



INFORME EPIDEMIOLÓGICO

CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 38/2018
(16/09/2018 a 22/09/2018)

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 38/2018

(16/09/2018 a 22/09/2018)

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

RAIVA ANIMAL

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 20/09/2018

Origem da informação: gazetadoabranches.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Em Curitiba, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) orienta a população a evitar o contato com morcegos, estejam mortos ou vivos. Desde o início do ano até o momento, a secretaria enviou para testagem 199 morcegos. Seis deles tiveram resultado positivo para o vírus da raiva. Todos eram insetívoros (se alimentam de insetos) ou frugívoros (se alimentam de frutas).

De acordo com a coordenadora da Unidade de Vigilância em Zoonoses (UVZ) da SMS, Ana Paula Mafra Poletto, “este número de morcegos positivos para a raiva não representa surto ou aumento de casos, mas mostra que, assim como em anos anteriores, o vírus continua circulando e, por isso, as precauções contra a doença precisam ser mantidas.”

No ano passado, foram testados 226 morcegos e dez resultaram positivo. Ou seja, 4,4%. Em 2018, a incidência está em 3%, é considerada baixa.

Curitiba não registra casos de raiva em felinos desde 2010; em caninos desde 1981; e em humanos desde 1975.

Mesmo com a incidência baixa é importante monitorar a circulação do vírus da raiva, para prevenir que cães e gatos sejam contaminados e, conseqüentemente, para que não haja transmissão para humanos.

Ao encontrar um morcego em situação incomum (caído no chão, dentro de casa, caçado por cão e gato, entre outros), a indicação é isolar o local onde o animal foi encontrado ou prendê-lo com um balde, caso esteja no chão.

Em seguida, recomenda-se registrar a solicitação de remoção pelo telefone 156 e aguardar o contato de um técnico da UVZ. “Indicamos que a pessoa não tente capturar o morcego e de forma alguma toque no animal”, orienta Ana Paula.

A UVZ vai até o local, realiza a remoção do morcego, faz a vacinação de cães e gatos que possam ter tido contato e dá orientações. Em seguida, o morcego é encaminhado para exame.

Estas medidas fazem parte do trabalho preventivo de rotina da UVZ, que se complementa com o monitoramento de cães e gatos suspeitos, cujas notificações são enviadas pelos veterinários. “Essas ações da UVZ, junto com a colaboração da população, são importantes para mantermos a doença sob controle”, diz Ana Paula.

Ana Paula ressalta que a grande maioria dos morcegos encontra-se saudável e tem papel biológico importante no controle de insetos e na disseminação de sementes. Desta forma, não se deve matar estes animais.

Vacina

Para os responsáveis por cães e gatos, a orientação da SMS, ainda, é mantê-los vacinados contra a raiva. A vacina deve ser feita anualmente. Cães e gatos têm hábitos de caça e, eventualmente, podem entrar em contato com morcegos contaminados.

Além de buscar clínicas particulares, os responsáveis também podem vacinar os animais de estimação na UVZ, na Rua Lodovico Kaminski, 1.381, CIC – Caiuá, de segunda a sexta-feira, das 8h às 11h30 e das 13h às 16h30.

“É importante a vacinação anual contra raiva de cães e gatos, mesmo para animais idosos e que não tenham acesso às ruas, uma vez que o morcego pode entrar em casas e apartamentos”, ressalta Ana Paula.

Para humanos, não há indicação de vacinação prévia, com exceção dos profissionais que trabalham na área e com manejo de animais, conforme avaliação caso a caso feita pelo Centro de Epidemiologia da SMS, baseada nos protocolos do Ministério da Saúde.

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/09/2018

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

COMENTÁRIOS:

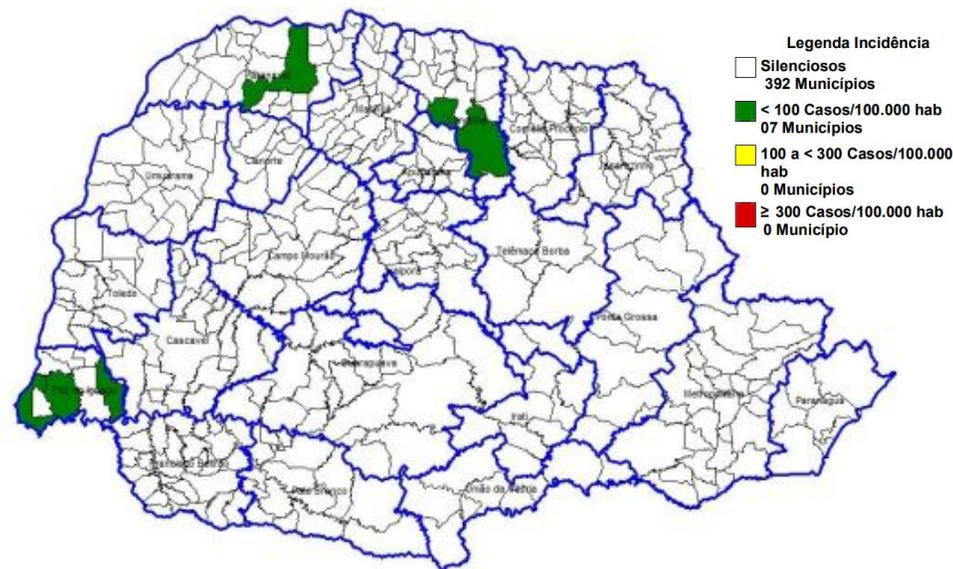
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2018 (primeira semana de agosto) a 37/2018.

Foram notificados no referido período 674 casos suspeitos de dengue, dos quais 270 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 0,08 casos por 100.000 hab. (9/11.163.018 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 (162), Foz do Iguaçu (86) e Maringá (45). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Foz do Iguaçu (2), Rolândia (2) e Londrina (2).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2018 a 37/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2018 A 37/2018*	PERÍODO 2018/2019
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	95
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	18
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	11
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	5
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	7
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (09 ^a , 14 ^a , 17 ^a)	3
TOTAL DE CASOS	14
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	9
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	5
TOTAL DE NOTIFICADOS	674

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 37/2018.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	14 (100,0%)	0 (0,0%)	14
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	0	-	0
Dengue Grave (D G)	0	-	0
Descartados	-	-	270
Em andamento/investigação	-	-	390
Total	14 (2,1%)	0 (0,0%)	674

