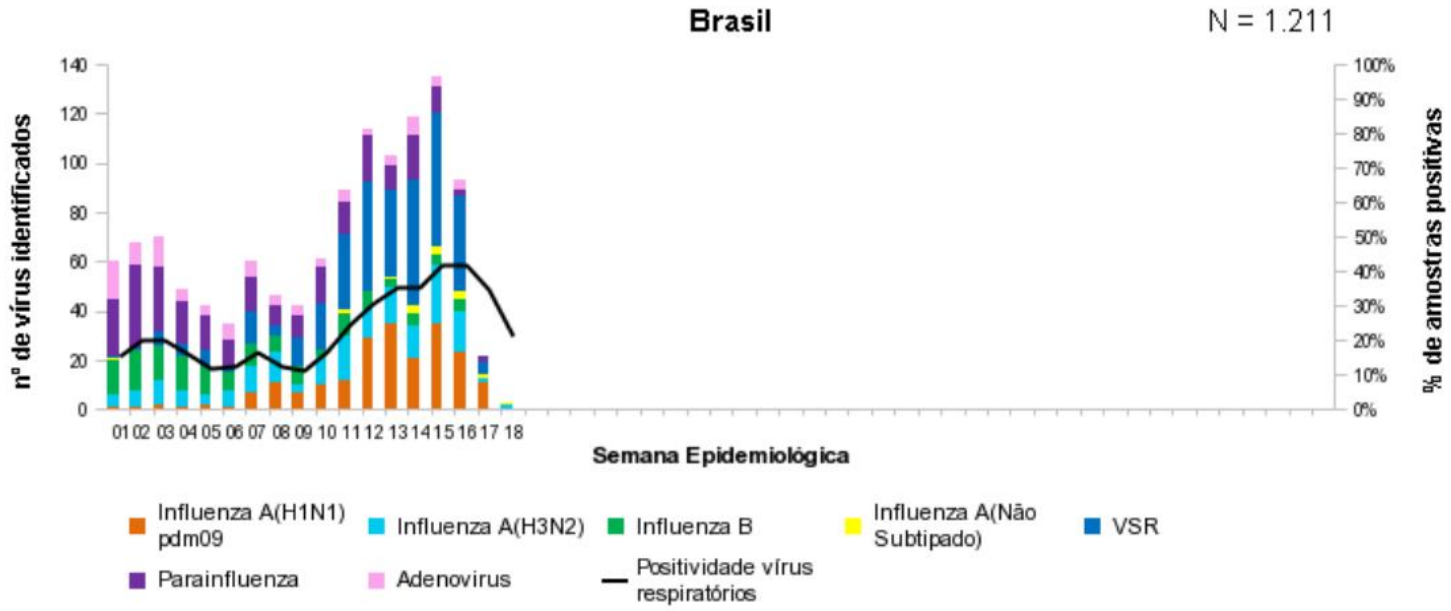
VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 18 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 7.478 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 5.427 (72,6%) possuem resultados inseridos no sistema e 22,3% (1.211/5.427) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 541 (44,7%) foram positivos para influenza e 670 (55,3%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 209 (38,6%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 136 (25,1%) de influenza B, 15 (2,8%) de influenza A não subtipado e 181 (33,5%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 326 (48,7%) de VSR (Figura1).

As regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores quantidades de amostras positivas, com destaque para a maior circulação de Parainfluenza, VSR e Influenza A(H3N2). Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste destaca-se a circulação do vírus VSR, Parainfluenza e 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 A(H3N2), A(H1N1)pdm09 e Influenza B, e Parainfluenza. Entre os indivíduos menores de 10 anos ocorre uma maior circulação de VSR, 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 18.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 7/5/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

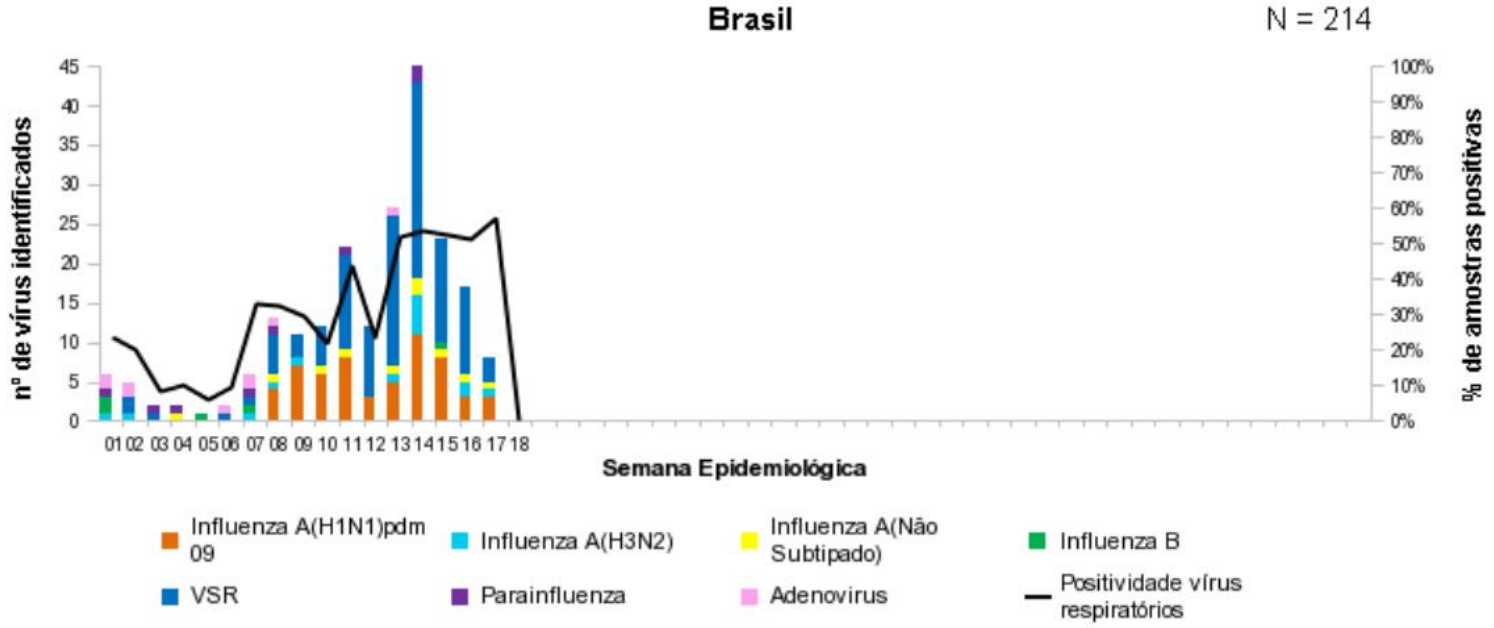
Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 07/05/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 910 coletas, sendo 611 (67,1%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 214 (35,0%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 87 (40,7%) para influenza e 127 (59,3%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 58 (66,7%) para influenza A(H1N1)pdm09, 10 (11,5%) para influenza A não subtipado, 5 (5,7%) para influenza B e 14 (16,1%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 110 (86,6%) 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 18.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 7/5/2018, sujeitos a alteração.

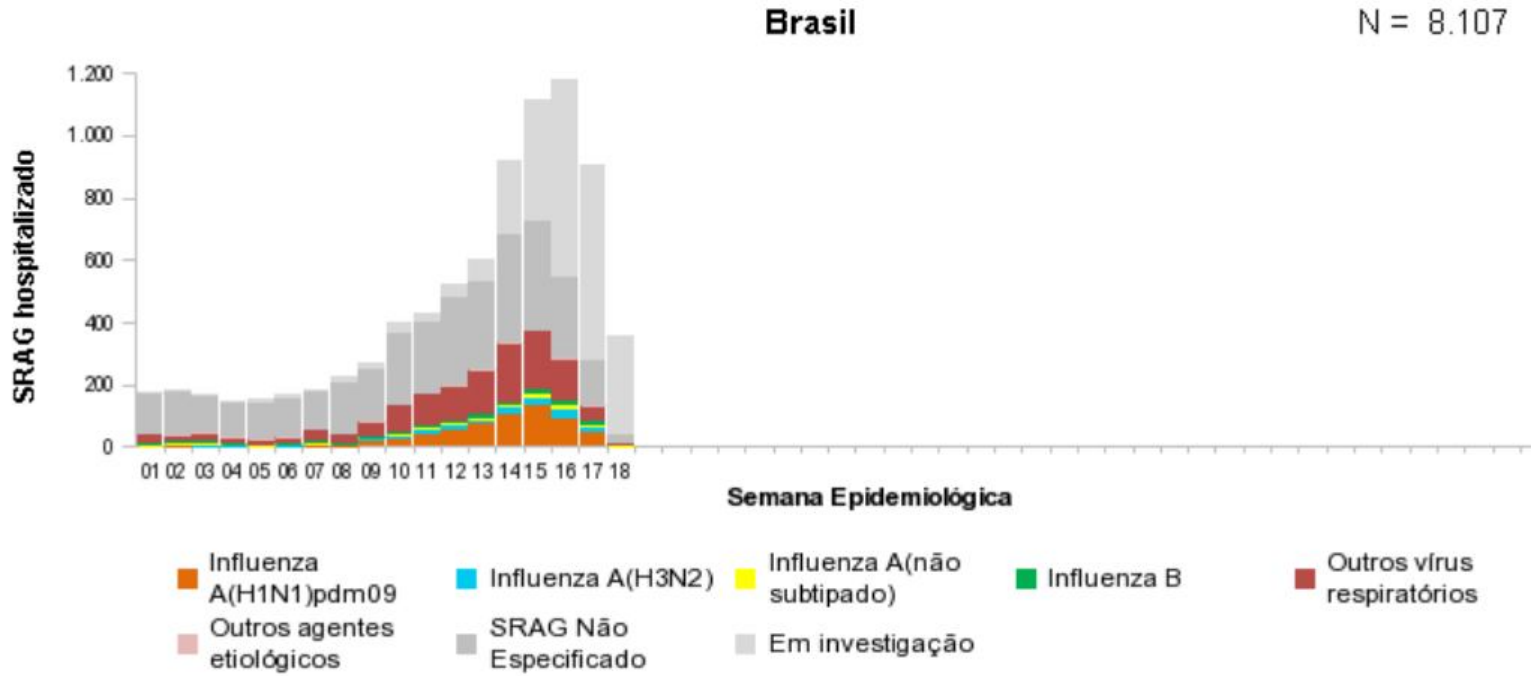
INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 07/05/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 18 de 2018 foram notificados 8.107 casos de SRAG, sendo 5.291 (65,3%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 19,0% (1.005/5.291) foram classificadas como SRAG por influenza e 23,2% (1.226/5.291) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 597 (59,4%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 88 (8,8%) influenza A não subtipado, 112 (11,1%) influenza B e 208 (20,7%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 32 anos, variando de 0 a 107 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região nordeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 30,0% (301/1.005).

