



# INFORME EPIDEMIOLÓGICO

## CIEVS – PARANÁ

### Semana Epidemiológica 18/2018

(29/04/2018 a 05/05/2018)

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 18/2018

(29/04/2018 a 05/05/2018)

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 Pariqueira-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<sup>1</sup>.**

Regional de Saúde	Município de resid	2008	2009	2013	2015	2018 <sup>1</sup>
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 Paranaíba	Alto Paraná	0	1	0	0	0
15ª RS Maringá	Maringá	1	0	0	0	0
16ª RS Apucarana	Arapongas	0	0	0	1	0
<b>Total Paraná</b>		<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

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

<sup>1</sup> Resultados preliminares, sujeitos a alteração. DBF 07/05/2018.

\* Caso autóctone

\*\* Caso importado



Fonte: google.com.br

# INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS

**Local de ocorrência:** Paraná

**Data da informação:** 03/05/2018

**Fonte da informação:** Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

## COMENTÁRIOS:

Em alusão ao Dia Nacional do Uso Racional de Medicamentos, comemorado em 5 de maio, a Secretaria de Estado da Saúde alerta a população sobre os riscos graves causados pela automedicação.

Dados da Vigilância em Saúde mostram que, desde 2013, o Paraná já notificou e confirmou 20,6 mil casos de intoxicação causada por medicamentos. Em 2017, foram registradas mais de 5,7 mil, o que equivale a 57% de todas as intoxicações.

A faixa etária entre 20 a 49 anos corresponde a mais da metade do total de intoxicações de medicamentos confirmadas ano passado, sendo as mulheres as que lideram o índice de situações, totalizando 71% dos casos. A maioria dos índices de acidentes com medicamentos correspondem a tentativas de suicídio (74%), acidentais (11%) e automedicação (4,5%).

O secretário de Estado da Saúde, Antônio Carlos Nardi, chama atenção para o correto uso da medicação. “Não faça uso da automedicação. O medicamento que serviu para o seu marido, sua esposa, para a vizinha ou para qualquer outra pessoa pode não servir para você. Usar medicamentos sem a devida prescrição coloca a sua saúde em risco”, declara Nardi.

O secretário ainda ressalta que a Farmácia do Paraná e as Unidades de Saúde têm profissionais capacitados para orientar toda a população paranaense sobre o assunto. “Na dúvida, procure nossa rede de atendimento e não tome medicamentos por conta própria. Você tem o nosso apoio para fazer a escolha correta. Só tome ou dê medicamentos prescritos pelo médico ou dentista”, finaliza.

É considerado uso racional quando os pacientes recebem medicamentos apropriados, em doses adequadas, por um período determinado e com todas as informações necessárias para que faça o tratamento prescrito corretamente.

O diretor do Centro Estadual de Vigilância Sanitária, Paulo Costa Santana, fala que uma das maiores dificuldades no uso consciente de medicamentos é

o fácil acesso da população aos remédios. Por exemplo, quando uma pessoa compra medicamento isento de prescrição na farmácia sem consultar um profissional de saúde, como o farmacêutico.

Conhecendo os riscos, a secretaria estadual de Saúde produziu uma carteirinha para registro dos medicamentos em uso, para que os pacientes apresentem na consulta médica e na farmácia, por exemplo. O documento indica a hora e a dose de cada medicamento e já é distribuído nas unidades de atendimento há três anos, o que tem ajudado pacientes que utilizam vários medicamentos.

A secretaria também confeccionou uma série de materiais gráficos orientando os pacientes para o controle da medicação, cuidados no armazenamento e alertando sobre os cuidados e o uso racional de medicamentos. Os materiais são distribuídos nas Unidades de Saúde, eventos ou podem ser acessados aqui.

Para marcar a data, a Secretaria em parceria com o Conselho Regional de Farmácia do Paraná (CRF-PR), realizará atividades educativas em grandes cidades do Estado durante a semana. As ações iniciaram nesta quinta-feira (3/05), em Umuarama.

Durante as ações em Umuarama, Curitiba, Ponta Grossa, Palmas, Cascavel, Maringá e Londrina, serão oferecidos serviços farmacêuticos de aferição de pressão arterial, glicemia, descarte de medicamentos vencidos ou em desuso e orientações gerais.

A presidente do CRF-PR, Mirian Ramos Fiorentin, fala que a iniciativa procura mobilizar os profissionais farmacêuticos e melhorar a qualidade da assistência à Saúde. Ela também comenta que além de promover a conscientização sobre a importância do acompanhamento médico e farmacêutico para prevenção de danos e uso seguro, a campanha servirá como contribuição no controle das estatísticas de intoxicação por medicamentos.

# MALÁRIA

**Local de ocorrência:** Paraná

**Data da informação:** 08/05/2018

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

## COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Saúde de Foz do Iguaçu, no oeste do Paraná, confirmou na terça-feira (8/05) o primeiro caso de malária contraída no município depois de sete anos sem registros. Os últimos três casos autóctones haviam sido confirmados em 2011.

O paciente, um agricultor de 51 anos, sentiu os primeiros sintomas da doença, como febre, calafrios e mal estar no dia 5 de março. Três dias depois ele procurou atendimento médico em um hospital particular, onde ficou internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por oito dias.

Desde janeiro, seis casos da doença foram notificados no município. Destes, dois foram confirmados: o autóctone e um importado da Amazônia, onde se concentram cerca de 97% dos casos do país, conforme o Ministério da Saúde.

A suspeita é que o agricultor tenha contraído a doença enquanto pescava no Porto de Areia, às margens do Rio Iguaçu.

Dos 90 moradores da região entrevistados equipes da Vigilância Epidemiológica e do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), 21 disseram ter apresentado algum sintoma da doença.

Exames devem confirmar se outras pessoas contraíram malária. O resultado é esperado para quarta-feira (9/05).

“Apesar de ser um tratamento simples, feito com comprimidos, é preciso do diagnóstico correto. Não existe vacina contra a malária, mas se o tratamento adequado não for feito, o caso pode avançar para óbito”, comentou a enfermeira da Vigilância Epidemiológica Mara Ripoli.

Em 2007, a cidade teve um surto da doença, com 44 casos positivos.

Os sintomas da malária são parecidos com os da dengue: febre alta, calafrios, palidez, cansaço, falta de apetite e dores na cabeça e em outras regiões do corpo.

A doença é transmitida pela fêmea do mosquito *Anopheles*, infectada por protozoários do gênero *plasmodium*, por transfusão de sangue contaminado, pela placenta da mãe para o feto e por meio de seringas infectadas.

Como o mosquito é silvestre e costuma atacar principalmente ao amanhecer e ao anoitecer, a prevenção se restringe a evitar ser picado, usando roupas compridas e repelente.

**COMO PREVENIR A MALÁRIA**

**SAÚDE DO VIAJANTE**

Em áreas de transmissão fique atento aos horários de maior atividade do mosquitos vetores da doença, no amanhecer e no por do sol.

Use roupas claras e com manga longa, durante atividades de exposição elevada.

Nas áreas de risco, preste atenção às condições inadequadas de acomodação: dormir ao ar livre, em acampamentos, barcos, ou habitações precárias sem proteção contra mosquitos.

Aplique repelente nas áreas expostas da pele, seguindo a orientação do fabricante. Em crianças com idade inferior a dois anos, não é recomendado o uso de repelente sem orientação médica.

Atenção ao surgimento de sintomas como febre, dor no corpo e dor de cabeça. Em caso de manifestação de algum destes sintomas, procure uma unidade de saúde especializada mais próxima em no máximo 48 horas.

# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Paraná

**Data da informação:** 08/05/2018

**Fonte da informação:** Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

## COMENTÁRIOS:

A secretaria de Estado da Saúde promove, neste sábado (12/05), o Dia D da vacinação contra a Gripe. A campanha é realizada em todos os 399 municípios do Paraná e segue até o dia primeiro de junho. Na Campanha 2017, o Paraná bateu a meta de vacinação, imunizando 2,7 milhões de paranaenses.

O secretário de Estado da Saúde, Antônio Carlos Nardi, explica que neste sábado, todas as pessoas que fazem parte dos grupos prioritários devem buscar os locais de vacinação, principalmente aqueles com dificuldade de acesso durante a semana.

“O Dia D é uma grande oportunidade de mobilização e do alcance da meta de completar 90% de cobertura vacinal do público prioritário. Chamamos todos os paranaenses que reservem um espaço no sábado e compareçam para se proteger”, fala Nardi.

O horário de funcionamento das Unidades de Saúde e postos volantes é definido pelos próprios municípios, sendo que a orientação da Secretaria é manter os pontos de vacinação abertos entre 8h e 17h.

Nesta edição, o público-alvo são as pessoas com 60 anos ou mais, crianças de 6 meses a 4 anos de idade, gestantes, puérperas (mulheres em até 45 dias depois do parto), profissionais de saúde, indígenas, portadores de doenças crônicas, população privada de liberdade, funcionários do sistema prisional e professores das instituições públicas e privadas. Até segunda-feira (7/05), o Paraná já vacinou mais de 1 milhão de pessoas. As maiores coberturas são de puérperas (47,1%) e idosos (46%). No entanto, ainda é baixa a vacinação entre crianças (20,6%) e gestantes (30%).

A vacina é efetiva contra os três tipos de vírus da gripe que mais circulam no país: influenza A (H3N2), influenza A (H1N1) e influenza B, sendo apenas contra indicada para pessoas que possuem histórico de reação alérgica grave ao ovo.

A vacina é adquirida pelo Ministério da Saúde e distribuída aos Estados, que devem enviar as doses aos municípios para aplicação em suas unidades de saúde. Neste ano, o Ministério programou a distribuição ao Paraná em sete lotes.

“Até a primeira semana de maio, recebemos cerca de 78% do volume de doses a que o Estado tem direito e rapidamente encaminhamos aos 399 municípios. Toda cidade tem condições de fazer o Dia D com tranquilidade”, ressaltou o secretário. O Paraná ainda receberá dois novos lotes, programados para chegar no dia 18 e no dia 25 de maio.

**NÃO ESPALHE A GRIPE. ESPALHE ESSAS DICAS**

**SINTOMAS**

Inflamação de garganta, Febre, Tosse, Dores no corpo, Fadiga, Calafrio

**PREVENÇÃO**

LAVE BEM AS MÃOS, ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, EVITE O CONTATO COM PESSOAS CONTAMINADAS, BEBA MUITO LÍQUIDO, CUBRA A BOCA E O NARIZ COM O ANTEBRAÇO OU LENÇO DESCARTÁVEL AO TOSSIR OU ESPIRRAR

QUANTO MAIS GENTE SOUBER DESTAS DICAS, MAIS DIFÍCIL VAI SER PARA A GRIPE SE ESPALHAR. CONTE PARA SUA FAMÍLIA E SEUS AMIGOS!

**PARANÁ**  
SECRETARIA DA SAÚDE

# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Paraná

**Data da informação:** 24/04/2018

**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 15 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 21/04/2018.

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

## Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 16 foram notificados 621 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 5,5% (34) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 83 óbitos notificados por SRAG, 6,0% (5) 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	34	5,5	5	6,0
Influenza A(H1N1)pdm09	13	38,2	2	40,0
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	9	26,5	3	60,0
Influenza A não subtipado	5	14,7	0	0,0
Influenza B	7	20,6	0	0,0
SRAG não especificada	279	44,9	63	75,9
SRAG por outros vírus respiratórios	148	23,8	11	13,3
SRAG por outros agentes etiológicos	5	0,8	1	1,2
Em investigação	155	25,0	3	3,6
<b>TOTAL</b>	<b>621</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 24/04/2018, dados sujeitos a alterações.

# INFLUENZA

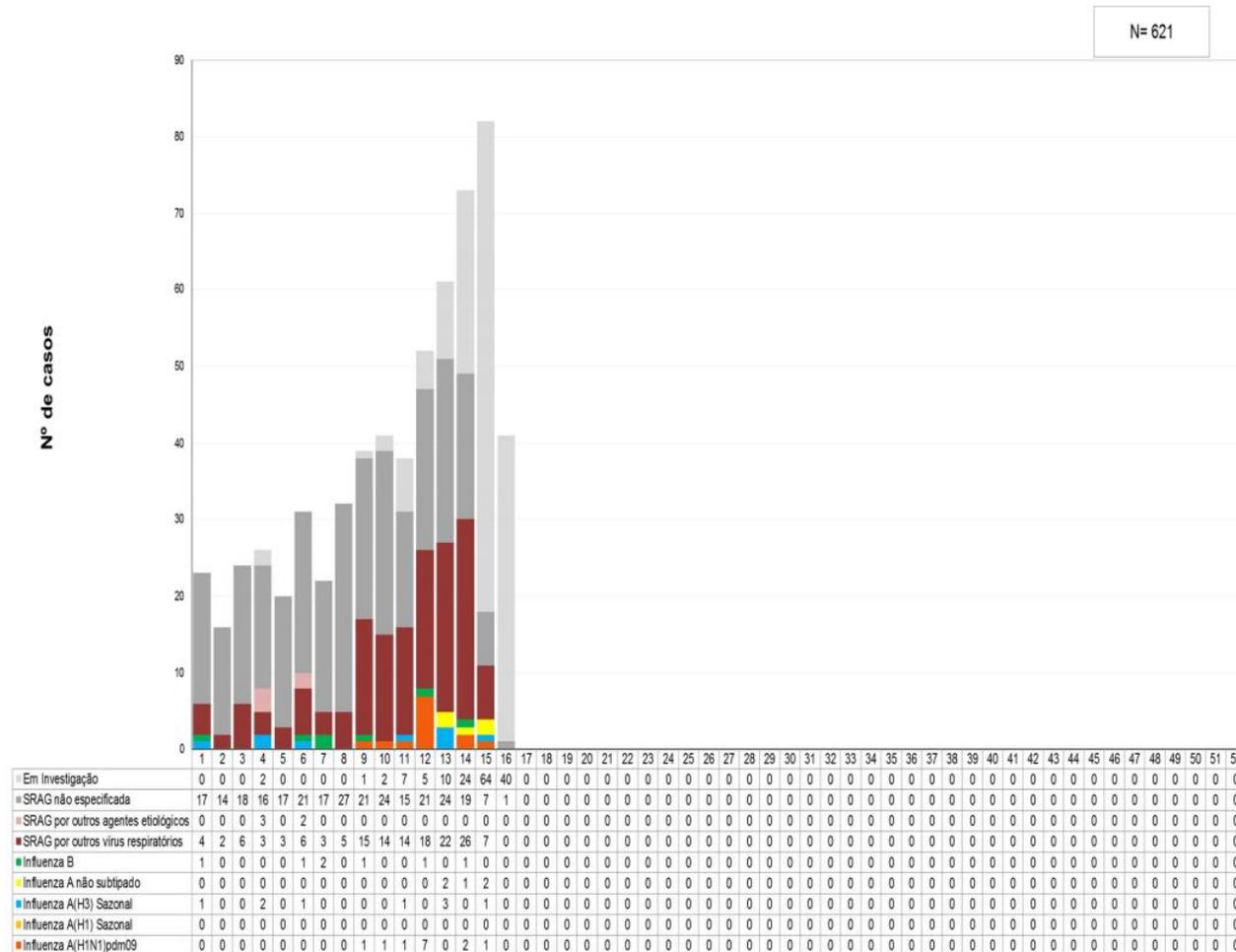
**Local de ocorrência:** Paraná

**Data da informação:** 24/04/2018

**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.**



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 24/04/2018, dados sujeitos a alterações.

# INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 24/04/2018

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

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

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
<b>2. Reg. Saúde Metropolitana</b>	0	0	5	0	0	0	1	0	6	0
Colombo	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Curitiba	0	0	3	0	0	0	1	0	4	0
Fazenda Rio Grande	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
<b>4. Reg. Saúde Irati</b>	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Rio Azul	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
<b>6. Reg. Saúde União da Vitória</b>	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
São Mateus do Sul	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
União da Vitória	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
<b>8. Reg. Saúde Francisco Beltrão</b>	13	2	0	0	3	0	0	0	16	2
Ampere	3	1	0	0	0	0	0	0	3	1
Bela Vista da Caroba	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Capanema	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Santa Izabel d'Oeste	9	1	0	0	2	0	0	0	11	1
<b>9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu</b>	0	0	3	2	1	0	0	0	4	2
Foz do Iguaçu	0	0	2	1	1	0	0	0	3	1
Santa Terezinha de Itaipu	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
<b>10. Reg. Saúde Cascavel</b>	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0
Cascavel	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0
<b>12. Reg. Saúde Umuarama</b>	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Cafezal do Sul	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
<b>17. Reg. Saúde Londrina</b>	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Ibiporã	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
<b>19. Reg. Saúde Jacarezinho</b>	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Jacarezinho	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>34</b>	<b>5</b>

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 24/04/2018, dados sujeitos a alterações.

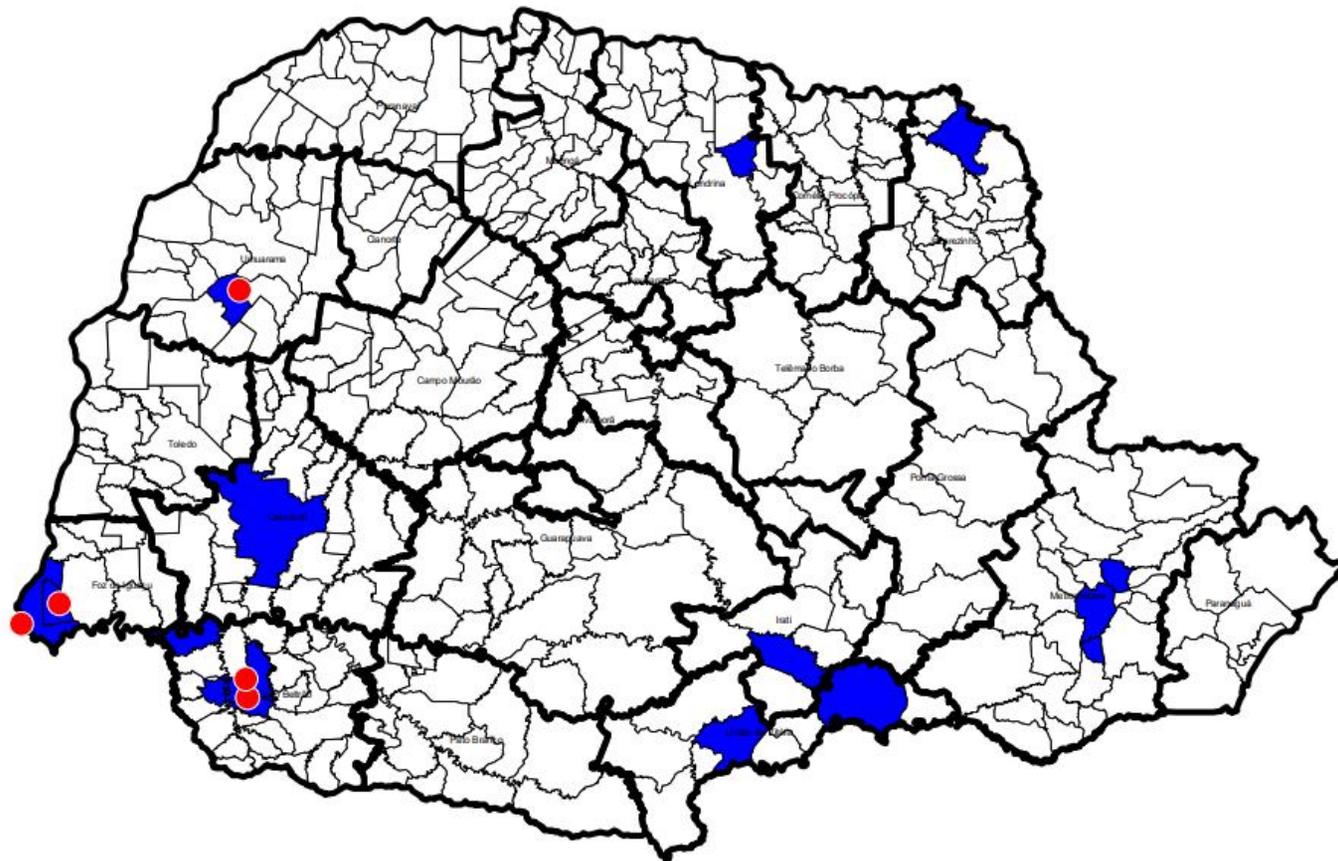
# INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 24/04/2018

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 24/04/2018, dados sujeitos a alterações.

# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Paraná

**Data da informação:** 24/04/2018

**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 55,9% (19/34) dos casos e o gênero masculino 44,1% (15/34) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 20,0% (1/5) dos casos e o gênero masculino 80,0% (4/5) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi acima dos  $\geq 60$  anos, com 41,2% (14/34) e 60,0% (3/5) respectivamente (tabelas 3 e 4).