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

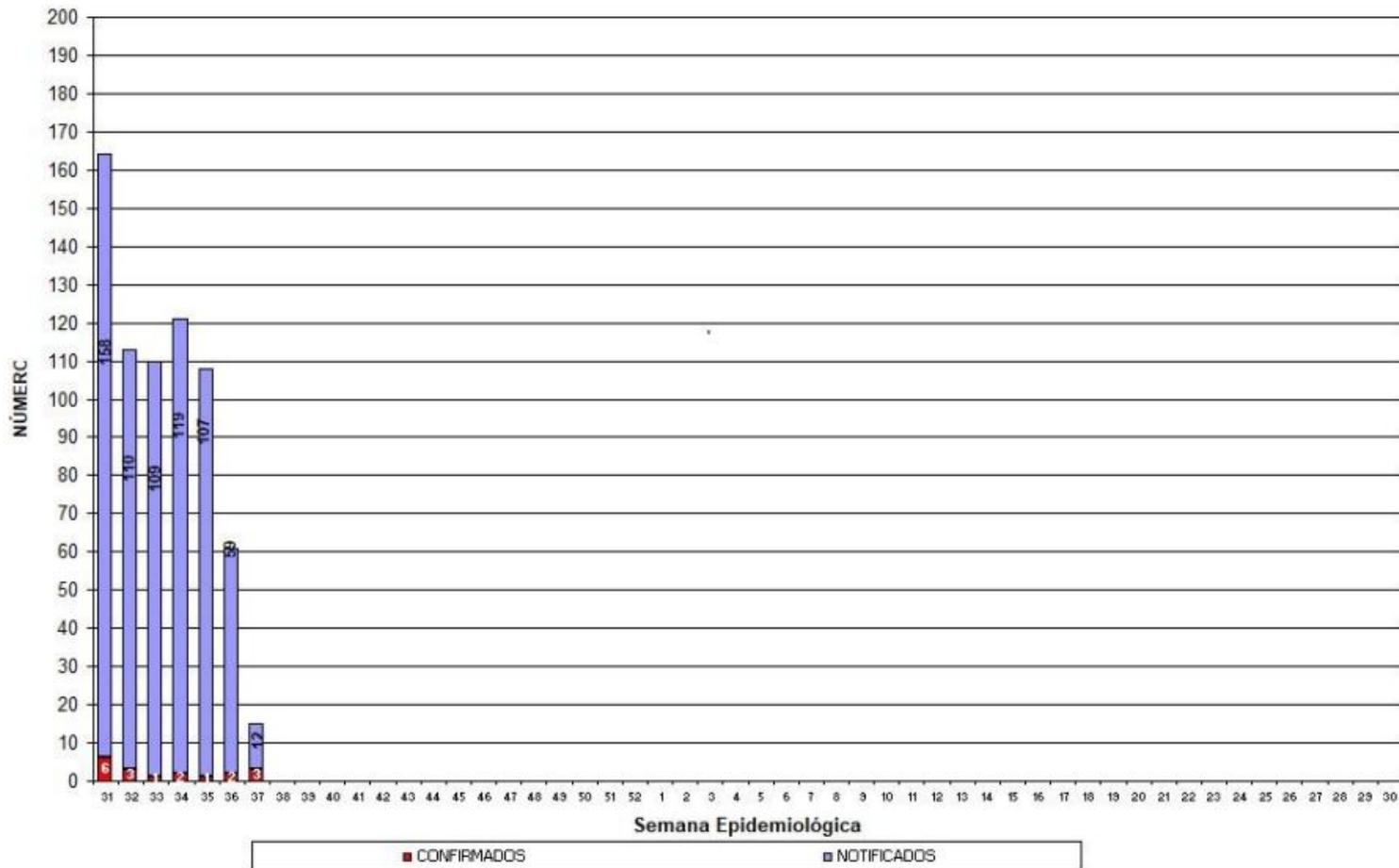
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/09/2018

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.

Figura 1. Total de casos notificados (acima da coluna) e confirmados de dengue por semana epidemiológica de início dos sintomas, Paraná – Período semana 31/2018 a 37/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/09/2018

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

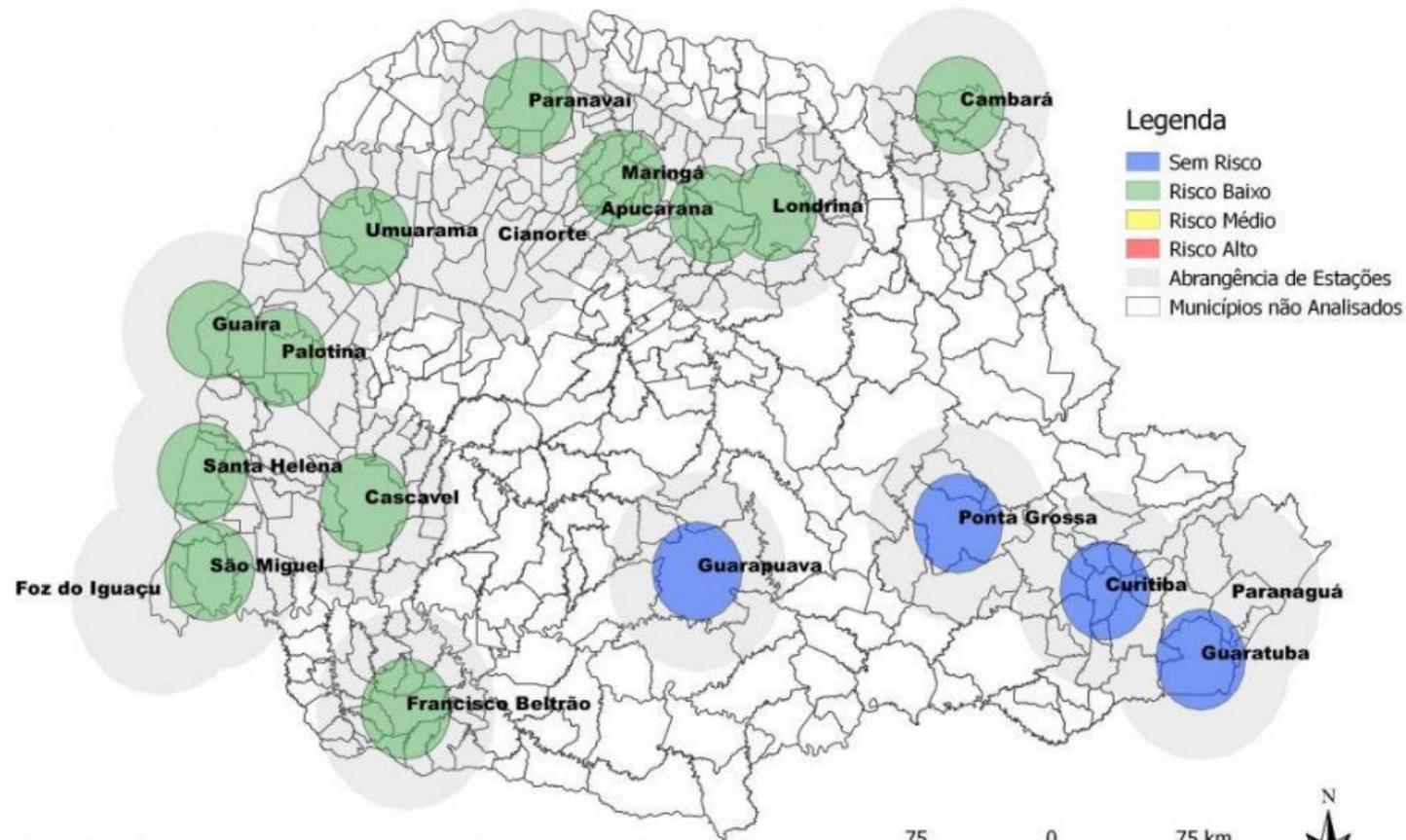
Risco climático para desenvolvimento de criadouros por Estações Meteorológicas. Paraná, 2018.

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (09/09/2018 - 15/09/2018)

Das 19 estações meteorológicas analisadas na Semana Epidemiológica 36/2018 com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti* :

- 04 (quatro) sem risco;
- 12 (doze) com risco baixo
- 00 (zero) com risco médio;
- 00 (zero) com risco Alto e;
- 00 (zero) não foram avaliadas.

A SESA alerta para o fato de que este mapa é atualizado semanalmente.