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 18.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 7/5/2018, sujeitos a alteração.

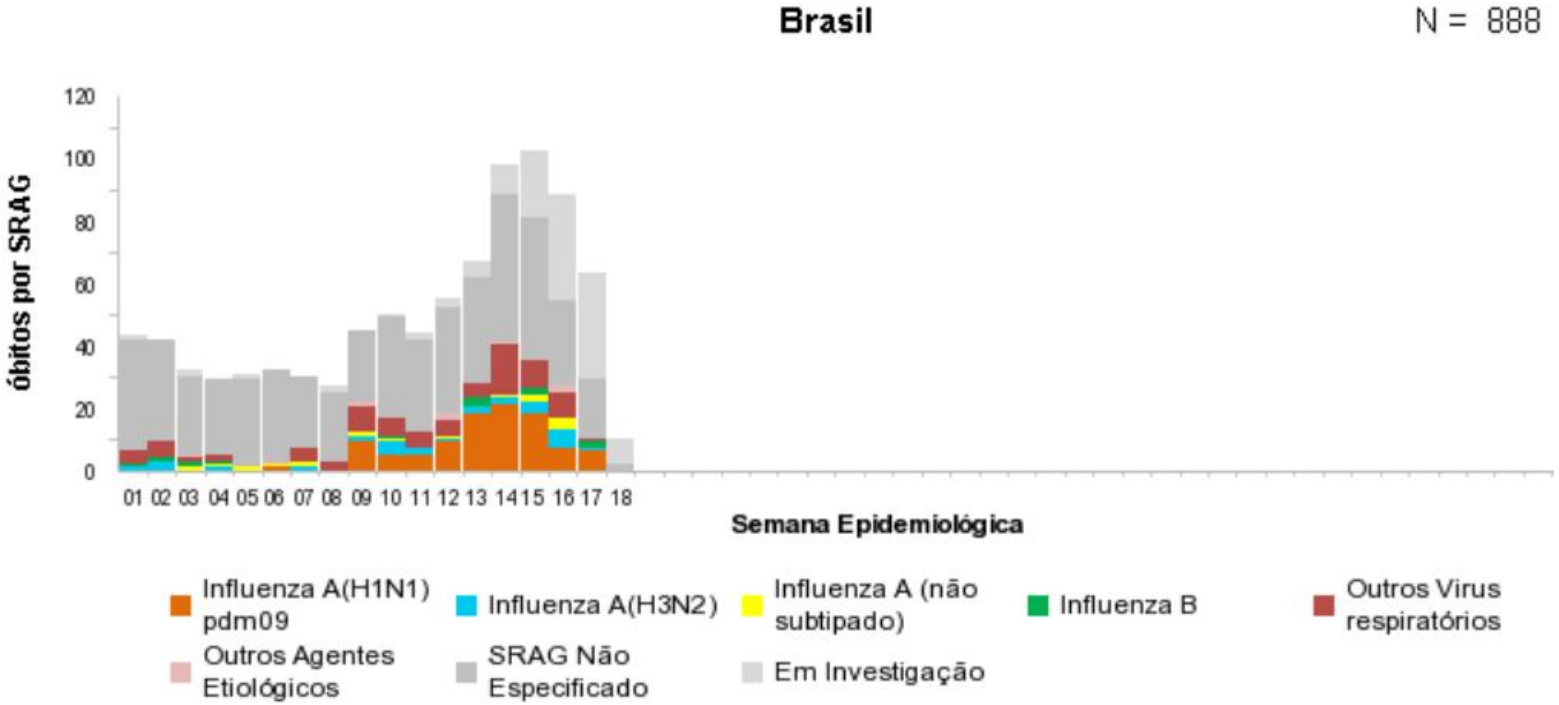
INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 07/05/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 18 de 2018 foram notificados 888 óbitos por SRAG, o que corresponde a 11,0% (888/8.107) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 158 (17,8%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 99 (62,7%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 16 (10,1%) influenza A não subtipado, 13 (8,2%) por influenza B e 30 (19,0%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é Goiás, com 25,3% (40/158), 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 18.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 7/5/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização
Data da informação: 07/05/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 49 anos, variando de 0 a 107 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,08/100.000 habitantes. Dos 158 indivíduos que foram a óbito por influenza, 117 (74,1%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos ≥ 60 anos, Pneumopatas, Cardiopatas e Diabetes. Além disso, 111 (70,3%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 16 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento nas primeiras 48 horas.

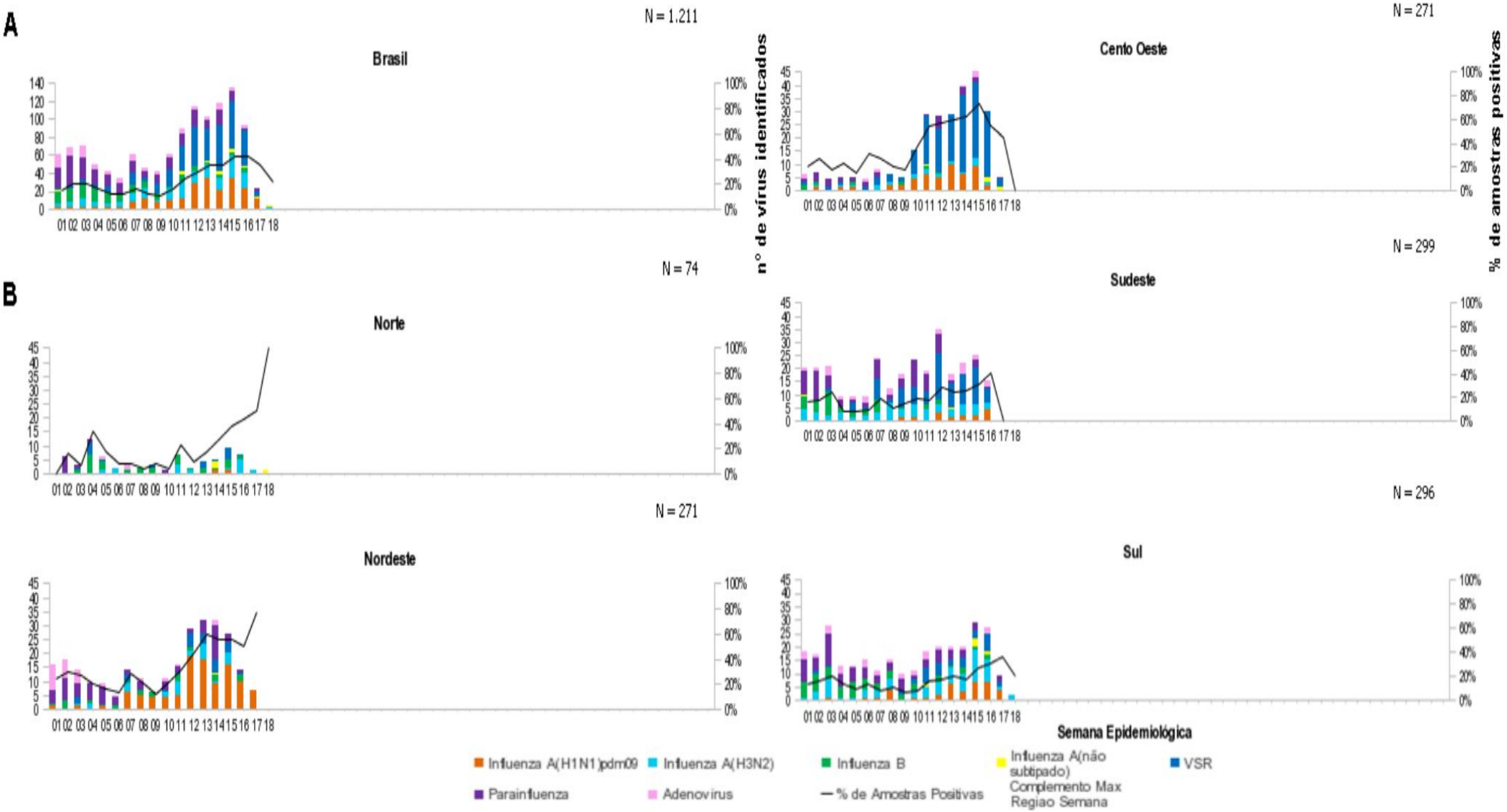
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 18.

Óbitos por Influenza (N = 158)	n	%
Com Fatores de Risco	**117**	**74,1%**
Adultos ≥ 60 anos	52	44,4%
Doença cardiovascular crônica	30	25,6%
Pneumopatias crônicas	25	21,4%
Diabete mellitus	22	18,8%
Obesidade	19	16,2%
Doença Neurológica crônica	12	10,3%
Doença Renal Crônica	7	6,0%
Imunodeficiência/Imunodepressão	10	8,5%
Gestante	3	2,6%
Doença Hepática crônica	1	0,9%
Criança < 5 anos	19	16,2%
Puérpera (até 42 dias do parto)	2	1,7%
Indígenas		0,0%
Síndrome de Down		0,0%
Que utilizaram antiviral	**111**	**70,3%**

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 7/5/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Anexo 1. Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas unidades sentinelas de Síndrome Gripal por semana epidemiológica do início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 18.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 7/5/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