Os casos de SRAG por Influenza apresentaram no Paraná uma mediana de idade de 55 anos, variando de 0 a 97 anos e, no Brasil, mediana de idade de 35 anos, variando 0 a 107 anos.

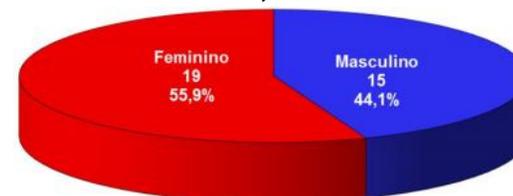
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 69 anos, variando de 24 a 97 anos e no Brasil a mediana foi de 53 anos, variando de 0 a 107 anos.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 2 anos	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,9
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0	1	14,3	2	5,9
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	1	14,3	1	2,9
20 a 29 anos	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	3	9
30 a 39 anos	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6	4	11,8
40 a 49 anos	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	3	8,8
50 a 59 anos	2	15,4	0	0,0	1	11,1	2	40,0	0	0,0	5	14,7
$\geq 60$ anos	3	23,1	0	0,0	7	77,8	3	60,0	1	14,3	14	41,2
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

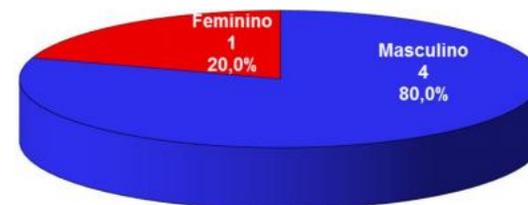
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 24/04/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 24/04/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 24/04/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
< 2 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 19 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 29 anos	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0
30 a 39 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
40 a 49 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
50 a 59 anos	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0
$\geq 60$ anos	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 24/04/2018, dados sujeitos a alterações.

# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Paraná

**Data da informação:** 24/04/2018

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

## COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 73,5% (25/34) tinham pelo menos um fator de risco para complicação, predominando os Adultos  $\geq$  60 anos, Doença cardiovascular crônica e Pneumopatias crônicas (tabela 5).

Entre os óbitos por Influenza, no Paraná 80,0% (4/5) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 0,0% (0/5) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 78,9% (71/90) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos  $\geq$  60 anos, Pneumopatias, Cardiopatias e Diabetes.

No Paraná dos 60,0% (3/5) indivíduos que foram a óbito por Influenza que fizeram uso do antiviral, a mediana foi de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 2 a 10 dias e no Brasil, dos 70 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 63 (70,0%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 15 dias.

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

Casos por Influenza (N=34)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
<b>Com Fatores de Risco</b>	<b>25</b>	<b>73,5</b>	<b>8</b>	<b>32,0</b>
Adultos $\geq$ 60 anos	14	41,2	7	50,0
Doença cardiovascular crônica	6	17,6	3	50,0
Pneumopatias crônicas	5	14,7	1	20,0
Crianças < 5 anos	4	11,8	1	25,0
Gestantes	4	11,8	0	0,0
Diabetes mellitus	2	5,9	0	0,0
Doença neurológica crônica	1	2,9	1	100,0
Obesidade	1	2,9	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Doença renal crônica	0	0,0	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
<b>Que utilizaram antiviral</b>	<b>21</b>	<b>61,8</b>		
<b>Vacinados</b>	<b>9</b>	<b>26,5</b>		

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

Óbitos por Influenza (N=5)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
<b>Com Fatores de Risco</b>	<b>4</b>	<b>80,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Adultos $\geq$ 60 anos	3	60,0	0	0,0
Doença cardiovascular crônica	1	20,0	0	0,0
Obesidade	1	20,0	0	0,0
Crianças < 5 anos	0	0,0	0	0,0
Diabetes mellitus	0	0,0	0	0,0
Doença hepática crônica	0	0,0	0	0,0
Doença neurológica crônica	0	0,0	0	0,0
Doença renal crônica	0	0,0	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Pneumopatias crônicas	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
<b>Que utilizaram antiviral</b>	<b>3</b>	<b>60,0</b>		
<b>Vacinados</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 24/04/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 24/04/2018, dados sujeitos a alterações.

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

# INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

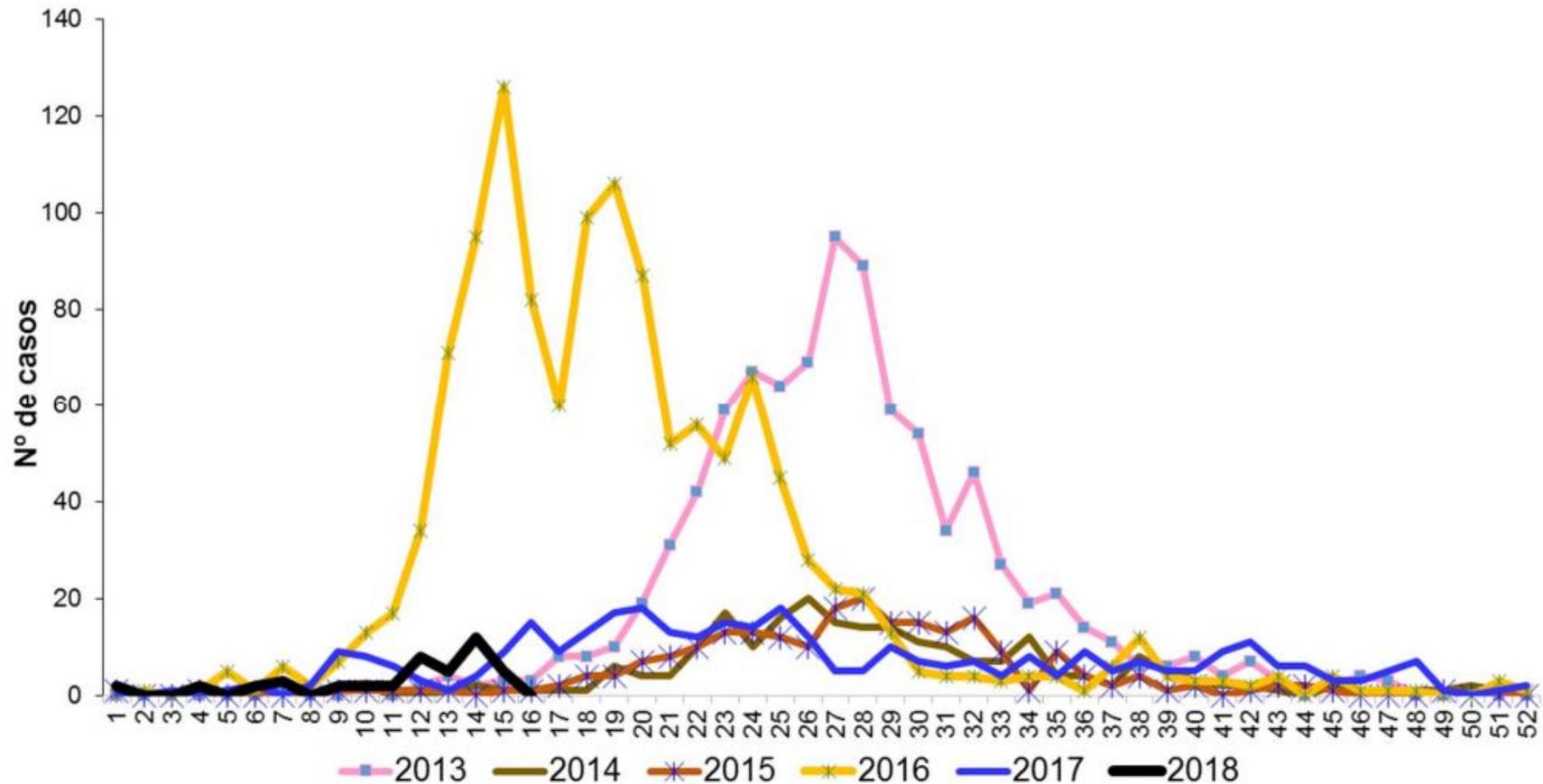
Data da informação: 24/04/2018

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 24/04/2018, dados sujeitos a alterações.

# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Paraná

**Data da informação:** 24/04/2018

**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, há predominância da Influenza A(H1N1)pdm09 com 38,2% (13/34) dos casos e, ocorrência de 60,0% (3/5) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal(Tabela 7).

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

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

A vigilância sentinela continua em fase de ampliação e nos próximos boletins serão incorporados, de forma gradativa, os dados das novas unidades sentinelas. Até a SE 16 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 1649 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 1.437 amostras.

Das amostras processadas, 40,6% (584/1.437) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 106 (7,4%) foram positivas para Influenza e 478 (33,3%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para Influenza, 11 (10,4%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 42 (39,6%) de Influenza A(H3) Sazonal, 8 (7,5%) de Influenza A (não subtipado) e 45 (42,5%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de 264 (55,2%) amostras de Rinovírus (Gráfico 5).

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

Classificação Final	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Influenza A(H1N1)pdm09	384	47	48	8	37	4	1.087	218	1	0	13	2
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	9	3
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	5	0
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	132	18	7	0
<b>TOTAL</b>	<b>908</b>	<b>66</b>	<b>228</b>	<b>16</b>	<b>228</b>	<b>25</b>	<b>1.223</b>	<b>240</b>	<b>343</b>	<b>53</b>	<b>34</b>	<b>5</b>

\*Obs: Resultados provenientes de laboratórios particulares, prováveis Influenza A(H1N1)pdm09.  
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 24/04/2018, dados sujeitos a alterações.

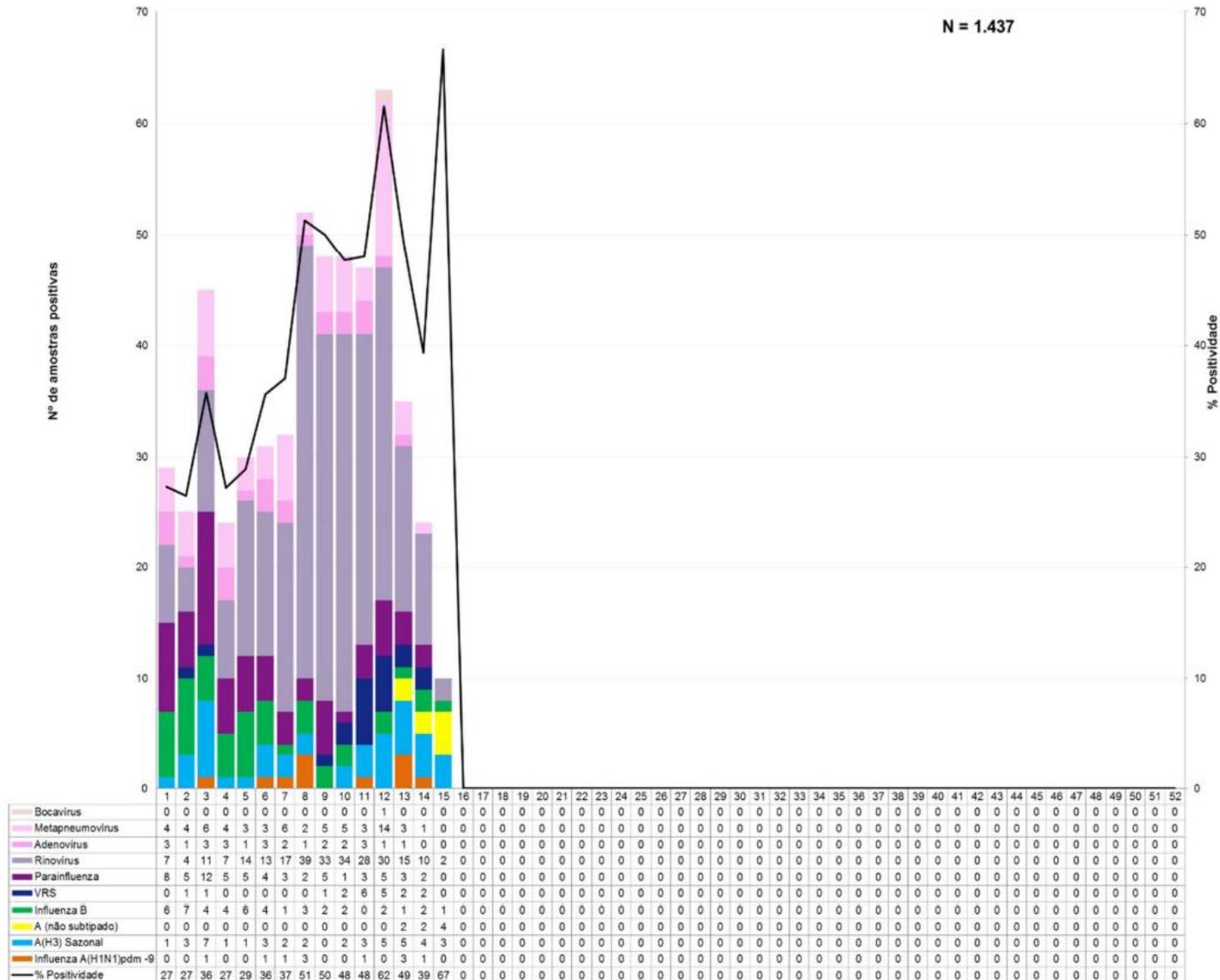
**Tabela 8 - Casos de SG de Influenza segundo faixa etária e subtipo viral, Paraná, 2018.**

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza		Total Coletas	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Num	%
< 2 anos	1	9,1	2	4,8	0	0,0	0	0,0	3	2,8	164	9,9
2 a 4 anos	1	9,1	2	4,8	1	12,5	0	0,0	4	3,8	85	5,2
5 a 9 anos	2	18,2	1	2,4	0	0,0	1	2,2	4	3,8	63	3,8
10 a 19 anos	1	9,1	4	9,5	1	12,5	9	20,0	15	14,2	221	13,4
20 a 29 anos	0	0,0	7	16,7	1	12,5	10	22,2	18	17,0	363	22,0
30 a 39 anos	2	18,2	8	19,0	3	37,5	10	22,2	23	21,7	252	15,3
40 a 49 anos	1	9,1	7	16,7	1	12,5	8	17,8	17	16,0	158	9,6
50 a 59 anos	3	27,3	5	11,9	0	0,0	4	8,9	12	11,3	145	8,8
≥ 60 anos	0	0,0	6	14,3	1	12,5	3	6,7	10	9,4	198	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>106</b>	<b>100</b>	<b>1.649</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 24/04/2018, dados sujeitos a alterações.

# INFLUENZA

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



Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 24/04/2018, dados sujeitos a alterações.

# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Paraná

**Data da informação:** 24/04/2018

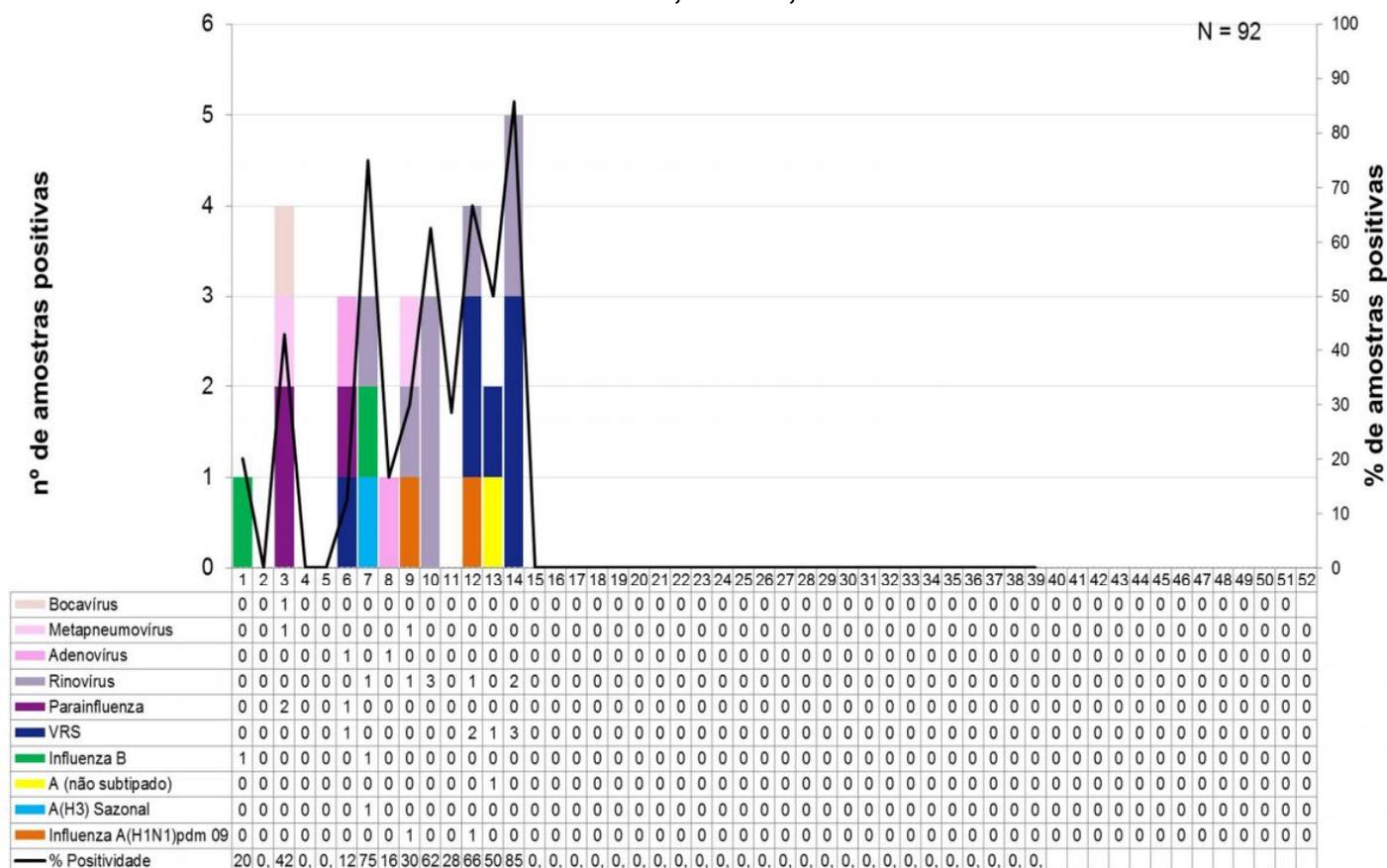
**Fonte da informação:** Centro de epidemiologia/Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis

## COMENTÁRIOS:

### Síndrome Respiratória Aguda Grave em UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 128 coletas, sendo 92 (71,9%) processadas. Dentre estas, 35 (38,0%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios. Das amostras positivas para Influenza, foram detectados 2 (33,3%) para Influenza A(H1N1)pdm 09, 1 (16,7%) para Influenza A(H3) Sazonal, 1 (16,7%) para Influenza A (não subtipado), 2 (33,3%) para Influenza B. Entre os outros vírus evidenciam-se: 7 (24,1%) de VRS, 3 (10,3%) de Parainfluenza, 8 (27,6%) de Rinovírus, 2 (6,9%) de Metapneumovírus, 2 (6,9%) de Adenovírus, 1 (3,4%) de Bocavírus (Gráfico 6).

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



Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 24/04/2018, dados sujeitos a alterações.

# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Paraná

**Data da informação:** 24/04/2018

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

## Medidas Preventivas para Influenza

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

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

Outras medidas são:

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

Utilizar lenço descartável para higiene nasal.

Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.

Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.

Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.

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

Manter os ambientes bem ventilados.

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

Evitar sair de casa em período de transmissão da doença.

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

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

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

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

# DENGUE

**Local de ocorrência:** Paraná

**Data da informação:** 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.

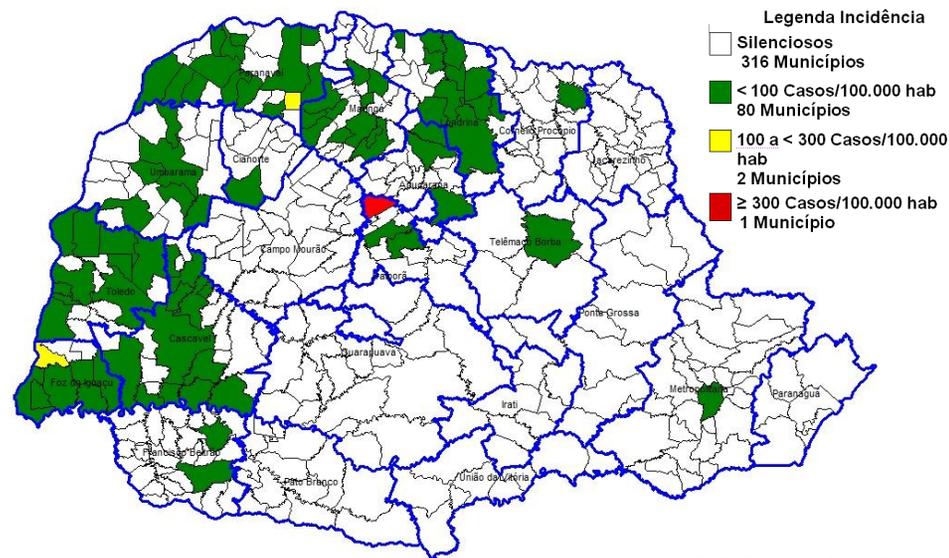
Foram notificados no referido período 18.785 casos suspeitos de dengue, dos quais 14.072 foram descartados. Os demais estão em investigação.