*Municípios de Cianorte, Foz do Iguaçu e Paranaguá não avaliados por falta de dados

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/09/2018

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 31/2018 a 37/2018*

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	21	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	0	3	3	28	0	0	0	-
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	3	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	0	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	3	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	0	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	4	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	0	0	0	11	0	0	0	-
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	4	0	4	115	0	0	0	0,99
10ª RS - Cascavel	540.131	0	0	0	17	0	0	0	-
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	19	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	0	0	0	7	0	0	0	-
13ª RS - Cianorte	154.374	0	0	0	7	0	0	0	-
14ª RS - Paranavaí	274.257	2	0	2	66	0	0	0	0,73
15ª RS - Maringá	799.890	0	0	0	59	0	0	0	-
16ª RS - Apucarana	372.823	0	0	0	32	0	0	0	-
17ª RS - Londrina	935.904	3	1	4	258	0	0	0	0,32
18ª RS - Cornélio Procopio	230.231	0	0	0	0	0	0	0	-
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	2	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	0	1	1	18	0	0	0	-
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	0	0	0	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	0	0	0	4	0	0	0	-
TOTAL PARANÁ	11.163.018	9	5	14	674	0	0	0	0,08

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

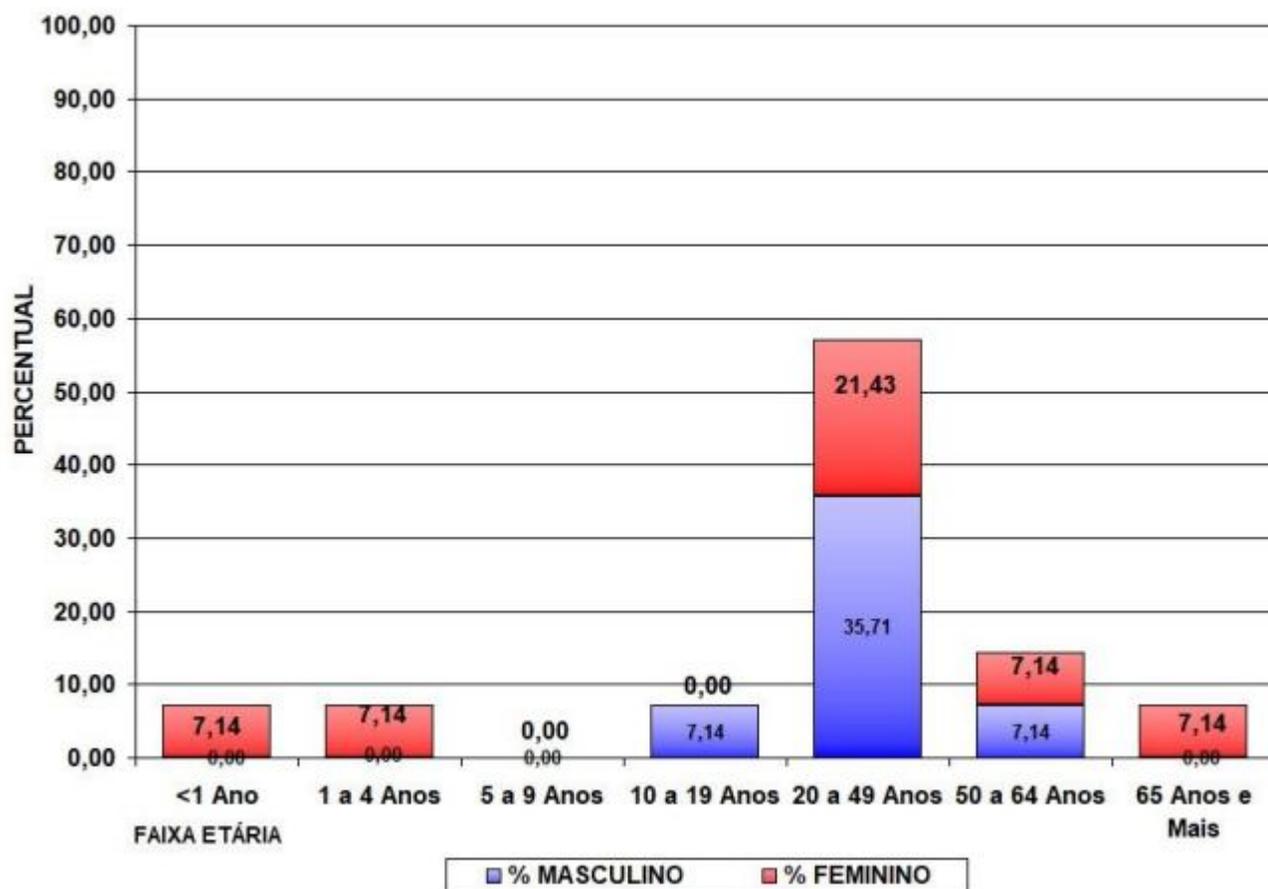
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/09/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 57,14% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pela faixa etária de 50 a 64 anos com 14,29% dos casos

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2018 a 37/2018, Paraná – 2018/2019.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 18/09/2018

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

Número de casos confirmados autóctones, importados, total de confirmados e notificados de CHIKUNGUNYA e ZIKA VÍRUS e incidência (de autóctones) por 100.000 habitantes por município – Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 37/2018*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
2	Curitiba	1.879.355	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
2	São José dos Pinhais	297.895	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
3	Palmeira	33.753	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
6	União da Vitória	56.265	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
9	Foz do Iguaçu	263.782	0	0	0	7	-	0	0	0	0	-
10	Cascavel	312.778	0	0	0	1	-	0	0	0	2	-
10	Formosa do Oeste	7.296	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
14	Marilena	7.134	0	0	0	2	-	0	0	0	1	-
15	Maringá	397.437	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
16	Apucarana	130.430	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
17	Londrina	548.249	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Guaíra	32.591	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Palotina	30.859	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
	TOTAL	11.163.018	0	0	0	23	-	0	0	0	4	-

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA

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

* Dados considerados até 17 de Setembro de 2018. Divulgado

Foram suprimidos municípios onde não houve notificação de suspeitos de Chikungunya e Zika Vírus.

Alguns municípios apresentaram correção de informações.

-Todos os dados deste Informe são provisórios e podem ser alterados no sistema de notificação pelas Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Essas alterações podem ocasionar diferença nos números de uma semana epidemiológica para outra;

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 17/09/2018

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 on-line: SIVEP-Gripe (Sistema das Unidades Sentinelas) e SINAN Influenza Web (Sistema dos casos internados ou óbitos por SRAG). As amostras são coletadas e encaminhadas para análise no Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR). As informações apresentadas neste informe são referentes ao período que compreende as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 37 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 15/09/2018.

A partir de 2018, o número de casos contabilizados no SRAG universal será apenas para os que obedeçam a definição de caso, conforme solicitação do Ministério da Saúde, com exceção do gráfico 4 que foi mantido os mesmos critérios dos anos anteriores a fim de comparação. Nos anos anteriores, todos os casos hospitalizados e óbitos, entraram na contagem de SRAG.

Foram confirmados para Influenza 16,7% (628/3.765) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com

predomínio do vírus Influenza A(H3) Sazonal. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 17,5% (105/599) foram confirmados para influenza, com predomínio de Influenza A(H3) Sazonal.

A positividade para Influenza, outros vírus e outros agentes etiológicos entre as amostras processadas em unidades sentinelas foi de 48,1% (1.768/3.678) para SG e de 50,8% (304/599) para SRAG em UTI.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 37 foram notificados 3.887 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 16,2% (628) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 604 óbitos notificados por SRAG, 17,4% (105) 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	628	16,2	105	17,4
Influenza A(H1N1)pdm09	229	36,5	43	41,0
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	355	56,5	58	55,2
Influenza A não subtipado	22	3,5	3	2,9
Influenza B	22	3,5	1	1,0
SRAG não especificada	1.740	44,8	375	62,1
SRAG por outros vírus respiratórios	1.384	35,6	115	19,0
SRAG por outros agentes etiológicos	13	0,3	4	0,7
Em investigação	122	3,1	5	0,8
TOTAL	3.887	100	604	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 17/09/2018