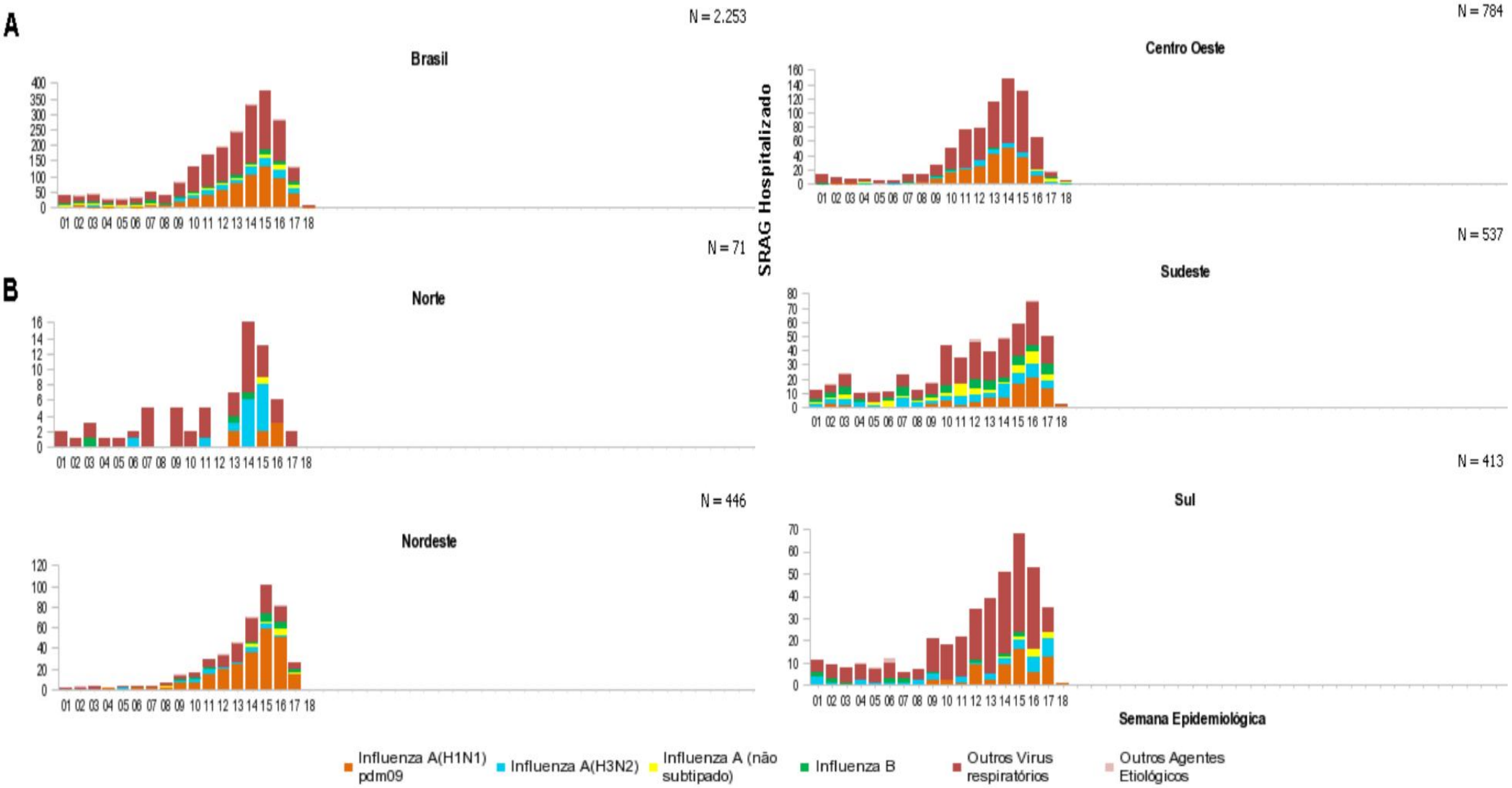
Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 18.

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	**405**	**39**	**7**	**0**	**15**	**1**	**1**	**0**	**3**	**2**	**26**	**3**	**45**	**2**	**0**	**0**	**242**	**31**	**92**	**3**
RONDÔNIA	15	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	2	3	0
ACRE	56	10	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	3	0	0	0	29	9	23	0
AMAZONAS	71	1	0	0	2	0	1	0	0	0	3	0	27	0	0	0	37	1	4	0
RORAIMA	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
PARÁ	235	18	7	0	12	1	0	0	1	0	20	1	14	2	0	0	147	14	54	1
AMAPÁ	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0
TOCANTINS	25	6	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	16	4	7	1
NORDESTE	**1.653**	**194**	**238**	**45**	**26**	**2**	**15**	**4**	**22**	**3**	**301**	**54**	**136**	**14**	**9**	**3**	**527**	**68**	**680**	**55**
MARANHÃO	13	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	3	2	7	0
PIAUÍ	68	12	12	1	0	0	0	0	0	0	12	1	17	2	0	0	13	5	26	4
CEARÁ	411	63	114	24	7	0	5	1	14	1	140	26	7	1	3	2	79	9	182	25
RIO GRANDE DO NORTE	90	18	9	1	1	0	1	1	6	1	17	3	5	0	0	0	27	9	41	6
PARAÍBA	71	23	2	2	1	1	0	0	0	0	3	3	5	2	0	0	31	12	32	6
PERNAMBUCO	394	22	13	3	9	0	0	0	0	0	22	3	4	0	0	0	167	10	201	9
ALAGOAS	43	5	6	0	1	0	1	1	0	0	8	1	1	0	5	1	22	2	7	1
SERGIPE	63	0	6	0	2	0	3	0	1	0	12	0	1	0	0	0	48	0	2	0
BAHIA	500	49	75	14	5	1	5	1	1	1	86	17	94	9	1	0	137	19	182	4
SUDESTE	**2.776**	**309**	**76**	**11**	**80**	**14**	**52**	**10**	**65**	**6**	**273**	**41**	**256**	**18**	**8**	**5**	**1.343**	**208**	**896**	**37**
MINAS GERAIS	489	49	3	0	15	0	1	1	3	0	22	1	56	5	2	0	279	40	130	3
ESPÍRITO SANTO	132	20	2	0	6	0	0	0	2	2	10	2	0	0	0	0	86	11	36	7
RIO DE JANEIRO	301	28	4	1	10	3	9	0	28	1	51	5	50	6	0	0	95	15	105	2
SÃO PAULO	1.854	212	67	10	49	11	42	9	32	3	190	33	150	7	6	5	883	142	625	25
SUL	**1.413**	**158**	**61**	**5**	**44**	**6**	**9**	**1**	**14**	**0**	**128**	**12**	**281**	**18**	**4**	**1**	**742**	**123**	**258**	**4**
PARANÁ	881	98	36	3	25	4	4	1	8	0	73	8	240	16	3	1	347	70	218	3
SANTA CATARINA	203	24	18	2	13	2	5	0	2	0	38	4	30	2	0	0	111	17	24	1
RIO GRANDE DO SUL	329	36	7	0	6	0	0	0	4	0	17	0	11	0	1	0	284	36	16	0
CENTRO OESTE	**1.855**	**187**	**215**	**38**	**43**	**7**	**11**	**1**	**7**	**2**	**276**	**48**	**507**	**30**	**1**	**0**	**528**	**84**	**543**	**25**
MATO GROSSO DO SUL	235	19	4	0	17	4	3	0	2	0	26	4	92	1	0	0	101	11	16	3
MATO GROSSO	152	24	5	1	4	0	3	1	2	1	14	3	2	1	0	0	41	14	95	6
GOIÁS	996	132	187	36	15	3	0	0	1	1	203	40	215	25	0	0	258	51	320	16
DISTRITO FEDERAL	472	12	19	1	7	0	5	0	2	0	33	1	198	3	1	0	128	8	112	0
BRASIL	**8.102**	**887**	**597**	**99**	**208**	**30**	**88**	**16**	**111**	**13**	**1.004**	**158**	**1.225**	**82**	**22**	**9**	**3.382**	**514**	**2.469**	**124**
Outro País	**5**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**2**	**1**
TOTAL	**8.107**	**888**	**597**	**99**	**208**	**30**	**88**	**16**	**112**	**13**	**1.005**	**158**	**1.226**	**82**	**22**	**9**	**3.383**	**514**	**2.471**	**125**

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 7/5/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

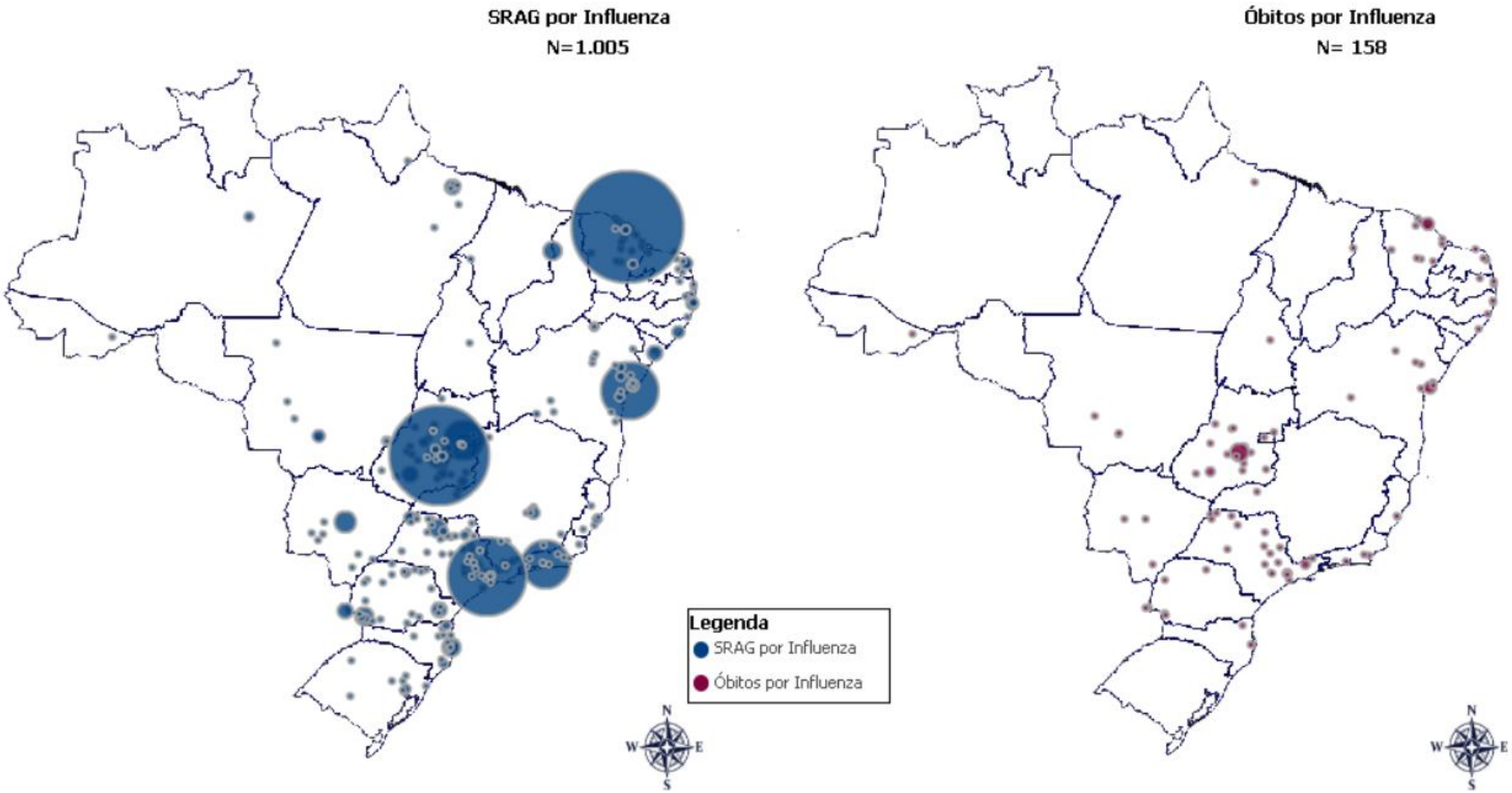
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 18.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 7/5/2018, 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 18.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 7/5/2018, sujeitos a alteração.