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 (02 <sup>a</sup> , 08 <sup>a</sup> , 09 <sup>a</sup> , 10 <sup>a</sup> , 12 <sup>a</sup> , 13 <sup>a</sup> , 14 <sup>a</sup> , 15 <sup>a</sup> , 16 <sup>a</sup> , 17 <sup>a</sup> , 18 <sup>a</sup> , 20 <sup>a</sup> , 21 <sup>a</sup> e 22 <sup>a</sup> )	14
<b>TOTAL DE CASOS</b>	<b>703</b>
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	652
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	51
<b>TOTAL DE NOTIFICADOS</b>	<b>18.785</b>

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
<b>Total</b>	<b>606 (3,2%)</b>	<b>115 (0,6%)</b>	<b>18.785</b>

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

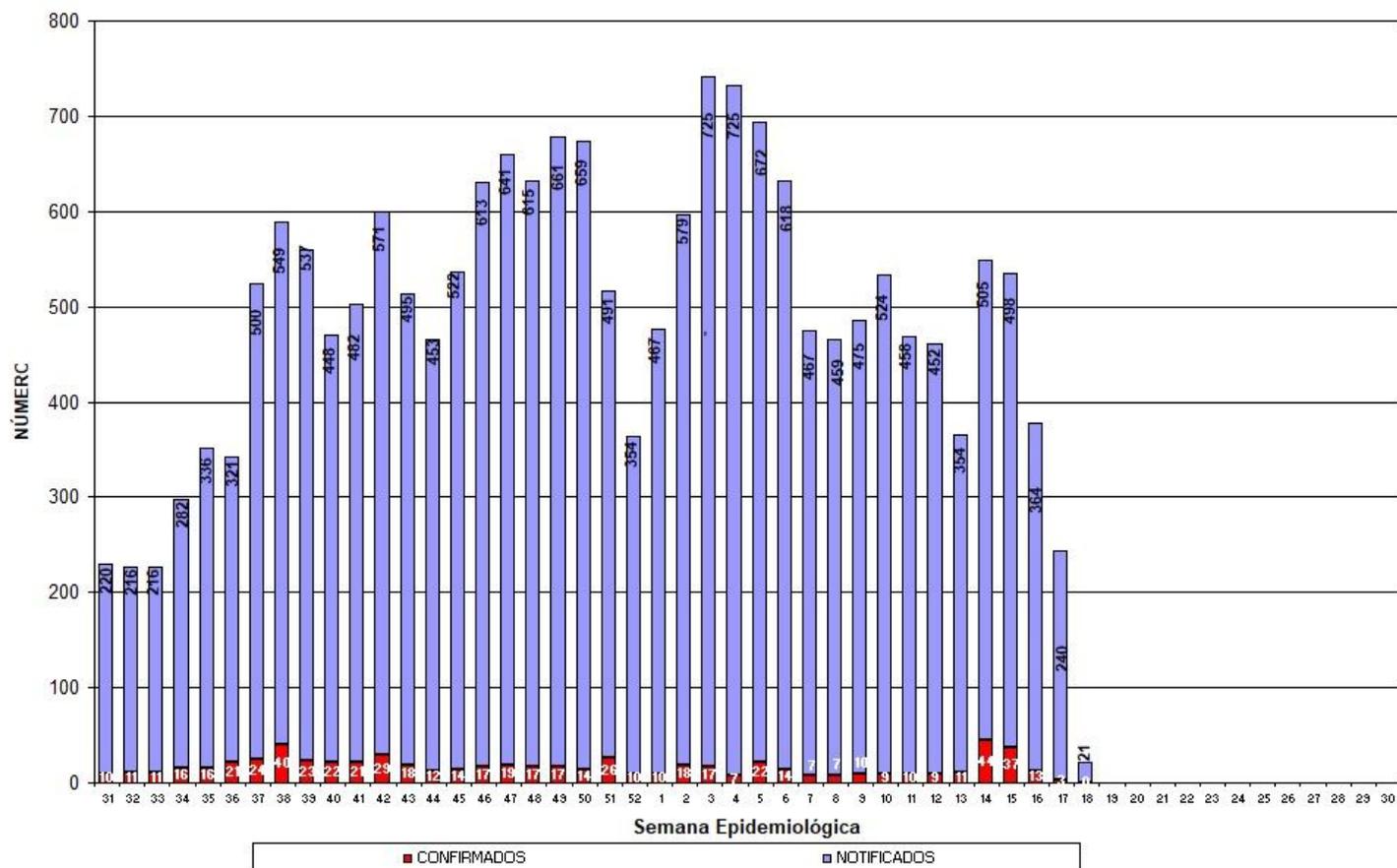
# DENGUE

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

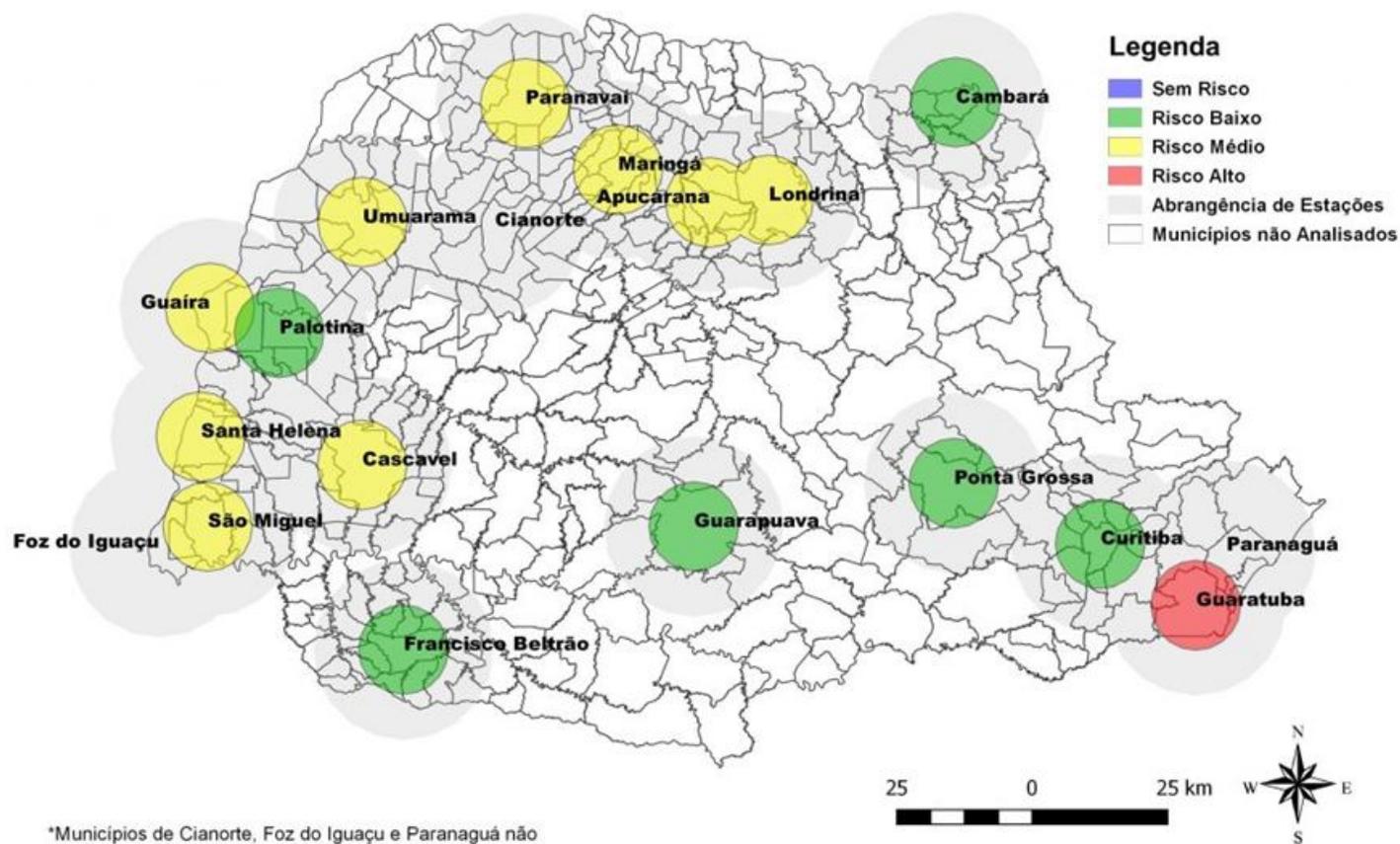
Local de ocorrência: Paraná

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.

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (29/04/2018 - 05/05/2018)



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
<b>17ª RS - Londrina</b>	<b>935.904</b>	<b>103</b>	<b>0</b>	<b>103</b>	<b>5.425</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>11,01</b>
18ª RS - Cornélio Procopio	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
<b>TOTAL PARANÁ</b>	<b>11.163.018</b>	<b>652</b>	<b>51</b>	<b>703</b>	<b>18.785</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>5,84</b>

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

# DENGUE

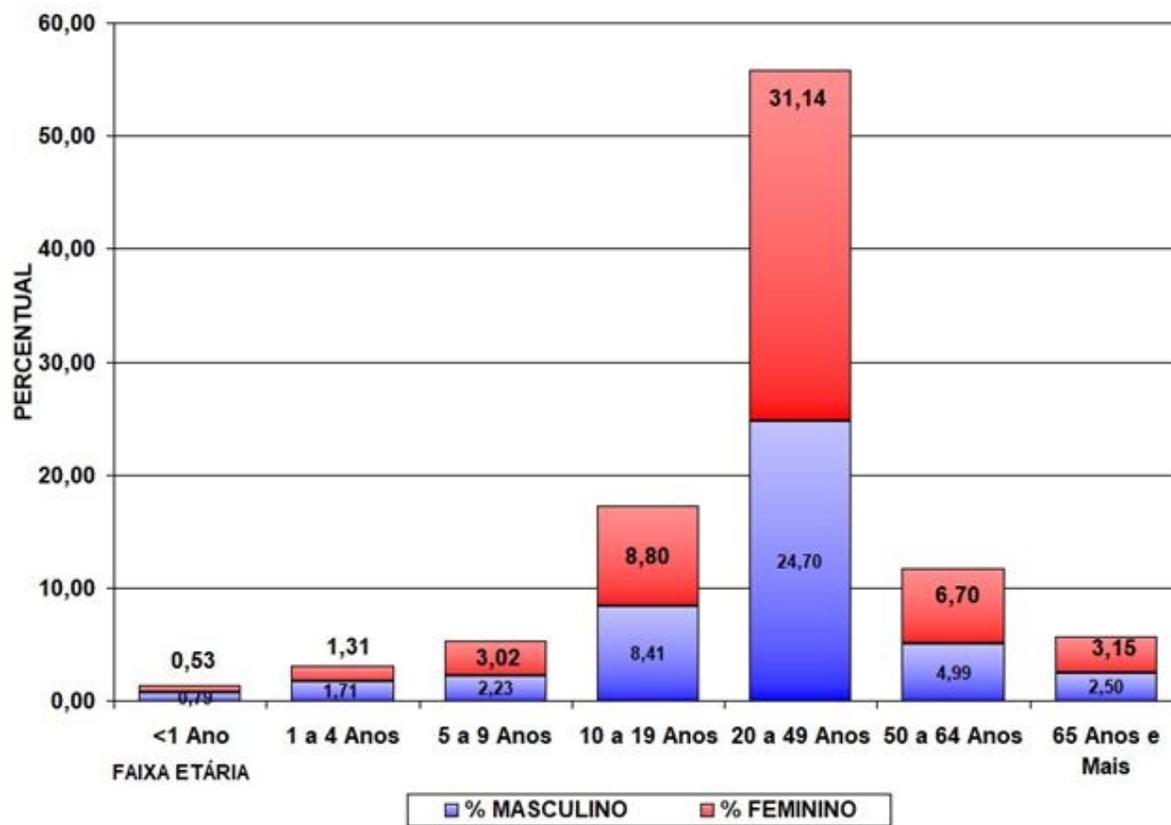
**Local de ocorrência:** Paraná

**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 18/2018

(29/04/2018 a 05/05/2018)

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:** 02/05/2018

**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) 17, foram notificadas ao Ministério da Saúde 6.967 epizootias em PNH, das quais 1.672 foram descartadas, 2.290 foram indeterminadas (s/ coleta de amostras), 2.273 permanecem em investigação e 732 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 [587], com o maior número de epizootias confirmadas na região Sudeste (99,4%; 728/732).

### Casos humanos

No período de monitoramento 2017/2018 (julho/2017 a junho/2018), até a SE 17, foram notificados 6.565 casos humanos suspeitos de FA, dos quais 3.809 foram descartados, 1.499 permanecem em investigação e 1.257 foram confirmados. Do total de casos confirmados, 394 evoluíram para o óbito (letalidade de 31,3% [394/1.257]). A maior parte dos casos confirmados foi notificada na região Sudeste (99,9% [1.256/1.257]) (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:** 02/05/2018

**Epizootias em PNH notificadas: 6.967**

**Casos humanos notificados: 6.565**

**732 confirmadas**

**1.257 confirmados (394 óbitos)**

2.273 em investigação

1.499 em investigação

2.290 indeterminadas

3.809 descartados

1.672 descartadas

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

# FEBRE AMARELA

**Local de ocorrência:** Nacional

**Data da informação:** 02/05/2018

**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 17\*.**

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	23	16	7				
Nordeste	Alagoas	8	8					
	Bahia	70	45	25				
	Ceará	4	3	1				
	Maranhão	9	6	3				
	Paraíba	5		5				
	Pernambuco	8	5	3				
	Piauí	11	6	5				
	Rio Grande do Norte	5	2	3				
Centro-Oeste	Sergipe	3	3					
	<b>Distrito Federal</b>	<b>81</b>	<b>48</b>	<b>32</b>	<b>1</b>		<b>1</b>	<b>100,0</b>
	Goiás	75	39	36				
	Mato Grosso	14	10	4				
Sudeste	Mato Grosso do Sul	13	10	3				
	<b>Espírito Santo</b>	<b>129</b>	<b>101</b>	<b>22</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>16,7</b>
	<b>Minas Gerais</b>	<b>1570</b>	<b>759</b>	<b>300</b>	<b>511</b>	<b>346</b>	<b>165</b>	<b>32,3</b>
	<b>Rio de Janeiro</b>	<b>1333</b>	<b>606</b>	<b>513</b>	<b>214</b>	<b>144</b>	<b>70</b>	<b>32,7</b>
Sul	<b>São Paulo</b>	<b>2897</b>	<b>1902</b>	<b>470</b>	<b>525</b>	<b>368</b>	<b>157</b>	<b>29,9</b>
	Paraná	126	119	7				
	Rio Grande do Sul	56	41	15				
	Santa Catarina	51	26	25				
<b>TOTAL</b>		<b>6565</b>	<b>3809</b>	<b>1499</b>	<b>1257</b>	<b>863</b>	<b>394</b>	<b>31,3</b>

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

# USO DE MEDICAMENTOS

**Local de ocorrência:** Nacional

**Data da informação:** 08/05/2018

**Fonte da informação:** onortao.com.br (fonte informal)

## COMENTÁRIOS:

Os danos causados por medicamentos, além de graves, custam R\$ 60 bilhões ao ano para o Sistema Único de Saúde – SUS. A cada real investido no fornecimento de medicamentos, o governo gasta cinco reais para tratar as morbidades relacionadas a medicamentos (MRMs). As mais onerosas são as causadas por reações adversas (39,3% dos gastos), pela não adesão ao tratamento (36,9%) e pelo uso de doses incorretas (16,9%). Metade dos casos poderia ser evitada com uma supervisão mais cuidadosa e efetiva dos tratamentos (UFRGS/2017). Atentos ao problema, os conselhos de Farmácia se uniram em uma campanha nacional de promoção da adesão às terapias medicamentosas e ao seu uso seguro e racional. A iniciativa é em comemoração ao Dia Nacional do Uso Racional de Medicamentos, 5 de maio.

O público-alvo da campanha não foi escolhido por acaso. Segundo o Ministério da Saúde, cerca de 70% dos pacientes com hipertensão, diabetes ou dislipidemias – em sua maioria, usuários de vários medicamentos –, não conseguem controlar suas doenças mesmo tendo diagnóstico e prescrição de médicos. Em outro estudo, o órgão apurou que 82% dos pacientes que utilizavam 5 ou mais medicamentos de uso contínuo o faziam de forma incorreta ou demonstravam baixa adesão ao tratamento. Um em cada três pacientes abandonou algum tratamento, 54% omitiram doses, 33% usaram medicamentos em horários errados, 21% adicionaram doses não prescritas e 13% não iniciaram algum tratamento prescrito.

Além de promover a conscientização da população sobre a importância do acompanhamento farmacêutico para a prevenção de danos e o uso seguro dos medicamentos, os conselhos querem utilizar a campanha para contribuir de forma mais efetiva para a reversão dessas estatísticas. Durante todo o mês de maio, os voluntários engajados na iniciativa buscarão serviços públicos de saúde, como as UBSs e as farmácias públicas, para verificar se pacientes polimedicados têm acesso e aderem ao tratamento medicamentoso ou não.

A proposta é envolver, também, os farmacêuticos dos serviços onde será feita a coleta dos dados, para que eles, ao entrevistar seus pacientes, tenham uma melhor compreensão do problema, e consigam traçar estratégias para

resolvê-lo. O estudo será feito em 24 das 27 unidades federativas. A expectativa é divulgar o resultado durante o Congresso do Conselho de Secretários Municipais de saúde, em julho. Os conselhos de Farmácia esperam sensibilizar os gestores públicos. “É uma iniciativa que visa à melhoria da qualidade da assistência à saúde e também racionalizar gastos do sistema público”, comenta o presidente do Conselho Federal de Farmácia, Walter da Silva Jorge João.

Por ocasião da divulgação dos resultados, serão apresentados também os dados do Projeto Cuidado Farmacêutico no SUS, do CFF, que visa à inserção do cuidado farmacêutico na rotina das unidades básicas de saúde. Já implantado em 119 municípios brasileiros, o projeto está capacitando cerca de mil farmacêuticos para o atendimento direto ao paciente. “Ao final do curso, nossa expectativa é deixar esse serviço em pleno funcionamento, com os colegas atendendo, e a população sendo muito bem cuidada”, diz o coordenador do projeto, Valmir de Santi, conselheiro federal de Farmácia pelo estado do Paraná.

No dia 4 de maio o Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso (CRF-MT) estará realizando a Campanha pelo Uso Racional de Medicamentos. É uma realização alusiva ao Dia Nacional do Uso Racional de Medicamentos, comemorado em 5 de maio. O evento acontecerá em Cuiabá, Sinop, Barra do Garças e Rondonópolis, em parceria com o Conselho Federal de Farmácia (CFF) e com as Faculdades de Farmácia dessas respectivas cidades.

Em Cuiabá, as atividades da campanha vão ocorrer na Praça Alencastro, das 8h às 12h, com a prestação de vários serviços ao público. A farmacêutica Marinette Borges, por exemplo, prestará orientações sobre glicose capilar e diabetes. Já o pessoal do curso de Farmácia da Unic se encarregará das informações sobre o descarte correto de medicamentos, enquanto a Univag atuará com tipagem sanguínea, e o ICEC, com aferição de pressão arterial. Nas demais cidades que sediarão a Campanha serão ofertados à população os mesmos tipos de serviço.

# HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

**Local de ocorrência:** Mato Grosso

**Data da informação:** 05/05/2018

**Fonte da informação:** cenariomt.com.br (fonte informal)

## COMENTÁRIOS:

Comemorado no dia 05 de maio, o Dia Mundial de Higienização das Mãos é lembrado em hospitais públicos estaduais de Mato Grosso com campanhas de conscientização em busca da redução dos índices de infecções hospitalares.

Em Várzea Grande, o Hospital Metropolitano deflagrou a campanha “Mãos limpas são mais seguras” com o objetivo de conscientizar a população hospitalar (servidores e pacientes) com reflexos nos visitantes (parentes dos pacientes) e na população em geral sob a coordenação da enfermeira Keila Vanessa Silva Figueiredo, da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). O trabalho atingiu cerca de 300 servidores da unidade.