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

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

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
1. Reg. Saúde Paranaíba	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	1
Antonina	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Paranaíba	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Pontal do Paraná	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
2. Reg. Saúde Metropolitana	62	8	0	0	161	11	10	0	5	0	238	19
Almirante Tamandaré	1	1	0	0	4	0	0	0	0	0	5	1
Araucária	1	0	0	0	11	1	1	0	0	0	13	1
Campina Grande do Sul	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Largo	1	0	0	0	3	0	0	0	1	0	5	0
Colombo	2	0	0	0	10	0	0	0	0	0	12	0
Curitiba	41	5	0	0	98	9	9	0	4	0	152	14
Fazenda Rio Grande	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	5	0
Itaperçu	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0
Lapa	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Mandrituba	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pinhais	5	2	0	0	4	0	0	0	0	0	9	2
Piraquara	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	6	0
Quitandinha	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Rio Branco do Sul	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Rio Negro	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
São José dos Pinhais	8	0	0	0	14	1	0	0	0	0	22	1
3. Reg. Saúde Ponta Grossa	2	0	0	0	7	1	0	0	1	0	10	1
Carambé	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Castro	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Jaguariava	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Palmeira	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Ponta Grossa	2	0	0	0	4	0	0	0	0	0	6	0
4. Reg. Saúde Irati	3	1	0	0	7	0	1	0	2	0	13	1
Imbituva	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Irati	3	1	0	0	5	0	0	0	0	0	8	1
Rebouças	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Rio Azul	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Teixeira Soares	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
5. Reg. Saúde Guarapuava	0	0	0	0	13	9	0	0	0	0	13	9
Guarapuava	0	0	0	0	7	5	0	0	0	0	7	5
Laranjeiras do Sul	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pinhão	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2
Pitanga	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Prudentópolis	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Turvo	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
6. Reg. Saúde União da Vitória	2	0	0	0	4	2	0	0	3	0	9	2
São Mateus do Sul	2	0	0	0	4	2	0	0	2	0	8	2
União da Vitória	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
7. Reg. Saúde Pato Branco	0	0	0	0	12	1	0	0	0	0	12	1
Coronel Vivida	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Palmas	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Pato Branco	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	7	0
8. Reg. Saúde Francisco Beltrão	27	4	0	0	16	4	2	0	1	0	46	8
Ampere	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5	1
Barracão	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1
Bela Vista da Caroba	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	0
Capanema	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Dois Vizinhos	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Flor da Serra do Sul	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Francisco Beltrão	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	4	0
Marmeleiro	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pérola d'Oeste	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Pinhal de São Bento	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Planalto	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1
Realiza	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Renascença	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Salto do Lontra	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	3	1
Santa Izabel d'Oeste	12	1	0	0	1	0	0	0	1	0	14	1
Santo Antônio do Sudoeste	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Verê	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	14	2	0	0	23	10	1	0	6	1	44	13
Foz do Iguaçu	13	2	0	0	17	6	1	0	6	1	37	9
Matelândia	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Medianeira	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Santa Terezinha de Itaipu	1	0	0	0	4	2	0	0	0	0	5	2
10. Reg. Saúde Cascavel	7	2	0	0	10	2	0	0	1	0	18	4
Anahy	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Cascavel	6	1	0	0	10	2	0	0	1	0	17	3
11. Reg. Saúde Campo Mourão	10	2	0	0	7	1	2	1	0	0	19	4
Araruna	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Mourão	4	0	0	0	5	1	1	0	0	0	10	1
Engenheiro Beltrão	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Goioerê	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	1
Janiópolis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Juranda	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Nova Cantu	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Roncador	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12. Reg. Saúde Umuarama	7	2	0	0	5	1	0	0	0	0	12	3
Cafetal do Sul	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Cruzeiro do Oeste	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Douradina	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Iporá	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Umuarama	5	0	0	0	3	0	0	0	0	0	8	0
13. Reg. Saúde Cianorte	7	0	0	0	8	1	1	0	0	0	16	1
Cianorte	2	0	0	0	4	1	0	0	0	0	6	1
Cidade Gaúcha	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Japurá	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Jussara	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0
Rondon	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Tapejara	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Tuneiras do Oeste	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
14. Reg. Saúde Paranavaí	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0
Amaporá	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Santa Isabel do Ivaí	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
15. Reg. Saúde Maringá	37	10	0	0	16	3	1	1	0	0	54	14
Astorga	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Colorado	1	1	0	0	2	1	0	0	0	0	3	2
Mariaiva	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Maringá	27	4	0	0	11	1	1	1	0	0	39	6
Nova Esperança	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Paigandu	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Sarandi	5	2	0	0	2	0	0	0	0	0	7	2
16. Reg. Saúde Apucarana	2	1	0	0	5	0	0	0	0	0	7	1
Apucarana	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Arapongas	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Califórnia	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Cambira	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Jandaia do Sul	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Marilândia do Sul	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0

(Continua na próxima página)

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 17/09/2018

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.

(Continuação da página anterior)

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H1) Sazonal		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
17. Reg. Saúde Londrina	29	0	0	0	30	9	3	1	2	0	64	17
Assaí	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Bela Vista do Paraíso	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cambé	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	3	1
Florestópolis	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Ibiporã	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	3	1
Jaguapitã	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0
Londrina	13	5	0	0	23	6	2	1	1	0	39	12
Prado Ferreira	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Rolândia	1	0	0	0	3	1	0	0	0	0	4	1
Sertãoópolis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tamarana	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
18. Reg. Saúde Comélio Procópio	7	0	0	0	9	0	1	0	0	0	17	0
Abatiã	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Andirá	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Bandeirantes	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	6	0
Comélio Procópio	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	5	0
São Sebastião da Amoreira	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Sertaneja	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
19. Reg. Saúde Jacarezinho	7	2	0	0	12	0	0	0	1	0	20	2
Jaboti	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Jacarezinho	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3	0
Joaquim Távora	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Quatiguá	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santo Antônio da Platina	4	2	0	0	7	0	0	0	0	0	11	2
Siqueira Campos	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
20. Reg. Saúde Toledo	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	1
Assis Chateaubriand	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Toledo	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
21. Reg. Saúde Telêmaco Borba	1	1	0	0	5	2	0	0	0	0	6	3
Ortigueira	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1
Telêmaco Borba	1	1	0	0	3	1	0	0	0	0	4	2
22. Reg. Saúde Ivaiporã	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
São João do Ivaí	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Total	229	43	0	0	355	58	22	3	22	1	628	105