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

EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 19/2018

(06/05/2018 a 12/05/2018)

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

GUILLAIN-BARRÉ

Local de ocorrência: Peru
Data da informação: 11/05/2018
Fonte da informação: diariodepernambuco.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

As autoridades de saúde do Peru identificaram um vírus suspeito de causar um surto da síndrome de Guillain-Barré, com 42 afetados, provocando um alerta epidemiológico no país. A ministra da Saúde, Silvia Pessah, disse que foram atendidos pacientes em diversos hospitais, "contabilizando infelizmente 42 pessoas com a doença neste momento" no Peru.

A quantidade de afetados pela síndrome, que paralisa braços e pernas, é o dobro da registrada no Peru nos anos anteriores no mesmo período, detalhou.

Pessah explicou que nos anos anteriores foram registrados casos isolados em todas as regiões do Peru, mas agora chama a atenção que a maioria dos doentes esteja concentrada na cidade de Trujillo, no norte do país.

As autoridades sanitárias anunciaram que identificaram o vírus suspeito de causar esse surto. "O principal suspeito do surto é o enterovírus D68", disse à AFP Luis Suárez, diretor do Centro Nacional de Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças.

Segundo pesquisas iniciais, o enterovírus D68 foi detectado em vários pacientes diagnosticados com Guillain-Barré, ressaltou Suárez. Estão sendo realizados testes de DNA para comprovar que o enterovírus D68 é o responsável pelo surto, e estes devem ficar prontos em alguns dias.

O governo peruano declarou um alerta epidemiológico nacional após detectar que entre uma centena de casos suspeitos de Guillain-Barré existia um grupo de incidências que foram apresentadas em uma mesma região e em datas similares, algo incomum até agora.

Vinte casos em uma cidade de um milhão de habitantes como Trujillo chamou a atenção das autoridades sanitárias: "Esperava-se 20 casos em todo o ano", disse Suárez.

Fonte: google.com.br

SALMONELLA

Local de ocorrência: Estados Unidos
Data da informação: 09/05/2018
Fonte da informação: paranashop.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Todos os anos, 1,3 milhão de pessoas são infectadas por um dos 2.300 tipos de *salmonella* nos Estados Unidos. A informação foi divulgada este mês pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), que revelou ainda que o problema hospitaliza cerca de 23 mil pessoas e mata 450 anualmente. Após o aumento repentino de casos, a Food and Drug Administration (FDA) investiga 22 tipos de infecções mais recentes da bactéria no país.

A entidade anunciou este mês a retirada de mais de 200 milhões de ovos possivelmente contaminados de redes de supermercado estadunidenses. Os dois tipos mais comuns encontrados no país são a *Salmonella enteritidis* e *Salmonella typhimurium*, responsáveis por cerca de metade das infecções humanas, de acordo com o Departamento de Agricultura norte-americano.

Este tipo de bactéria pode levar à morte em poucas horas. Ovos e produtos lácteos são uma das fontes mais comuns de doenças transmitidas por alimentos. Mas infecções por *salmonella* – que causam uma doença conhecida como salmonelose – também vêm do consumo de aves e carne cruas ou mal cozidas, além de frutas, legumes, especiarias e nozes, entre outros. Algumas pessoas também ficam doentes interagindo com animais, principalmente répteis, anfíbios e pássaros.

As crianças, especialmente com menos de cinco anos, correm mais riscos. Mas as doenças causadas por essas infecções são mais graves em bebês, idosos e qualquer pessoa com um sistema imunológico enfraquecido. Indivíduos infectados podem apresentar diarreia forte, vômitos, dor abdominal e de cabeça, mal-estar, desidratação, calafrios e febre intensa. Os sintomas costumam aparecer entre 12 e 48 horas após a ingestão e somem após três ou quatro dias, mas as bactérias podem continuar no corpo.

A Dra. Melina Bonato, coordenadora de P&D da ICC Brazil, explica que quando estão presentes no intestino dos animais infectados podem contaminar, por meio das fezes ou excreções, a carne, ovos ou leite. “Nas galinhas, os ovos podem ser infectados por dois meios: pelas excreções contaminadas – pois a *salmonella* coloniza o ceco e depois estas sujam a casca, que é porosa -, ou por contaminação interna do ovo, uma vez que a *salmonella* pode ir do intestino para os ovários, contaminando a gema”, explica Melina. Além disso, a transmissão também ocorre com a falta de higiene das pessoas: quando alguém infectado não lava as mãos ou não usa luvas ao manusear alimentos.

Com a retirada ou diminuição do uso de antibióticos na dieta de animais, uma das opções para controle de *salmonella* são os aditivos que podem ajudar a reduzir a incidência desta bactéria. Mundialmente, inúmeras pesquisas são realizadas sobre o assunto para solucionar ou reduzir o problema.

A ICC Brazil realizou, em 2016, um experimento focado nesse tema em parceira com o *Southern Poultry Research Group* nos Estados Unidos. A pesquisa, conduzida pelo Prof. Dr. Charles Hofacre, analisou 192 galinhas poedeiras contaminadas com *Salmonella enteritidis* e a eficácia do produto ImmunoWall® na redução do problema nas aves.

“Neste estudo, as frangas que foram alimentadas com uma dieta suplementada com ImmunoWall® apresentaram uma redução estatística na contaminação do ceco pela *Salmonella enteritidis,* em relação ao grupo controle não tratado. O resultado foi obtido com a dosagem padrão recomendada do produto. Esta importante diminuição na infecção cecal é um fator determinante em relação à segurança alimentar, pois por consequência, reduz o contágio na superfície dos ovos. Após a postura, inicia-se o arrefecimento em que as bactérias da superfície migram para o interior por meio dos poros da casca. Com isso, quanto menos contaminação da superfície por *Salmonella enteritidis* menor será a infecção do interior do ovo”, analisa a coordenadora de P&D.

Há 25 anos, a empresa brasileira une pesquisa e biotecnologia, realizando estudos que comprovam os benefícios de aditivos à base de levedura em diversas espécies animais. Com um controle de qualidade rigoroso e acompanhamento em todas as fases de fabricação, fornece soluções inovadoras que visam à saúde e o desempenho animal, além da segurança alimentar. A ICC está presente em cerca de 50 países.

DENGUE

Local de ocorrência: Estados Unidos
Data da informação: 11/05/2018
Fonte da informação: diariodasaude.com.br (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Durante os surtos de dengue, você deve ter ouvido inúmeras entrevistas de médicos e autoridades de saúde falando que a dengue não é transmissível, portanto não há nenhuma preocupação em ter alguém com dengue na família.

É fato que um ser humano não pode transmitir dengue para outro ser humano de forma direta.

Mas essas recomendações podem estar gerando consequências devastadoras para a proliferação da doença.

Ocorre que as pessoas que já foram infectadas com o vírus, por meio do pernilongo *Aedes aegypti*, e que praticamente não apresentam sintomas nos dias seguintes à picada, são provavelmente a principal fonte de dengue, garantem Quirine Bosch e seus colegas da Universidade de Notre Dame (EUA), em um artigo publicado na revista científica *PLOS Pathogens*.

A equipe estima que mais de 80% das infecções por vírus da dengue podem ser atribuídas às pessoas com sintomas leves ou sem sintomas que ainda nem sequer procuraram um médico.

Isto porque grande parte da transmissão do vírus da dengue é resultado de mosquitos *Aedes aegypti* picando pessoas já infectadas antes do início dos sintomas - no momento em que esses sintomas aparecem, a oportunidade de impedir que o vírus se espalhe já passou.

"Até alguns anos atrás, supunha-se que indivíduos com sintomas leves ou sem sintomas contribuíam relativamente pouco para a transmissão do vírus da dengue.

"Nossa pesquisa revela que as pessoas que não apresentam sintomas da infecção pelo vírus da dengue estão contribuindo muito mais [para o espalhamento da doença] do que se admitia até agora, de forma que agora temos uma ideia melhor do quanto elas contribuem para a propagação desta doença," disse o professor Alex Perkins, coordenador da pesquisa.

Evite ser picado - antes ou depois

Atualmente, as autoridades de saúde - incluindo a Organização Mundial de Saúde - concentram os esforços de vigilância das doenças na detecção de surtos, monitorando tendências no número de casos e avaliando a possibilidade de epidemias. No caso da dengue, essa vigilância abrange o monitoramento de casos suspeitos e confirmados.

"Infelizmente, com base em nosso estudo, aqueles que precisam ser alvo de intervenções estão sendo identificados depois de já terem contribuído para a transmissão ou nem mesmo estão sendo identificados," disse Perkins. "Nossos resultados indicam que pode ser necessário mudar a ênfase para estratégias mais proativas de prevenção de doenças que não se baseiem fortemente em responder a casos já detectados."

Assim, como já aconteceu antes com a malária - os pernilongos transmissores picam mais as pessoas já com malária -, o recado a se levar para casa é: se você está com suspeita de dengue, cuide dos seus familiares e vizinhos protegendo-se ao máximo de novas picadas.

Fonte: google.com.br

NOVO CORONAVÍRUS (MERS-CoV)

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 05/05/2018

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

COMENTÁRIOS:

Desde que a doença foi identificada pela primeira vez na Arábia Saudita em setembro de 2012, aproximadamente 2.000 casos de MERS-CoV foram detectado em mais de 20 países. Na Europa, oito países relataram casos confirmados, todos com conexões diretas ou indiretas para o Oriente Médio. A maioria dos casos de MERS-CoV continua a ser relatada no Oriente Médio. A fonte do vírus permanece desconhecido, mas o padrão de transmissão e estudos virológicos apontam para camelos dromedários no Oriente Médio sendo um reservatório do qual os seres humanos esporadicamente se infectam através da transmissão zoonótica. Humano a humano transmissão é amplificada entre contatos domiciliares e em ambientes de saúde.

Desde a última atualização, em 4 de abril de 2018, a Arábia Saudita detectou sete casos de MERS-CoV. Entre os sete casos, três relataram contato com camelos, um era contato domiciliar e três eram casos primários sem indicação da rota de transmissão. Os casos ocorreram em Najran (2), Riade (1), Haweijah (1), Hufoof (1) e Alqunfodha (2). Entre os casos, cinco eram do sexo masculino e dois do sexo feminino. As idades variaram entre 43 e 93 anos.