Diretor clínico do Metropolitano, o médico Alberto Bicudo ressalta que quando se fala em lavagem de mãos num hospital com o perfil deste hospital, a questão ganha uma importância particularmente maior, porque ele é iminentemente cirúrgico, não tem porta de entrada.

“Como as mãos é o principal vetor de infecção hospitalar, e ela pode custar uma vida. Por isso essa higienização feita imediatamente após o contato com o paciente ou objeto hospitalar. É uma obrigação da equipe de saúde, mas os visitantes e o paciente devem tomar este cuidado, manter os bons números em manter índices aceitáveis de infecção hospitalar”, reforça o médico.

Ele ressalta que ao longo da gestão atual tem havido uma preocupação em valorizar bastante campanhas deste tipo que englobam tanto a população usuária do hospital como a população externa, que sensibiliza e ecoa de uma maneira em geral.

O hospital é referência em cirurgias programadas de alta complexidade em ortopedia, que é uma cirurgia limpa. Segundo Alberto Bicudo, são procedimentos que geralmente fazem uso de próteses, órteses, materiais implantáveis, onde a ocorrência de uma infecção é considerada um desastre cirúrgico. “Podemos perder todo o procedimento cirúrgico por conta de uma infecção com graves consequências para o paciente”,



Fonte: google.com.br

detalha o médico, observando que o Metropolitano também é referência em cirurgias bariátricas, de uma gravidade peculiar.

O diretor explica que uma das principais causas de infecção neste tipo de operação é através de germes que estão presentes na pele e que muitas vezes são transmitidos de pessoa para pessoa. E o simples fato de lavar as mãos já impede esse tipo de contaminação.

“A higienização das mãos na medicina é mais antigo até do que o próprio conhecimento da existência das bactérias. Mesmo antes de sabermos que as bactérias existiam já era certo que os profissionais que lavavam as mãos levavam menos contaminação para os pacientes”, pontua.

O diretor do Metropolitano informa que a campanha deve ser estendida para a população de uma maneira geral, porque o cuidado em lavar as mãos deve ser dos parentes que visitam o paciente e também do próprio paciente, porque se ele mesmo não tiver o cuidado pode ser um agente de contaminação da sua operação.

“Tudo o que se faz no sentido de combater a infecção é importante. A eficácia de lavar as mãos chega a ser maior do que a eficácia de usar um antibiótico antes da cirurgia como profilaxia. Não tem remédio que se compare. Lembrando que a higienização deve se estender aos equipamentos como termômetro e estetoscópio”, destaca.

O Hospital Metropolitano de Várzea Grande, que realiza cerca de 300 cirurgias por mês, vem registrando uma taxa de infecção abaixo do índice considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nos últimos seis meses, a unidade, que é referência do Sistema Único de Saúde (SUS) em cirurgias de trauma e bariátricas para o estado de Mato Grosso, manteve uma taxa de infecção de 2%, enquanto a prevista pela OMS é de 5%.

# TOXOPLASMOSE

**Local de ocorrência:** Rio Grande do Sul

**Data da informação:** 07/05/2018

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

## COMENTÁRIOS:

Autoridades consideram o surto de toxoplasmose em Santa Maria o maior já enfrentado no Rio Grande do Sul. A cidade da Região Central reforçou o esquema de atendimento de saúde e está credenciando laboratórios privados para agilizar as confirmações dos casos.

O número de infectados cresceu 70% em uma semana. Até agora, 176 pessoas já contraíram a doença, sendo 20 gestantes. Os dados foram divulgados na sexta-feira (4/05).

"Dos que nós temos conhecimento, esse está sendo o maior. O mais recente, que foi São Marcos, teve 145 casos confirmados ao fim da investigação", afirma a diretora do Centro Estadual de Vigilância Sanitária, Marilina Bercini.

O surto de toxoplasmose na cidade foi confirmado no dia 19 de abril. Porém, a fonte da infecção ainda não foi descoberta.

A Secretaria Estadual de Saúde anunciou novas medidas para reforçar o trabalho dos profissionais de saúde e enfrentar a doença. Um ambulatório oftalmológico será criado para atender gratuitamente pacientes com sintomas ou que tiveram o diagnóstico confirmado.

Além disso, laboratórios privados serão credenciados para realizar exames. O objetivo é dar mais agilidade na identificação dos casos.

Os pacientes já estão sendo atendidos de graça em um ambulatório criado pela prefeitura. No Hospital Universitário, eles recebem atendimento em dois ambulatórios montados exclusivamente para o surto.

Uma nova orientação também foi dada: que a gravidez seja evitada nesse momento. "Isso faz parte do planejamento familiar. Se uma determinada mulher ou moça desejar engravidar, ela, obviamente, em meio a um surto de toxoplasmose, que tem uma repercussão muito grande sobre o feto com possibilidade de mal formações, de aborto, de óbito fetal, tem que aguardar passar essa fase esse surto", explica a superintendente do Hospital Universitário, Elaine Verena Resener.

Duas mortes de bebês e um aborto podem ter sido causados pela toxoplasmose. Nos três casos, a mãe havia contraído a doença. O que ainda não se sabe é a origem da contaminação.

Profissionais do Ministério da Saúde estão na cidade para ajudar na identificação. Enquanto o resultado não sai, muita gente mudou os hábitos em casa.

A orientação é lavar muito bem verduras e legumes, ferver água por pelo menos 10 minutos antes de beber e, no caso das gestantes, consumir apenas água mineral. Além disso, é preciso limpar as caixas d'água periodicamente.

"É extremamente importante que as pessoas continuem tomando os cuidados universais e em especial as gestantes. Elas devem fazer os exames uma vez por mês até o final da gestação", ressalta a secretária municipal da Saúde, Liliane Mello Duarte.

A toxoplasmose, cujo nome popular é doença do gato, é uma doença infecciosa causada por um protozoário chamado *Toxoplasma gondii*. Este protozoário é facilmente encontrado na natureza e pode causar infecção em grande número de mamíferos e pássaros no mundo todo.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Infectologia, a doença pode ocorrer pela ingestão de oocistos (onde o parasita se desenvolve) provenientes do solo, areia, latas de lixo contaminadas com fezes de gatos infectados; ingestão de carne crua e mal cozida infectada com cistos, especialmente carne de porco e carneiro; ou por intermédio de infecção transplacentária, ocorrendo em 40% dos fetos de mães que adquiriram a infecção durante a gravidez.

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

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

# SARAMPO

**Local de ocorrência:** Amazonas

**Data da informação:** 06/05/2018

**Fonte da informação:** ProMed-Mail

## COMENTÁRIOS:

A quantidade de casos notificados de sarampo no Amazonas foi de 304 para 358 em 1 semana. A informação é do 6ª edição do Boletim Epidemiológico, divulgado pela Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM) na quarta-feira (2/05).

Desde o primeiro boletim divulgado pela FVS, no dia 28 de março [2018], os casos notificados de sarampo no estado passaram de 61 para 358, conforme o último levantamento.

Do total de casos, 333 são em Manaus. No interior do Amazonas, são 25 casos notificados.

No interior, Parintins, Tefé e Careiro da Várzea aparecem pela primeira vez com registros de casos suspeitos. As notificações registradas nesta 6ª edição do boletim são dos seguintes municípios: Humaitá (6 casos), Parintins (5 casos), Tefé (5 casos), Anori (1 caso), Beruri (1 caso), Itacoatiara (1 caso), Itapiranga (1 caso), Iranduba (1 caso), Manacapuru (1 caso), Novo Airão (1 caso), São Gabriel da Choeira (1 caso) e Careiro da Várzea (1 caso).

Os casos confirmados da doença, no estado, continuam sendo os 22 registrados em Manaus. Foram descartados 43 casos em Manaus e cinco no interior, nos municípios de Anori, Beruri, Iranduba, São Gabriel da Cachoeira e Parintins. Segundo o boletim, o Amazonas investiga 288 casos notificados.

De acordo com o diretor presidente da FVS-AM, Bernardino Albuquerque, o vírus registrado no Estado é do mesmo genótipo que circula na Venezuela e Roraima, confirmado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Rio de Janeiro. "O Amazonas faz parte do corredor de transmissão, tendo em vista a aproximação da população com Boa Vista e Venezuela", afirmou, reforçando que a principal forma de prevenção é com a vacina da tríplice viral, que está disponível em toda a rede atenção à saúde.

Albuquerque explica que com os treinamentos realizados no interior, a tendência é aumentar o registro de casos suspeitos. "Todos os pacientes que apresentam febre e exantemas (manchas vermelhas) são notificados como suspeitos de sarampo, porém, a confirmação e o descarte são realizados através de exames laboratoriais", explicou.

Os números do Boletim incluem os dados da busca retrospectiva de casos suspeitos realizada pela FVS. Já foram analisados, aproximadamente, 322.511 prontuários, de unidades de saúde de urgência e emergência de Manaus. Destes, a equipe de vigilância epidemiológica da FVS identificou 50 casos suspeitos de sarampo.

# SARAMPO

É uma doença viral, transmitida de pessoa a pessoa através de secreções do nariz e da boca, expelidas pelo doente ao tossir, respirar ou falar. Pode atingir pessoas de qualquer idade, principalmente crianças com menos de 5 anos.

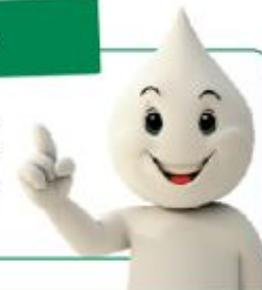
## Sintomas e sinais

**Febre e exantema** (manchas vermelhas por todo o corpo), acompanhados de **tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite** e pequenas **manchas brancas na parte interna da boca**.

Ao perceber os sintomas e sinais, procure imediatamente atendimento na Unidade de Saúde mais próxima da residência.

## Vacinação

A vacina é a melhor prevenção. Vacine o seu filho de 6 meses a 5 anos contra o sarampo, no posto de saúde mais próximo da sua casa.



# INFLUENZA A H1N1 e H3N2

**Local de ocorrência:** Pernambuco

**Data da informação:** 03/05/2018

**Fonte da informação:** folhape.com.br (fonte informal)

## COMENTÁRIOS:

Sobe o número de pacientes diagnosticados com as influenzas A H1N1 e H3N2 em Pernambuco. Já são 23 pacientes atestados com H1N1, sendo sete que desenvolveram síndrome respiratória aguda grave (SRAG), número que representa um aumento de 600% em relação à semana anterior, quando foi registrado um caso.

Os dados foram divulgados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), na quarta-feira (2/05), e levam em consideração os registros de janeiro até o dia 21 de abril. O H3N2 já acumula oito confirmações que tiveram SRAG e mais nove com sintomas mais leves, que não precisaram de internação. O número geral de pessoas internadas por SRAG de etiologias diversas e ainda em investigação subiu 18%.

Até agora, dois pacientes morrerem devido à síndrome respiratória aguda grave, ambos com exames positivos para o vírus H1N1. O primeiro óbito foi de paciente, que já tinha comorbidades, de 45 anos, do Recife, que faleceu em 24 de abril. A morte mais recentemente confirmada foi de uma paciente de 74 anos, também com comorbidade, que faleceu no dia 17 de abril. Ela era residente em Jaboatão dos Guararapes.

Em relação aos demais casos de internamento de SRAG por Influenza A (H1N1 e H3N2), a SES informou que a maioria se encontra na faixa etária de zero a nove anos, com sete ocorrências. Segundo a gerente de Prevenção de Doenças Imunopreveníveis da SES, Ana Antunes, apesar da alta nos números nas duas últimas semanas, o comportamento geral das influenzas ainda está dentro do considerado habitual para o período.

Ela destacou ainda que as notificações de SRAG de forma geral ainda estão inferiores ao mesmo período de 2017, quando 513 adoecimentos foram registrados. “Esses dados de agora não querem dizer que todos tenham adoecido na última semana. Na verdade, boa parte dos casos é de março, mas só agora saíram os resultados dos exames”, justificou sobre o salto nas estatísticas.

Um fator, no entanto, chama mais a atenção: a prevalência conjunta dos vírus H1N1 e H3N2. “Não temos um predominando em cima do outro. Em anos anteriores, você tinha um predomínio nítido de um deles. Agora estão as duas ocorrendo ao mesmo tempo, o que é um pouco diferente do que vínhamos detectando”, comentou. Em 2017, por exemplo, Pernambuco não notificou nenhum caso da H1N1, mas apenas de H3N2. Os impactos dessa dupla participação e protagonismo viral ainda não podem ser mensurados.

Ana Antunes chamou atenção da população para uma onda de boatos sobre um novo tipo de gripe e da ineficácia da vacina de influenza. Áudios atribuídos a médicos têm promovido terror nas redes sociais. “Isso não procede. Na verdade, o que está circulando são ciclos de influenza que já tiveram circulação anteriores e a vacinação que está sendo utilizada contempla essas cepas. A mensagem que deixo para a população é quem está nos grupos prioritários busque o posto e tome a vacina”, tranquilizou.

Sobre a imunização, que iniciou no último dia 23 de abril, o balanço mostra que poucos buscaram a dose de proteção. Ao todo, 147.163 pessoas buscaram a vacina, o que representa 6,1% do total de 2.399.361 pernambucanos inclusos nos grupos prioritários. A campanha de vacinação contra a influenza segue até o dia 1º de junho, sendo o Dia D em 12 de maio.

O público-alvo da vacina é composto por crianças de seis meses a cinco anos, gestantes, puérperas (mulheres em pós-parto), idosos maiores de 60 anos, profissionais das redes pública e privada de educação e de saúde, indivíduos de 12 a 21 anos de idade sob medidas socioeducativas, população privada de liberdade, funcionários do sistema prisional, além de portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

# COQUELUCHE

**Local de ocorrência:** Alagoas

**Data da informação:** 07/05/2018

**Fonte da informação:** gazetaweb.globo.com (fonte informal)

## COMENTÁRIOS:

A coqueluche, também conhecida por tosse comprida, é uma doença infectocontagiosa aguda do trato respiratório, transmitida pela bactéria *Bordetella pertussis*. Conforme dados da Superintendência de Vigilância da Secretaria de Estado da Saúde (Sesau), de janeiro a abril de 2017 foram identificados três casos. No mesmo período deste ano, o número aumentou para cinco.

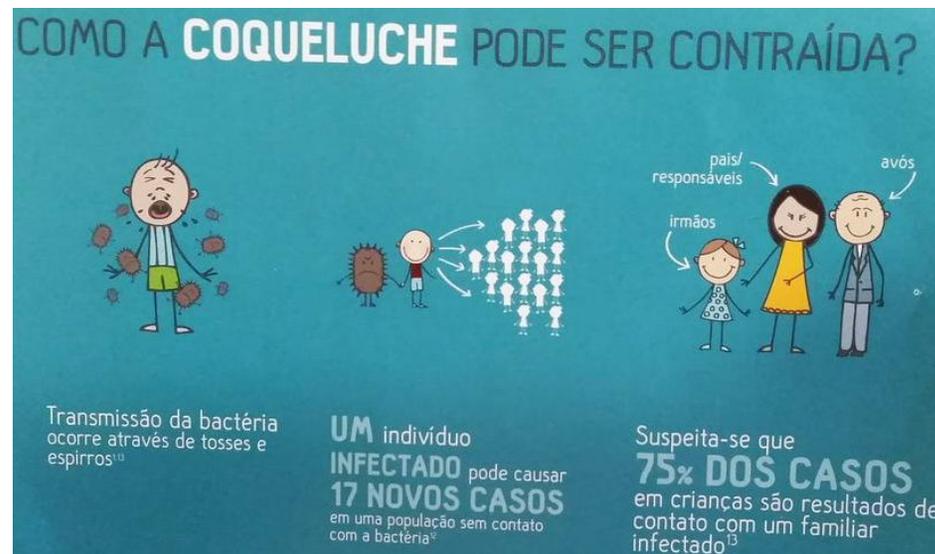
Devido ao aumento dos casos, é importante que os pais fiquem atentos, visto que os recém-nascidos têm as vias respiratórias muito finas, que podem ser facilmente obstruídas pelo muco produzido na infecção. Em alguns casos, podem até não conseguir respirar.

De acordo com a técnica do Programa de Doenças Imunopreveníveis da Sesau, Claudeane Nascimento, o contágio da coqueluche se dá pelo contato direto com a pessoa infectada ou por gotículas eliminadas pelo doente ao tossir, espirrar ou falar. A infecção pode ocorrer em qualquer época do ano, mas, sobretudo, em períodos chuvosos, acometendo especialmente as crianças menores de cinco anos.

O período de incubação varia entre sete e 17 dias. Todavia, os sintomas duram cerca de seis semanas e podem ser divididos em três estágios consecutivos. A fase catarral, que compreende de uma a duas semanas, com manifestações respiratórias iniciais, acompanhadas de sintomas leves, caracterizadas por febre pouco intensa, mal-estar geral, coriza e tosse seca, com um quadro semelhante à gripe. Depois disso, os acessos de tosse se agravam e, quando eles ocorrem, dificultam a respiração.

"É a fase mais infectante. Raramente, os pais conseguem identificar se a criança está com a doença nesta etapa. A frequência e a intensidade dos acessos de tosse aumentam gradualmente", explicou.

A segunda fase, também conhecida como paroxística, que dura entre duas a seis semanas, caracteriza-se por crise com tosse súbita, rápida e curta. "A tosse torna-se mais intensa, com maior frequência à noite. A criança tem um esforço inspiratório massivo, que pode produzir o "guincho" característico, que é quando a criança puxa o ar e, logo em seguida, vem aquele som bem fininho nas cordas vocais", pontuou. Além disso, há presença de cianose, apneia e vômitos pós-tosse.



Fonte: google.com.br

Já a fase de convalescença, conforme a técnica do Programa de Doenças Imunopreveníveis da Sesau, os paroxismos de tosse, o 'guincho' e os vômitos diminuem em frequência e intensidade. Esta fase persiste por duas a seis semanas e em alguns casos pode se prolongar por até três meses.

O diagnóstico é basicamente clínico. Em grande parte dos casos, exames laboratoriais podem ajudar a determinar a presença da bactéria *Bordetella pertussis* em amostras da nasofaringe. Claudeane Nascimento destacou, ainda, que é importante vacinar as crianças.

A medida resulta na proteção do recém-nascido nos primeiros meses de vida, até que complete o esquema vacinal contra a coqueluche no Calendário Nacional de Vacinação com a Pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus Influenzae tipo b e hepatite B) aos dois, quatro e seis meses, e reforço da DTP aos 15 meses e aos quatro anos.

Pacientes com coqueluche devem permanecer em isolamento respiratório enquanto durar o período de transmissão da doença. O tratamento é feito com antibióticos e a recuperação costuma ocorrer em até seis semanas. No entanto, principalmente em crianças, a infecção pode evoluir para quadros graves e levar à morte. Em caso de suspeita, o paciente deve procurar o serviço de saúde mais perto de sua casa.

# DENGUE / CHIKUNGUNYA / ZIKA /

**Local de ocorrência:** Minas Gerais

**Data da informação:** 07/05/2018

**Fonte da informação:** em.com.br (fonte informal)

## COMENTÁRIOS:

Minas Gerais já registra cerca de 17 mil casos prováveis de dengue, 6 mil de febre chikungunya e 200 de zika. É o que diz o último boletim epidemiológico publicado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) na segunda-feira (7/05). De acordo com a pasta, os números prováveis são somatórios de casos confirmados pelas doenças com os casos suspeitos.

Em relação à dengue, somente neste ano, dos 17.276 casos prováveis, três óbitos foram diagnosticados provocados pela doença, que é transmitida pelo *Aedes aegypti*. Conceição do Pará e Moema, no Centro-Oeste mineiro, e Uberaba, no Triângulo, foram as cidades que registraram as mortes. Nove óbitos, no entanto, ainda estão sob investigação para que a causa seja detectada.

No ano passado, 18 mortes por dengue foram confirmadas, de acordo com a SES-MG, sendo que a média de idade das vítimas foi de 56 anos – com base em casos de pessoas entre 3 e 93 anos. Os municípios de Rodeiro, Piraúba e Visconde do Rio Branco, ambos na Unidade Regional de Saúde (URS) de Ubá, na Zona da Mata, apresentam maiores incidências de dengue, somando 715 casos prováveis.

Neste ano, foram registrados 5.762 casos prováveis de chikungunya no estado, concentrados, principalmente, no Vale do Aço. De acordo com o boletim epidemiológico, dos casos prováveis, 55 são gestantes e 18 foram confirmados após exames laboratoriais. No ano passado, 15 pessoas morreram pela doença viral causada pelo vírus CHIKV, que pode ser disseminado, além do *aegypti*, pelo *Aedes albopictus*, também transmissores da dengue, zika e febre amarela. Desse total, 12 foram confirmados somente em Governador Valadares, no Rio Doce.