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

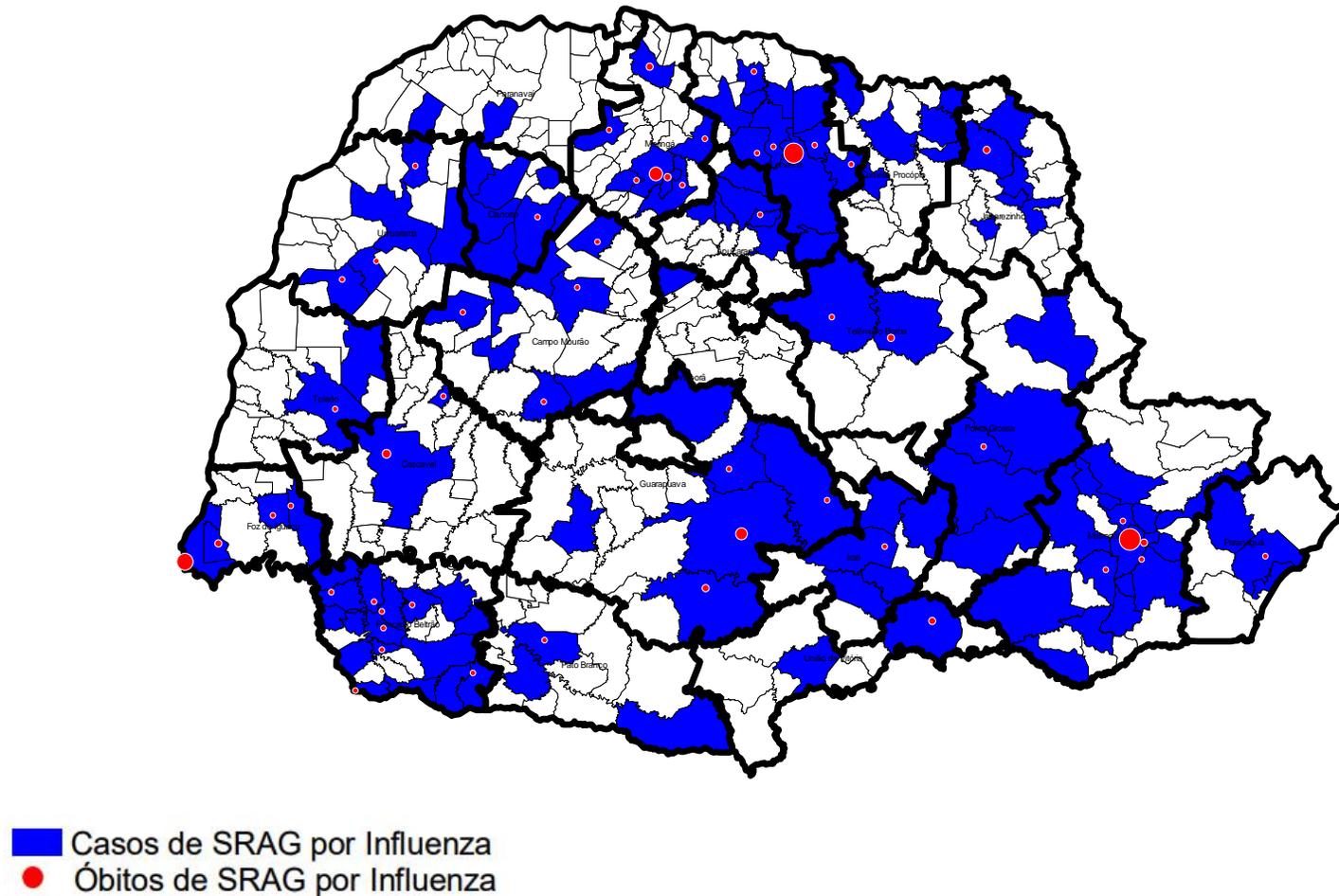
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 17/09/2018

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.



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 17/09/2018

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

COMENTÁRIOS:

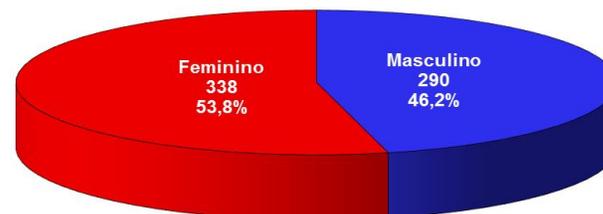
Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, foi observada diferença entre eles. Nos casos: o gênero feminino apresentou 53,8% (338/628) dos casos e o gênero masculino 46,2% (290/628) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 36,2% (38/105) dos casos e o gênero masculino 63,8% (67/105) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi dos ≥ 60 anos, com 31,2% (196/628) e 61,0% (64/105) respectivamente (Tabelas 3 e 4).

Os casos de SRAG por Influenza apresentaram no Paraná uma mediana de idade de 37 anos, variando de 0 a 105 anos e, no Brasil, mediana de idade de 37 anos, variando 0 a 107 anos.

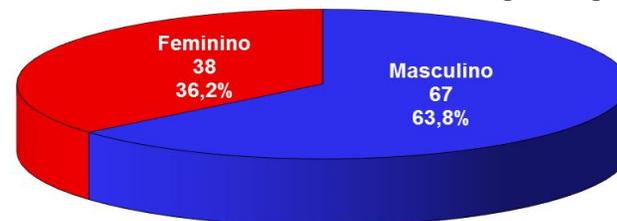
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 66 anos, variando de 0 a 98 anos e no Brasil a mediana foi de 57 anos, variando de 0 a 107 anos.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

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

Faixa etária	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 5 anos	33	14,4	83	23,4	3	13,6	7	31,8	126	20,1
5 a 9 anos	17	7,4	40	11,3	0	0,0	1	4,5	58	9,2
10 a 19 anos	13	5,7	24	6,8	0	0,0	2	9,1	39	6,2
20 a 29 anos	18	7,9	31	8,7	1	4,5	1	4,5	51	8
30 a 39 anos	21	9,2	22	6,2	5	22,7	4	18,2	52	8,3
40 a 49 anos	20	8,7	13	3,7	2	9,1	3	13,6	38	6,1
50 a 59 anos	46	20,1	19	5,4	2	9,1	1	4,5	68	10,8
≥ 60 anos	61	26,6	123	34,6	9	40,9	3	13,6	196	31,2
TOTAL	229	100	355	100	22	100	22	100	628	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, 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(H3N2)		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
< 5 anos	0	0,0	6	10,3	0	0,0	0	0,0	6	5,7
5 a 9 anos	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
10 a 19 anos	0	0,0	3	5,2	0	0,0	0	0,0	3	2,9
20 a 29 anos	3	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,9
30 a 39 anos	2	4,7	1	1,7	0	0,0	0	0,0	3	2,9
40 a 49 anos	6	14,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	7	6,7
50 a 59 anos	15	34,9	2	3,4	1	33,3	0	0,0	18	17,1
≥ 60 anos	16	37,2	45	77,6	2	66,7	1	100,0	64	61,0
TOTAL	43	100,0	58	100,0	3	100,0	1	100	105	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 17/09/2018

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

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 72,9% (458/628) tinham pelo menos um fator de risco para complicação, predominando os adultos ≥ 60 anos, pneumopatias crônicas, crianças < 5 anos e doença cardiovascular crônica (tabela 5).

Entre os óbitos por Influenza, no Paraná 88,6% (93/105) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 28,6% (30/105) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 76,0% (983/1.294) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para adultos ≥ 60 anos, cardiopatias, diabetes mellitus e pneumopatias.

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

Casos por Influenza (N=628)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	458	72,9	174	38,0
Adultos ≥ 60 anos	196	31,2	90	45,9
Pneumopatias crônicas	128	20,4	56	43,8
Crianças < 5 anos	126	20,1	36	28,6
Doença cardiovascular crônica	112	17,8	55	49,1
Diabetes mellitus	61	9,7	29	47,5
Gestantes	45	7,2	21	46,7
Doença neurológica crônica	42	6,7	21	50,0
Doença renal crônica	32	5,1	16	50,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	29	4,6	9	31,0
Obesidade	24	3,8	9	37,5
Doença hepática crônica	5	0,8	1	20,0
Síndrome de Down	4	0,6	3	75,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	1	0,2	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	459	73,1		
Vacinados	200	31,8		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

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

No Paraná dos 77,1% (81/105) indivíduos que foram a óbito por Influenza que fizeram uso do antiviral, a mediana foi de 3 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 54 dias e no Brasil, dos 1.294 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 1.010 (78,1%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 94 dias.