Desde abril de 2012 até 5 de maio de 2018, 2.224 casos de MERS-CoV, incluindo 834 mortes, foram relatados pelas autoridades de saúde no mundo todo.

O risco de transmissão sustentada de humano para humano na Europa continua a ser muito baixo. A conclusão do ECDC continua a ser a de que o surto de MERS-CoV representa um risco baixo para a União Europeia, conforme indicado numa avaliação rápida dos riscos publicada em 21 de outubro de 2015, que também fornece detalhes sobre o último caso relatado na Europa.

Fonte: google.com.br

MALÁRIA

Local de ocorrência: Estados Unidos / Costa Rica
Data da informação: 14/05/2018
Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

Henry Wu, do site GeoSentinel Atlanta, relatou recentemente um caso de "palmas falciparum" em um turista americano que retornava da Costa Rica.

O viajante era um turista dos Estados Unidos, sem histórico significativo de viagens recentes. Ele visitou uma área menos visitada no leste da Costa Rica, perto do Panamá.

O itinerário do paciente na Costa Rica (7 a 20 de abril de 2018) foi o seguinte: Drake Bay, La Tarde e El Remanso. O paciente não usou repelentes. O início dos sintomas da doença foi em 28 de abril de 2018 com febre em 29 de abril de 2018. Antes de viajar relatado: St Thomas, Ilhas Virgens de junho de 2017, e uma viagem à Tanzânia em 2015.

Este paciente teve um RDT [teste de diagnóstico rápido] positivo para _P. falciparum_ mas, surpreendentemente, dois esfregaços espessos, um antes e outro 24 horas após o início do tratamento, foram ambos negativos. Inicialmente, o caso foi considerado como um falso positivo RDT (banda T1), mas o PCR feito no CDC dos EUA foi positivo. Ele se recuperou após o tratamento. O CDC está considerando um caso confirmado para sua vigilância neste momento.

O caso é incomum, porque esta área não é considerada uma área de risco de malária e apenas é recomendado evitar a picada de mosquito. Além disso, ressalta como a epidemiologia da malária pode ser imprevisível, particularmente em áreas de movimento migratório. A partir das datas de início de viagem e doença, parece mais provável que este turista americano tenha contraído malária falciparum em uma área da Costa Rica que não é considerada uma área de risco para malária.

Fonte: google.com.br

EBOLA

Local de ocorrência: República Democrática do Congo
Data da informação: 11/05/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Após declarar fim do surto de ebola em julho de 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmou na sexta-feira (11/05) em entrevista coletiva que o risco de propagação do vírus na República Democrática do Congo (RDC) é elevado e que se prepara paro "o pior cenário possível". A informação é da agência France Presse.

A OMS registrou 32 casos ebola, incluindo 18 mortes, no país entre 4 de abril e 9 de maio. O último surto de ebola foi em 2017 e deixou quatro mortos. Há algum tempo, no entanto, a África vem sofrendo com o avanço do vírus.

A epidemia mais importante ocorreu no oeste da África entre 2013 e 2016 e deixou 11,3 mil mortos de um total de 29 mil casos, em sua grande maioria na Guiné, Libéria e Serra Leoa.

Ebola é transmitido por líquidos corporais

A febre hemorrágica do ebola, que apareceu pela primeira vez em 1976 no que então era Zaire (agora RDC), procede de um vírus que se transmite por contato físico com os líquidos corporais infectados.

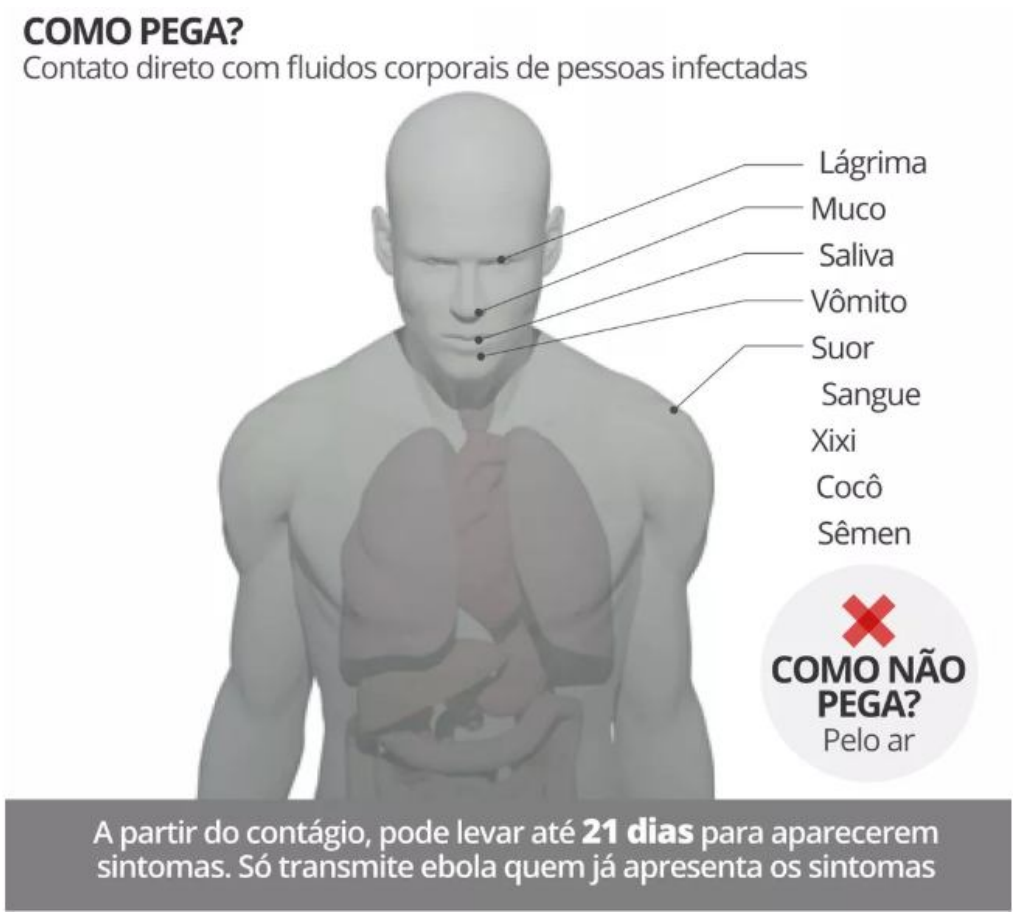
O consumo de carne de animais silvestres também é um fator de contágio. A epidemia mais importante ocorreu no oeste da África entre 2013 e 2016 e deixou 11,3 mil mortos de um total de 29 mil casos, em sua grande maioria na Guiné, Libéria e Serra Leoa.

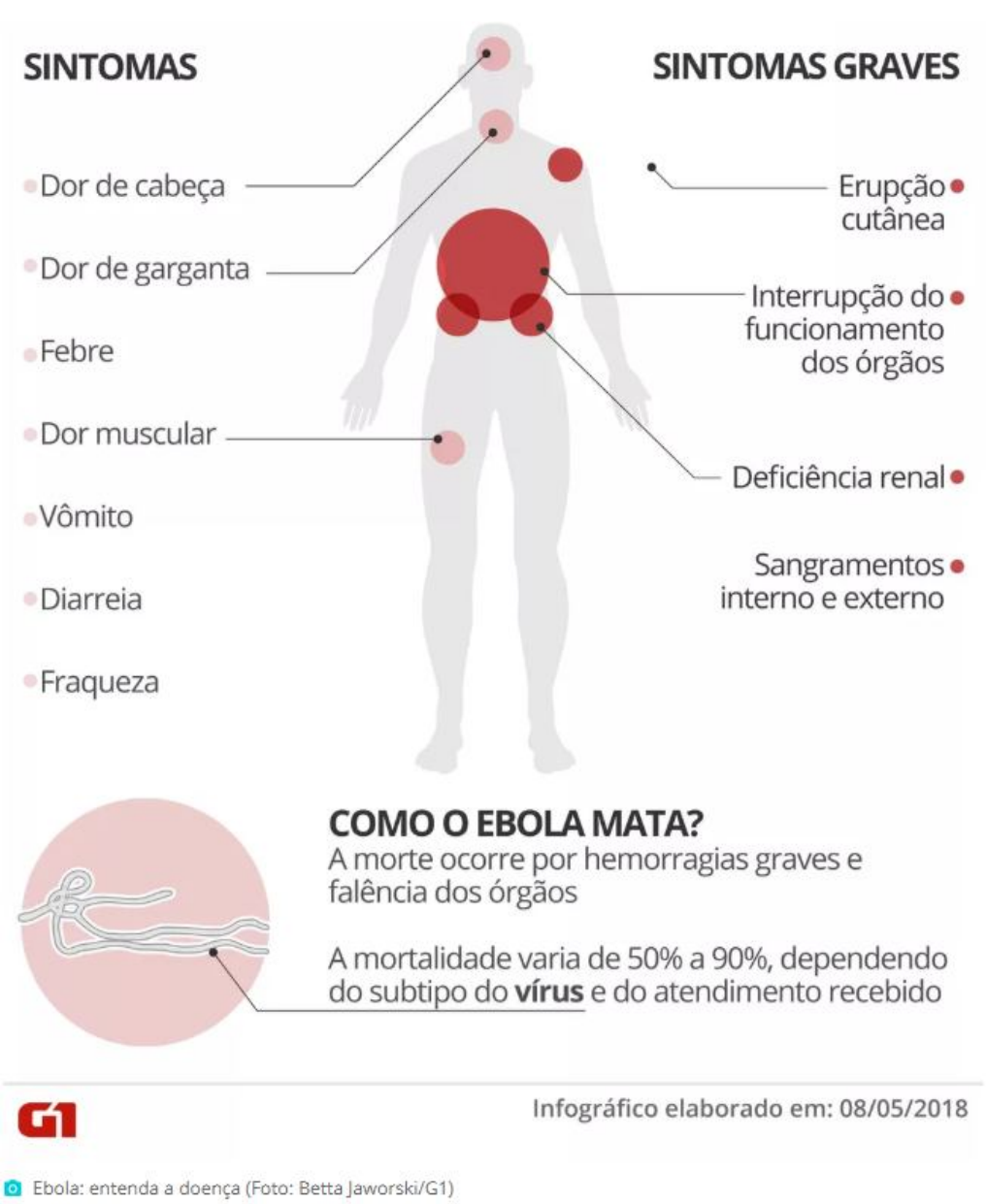
(Continua na próxima página)

EBOLA

Local de ocorrência: República Democrática do Congo
Data da informação: 11/05/2018
Fonte da informação: g1.globo.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:





Ebola: entenda a doença (Foto: Betta Jaworski/G1)

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 08/05/2018
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, nenhum novo caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) foi confirmado esta semana. O número total de casos de WPV1 oficialmente registrados no Afeganistão em 2018 é de sete. No Paquistão, nenhum novo caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) foi confirmado esta semana. O número total de casos de WPV1 oficialmente registrados no Paquistão em 2018 é um.