O zika vírus, apesar de apresentar menos vítimas que as outras doenças, pode ter sido contraído por 202 pessoas em Minas Gerais, sendo que, desse número, 60 são gestantes. Apesar de três delas já terem sido diagnosticadas, Montes Claros tem 10 mulheres grávidas com suspeita de zika. Ipatinga e Janaúba registraram oito casos, cada.

**Dengue**

**Febre alta**

**Dor atrás dos olhos**

**Tontura**

**Manchas vermelhas**

**Dor nas articulações**

**Naúseas e vômitos**

**Fraqueza**

**Perda de peso**

**Sangramento no nariz e na gengiva**

**Dor de cabeça**

**Chikungunya**

**Dores intensas nas articulações de pés e mãos**

**Dor de cabeça**

**Dor muscular**

**Manchas vermelhas**

**Febre alta**

**Zika V**

**Dor muscular**

**Dor de cabeça**

**Olhos vermelhos**

**Dor nas costas**

**Lesões com pontos brancos e vermelhos na pele**

**Febre baixa**

**Dor nas articulações**

Fonte: Ministério da Saúde

# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Brasil – atualização

**Data da informação:** 01/05/2018

**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 17 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 28/04/2018.

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 21,0% (1.058/5.036) para SG e de 32,3% (169/524) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 17,3% (740/4.276) 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, 16,0% (117/732) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09.



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

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

#saude nasredes    [blog.saude.gov.br](http://blog.saude.gov.br)    SUS    [f /minsaude](https://www.facebook.com/minsaude)

# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Brasil – atualização

**Data da informação:** 01/05/2018

**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

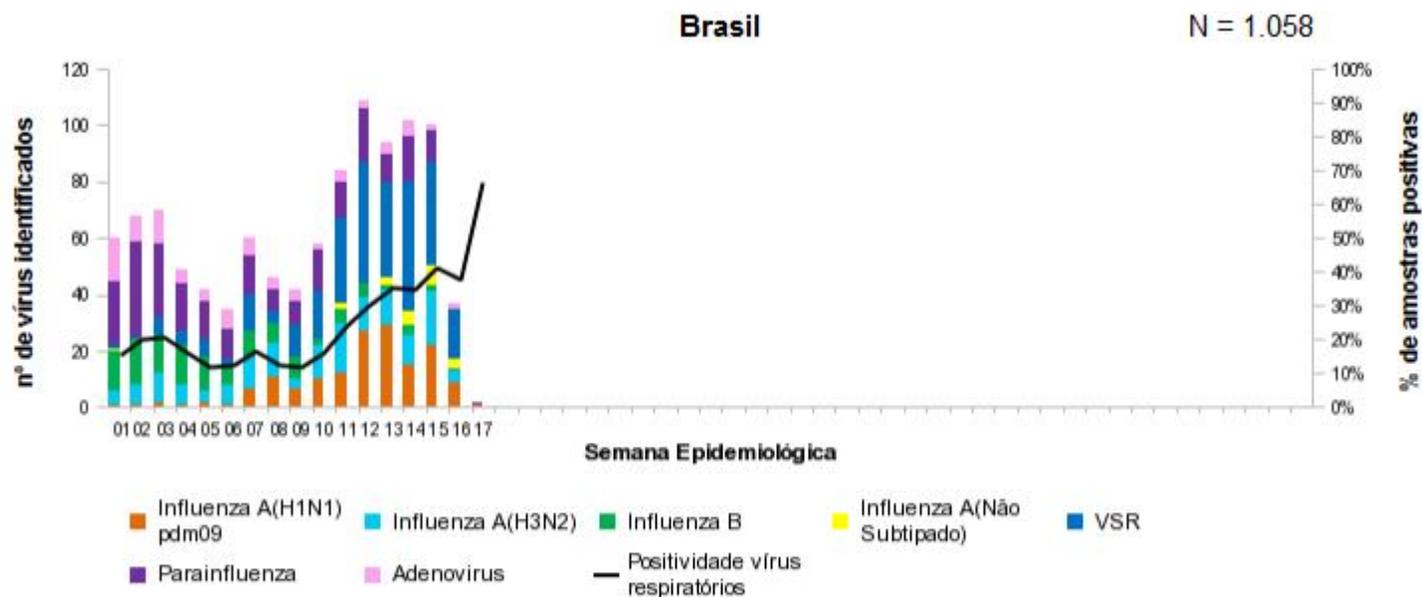
## VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

### SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 17 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 6.971 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 5.036 (57,1%) possuem resultados inseridos no sistema e 21,0% (1.058/5.036) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 454 (42,9%) foram positivos para influenza e 604 (57,1%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 158 (34,8%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 120 (26,4%) de influenza B, 21 (4,6%) de influenza A não subtipado e 155 (34,1%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 274 (45,4%) 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 17.**



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 1/5/2018, sujeitos a alteração.

# INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 01/05/2018

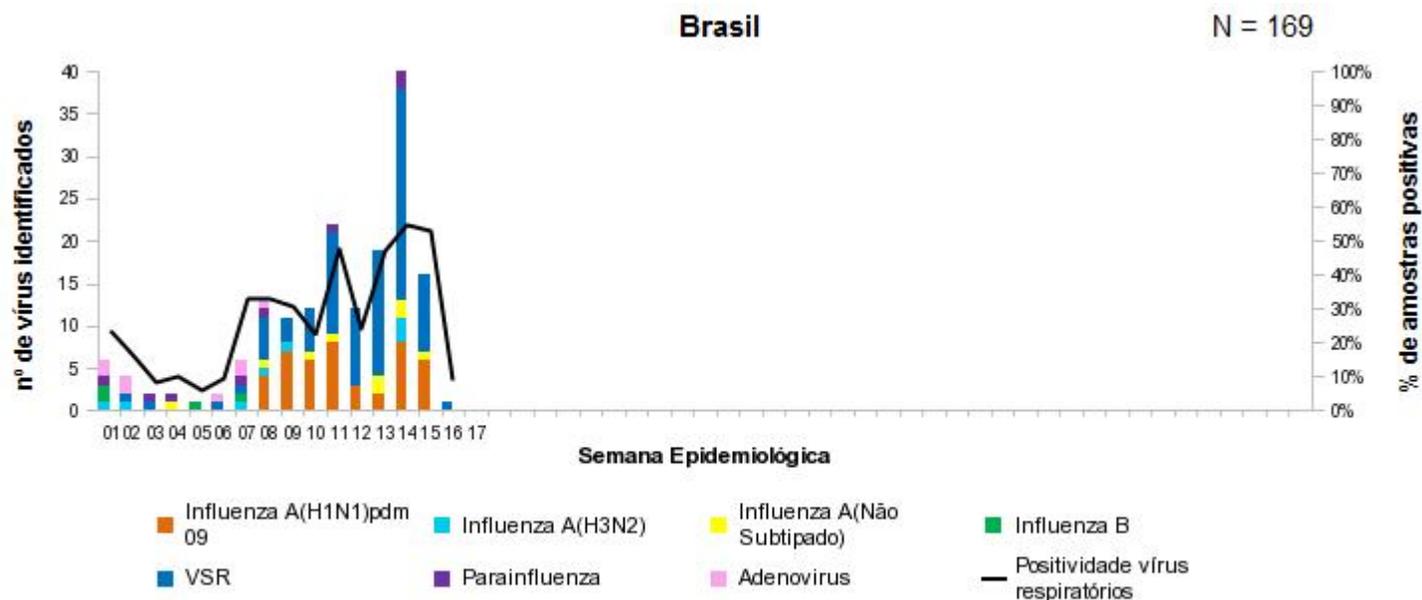
Fonte da informação: Ministério da Saúde

## VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

### SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 794 coletas, sendo 524 (66,0%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 169 (32,3%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 65 (38,5%) para influenza e 104 (61,5%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 44 (67,7%) para influenza A(H1N1)pdm09, 9 (13,8%) para influenza A não subtipado, 4 (6,2%) para influenza B e 8 (12,3%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 88 (84,6%) 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 17.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 1/5/2018, sujeitos a alteração.

# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Brasil – atualização

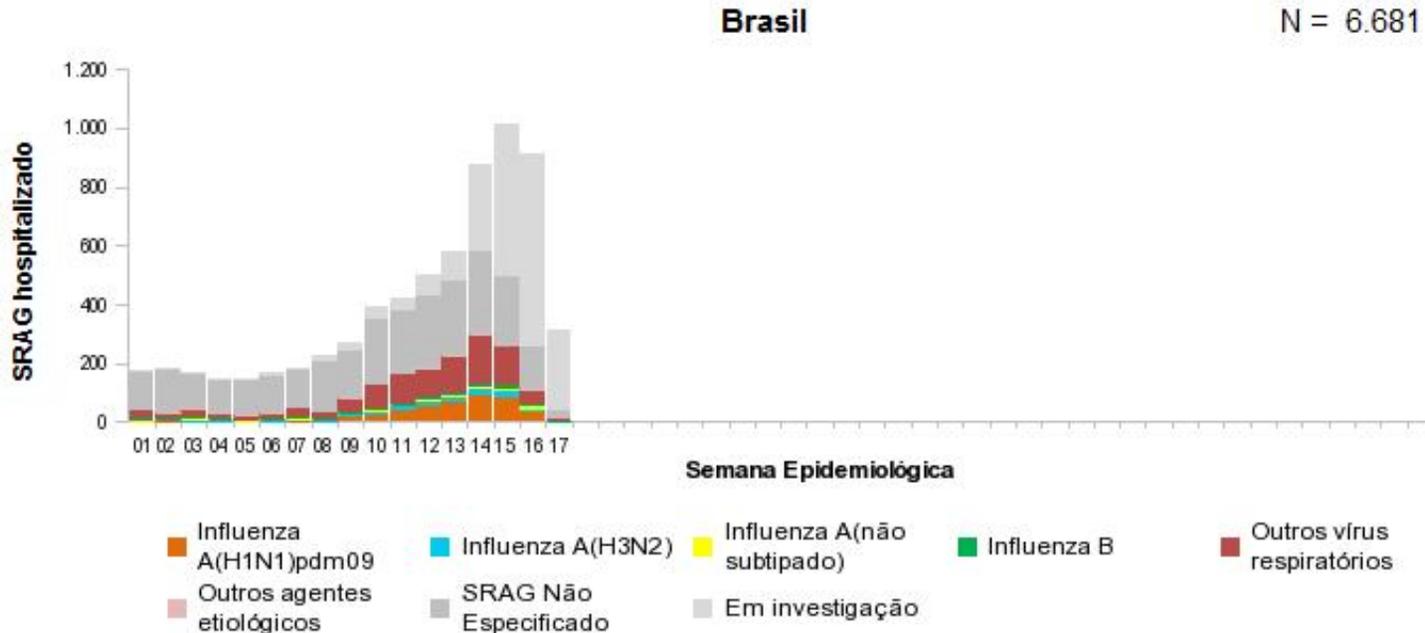
**Data da informação:** 01/05/2018

**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

## VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 17 de 2018 foram notificados 6.681 casos de SRAG, sendo 4.276 (64,0%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 17,3% (740/4.276) foram classificadas como SRAG por influenza e 23,5% (1.003/4.276) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 422 (57,0%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 68 (9,2%) influenza A não subtipado, 94 (12,7%) influenza B e 156 (21,1%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 33 anos, variando de 0 a 107 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região Centro-Oeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 30,4% (225/740).

**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 17.**



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 1/5/2018, sujeitos a alteração.

# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Brasil – atualização

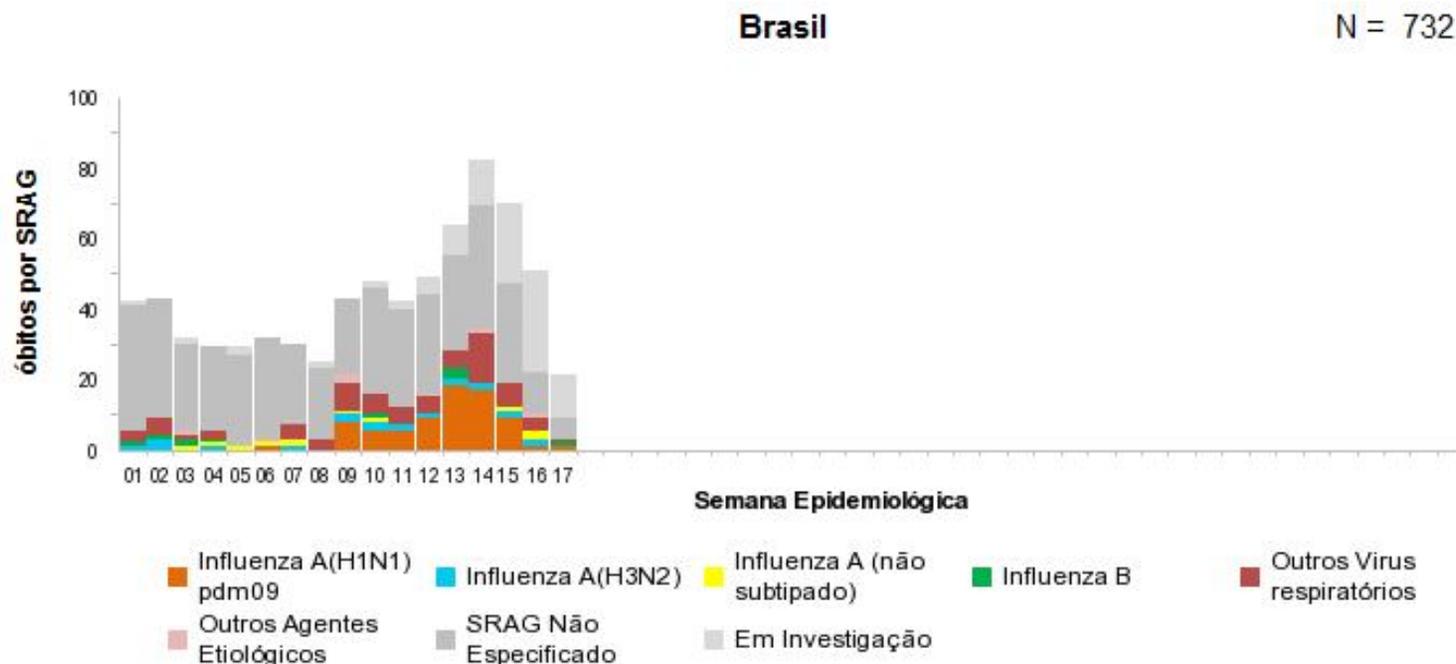
**Data da informação:** 01/05/2018

**Fonte da informação:** Ministério da Saúde

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 17 de 2018 foram notificados 732 óbitos por SRAG, o que corresponde a 11,0% (732/6.681) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 117 (16,0%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 74 (63,2%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 11 (9,7%) influenza A não subtipado, 10 (8,5%) por influenza B e 22 (18,8%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é Goiás, com 29,9% (35/117), 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 17.**



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 1/5/2018, sujeitos a alteração.

# INFLUENZA

**Local de ocorrência:** Brasil – atualização

**Data da informação:** 01/05/2018

**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 0,06/100.000 habitantes. Dos 117 indivíduos que foram a óbito por influenza, 86 (73,5%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos  $\geq$  60 anos, Pneumopatas, Cardiopatas e Diabetes. Além disso, 81 (69,2%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 15 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento nas primeiras 48 horas.

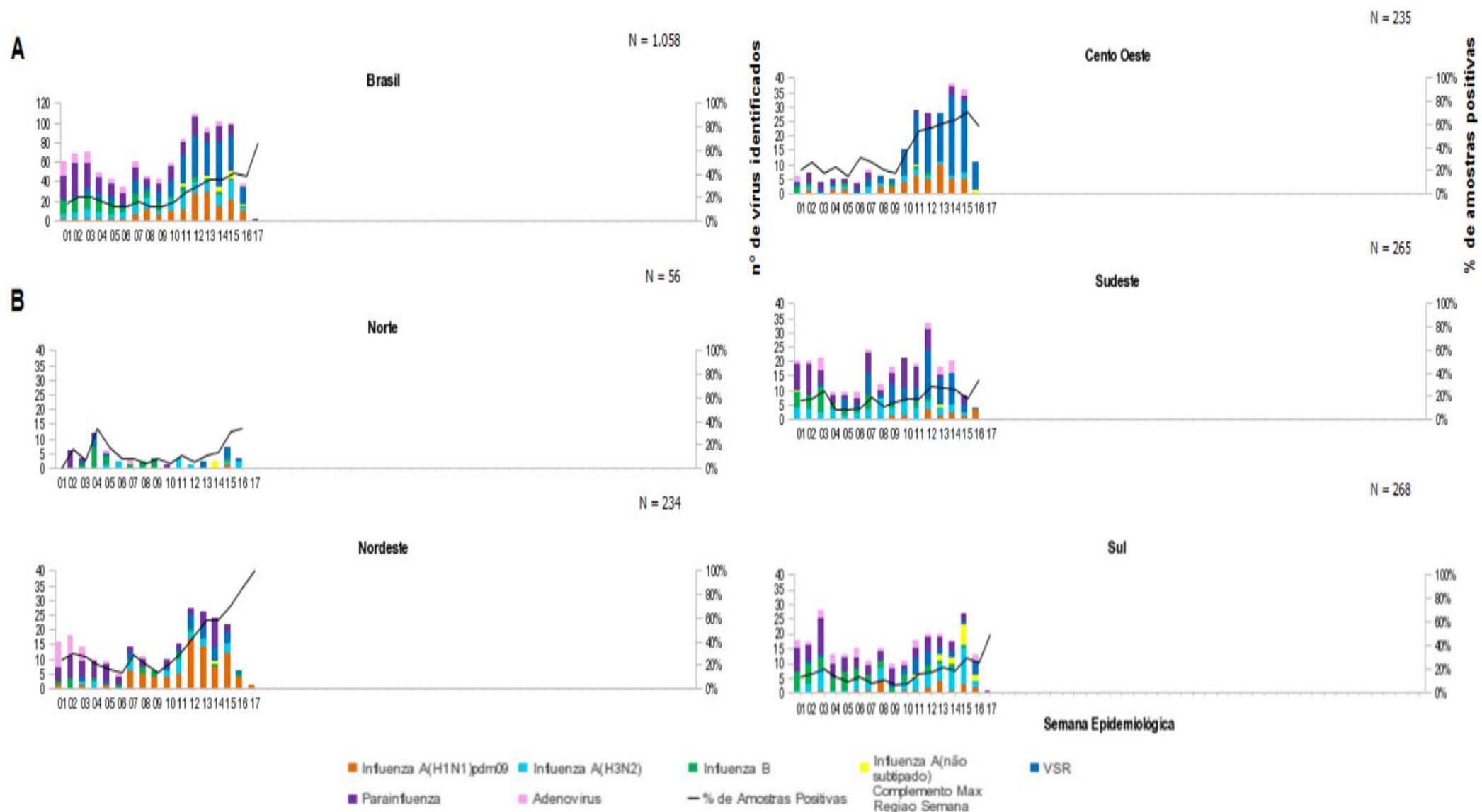
**Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 17.**

<b>Óbitos por Influenza (N = 117)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Com Fatores de Risco</b>	<b>86</b>	<b>73,5%</b>
Adultos $\geq$ 60 anos	39	45,3%
Doença cardiovascular crônica	19	22,1%
Pneumopatas crônicas	19	22,1%
Diabete mellitus	15	17,4%
Obesidade	15	17,4%
Doença Neurológica crônica	9	10,5%
Doença Renal Crônica	6	7,0%
Imunodeficiência/Imunodepressão	8	9,3%
Gestante	2	2,3%
Doença Hepática crônica	1	1,2%
Criança < 5 anos	13	15,1%
Puérpera (até 42 dias do parto)	2	2,3%
Indígenas		0,0%
Síndrome de Down		0,0%
<b>Que utilizaram antiviral</b>	<b>81</b>	<b>69,2%</b>

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 1/5/2018, 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 17.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 1/5/2018, 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 17.