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

Óbitos por Influenza (N=105)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	93	88,6	30	32,3
Adultos ≥ 60 anos	64	61,0	24	37,5
Pneumopatias crônicas	43	41,0	14	32,6
Doença cardiovascular crônica	42	40,0	15	35,7
Diabetes mellitus	25	23,8	11	44,0
Doença neurológica crônica	21	20,0	11	52,4
Doença renal crônica	18	17,1	10	55,6
Obesidade	9	8,6	2	22,2
Imunodeficiência/Imunodepressão	7	6,7	1	14,3
Crianças < 5 anos	6	5,7	2	33,3
Doença hepática crônica	5	4,8	1	20,0
Síndrome de Down	1	1,0	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	81	77,1		
Vacinados	30	28,6		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

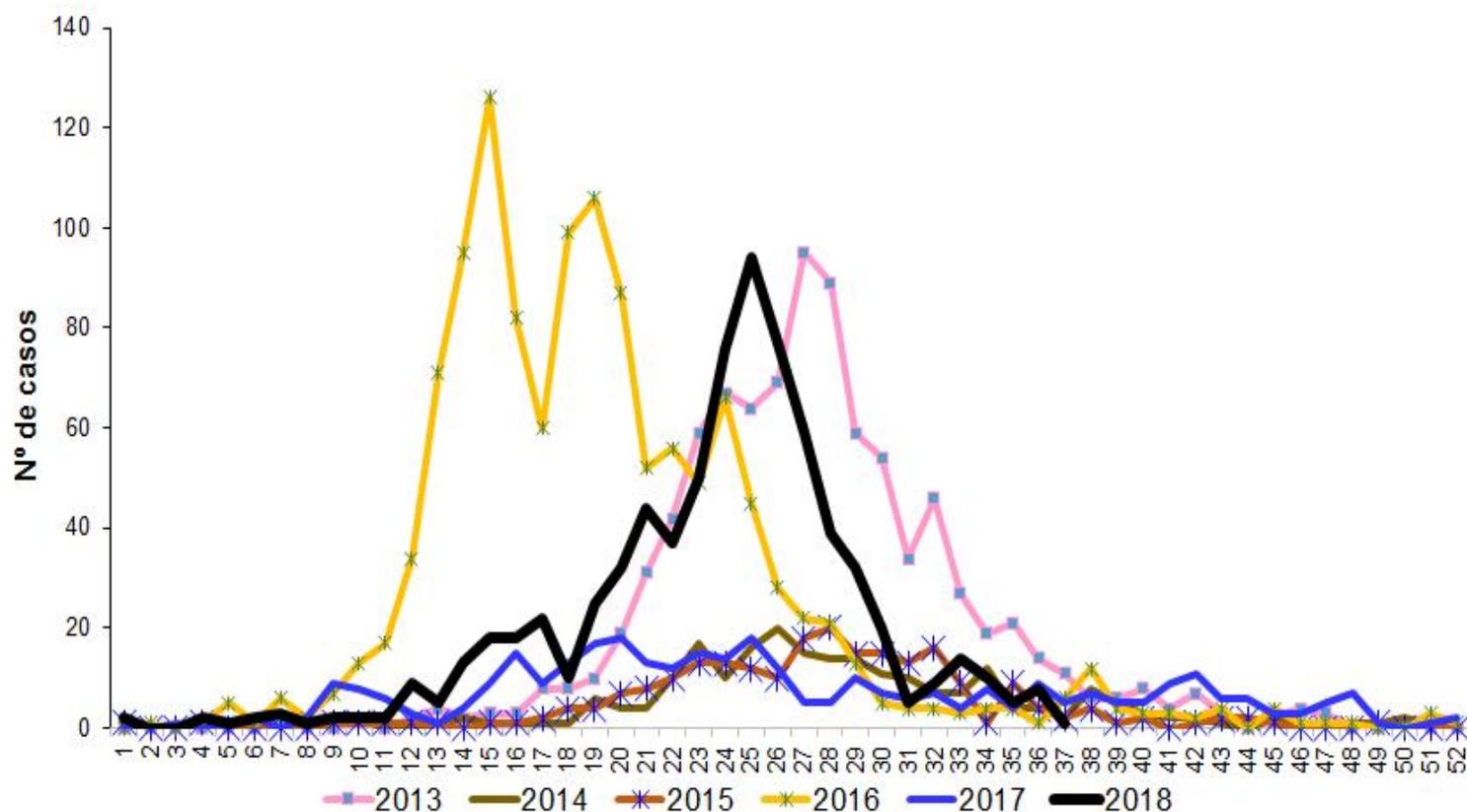
Data da informação: 17/09/2018

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 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 17/09/2018

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% (1087/1.223) 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 66,7% (36/54) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal. Já em 2018, continua a predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 56,5% (355/628) dos casos e, ocorrência de 55,2% (58/105) 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 37 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 3.934 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 3.678 amostras.

Das amostras processadas, 48,1% (1.768/3.678) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 692 (18,8%) foram positivas para Influenza e 1.076 (29,3%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para Influenza, 203 (29,3%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 386 (55,8%) de Influenza A(H3) Sazonal, 12 (1,7%) de Influenza A (não subtipado) e 91 (13,2%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de 542 (50,4%) amostras de Rinovírus (Gráfico 7).

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

Classificação Final	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Influenza A(H1N1)pdm09	384	47	48	8	37	4	1.087	218	1	0	229	43
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	36	355	58
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	22	3
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	132	18	22	1
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1.223	240	343	54	628	105

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

*Obs: Resultados provenientes de laboratórios particulares, prováveis Influenza A(H1N1)pdm09.

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	%
0 a 4 anos	21	10,3	27	7,0	1	8,3	2	2,2	51	7,4	537	13,7
5 a 9 anos	21	10,3	26	6,7	1	8,3	11	12,1	59	8,5	196	5,0
10 a 19 anos	25	12,3	87	22,5	0	0,0	22	24,2	134	19,4	543	13,8
20 a 29 anos	43	21,2	83	21,5	3	25,0	20	22,0	149	21,5	841	21,4
30 a 39 anos	33	16,3	64	16,6	2	16,7	16	17,6	115	16,6	580	14,7
40 a 49 anos	22	10,8	36	9,3	0	0,0	11	12,1	69	10,0	411	10,4
50 a 59 anos	15	7,4	28	7,3	5	41,7	5	5,5	53	7,7	357	9,1
≥ 60 anos	23	11,3	35	9,1	0	0,0	4	4,4	62	9,0	469	11,9
TOTAL	203	100,0	386	100	12	100,0	91	100	692	100	3.934	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

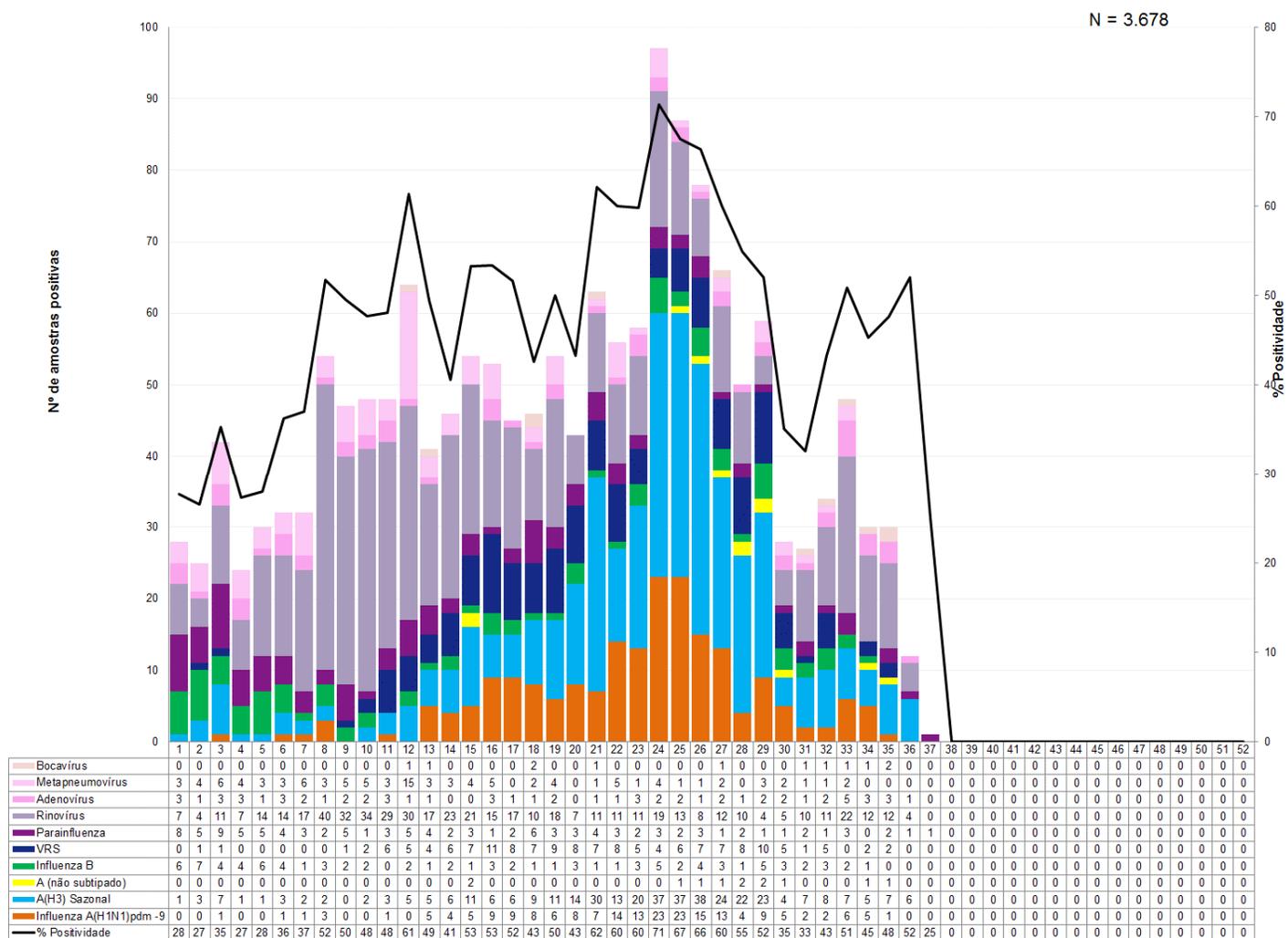
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 17/09/2018