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. Não há casos relatados em 2018.

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), nenhum novo caso de poliovírus tipo 2 derivados da vacina (cVDPV2) foi relatado na semana passada. O número total de casos de cVDPV2 comunicados oficialmente na RDC em 2018 permanece em quatro.

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	8	4	5	0	22	96
- in endemic countries	8	0	5	0	22	0
- in non-endemic countries	0	4	0	0	0	96

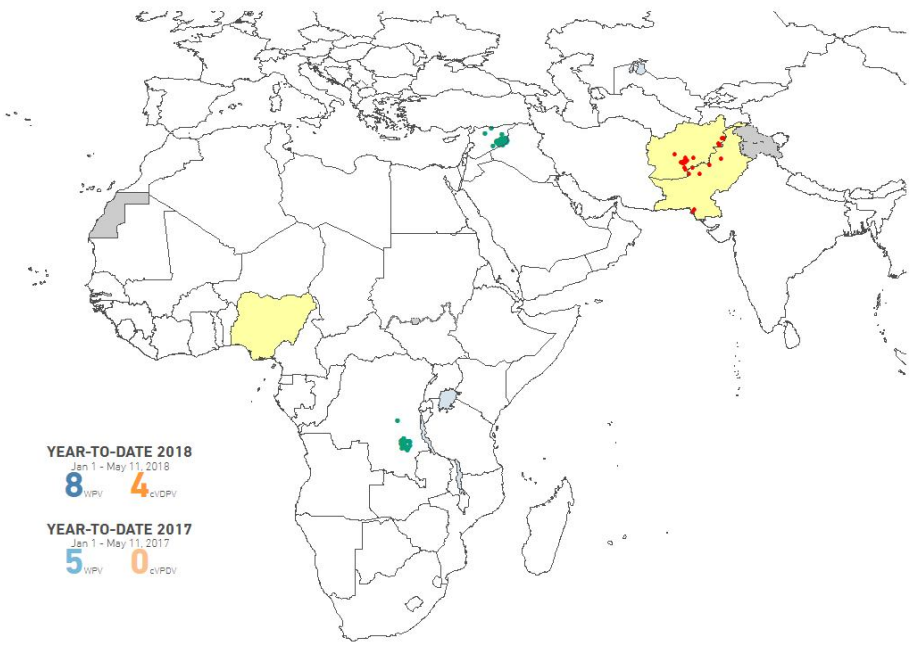
http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/

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	7	0	3	0	14	0	03/Mar/18	NA
Paquistão	1	0	2	0	8	0	08/Mar/18	NA
República Democrática do Congo	0	4	0	0	0	22	NA	19/Fev/18
Síria	0	0	0	0	0	74	NA	21/Sep/17

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

Poliovírus selvagem global e casos de poliovírus circulantes derivados da vacina - últimos 12 meses - em 30 de abril de 2018



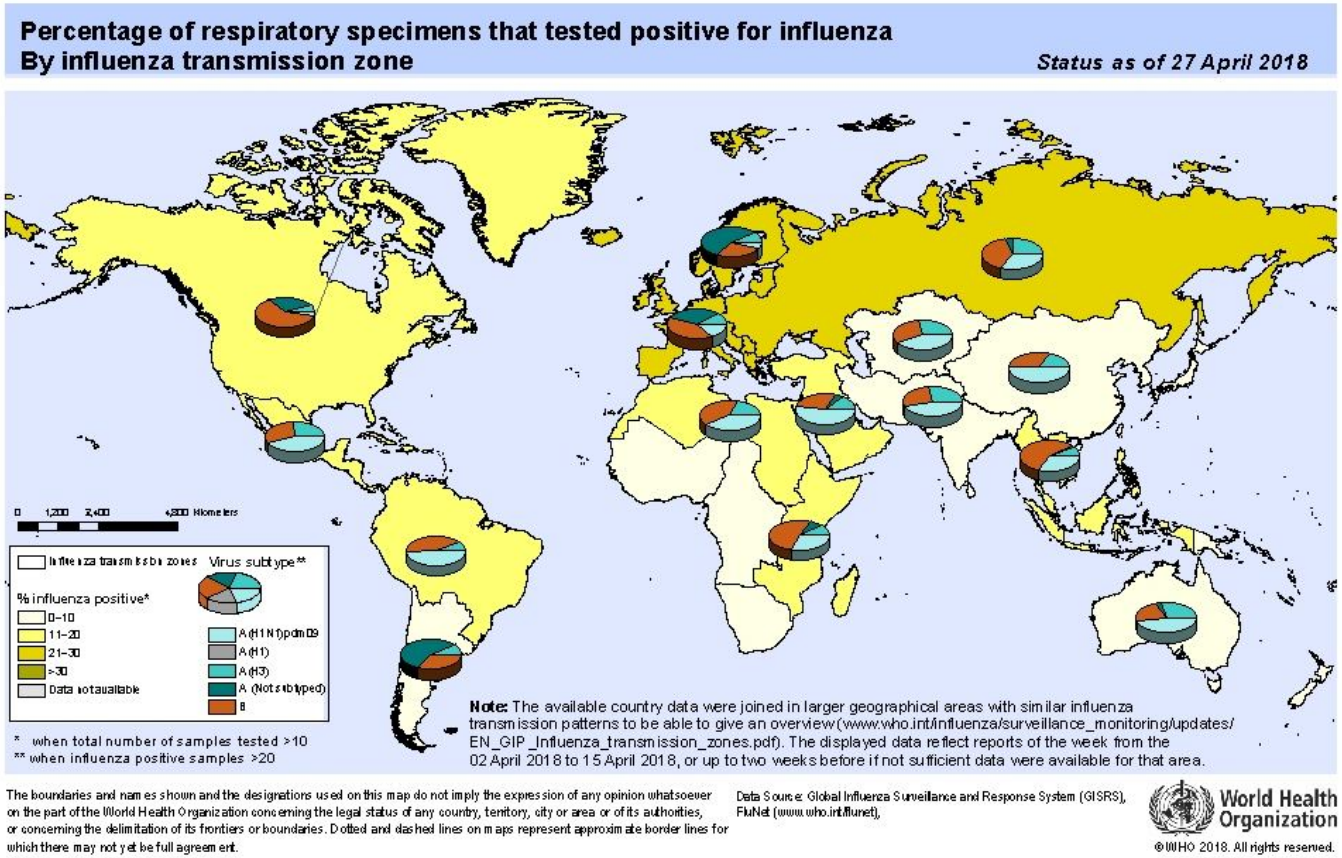
http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial
Data da informação: 30/04/2018
Origem da informação: Organização Mundial da Saúde – OMS

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

A atividade da gripe retornou aos níveis inter-sazonais na maioria dos países da zona temperada do hemisfério norte, exceto na Europa Oriental. Na zona temperada do hemisfério sul, a atividade da influenza permaneceu abaixo dos limites sazonais. Em todo o mundo, os subtipos de influenza sazonal A e B representaram aproximadamente a mesma proporção de detecções de influenza. Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de gripe de 113 países, áreas ou territórios relataram dados à FluNet no período de 02 a 15 de abril de 2018 (dados de 2018-04-27 03:39:08 UTC). Os laboratórios WHO GISRS testaram mais de 137.071 espécimes durante esse período, 21.639 foram positivos para o vírus da gripe, dos quais 12.034 (55,6%) foram identificados como influenza A e 9.605 (44,4%) como influenza B. Dos vírus subtipados da gripe A, 3.077 (58,2%) eram influenza A (H1N1) pdm09 e 2.211 (41,8%) foram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 917 (88,7%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 117 (11,3%) à linhagem B-Victoria.



World Health Organization

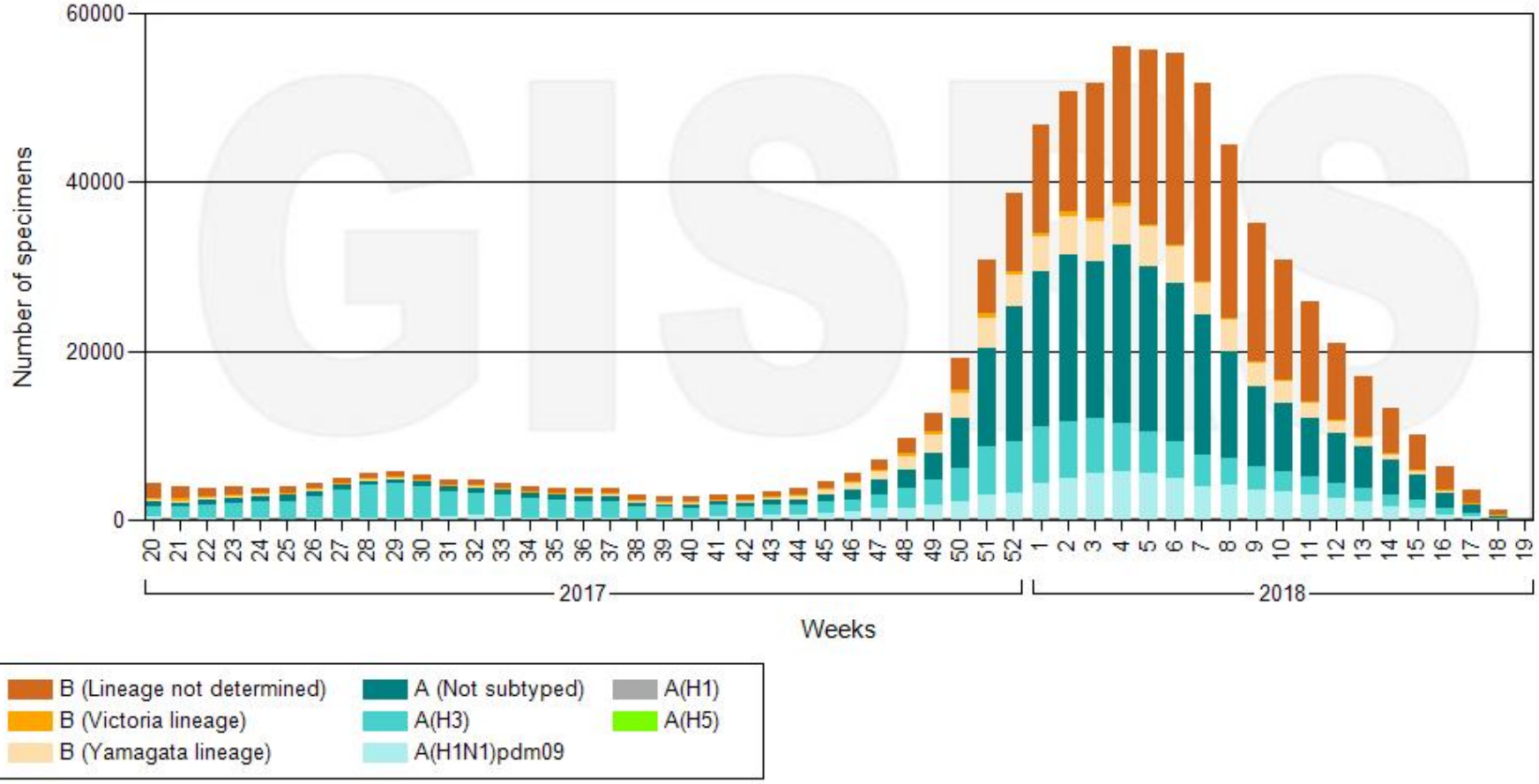
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 14/05/2018 13:45:08 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