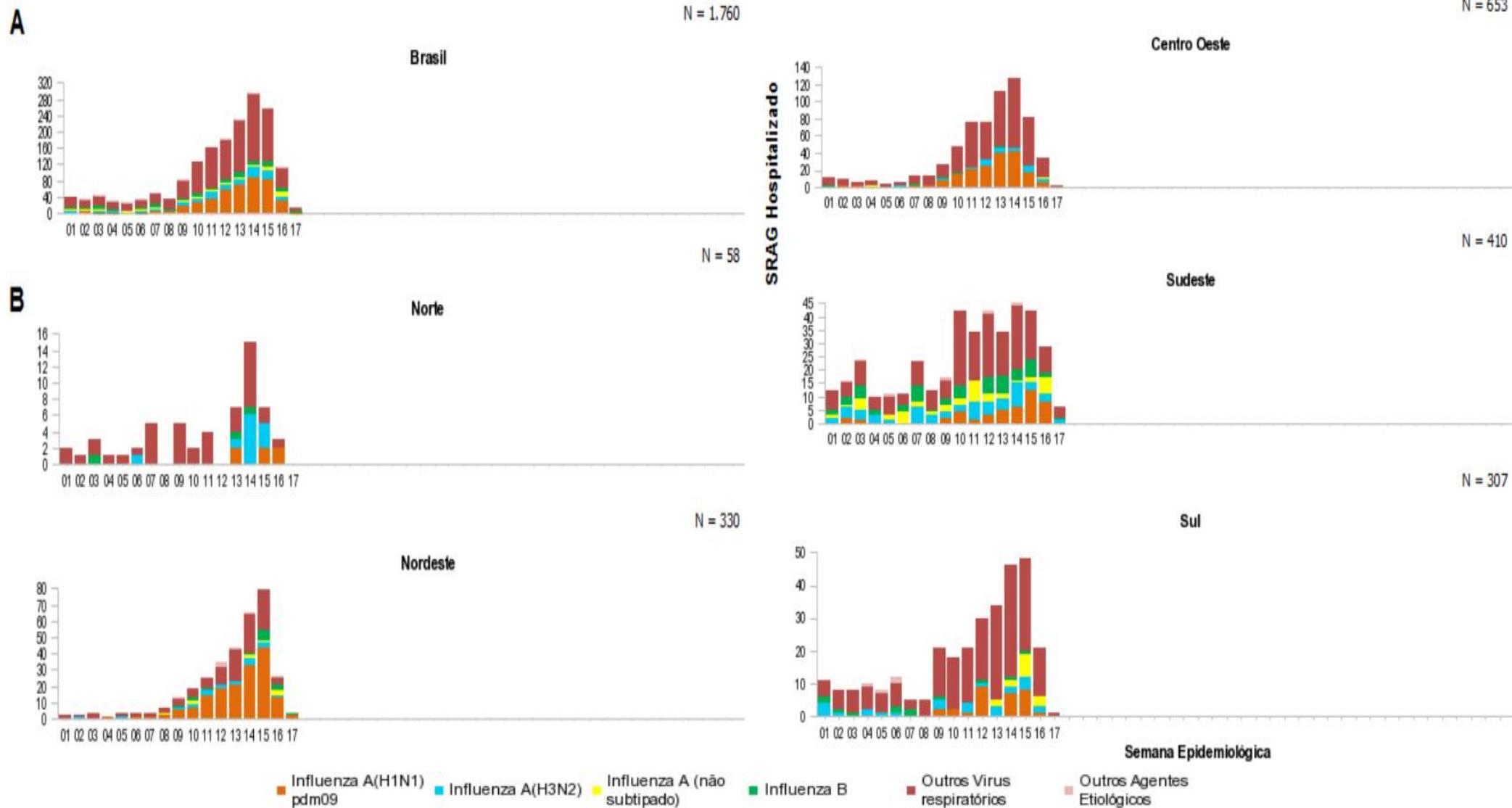
REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza										SRAG por outro vírus respiratório		SRAG por outro agente Etiológico		SRAG não Especificado		Em Investigação		
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtípado)		Influenza B		Total Influenza		Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos											
<b>NORTE</b>	<b>353</b>	<b>30</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>38</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>217</b>	<b>27</b>	<b>78</b>	<b>0</b>
RONDÔNIA	12	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	2	0	0
ACRE	53	7	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	0	0	0	0	24	6	26	0
AMAZONAS	63	1	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	24	0	0	0	0	35	1	2	0
PARÁ	200	14	6	0	8	0	0	0	1	0	15	0	11	1	0	0	0	130	13	44	0
AMAPÁ	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
TOCANTINS	23	5	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	15	4	6	0
<b>NORDESTE</b>	<b>1.286</b>	<b>137</b>	<b>163</b>	<b>32</b>	<b>21</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>210</b>	<b>37</b>	<b>113</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>401</b>	<b>49</b>	<b>555</b>	<b>39</b>	
MARANHÃO	11	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	3	2	5	0
PIAUÍ	45	7	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	17	2	0	0	0	13	5	13	0
CEARÁ	285	43	70	14	5	0	2	0	9	0	86	14	3	0	1	1	52	7	143	21	
RIO GRANDE DO NORTE	64	14	8	1	1	0	1	1	5	1	15	3	5	0	0	0	19	5	25	6	
PARAÍBA	44	11	2	2	1	1	0	0	0	0	3	3	3	0	0	0	21	5	17	3	
PERNAMBUCO	324	15	7	2	6	0	0	0	0	0	13	2	3	0	0	0	112	8	196	5	
ALAGOAS	34	2	6	0	1	0	0	0	0	0	7	0	1	0	5	1	18	0	3	1	
SERGIPE	52	0	5	0	2	0	2	0	1	0	10	0	1	0	0	0	40	0	1	0	
BAHIA	427	43	62	13	5	1	5	1	1	0	73	15	78	8	1	0	123	17	152	3	
<b>SUDESTE</b>	<b>2.244</b>	<b>258</b>	<b>44</b>	<b>6</b>	<b>60</b>	<b>8</b>	<b>42</b>	<b>7</b>	<b>56</b>	<b>5</b>	<b>202</b>	<b>26</b>	<b>202</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>1.122</b>	<b>180</b>	<b>712</b>	<b>31</b>	
MINAS GERAIS	418	46	3	0	12	0	0	0	3	0	18	0	49	5	2	0	243	38	106	3	
ESPÍRITO SANTO	111	13	0	0	3	0	0	0	1	1	4	1	0	0	0	0	77	10	30	2	
RIO DE JANEIRO	242	23	3	0	8	1	8	0	23	1	42	2	41	6	0	0	81	14	78	1	
SÃO PAULO	1.473	176	38	6	37	7	34	7	29	3	138	23	112	6	4	4	721	118	498	25	
<b>SUL</b>	<b>1.210</b>	<b>140</b>	<b>30</b>	<b>4</b>	<b>27</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>83</b>	<b>10</b>	<b>220</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>656</b>	<b>108</b>	<b>247</b>	<b>5</b>	
PARANÁ	756	92	16	3	11	3	12	1	7	0	46	7	186	14	3	1	304	66	217	4	
SANTA CATARINA	160	19	11	1	12	2	2	0	2	0	27	3	25	2	0	0	95	14	13	0	
RIO GRANDE DO SUL	294	29	3	0	4	0	0	0	3	0	10	0	9	0	1	0	257	28	17	1	
<b>CENTRO OESTE</b>	<b>1.585</b>	<b>167</b>	<b>179</b>	<b>32</b>	<b>37</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>224</b>	<b>42</b>	<b>429</b>	<b>29</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>414</b>	<b>69</b>	<b>518</b>	<b>27</b>	
MATO GROSSO DO SUL	202	18	4	0	14	4	0	0	2	0	20	4	82	1	0	0	85	11	15	2	
MATO GROSSO	116	17	3	0	3	0	1	1	2	1	9	2	2	1	0	0	26	6	79	8	
GOIÁS	881	121	157	31	13	3	0	0	1	1	171	35	175	24	0	0	196	45	339	17	
DISTRITO FEDERAL	386	11	15	1	7	0	1	0	1	0	24	1	170	3	0	0	107	7	85	0	
<b>BRASIL</b>	<b>6.678</b>	<b>732</b>	<b>422</b>	<b>74</b>	<b>156</b>	<b>22</b>	<b>68</b>	<b>11</b>	<b>93</b>	<b>10</b>	<b>739</b>	<b>117</b>	<b>1.002</b>	<b>73</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>2.810</b>	<b>433</b>	<b>2.110</b>	<b>102</b>	
Outro País	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>6.681</b>	<b>732</b>	<b>422</b>	<b>74</b>	<b>156</b>	<b>22</b>	<b>68</b>	<b>11</b>	<b>94</b>	<b>10</b>	<b>740</b>	<b>117</b>	<b>1.003</b>	<b>73</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>2.811</b>	<b>433</b>	<b>2.110</b>	<b>102</b>	

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 1/5/2018, sujeitos a alteração.

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

# INFLUENZA

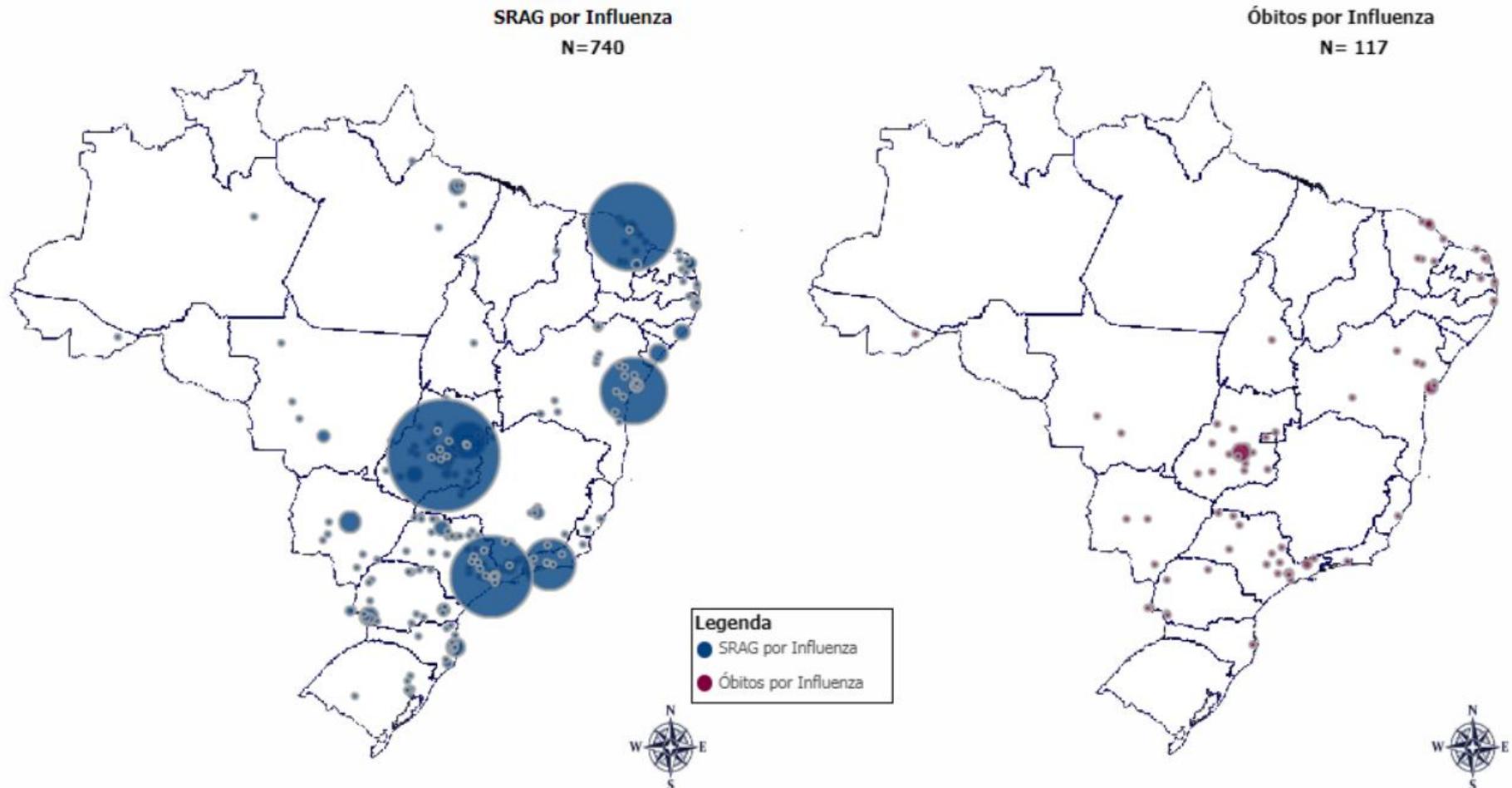
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 17.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 1/5/2018, 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 17.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 1/5/2018, sujeitos a alteração.

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



# EVENTOS INTERNACIONAIS

## Semana Epidemiológica 18/2018

(29/04/2018 a 05/05/2018)

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

# VETORES

**Local de ocorrência:** Estados Unidos

**Data da informação:** 02/05/2018

**Fonte da informação:** [agenciabrasil.ebc.com.br](http://agenciabrasil.ebc.com.br) (fonte informal)

## COMENTÁRIOS:

Doenças como Zika, Lyme e Nilo causadas por mosquitos, carrapatos e de pulgas triplicaram nos Estados Unidos entre 2004 e 2016. Mais de 640 mil casos foram registrados no país no período analisado. Além disso nove novos germes transmitidos pelo carrapato foram descobertos nos últimos 13 anos. A informação foi divulgada pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças(CDC).

O relatório divulgado na terça-feira (1º/05) pelo CDC afirmou que estas doenças: Zika, Nilo Ocidental, Lyme e Chikungunya e outras infecções transmitidas por animais peçonhentos "tem confrontado os Estados Unidos e deixado muitas pessoas doentes".

O estudo ainda não consolida números de 2017, mas com a proximidade do verão no país, as autoridades do CDC alertam os estados para reforçar campanhas para prevenção de picadas e infestações.

O diretor do CDC, Robert R. Redfield, afirmou que é preciso investir no controle dos vetores. "As primeiras linhas de defesa são departamentos de saúde estaduais e locais e organizações de controle de vetores, e devemos continuar a melhorar nosso investimento na capacidade de lutar contra essas doenças".

A informação é parte do último relatório de Sinais Vitais dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças. Mas segundo o órgão, este é o primeiro estudo que examina coletivamente as tendências de várias doenças, transmitidas por diferentes insetos (mosquitos, pulgas e carrapatos).

A conclusão do estudo é que os Estados Unidos não estão completamente preparados para controle de doenças causadas por estes transmissores. Chamou a atenção dos pesquisadores o aumento de transmissões da Lyme, uma doença transmitida por carrapatos. A proliferação de doenças transmitidas pelo carrapato cresceu 60% e segundo o CDC varia de região para região.

Além disso, os vírus mais comuns transmitidos foram o Nilo, Dengue e Zika.

O CDC afirmou que o aumento de casos está relacionado há vários fatores: maior exposição da população, que viaja ou recebe viajantes de áreas contaminadas, que acabam trazendo os vírus e infestando os vetores dentro do país.

A recomendação da agência de controle de doenças é que os estados e o governo federal invistam para reduzir a propagação dessas doenças e responder efetivamente aos surtos. "Isso exigirá investimento para controlar mosquitos, carrapatos e prevenir novas infecções", pondera o comunicado.



Fonte: [google.com.br](http://google.com.br)

# BACTÉRIAS EM SECADORES DE MÃOS

**Local de ocorrência:** Estados Unidos

**Data da informação:** 25/04/2018

**Fonte da informação:** elespanol.com (fonte informal)

## COMENTÁRIOS:

Pesquisadores da Universidade de Connecticut estudaram a diferença entre o ar normal dos banheiros e aquele expelido pelos secadores de mãos e a mudança na proporção de bactérias dá muito para pensar.

Os banheiros são um lugar cheio de bactérias. Essa frase já não é uma grande revelação, nem os secadores de mãos têm a capacidade de espalhá-los pela sala.

No entanto, os números em que eles fazem isso não ficaram claros até agora, quando uma equipe de pesquisadores da Universidade de Connecticut publicou em Microbiologia Aplicada e Ambiental, os resultados de um estudo sobre o assunto. Suas conclusões são mais repugnantes do que preocupantes; mas, mesmo assim, eles dão muito o que pensar.

É claro que a toalha de pano convencional que todos nós temos em casa não é uma boa opção para um banheiro público, que pode passar dezenas ou centenas de pessoas em um dia. Por este motivo, na maioria dos estabelecimentos recorrem a dispensadores de papel toalha ou secadores de ar quente.

A primeira opção tem sérias implicações para o meio ambiente, já que supõe um gasto notável de papel, de modo que mais e mais pessoas estão optando por usar os secadores.

No entanto, estes também não são uma opção perfeita, uma vez que o fluxo de ar pode empurrar para as mãos microrganismos fecais e esporos que estão no ambiente.

Para verificar isso, a equipe de pesquisadores colocou placas de Petri sob os secadores de mãos localizados nos banheiros de uma escola. Essas placas são usadas em microbiologia para cultivar microrganismos, portanto, sua análise subsequente poderia ajudar a quantificar a presença microbiana em torno do dispositivo.

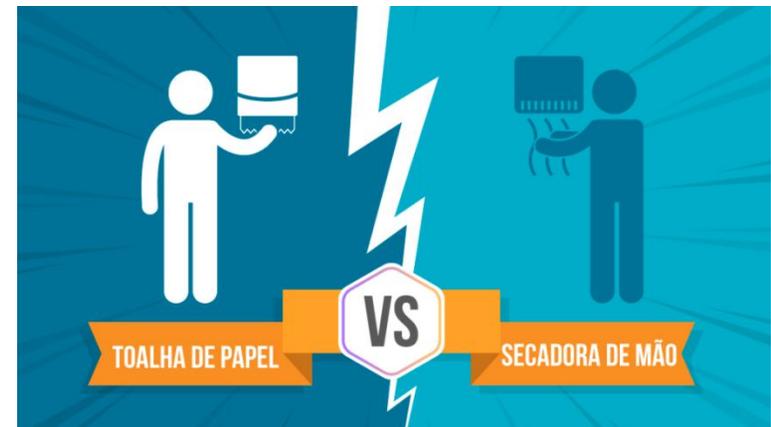
Como esperado, as placas que foram expostas ao banho de ar normal apresentaram crescimento de uma única colônia bacteriana, enquanto aquelas que foram colocadas sob os secadores por 30 segundos mostraram entre 18 e 60 colônias da estirpe *Bacillus subtilis*, PS533, resistente a a canamicina.

Os resultados foram tão desagradáveis que a própria universidade já optou por substituir os secadores de mãos por toalhas de papel descartáveis. Mesmo assim, os pesquisadores pediram tranquilidade após divulgar seus resultados.

É verdade que pessoas imunossuprimidas podem contrair doenças quando entram em contato com alguns desses microrganismos e esporos. No entanto, o restante dos indivíduos que não tem problemas de saúde, dificilmente vão adoecer. Além disso, coexistir com microrganismos pode ser muito benéfico para fortalecer o sistema imunológico.

Em qualquer caso, alguns estudos anteriores estabeleceram que as toalhas de papel também podem aumentar o número de bactérias nas mãos, por isso são uma opção semelhante.

Em conclusão, sim, há muitas bactérias no banheiro e secadores de mãos contribuem para dispersá-los. Mas também há moedas, telefones celulares, maçanetas e uma série de itens essenciais no nosso dia a dia. A melhor coisa é manter a higiene básica e assumir que não temos escolha senão viver com eles. Afinal, não poderíamos viver sem microrganismos, por isso não temos que odiá-los o tempo todo.



Fonte: google.com.br

# ONCOCERCOSE

**Local de ocorrência:** Angola

**Data da informação:** 03/05/2018

**Fonte da informação:** ProMed-Mail

## COMENTÁRIOS:

A oncocercose afeta, pelo menos, 700 pessoas, na província angolana do Bié, e do total de casos cerca de 30% dos diagnosticados já estão cegos, revelou uma Organização Não-Governamental (ONG).

O alerta foi dado pela ONG Solidariedade Evangélica de Angola (SOLE), que das 700 consultas realizadas diagnosticou casos de oncocercose filária.

A oncocercose ou cegueira dos rios é uma doença endêmica na Angola, que integra o grupo de doenças tropicais negligenciadas.

O médico especialista em oftalmologia, líder da equipa que trabalhou durante 15 dias pela 12ª vez no Bié, Steven Cole, apelou para que as autoridades sanitárias angolanas realizem campanhas de prevenção contra a doença.

"É tempo para o Governo aplicar as forças para prevenir esta doença prevenível, não é uma doença sem solução, é uma doença que é completamente prevenível, mas precisa de campanhas de tratamento (...)", disse o médico em declarações emitidas pela rádio pública angolana.

A cegueira dos rios é transmitida de pessoa para pessoa pela picada da "mosca preta", que é o hospedeiro intermediário do parasita e tem como 'habitat' os rios e riachos com curso rápido de água.

O mapeamento da oncocercose, doença que afeta a pele, olhos e tecido linfático, em Angola iniciou-se, numa primeira fase em 2002, usando a metodologia de Mapeamento Epidemiológico Rápido de Oncocercose (REMO).