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

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



Fonte: SIVEP Gripe. Atualizado em 17/09/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 17/09/2018

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.



EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 38/2018

(16/09/2018 a 22/09/2018)

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

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 17/09/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde atualizou, na quarta-feira (19/09), as informações repassadas pelas secretarias estaduais de saúde sobre a situação do sarampo no país. Até o dia 17 de setembro, foram confirmados 1.735 casos e 7.812 permanecem em investigação. Atualmente, o país enfrenta dois surtos de sarampo: no Amazonas são 1.358 casos e 7.711 em investigação, e em Roraima, com o registro de 310 casos da doença, sendo que 54 continuam em investigação.

Os surtos estão relacionados à importação, já que o genótipo do vírus (D8) que está circulando no país é o mesmo que circula na Venezuela, país que enfrenta um surto da doença desde 2017. Alguns casos isolados e relacionados à importação foram identificados nos estados de São Paulo (2), Rio de Janeiro (18); Rio Grande do Sul (24); Rondônia (2), Pernambuco (4), Pará (13) e Sergipe (4).

O Ministério da Saúde permanece acompanhando a situação e prestando o apoio necessário aos Estados. Cabe esclarecer que as medidas de bloqueio de vacinação, mesmo em casos suspeitos, estão sendo realizadas em todos os estados.

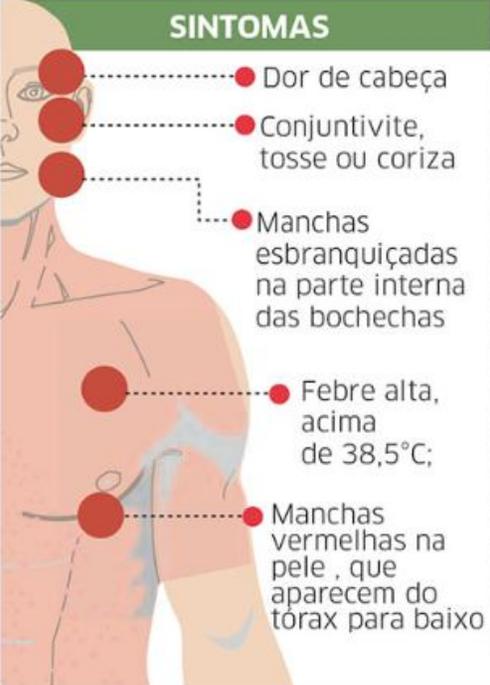
Até o momento, no Brasil, foram confirmados 9 óbitos por sarampo, sendo 4 óbitos no estado de Roraima (3 em estrangeiros e 1 em brasileiro), 4 óbitos no estado do Amazonas (todos brasileiros, sendo 2 do município de Manaus e 2 do município de Autazes) e 1 no Pará (indígena venezuelano).

O Brasil ultrapassou a meta de vacinar, pelo menos, 95% das crianças de um a menores de cinco anos contra poliomielite e sarampo. O balanço divulgado na segunda-feira (17/09) mostra que a Campanha Nacional de Vacinação, encerrada no dia 14, registrou uma cobertura vacinal de 95,4% para a pólio e de 95,3% para sarampo. Mais de 4,4 mil municípios cumpriram a meta estipulada pelo Ministério da Saúde. Segundo o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), alimentado pelos estados, foram aplicadas no país 21,4 milhões de doses das vacinas (10,7 milhões de cada).

Quinze estados atingiram a meta para as duas vacinas. Outros dois, São Paulo e Tocantins, conseguiram o índice na vacinação de pólio.

TRATAMENTO E PREVENÇÃO

Para entender a doença

SINTOMAS	O QUE É?
 <ul style="list-style-type: none">● Dor de cabeça● Conjuntivite, tosse ou coriza● Manchas esbranquiçadas na parte interna das bochechas● Febre alta, acima de 38,5°C;● Manchas vermelhas na pele, que aparecem do tórax para baixo	<p>É uma doença viral aguda, com elevada transmissibilidade e que pode acometer pessoas de qualquer idade não vacinadas</p> <p>Transmissão</p> <p>De pessoa para pessoa através de gotículas da respiração e mesmo o ar com o vírus ainda vivo</p> <p>Como se previne</p> <p>A vacina tríplice viral faz parte do calendário nacional de vacinação e está disponível em todos os postos de saúde</p>

LEISHMANIOSE

Local de ocorrência: São Paulo

Data da informação: 13/09/2018

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

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Saúde de Rio Preto registrou aumento nos casos de leishmaniose em cães no mês de agosto. Foram diagnosticadas dez ocorrências, contra seis em julho e duas em junho. Até o momento, 29 cachorros tiveram o problema neste ano e a maioria dos casos está concentrada nos bairros Jockey Club e Engenheiro Schmitt. No ano passado inteiro, foram 76 - do total dos dois anos, 43 foram eutanasiados (sacrificados) e nove morreram naturalmente.

A leishmaniose é causada por um protozoário e transmitida pelo mosquito-palha, portanto não é propagada do cachorro diretamente para a pessoa. O inseto pica o mamífero e depois pica a pessoa. Não há registros de suspeitas ou confirmações da doença em humanos em Rio Preto neste ano. De 2013 até agosto de 2018, conforme o Departamento de Informática do SUS (Datusus), 11 pessoas morreram na região por causa da doença. Houve 34 internações pelo SUS de pacientes com leishmaniose.

Juliana Giantomassi Machado, professora da Unirp e veterinária do Hospital Veterinário da universidade, aponta que os sintomas de que o animal foi contaminado são crescimento de unha, problema de pele e nos olhos e emagrecimento. Ela ressalta que é importante combater os focos de criação do mosquito-palha. Diferente da dengue, cujo vetor se prolifera na água, o palha gosta de matéria orgânica: folhas, fezes e animais mortos. Por isso é importante manter os quintais limpos.

"Eu aconselho a vacinação e a utilização de coleirinha", diz a especialista. Ela orienta os donos a começarem deixando o animal com o artefato por poucas horas inicialmente, para só depois deixá-lo o tempo todo com a coleira.