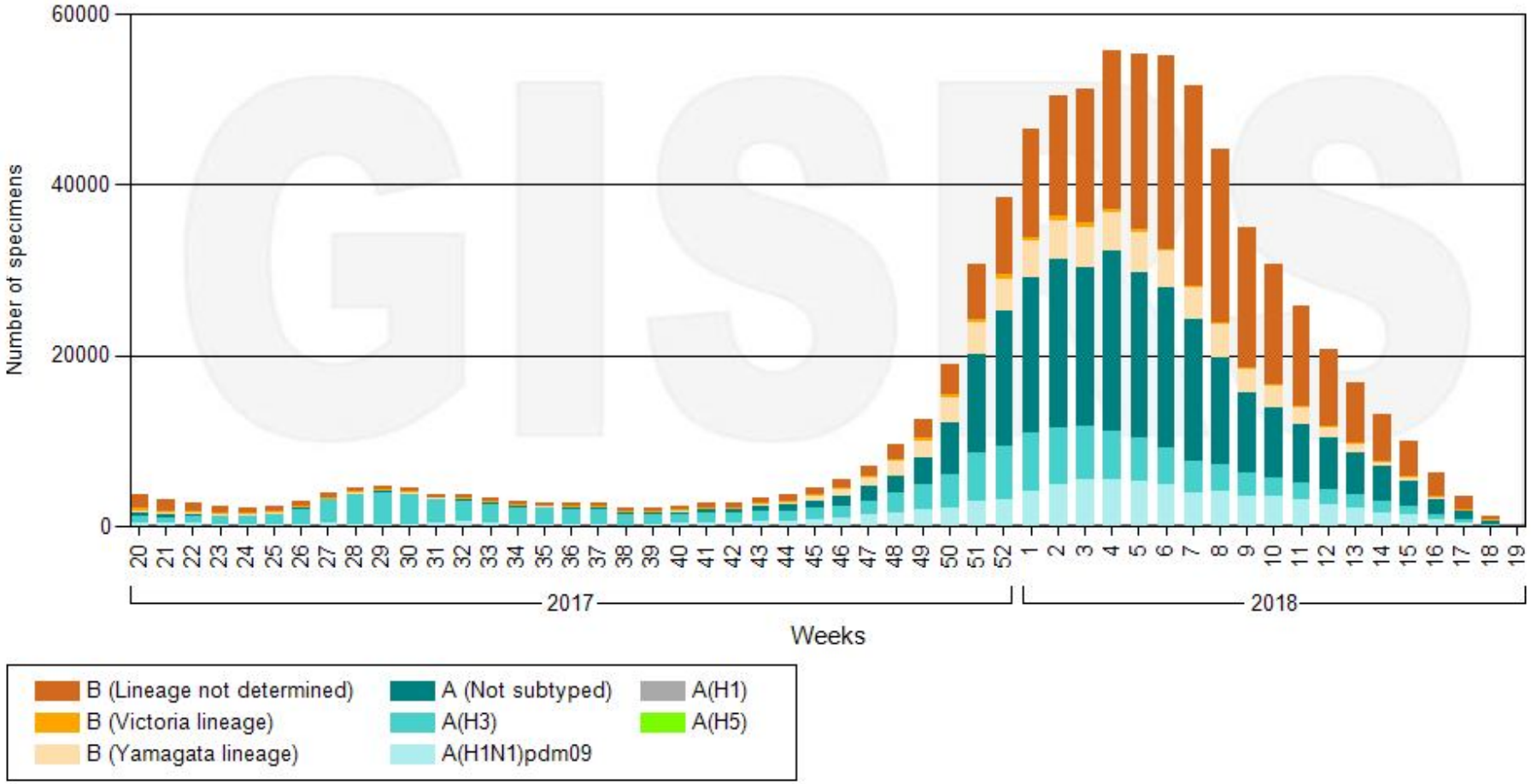
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 14/05/2018 13:47:26 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

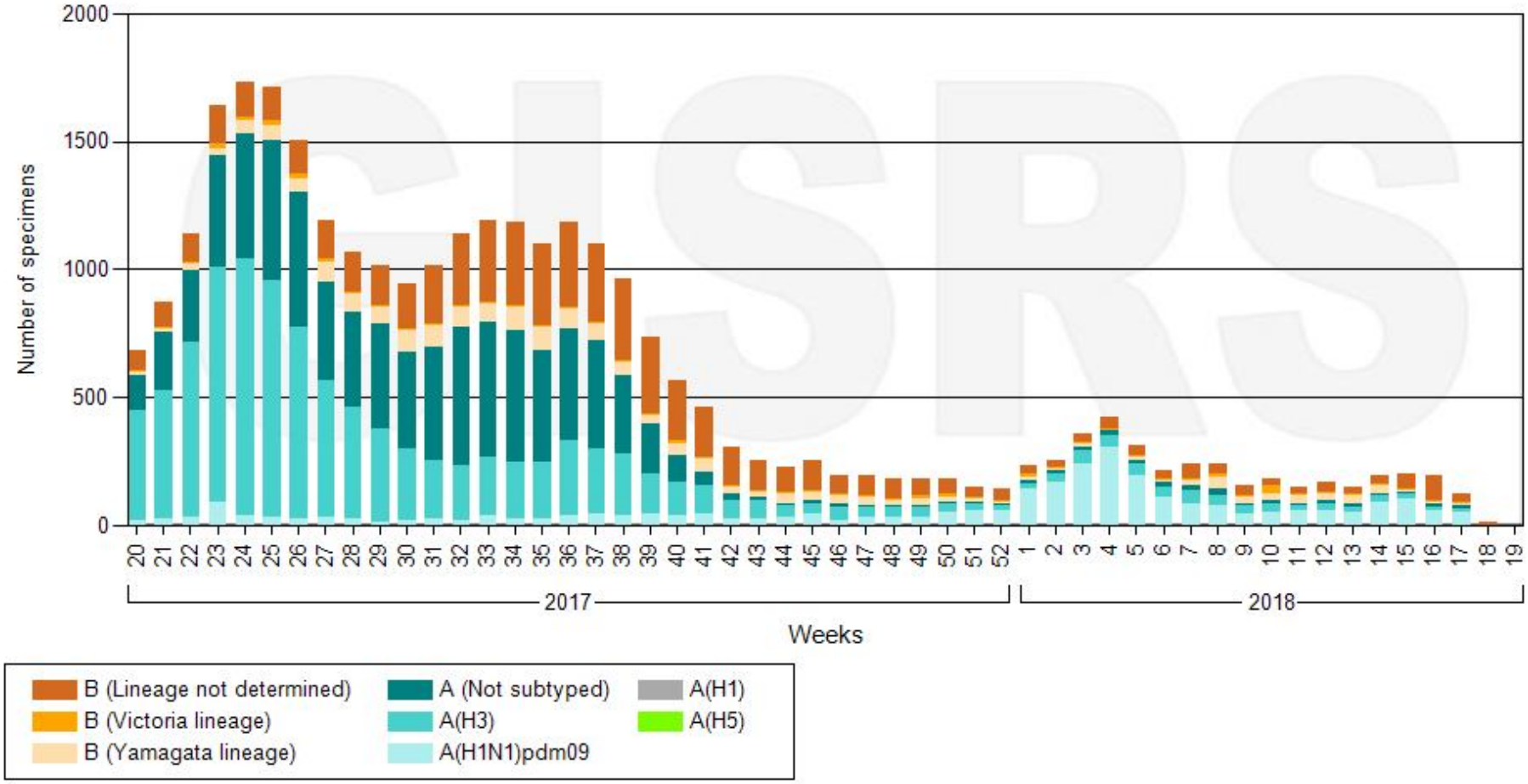
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 14/05/2018 13:48:26 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

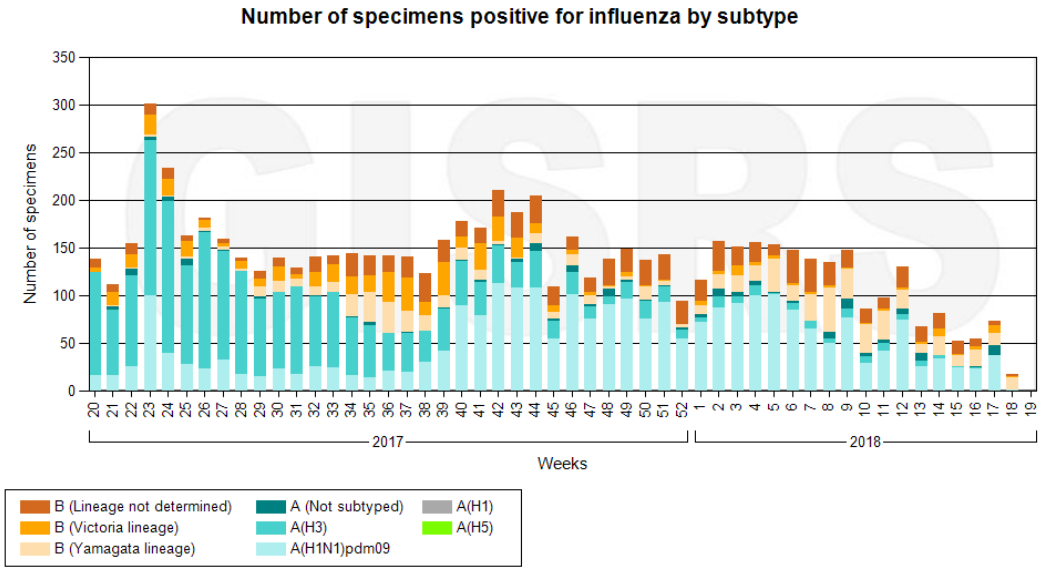
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 14/05/2018 13:49:28 UTC