O Plano Estratégico Nacional de Doenças Tropicais Negligenciadas 2017-2021, consultado pela Lusa, refere que os resultados do REMO (2002-2011) indicam que a oncocercose é endêmica em nove das 18 províncias do país, nomeadamente Bengo, Benguela, Moxico, Lunda Sul, Lunda Norte, Huíla, Cuando Cubango, Cuanza Norte e Uíge.

Entretanto, os resultados de mapeamento com biopsia (2015-2016) mostram que as províncias do Bié, Huambo e Cuanza Sul também são endêmicas.

No referido documento é sublinhado que as províncias do Bié e do Huambo deveriam receber a primeira campanha comunitária para o tratamento de oncocercose nos finais de 2017, com apoio de implementação dos parceiros.

## ONCOCERCOSE

A oncocercose, conhecida também como "cegueira dos rios" ou "mal do garimpeiro", é uma doença provocada pelo parasita nematódeo *Onchocerca volvulus*, que acomete exclusivamente os humanos.



Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 99% dos casos de oncocercose (17 milhões ao total) registrados no mundo ocorrem na África. Esta doença foi observada pela primeira vez em Gana, no ano de 1875. Já no Brasil, essa doença foi detectada apenas em 1967.

# FEBRE TIFOIDE

**Local de ocorrência:** Mundial

**Data da informação:** 05/05/2018

**Fonte da informação:** opiniaoenoticia.com.br (fonte informal)

## COMENTÁRIOS:

A febre tifoide é uma doença infectocontagiosa que atinge 21 milhões de pessoas por ano, com cerca de 1% de casos fatais. Há 70 anos, antes do uso de antibióticos para o tratamento da doença, o tifo era uma doença com uma alta taxa de mortalidade. A febre tifoide pode causar hemorragia interna, perfuração do intestino e, em até um quinto dos casos, morte. Agora, a cepa de uma bactéria multirresistente (MDR) da *Salmonella entericas* sorotipo Typhi (*S. typhi*), que causa a doença, resiste ao tratamento com antibióticos.

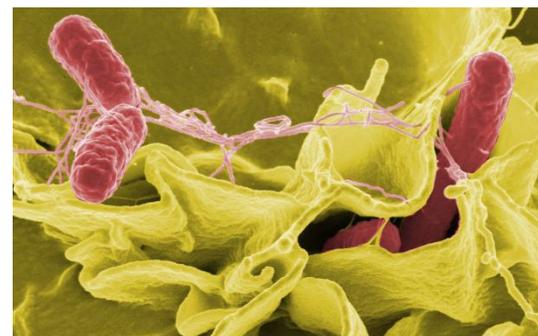
Desde novembro de 2016, a cepa MDR infectou 858 pessoas e causou quatro mortes na província de Sindh, no Paquistão, segundo os últimos dados do Instituto Nacional de Saúde do Paquistão. Um grupo de pesquisadores liderados por Elizabeth Klemm, do Wellcome Sanger Institute, em Cambridge, e Rumina Hasan, da Universidade Aga Khan, em Karachi, estudaram o agente patogênico. A pesquisa, recém-publicada no periódico científico *mBio*, mostrou que seu DNA contém genes resistentes a cinco tipos de antibióticos, com exceção do antibiótico Azitromicina.

O estudo também revelou que a bactéria *S. typhi* tem uma subclasse chamada H58. Desde que surgiu no subcontinente indiano há cerca de 30 anos, o microrganismo H58, que é resistente a quatro tipos de antibióticos, se propagou pelo Sudeste Asiático e, há pouco tempo, para a África Subsaariana e a Oceania. Segundo os pesquisadores, o sequenciamento genético mostrou que o microrganismo H58 interagiu com outra bactéria, provavelmente *Escherichia coli*, encontrada em geral no intestino dos seres humanos, e adquiriu um plasmídeo, uma molécula extracromossômica circular do DNA, que codificou sua resistência a antibióticos.

Os especialistas acreditam que, ao longo do tempo, a bactéria *S. typhi* irá adquirir resistência ao antibiótico Azitromicina. Caso essa previsão se confirme, a doença só poderá ser tratada com antibióticos de “última geração”, como os carbapenêmicos, com amplo espectro de ação. Porém, são medicamentos caros e que precisam ser injetados por profissionais da área de saúde especialmente treinados. Em países de baixa renda, onde o tratamento com esse tipo de antibióticos é inviável, a febre tifoide pode se tornar epidêmica.

A bactéria *S. typhi* é encontrada nas fezes das pessoas infectadas, assim como em pacientes assintomáticos. A doença se dissemina pelo consumo de água ou alimentos contaminados com fezes infectadas. O saneamento eficaz e o acesso à água potável quase erradicaram a febre tifoide nos países desenvolvidos. O uso mais cuidadoso de antibióticos pode evitar que a *S. typhi* desenvolva uma superbactéria resistente a diversos tipos de antibióticos.

Como medidas de curto prazo, a vacinação, monitoramento e tratamento continuam sendo as melhores opções. Infelizmente, as vacinas disponíveis têm um prazo de imunização, exigem várias doses para surtirem efeito e só podem ser dadas em crianças com mais de 2 anos. Uma nova vacina da empresa Bharat Biotech, com sede em Hyderabad, imuniza as pessoas contra a doença durante três anos com uma dose única e pode ser aplicada em crianças a partir dos seis meses de idade. GAVI, uma organização público-privada internacional que fornece vacinas para países em desenvolvimento, irá financiar uma campanha de vacinação de crianças no valor de US\$ 85 milhões em países com mais casos da doença. Hoje, as bactérias multirresistentes a antibióticos representam um desafio à comunidade científica, que assiste ao reaparecimento de doenças graves antes mantidas sob controle.



Fonte: google.com.br

# CAXUMBA

**Local de ocorrência:** México

**Data da informação:** 29/04/2018

**Fonte da informação:** outbreaknewstoday.com (fonte informal)

## COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde mexicano relatou um surto de caxumba no país, atingindo muitos estudantes universitários, com surtos registrados na Cidade do México, Sonora e Chihuahua, segundo o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE).

Até 13 de abril, 2.619 casos de caxumba foram registrados no país. Os estados com maior número de casos são: Tamaulipas - 561 (21%), Nuevo León com 302 (12%), Quintana Roo com 203 (8%), Jalisco com 189 (7%) e Chihuahua com 167 (6%).

Os grupos etários mais afetados em todo o país são adultos de 25 a 44 anos, com 805 (31%), seguido pelo grupo de 20 a 24 anos com 531 (20%) e crianças de 5 a 9 anos, com 388 (15%).

No ano passado, o México registrou um total de 4.653 casos de caxumba.

A caxumba é uma doença infecciosa aguda causada pelo vírus da caxumba. Ele é transmitido através da tosse, espirro, beijo, compartilhamento de óculos ou utensílios e ao tocar superfície que contêm o vírus. Suspeita-se de caxumba quando há inchaço de uma ou mais das glândulas salivares. O inchaço pode estar apenas de um lado, mas é mais comum em ambos. Às vezes as glândulas sob a língua ou mandíbula são afetadas também. Outros possíveis sintomas de caxumba incluem: febre, dor de cabeça, dor de ouvido, cansaço, dores musculares, boca seca, falta de apetite e dificuldade para falar, mastigar ou engolir.

Antes do inchaço, sintomas semelhantes aos da gripe aparecem em cerca de metade dos que contraem o vírus. Em crianças menores de 5 anos, a caxumba pode aparecer como uma infecção pulmonar. A febre geralmente dura de 1 a 6 dias, mas o aumento das glândulas pode durar 10 dias ou mais. Algumas pessoas podem ter pouco ou nenhum sintoma, mas podem disseminar o vírus. Quando uma pessoa é exposta a caxumba, geralmente leva de 16 a 18 dias para ficar doente, mas pode variar de 12 a 25 dias. O

vírus é mais contagioso desde 2 dias antes do inchaço começar até 5 dias depois de desaparecer.

Globalmente, a Organização Mundial da Saúde relatou 585.315 casos de caxumba no ano atual até 13 de fevereiro. Os países que possuem o maior número de casos relatados são o Japão, 175.001 casos e a China, 159.031 casos.

### SINAIS E SINTOMAS DA CAXUMBA



A caxumba é conhecida por causar inchaço no rosto, principalmente na região das glândulas salivares

febre      dor de cabeça      diminuição do apetite

dores musculares      cansaço

### NÃO HÁ TRATAMENTO PARA CAXUMBA



Se você estiver com os sintomas da caxumba, permaneça longe de outras pessoas e de estudantes, e procure por acompanhamento médico em um serviço de saúde.

**Informe-se em quais serviços de saúde você poderá se vacinar**



# CAXUMBA

**Local de ocorrência:** Estados Unidos

**Data da informação:** 01/05/2018

**Fonte da informação:** nursing.advanceweb.com (fonte informal)

## COMENTÁRIOS:

Um surto de caxumba no estado de Delaware fez com que as autoridades locais de saúde pedissem às pessoas que garantissem que suas vacinas estivessem atualizadas.

Onze novos casos foram relatados este mês, acreditados para ser ligados a dois festivais de dança separados realizados no mesmo local.

Além disso, alguns dos casos foram relatados em adultos jovens que receberam a vacina contra caxumba quando crianças, levando a estudos que estão sendo conduzidos para determinar se um reforço na vida adulta pode reduzir a probabilidade de contrair a doença. A proteção contra a doença diminui com o tempo.

A maioria das crianças toma duas doses da vacina (que protege contra sarampo, caxumba e rubéola). No entanto, houve surtos recentes do vírus entre adultos jovens que foram vacinados.

A vacina contra caxumba, que é o foco de um estudo recente da Harvard T.H. Chan escola de saúde pública, encontra imunidade após a vacinação e dura uma média de 27 anos, mas um quarto das pessoas perdem a proteção depois de oito anos.

A caxumba pode se espalhar através da tosse, espirro ou compartilhamento de itens infectados. Os médicos dizem que as pessoas devem se vacinar, especialmente em áreas que enfrentam surtos.

"Se a pessoa já tiver sido vacinada, a gravidade da doença pode não ser tão ruim", disse o Dr. Neil Roy, do Hospital Sinai.



**Não deixe a caxumba estragar sua diversão!**

**A vacinação é a melhor proteção contra a caxumba**

**COMO EVITAR A TRANSMISSÃO DA CAXUMBA**

-  Não compartilhar bebidas talheres
-  Cobrir o nariz e boca ao tossir ou espirrar
-  Ficar em casa quanto estiver doente
-  Lavar as mãos frequentemente com água e sabão
-  Limpar e desinfetar as superfícies

# EBOLA

**Local de ocorrência:** República Democrática do Congo

**Data da informação:** 08/05/2018

**Fonte da informação:** istoe.com.br (fonte informal)

## COMENTÁRIOS:

A República Democrática do Congo “enfrenta uma nova epidemia de Ebola”, que já matou 17 pessoas na província de Equateur (noroeste), informou na terça-feira (8/05) o Ministério da Saúde.

“Vinte e um casos de febre com sinais hemorrágicos e 17 mortes”, uma taxa de letalidade de 80%, foram notificados ao Ministério da Saúde em 3 de maio, indicou em um comunicado, referindo-se a “uma emergência de saúde pública internacional”.

“O plano de resposta adotado pelo Ministério da Saúde foi aprovado pelo governo”, indicou um relatório do Conselho de Ministros encaminhado à AFP.

“Desde a notificação dos casos em 3 de maio, nenhuma morte foi relatada”, aponta o comunicado do ministério, sem especificar a data de início da epidemia.

Uma equipe do Ministério da Saúde, apoiada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos Médicos Sem Fronteiras, visitou a cidade de Bikoro, epicentro da epidemia.

“Nossa maior prioridade é ir a Bikoro para trabalhar com o governo da República Democrática do Congo e parceiros para reduzir a perda de vidas e sofrimento associados a este novo surto de ebola”, indicou o Dr. Peter Salama, diretor-geral adjunto da OMS em um comunicado.

A epidemia na RDC é o nono surto de Ebola desde a descoberta deste vírus em seu solo, em 1976.

A doença foi detectada em uma área de floresta equatorial, na fronteira com o Congo-Brazzaville, e localizada a cerca de 600 km a noroeste de Kinshasa.

“Cinco amostras de casos suspeitos foram enviados para análise no Instituto Nacional de Pesquisas Biológicas (INRB) de Kinshasa em 6 de maio. Dois deram positivos”, afirmou o ministério em seu comunicado.

A última epidemia de Ebola na RDC remonta a 2017. Rapidamente controlada, matou oficialmente quatro pessoas.

Uma terrível epidemia atingiu a África Ocidental entre o final de 2013 e 2016, causando mais de 11.300 mortes em cerca de 29.000 casos, mais de 99% na Guiné, na Libéria e em Serra Leoa.

## A VOLTA DO VÍRUS MORTAL

**DIAGNÓSTICO**  
É preciso, em primeiro lugar, descartar malária, febre tifóide, disenteria bacteriana, cólera, leptospirose, peste negra, meningite, hepatite e outras febres hemorrágicas virais

**SINTOMAS**  
Fraquezas musculares, dores de cabeça intensas e dores de garganta

**A DOENÇA**  
O ebola é uma doença encontrada naturalmente em algumas espécies de morcegos frugívoros que habitam regiões arborizadas da África. Desde seu aparecimento em 1976, houve 18 surtos em países como a República Democrática do Congo, Gabão, Uganda e Sudão

**TRANSMISSÃO DO VÍRUS**  
Por contato direto com fluidos sanguíneos ou com outros fluidos corporais ou por meio de contato indireto com superfícies ou objetos contaminados com fluidos. Na África houve registro de casos de infecção associados ao manuseio de chimpanzés, gorilas, morcegos, macacos e antílopes contaminados

Vômitos, diarreia e erupções na pele

Febres repentinas

Resultados de laboratórios apontam uma redução no número de leucócitos e plaquetas e um número elevado de enzimas hepáticas

Hemorragias internas e externas

Disfunções hepáticas e renais

O vírus não desaparece do corpo imediatamente após a morte; na África o hábito de beijar cadáveres pode ajudar a espalhar a doença

# POLIOMIELITE

**Local de ocorrência:** Mundial

**Data da informação:** 01/05/2018

**Origem da informação:** *The Global Polio Eradication Initiative*

## COMENTÁRIOS:

Esforços globais de saúde pública estão em curso para erradicar a poliomielite, por meio da imunização de crianças, até que a transmissão do vírus cesse completamente e o mundo torne-se livre da doença. A pólio foi declarada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 05/05/2014, diante do aumento da circulação e propagação internacional do poliovírus selvagem durante 2014. A 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), um novo caso de poliovírus tipo 2 derivado de vacinas circulantes (cVDPV2) foi relatado na semana passada. O caso foi relatado no distrito de Kikula, na província de Haut Katanga, com início em 19 de fevereiro. Este é o primeiro caso relatado em Haut Katanga neste surto. O número total de casos cVDPV2 comunicados oficialmente na RDC em 2018 é agora de 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	7	4	5	0	22	96
- in endemic countries	7	0	5	0	22	0
- in non-endemic countries	0	4	0	0	0	96

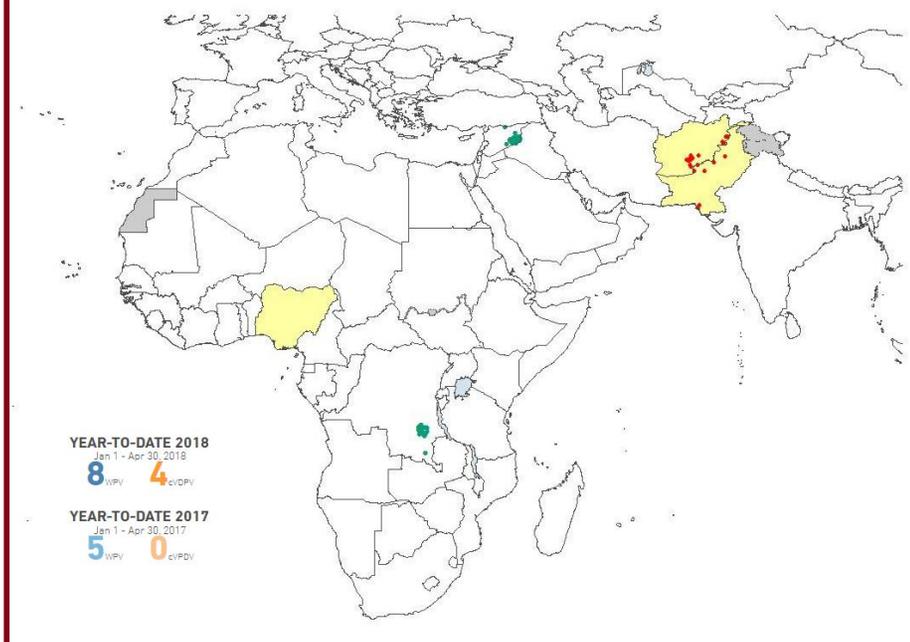
<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

## DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍSES

Countries	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afeganistão	6	0	3	0	14	0	02/Mar/18	NA
Paquistão	1	0	2	0	8	0	07/Mar/18	NA
República Democrática do Congo	0	4	0	0	0	22	NA	18/Fev/18
Síria	0	0	0	0	0	74	NA	20/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

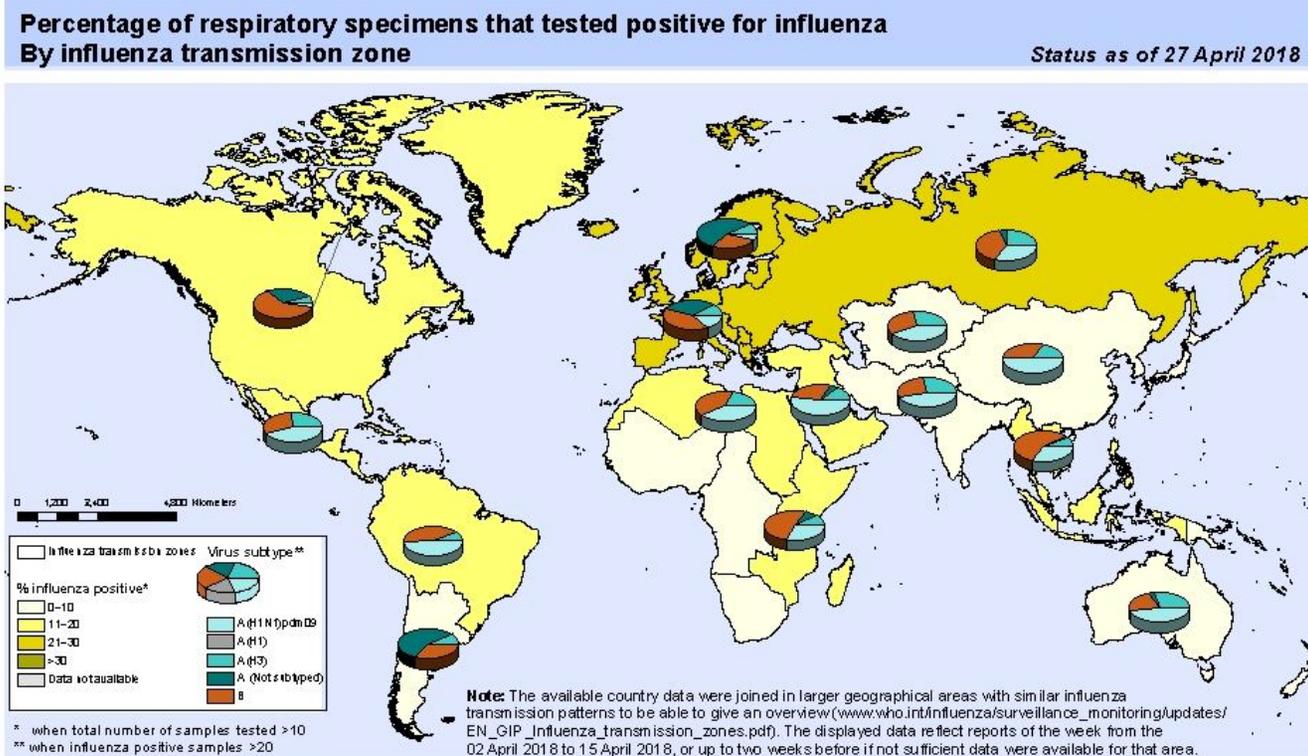
Data da informação: 30/04/2018

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.