World Health Organization

African Region of WHO



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

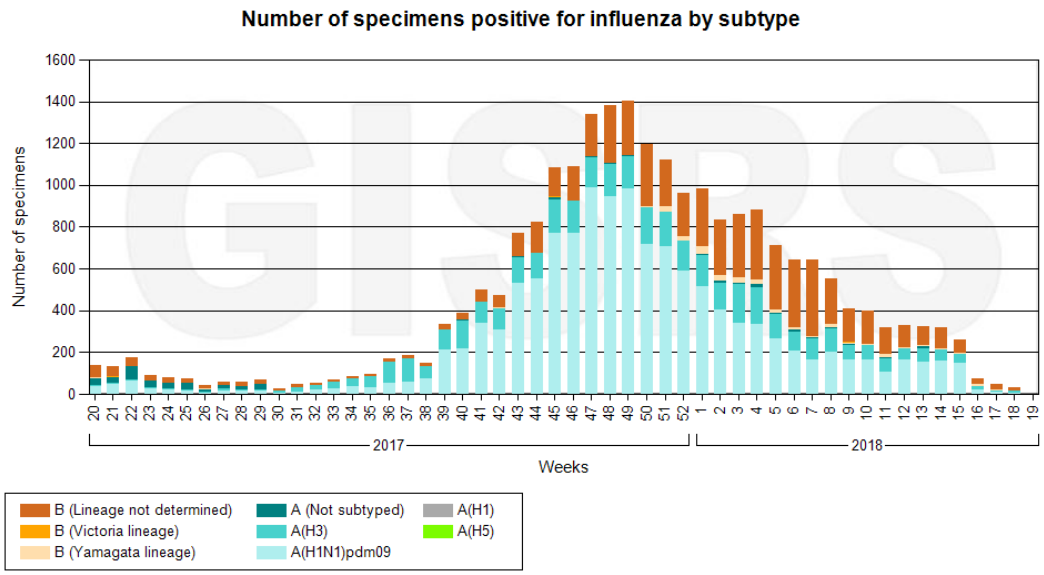
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 14/05/2018 13:50:12 UTC

Eastern Mediterranean Region of WHO



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

© World Health Organization 2018

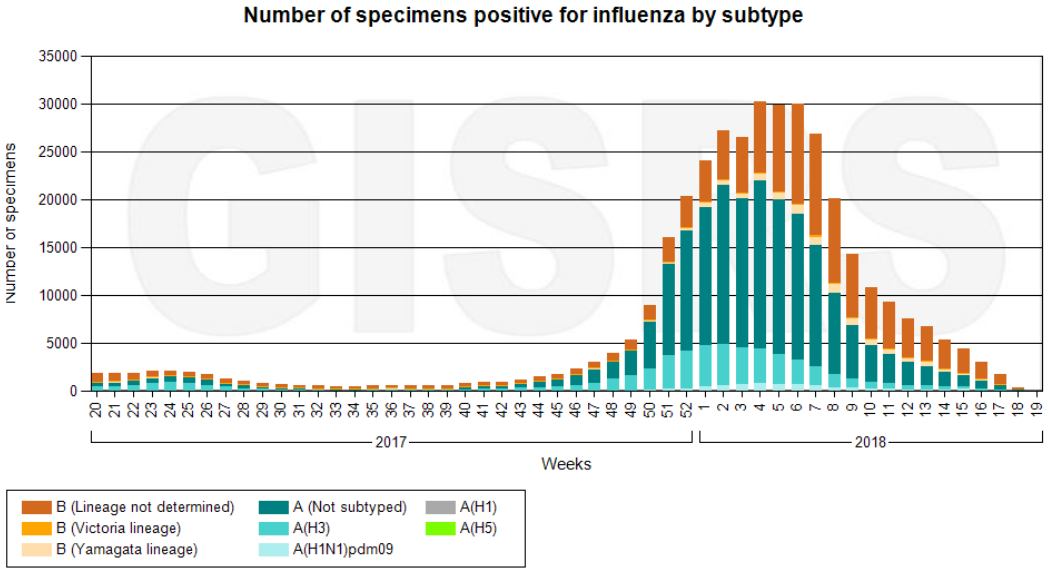
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 14/05/2018 13:51:07 UTC

World Health Organization

Region of the Americas of WHO



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

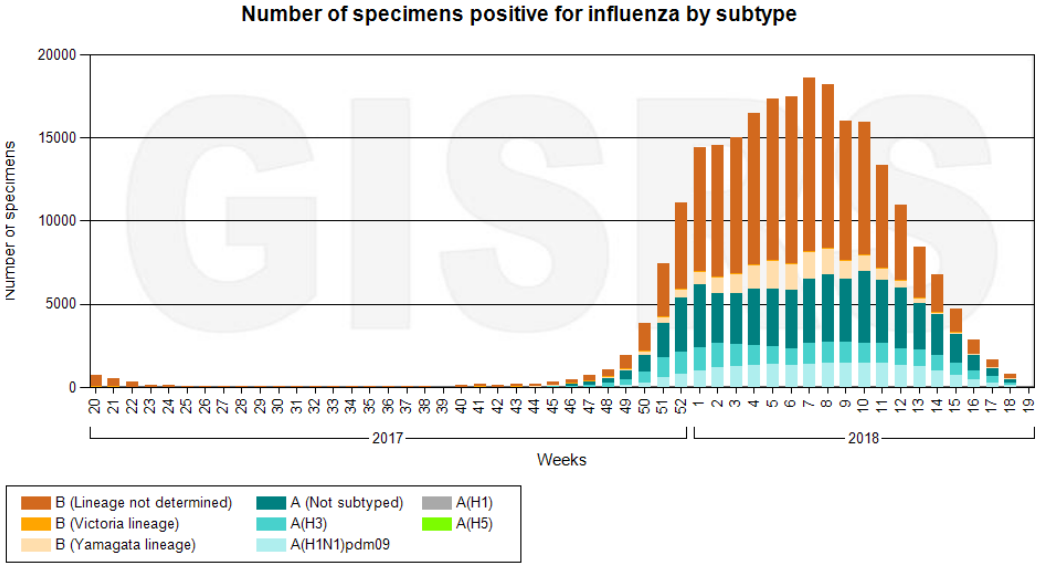
© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 14/05/2018 13:51:55 UTC

European Region of WHO



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

© World Health Organization 2018

Influenza Laboratory Surveillance Information

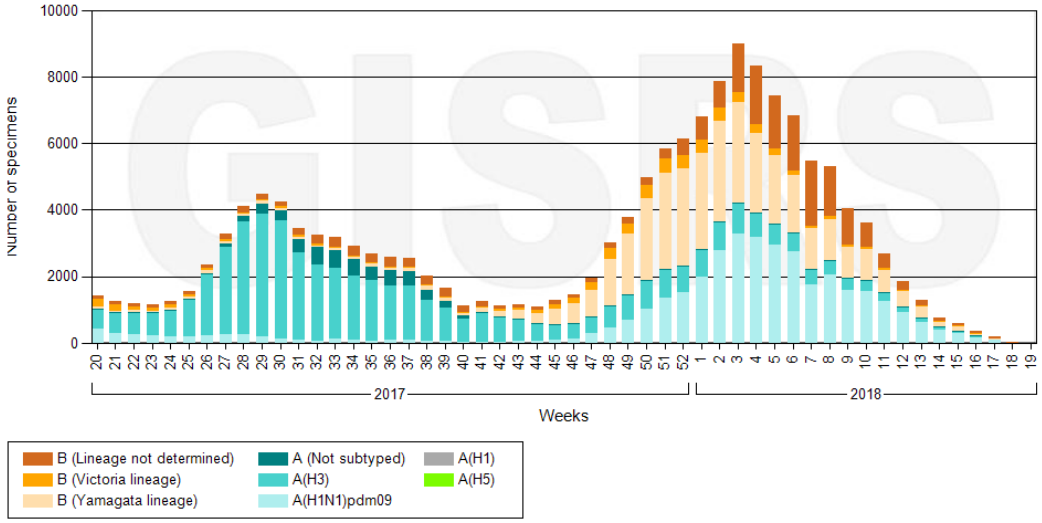
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 14/05/2018 13:52:58 UTC

World Health Organization

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

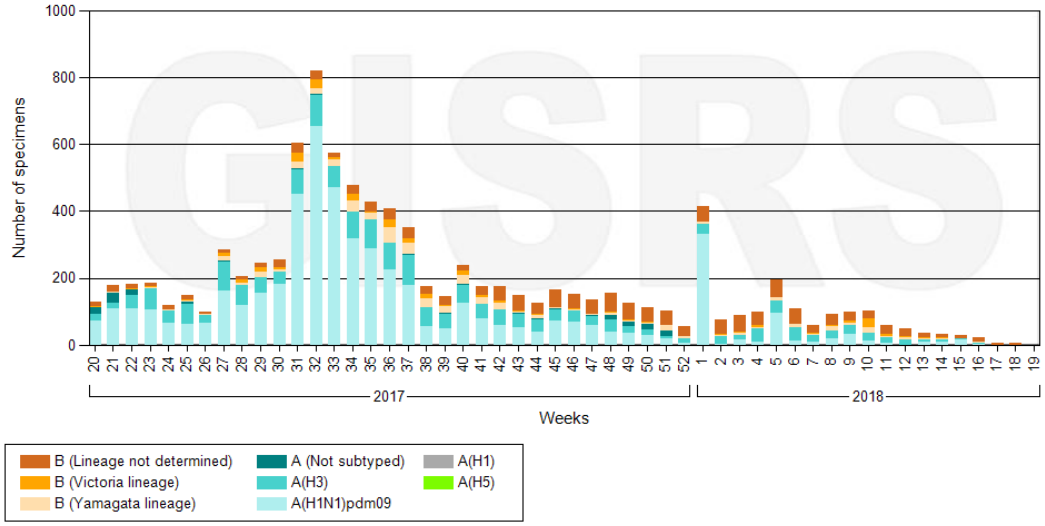
Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 14/05/2018 13:53:53 UTC

South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

Fontes utilizadas na pesquisa

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