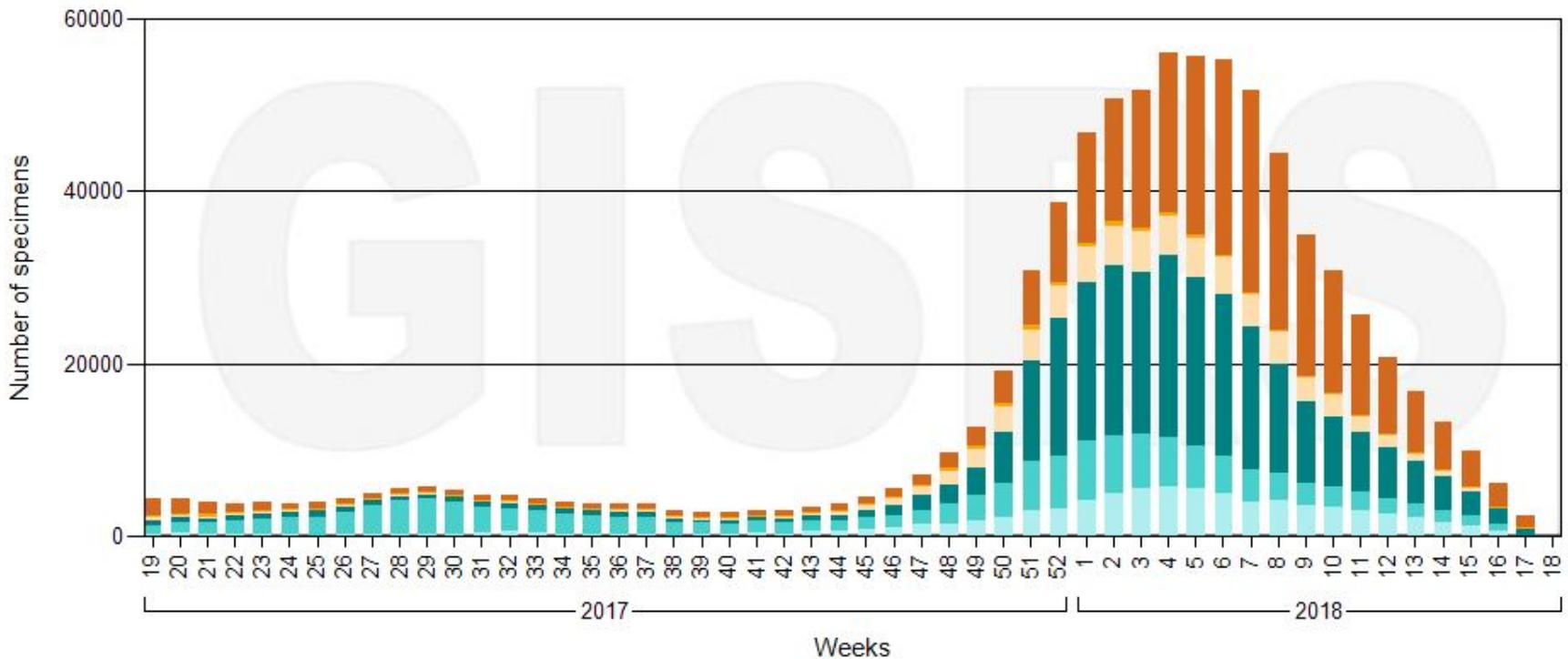


The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers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

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

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype

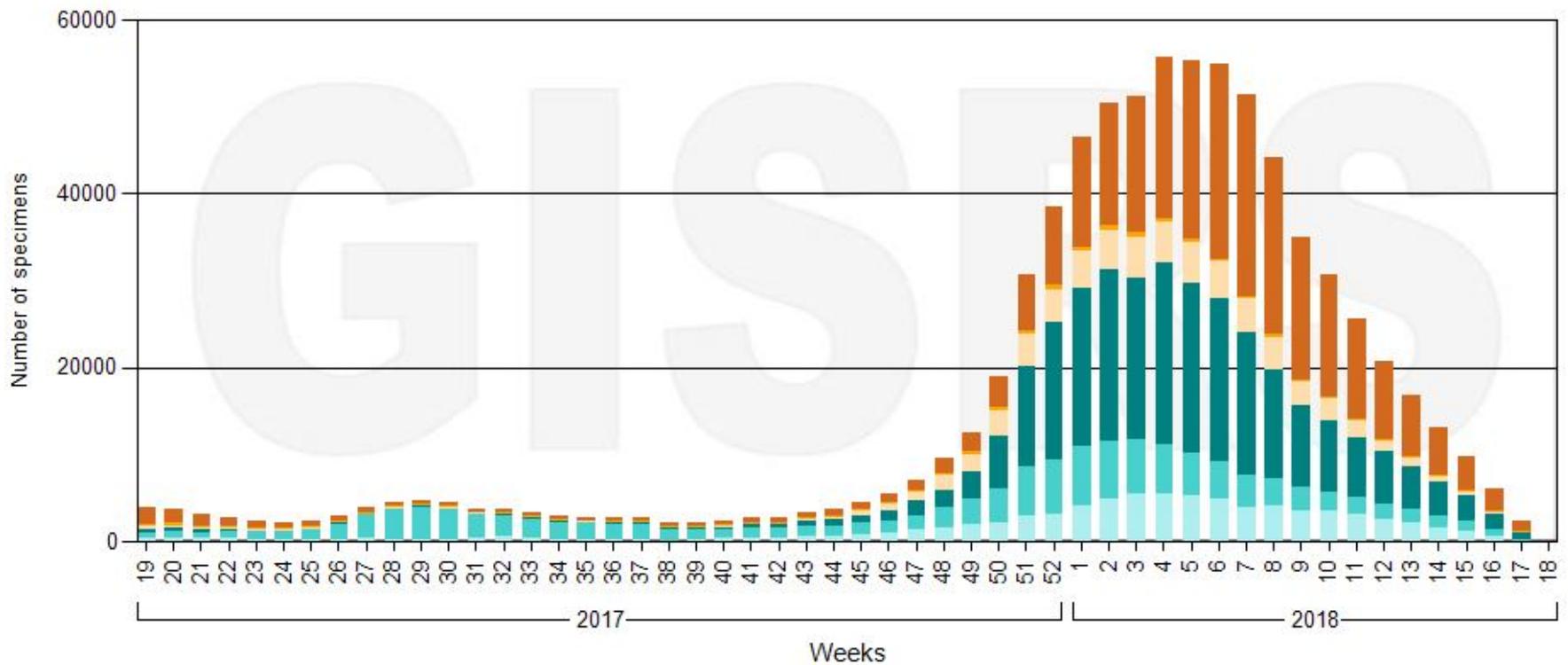


**Influenza Laboratory Surveillance Information**  
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 07/05/2018 13:33:53 UTC

**Northern hemisphere**

**Number of specimens positive for influenza by subtype**

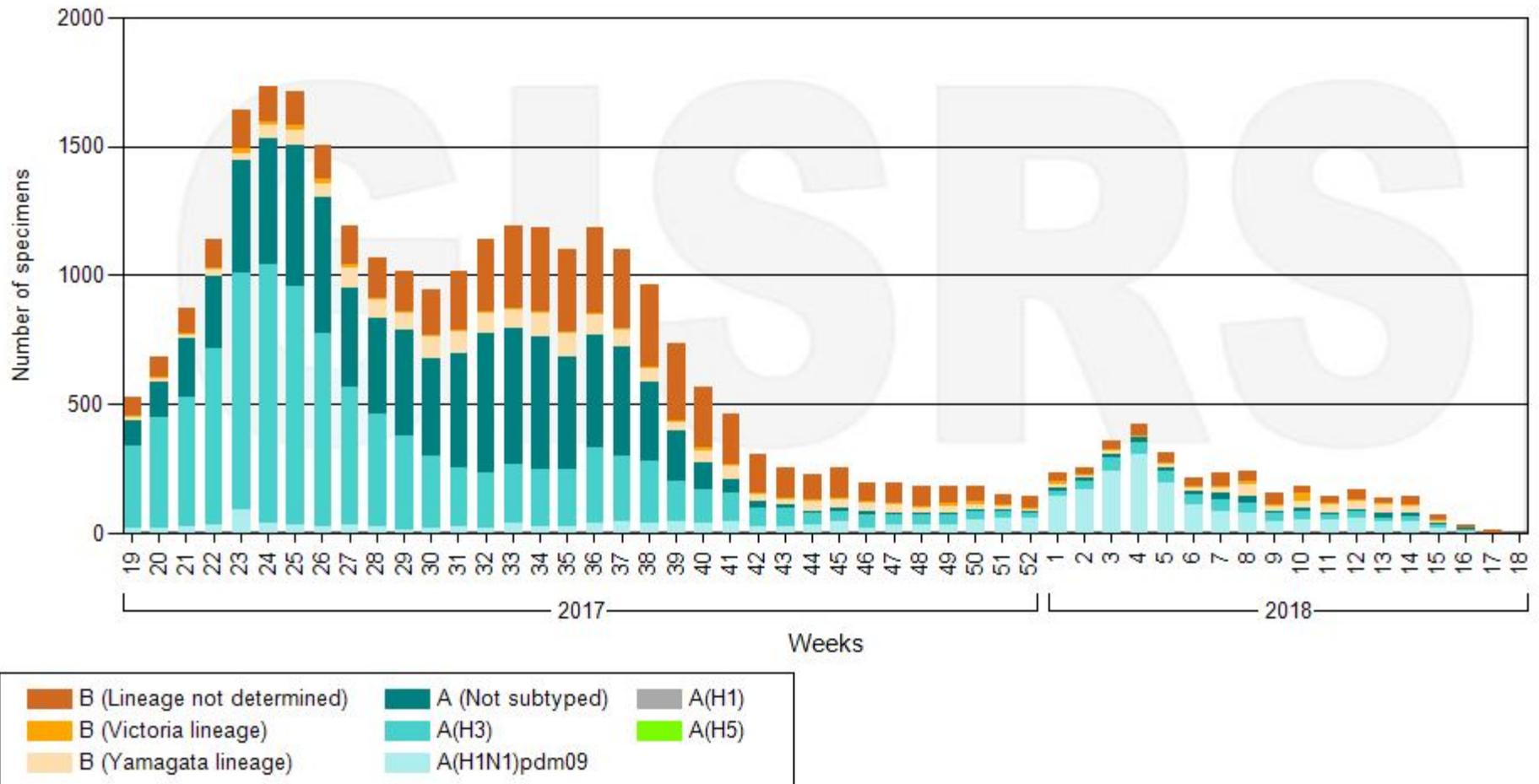


**Influenza Laboratory Surveillance Information**  
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 07/05/2018 13:35:36 UTC

**Southern hemisphere**

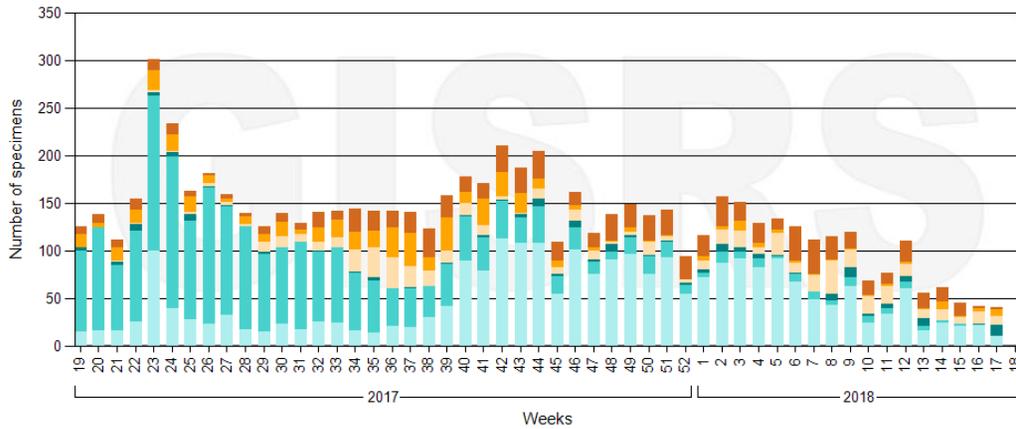
**Number of specimens positive for influenza by subtype**





African Region of WHO

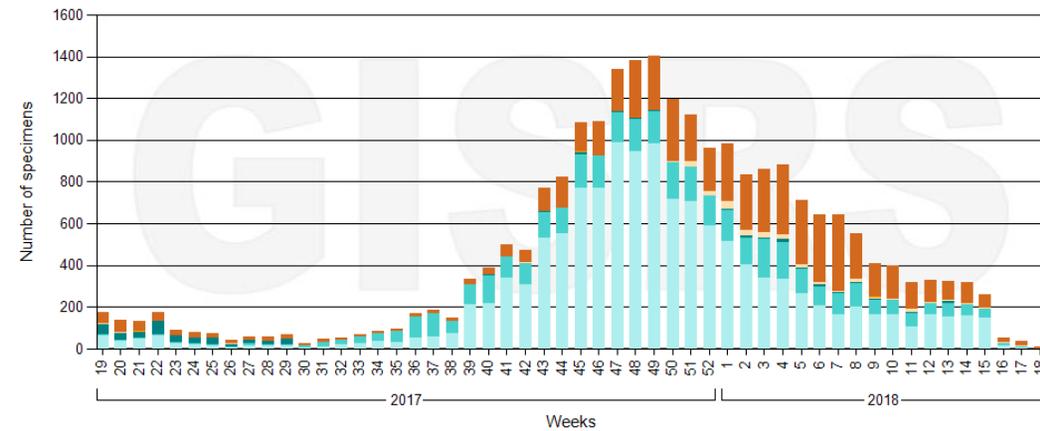
Number of specimens positive for influenza by subtype



Data source: FluNet (www.who.int/fluinet)\_GISRS

Eastern Mediterranean Region of WHO

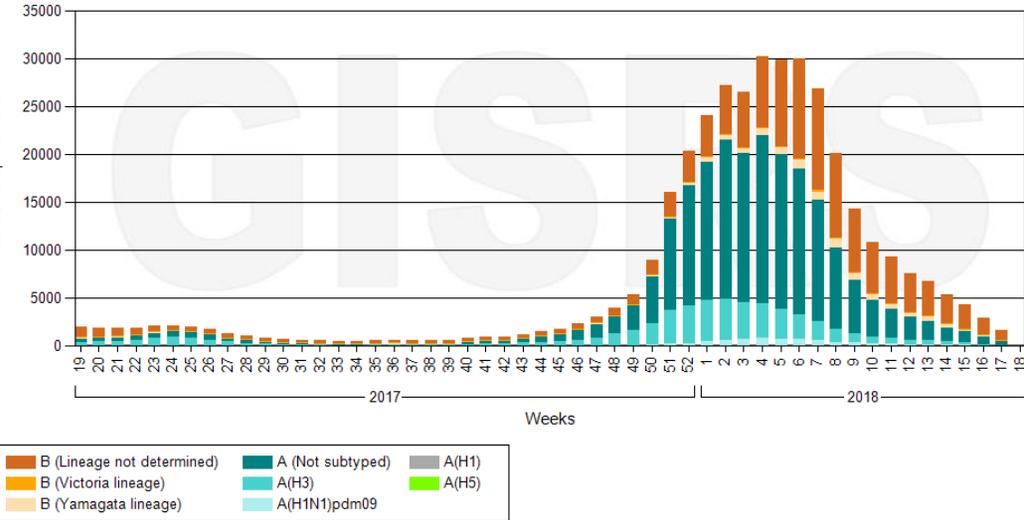
Number of specimens positive for influenza by subtype



Data source: FluNet (www.who.int/fluinet)\_GISRS

Region of the Americas of WHO

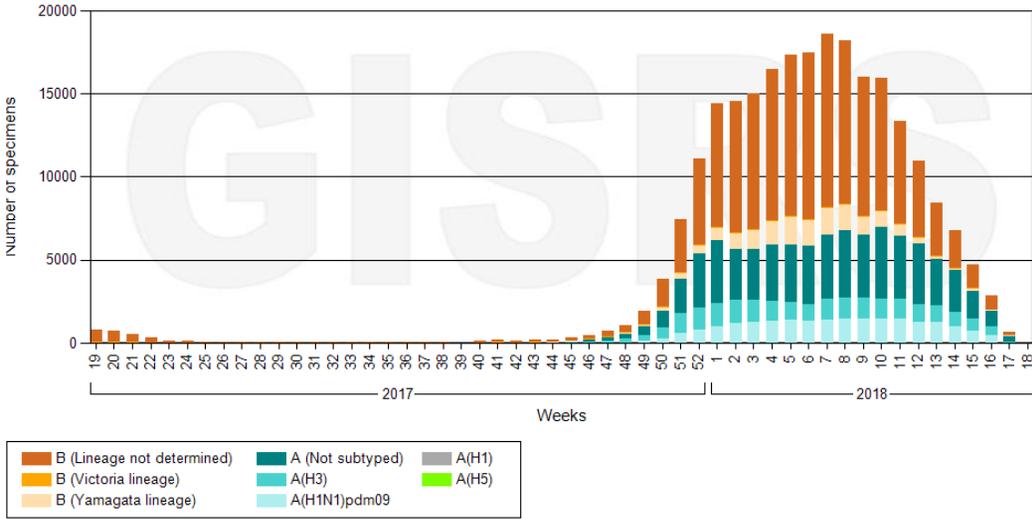
Number of specimens positive for influenza by subtype



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

European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

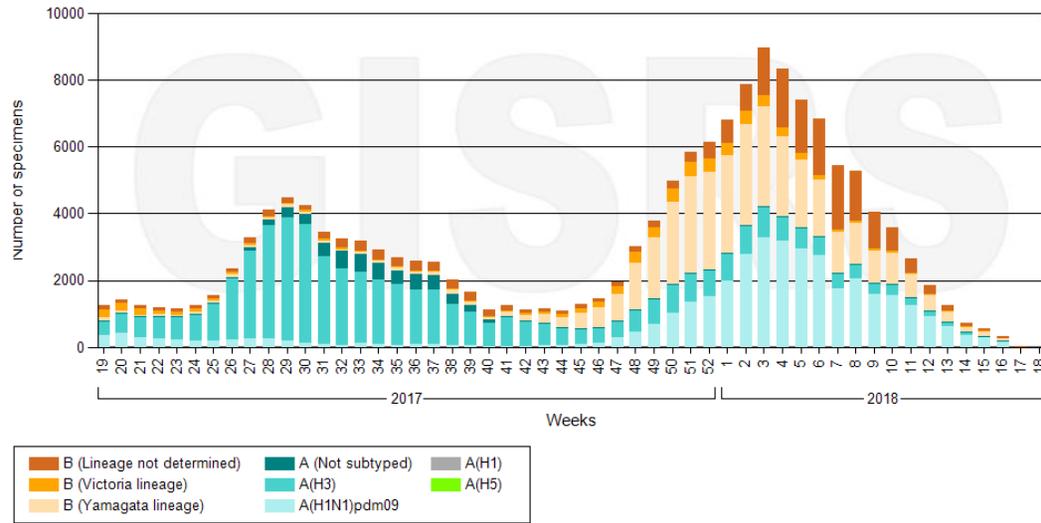


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS



Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

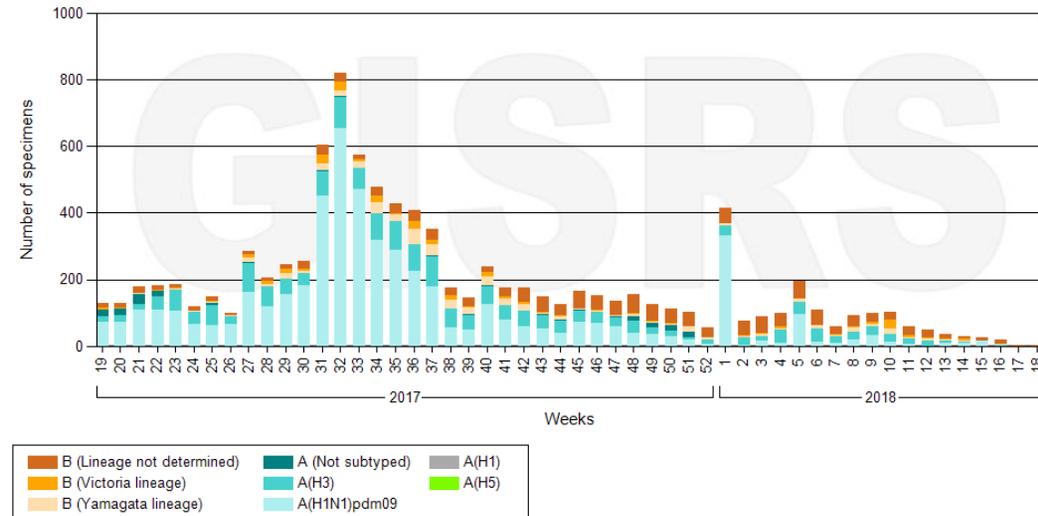


Data source: FluNet ( www.who.int/fluNet ), GISRS

© World Health Organization 2018

South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

# Fontes utilizadas na pesquisa

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