O Ministério da Agricultura autorizou a utilização de um remédio no tratamento da doença, o milteforan. Kathiana Cristina Abdalla, veterinária do Centro de Controle de Zoonoses, afirma que o dono do animal diagnosticado com leishmaniose pode optar pelo tratamento, que combate os sintomas,

porém não leva à cura. "O cão será positivo para o resto da vida e tem que usar coleira e repelente para o resto da vida", diz.

O dono é orientado quando o cão assintomático é diagnosticado com leishmaniose e ele opta se vai tratar ou sacrificá-lo. Ele também é responsabilizado a encoleirar o animal e utilizar repelentes para evitar que não seja novamente picado pelo mosquito-palha e espalhe a doença.

A DOENÇA Saiba mais sobre a leishmaniose

O QUE É?
Doença infecciosa, não contagiosa, causada por parasitas do gênero leishmânia, que vivem e se multiplicam no interior das células do sistema de defesa do homem

TIPOS

- TEGUMENTAR OU CUTÂNEA**
Caracteriza-se por feridas na pele e lesões inflamatórias nas mucosas do nariz e da boca
- VISCERAL OU CALAZAR**
Ataca, principalmente, crianças de até 10 anos. Acomete órgãos internos como fígado, baço e medula óssea. Os sintomas são febre, anemia, palidez, falta de apetite, perda de peso e inchaço do abdômen

TRANSMISSÃO
Por insetos que se alimentam de sangue, como o mosquito-palha, encontrado em locais úmidos e escuros – onde há muitas plantas, por exemplo

FONTES DE INFECÇÃO
ANIMAIS SILVESTRES E DOMÉSTICOS COMO CÃES E GATOS

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

CÓLERA

Local de ocorrência: Alagoas

Data da informação: 17/09/2018

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

COMENTÁRIOS:

A Secretaria de Estado da Saúde (Sesau) informou que está investigando a presença da cólera em Alagoas. Um monitoramento feito pela Superintendência de Vigilância em Saúde do órgão, no dia 28 de agosto passado, recolheu uma amostra da água de um rio no município de Porto Calvo que continha a bactéria. O material foi isolado e levado para análises no laboratório Fiocruz, no Rio de Janeiro.

Entre os experimentos a serem feitos será testada a toxigenicidade no prazo aproximado de 10 dias, a contar da chegada da amostra no referido laboratório, que é sempre utilizado pelas autoridades de vigilância epidemiológica de todo o Brasil para diagnóstico de doenças tropicais.

A Sesau expediu uma nota, no começo do mês de setembro, em que informa quais as providências iniciais que foram tomadas assim que o material foi recolhido nas águas do rio. E recomendou que, devido à identificação de amostras ambientais positivas para a bactéria, as ações de monitoramento e controle deveriam ser implementadas e desencadeadas, de forma integrada, pelas equipes das vigilâncias. A intenção é evitar que a cólera se alastre em Alagoas.

De acordo com a nota, o último caso de cólera humana, confirmado laboratorialmente em Alagoas foi em 2001, no município de Teotônio Vilela. De 2001 até agora, nenhum caso novo foi confirmado.

Alagoas continua o monitoramento desde o ano de 2002, e a presença do vibrião colérico no ambiente foi ambientalmente detectada em 2008, no município de Colônia de Leopoldina, Rio Jacuípe; em 2009, no município de Palmeira dos Índios, no Riacho Oiti; em 2011, no município de Murici, sob a ponte central; em 2014, no município de Quebrangulo, no Rio Paraíba. Em todos os achados, os resultados indicaram se tratar do *Vibrio cholerae* O1 (Ogawa 1), não toxigênico.

"Com vistas a identificar possíveis casos em tempo oportuno, a Vigilância das Doenças Diarreicas Agudas intensificou a monitorização nos municípios.

As atividades de prevenção e controle da doença em Alagoas devem ser implementadas prioritariamente nos municípios que fazem divisa com o estado de Pernambuco e margeiam as bacias dos Rios Mundaú e Paraíba, com o objetivo de impedir a reintrodução da cólera".

A cólera é uma doença infecciosa intestinal aguda, causada pela enterotoxina do *Vibrio cholerae* O, grupo 1, biotipos Clássico ou El tor, sorotipos Inaba, Ogawa ou Hikojima e *Vibrio cholerae* O139, também conhecido como Bengal.

Apresenta manifestações clínicas variadas, desde diarreia discreta, podendo apresentar vômitos, a forma grave com diarreia aquosa, profusa, abundante com inúmeras dejeções diárias. As fezes podem se apresentar como água amarela esverdeada, sem pus, muco ou sangue.

A transmissão se dá principalmente pela ingestão de água contaminada por fezes e/ou vômitos do doente ou então do portador assintomático, que é a pessoa que se infectou com o vibrião, mas, que não desenvolveu a doença. Os alimentos e utensílios podem ser contaminados pela água, pelo manuseio, ou por moscas.

NOTA DA SESAU

*A amostra do *Vibrio cholerae* O1 Ogawa isolada no último dia 28 de agosto, foi encaminhada e o laudo refere que o gene identificado pode induzir a produção da toxina. Com a identificação de amostras ambientais positivas, as ações de monitoramento e controle foram intensificadas e desencadeadas, de forma integrada, pelas equipes da VIGILÂNCIA EM SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA e ASSISTENCIA HOSPITALAR, a fim de evitar o retorno do agravo. Ressaltamos que a identificação de uma amostra positiva e potencialmente tóxico no ambiente não confirma casos de cólera nem que o mesmo poderá causá-la, mas serve de alerta para os profissionais de saúde e para a população.*

HANSENÍASE

Local de ocorrência: Acre

Data da informação: 21/09/2018

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

Comentários:

Uma equipe de profissionais da saúde montou uma tenda na praça central de Cruzeiro do Sul, no interior do Acre, durante a manhã de sexta-feira (21/09), para atender pacientes com suspeita de hanseníase e para orientar a população sobre a doença.

Os servidores da saúde fizeram consultas, testes rápidos e contaram com o apoio de representantes do Movimento de Reintegração da Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) nas palestras, que foram ministradas para o público que participou do atendimento.

A ação, promovida no Dia Estadual de Mobilização para o Controle da Hanseníase, contou com a participação de médicos, enfermeiros, técnicos e agentes de saúde que passaram toda a manhã de sexta-feira (21) atendendo na praça. Uma médica dermatologista fez parte da equipe e realizou consultas nas pessoas com manchas na pele.

Além da atenção aos pacientes que já são portadores da hanseníase, o Morhan disponibilizou exames para avaliar os casos suspeitos. De acordo com a coordenação do setor de combate a hanseníase em Cruzeiro do Sul, o município diagnosticou 12 casos de hanseníase este ano, desses, três pacientes são crianças.

“Às vezes, a pessoa deixa de observar o seu corpo, deixa aquela mancha lá anos e anos e não percebe que aquilo é hanseníase. Então, a gente pede que as pessoas observem seu corpo e, se notarem alguma coisa diferente, procurem nossas unidades de saúde, pois temos profissionais capacitados para dar um diagnóstico. E o tratamento hoje tem cura, vai de 6 a 8 meses”, orienta Clícia Araújo, coordenadora do setor de combate à doença em Cruzeiro do Sul.

De acordo com o representante do Morhan no Acre, Elson Dias, durante esta semana, várias atividades de conscientização e atendimento devem ocorrer no município.

“Estamos levando essa conscientização para a população em geral sobre os sintomas e que a hanseníase tem cura e é uma doença normal, que tem o medicamento gratuito na rede do SUS. Então, nós estamos orientando a sociedade para que não venha procurar o atendimento tardio”, alerta Dias.



Entenda a hanseníase

A doença...
...é transmissível e curável, ataca os nervos periféricos e a pele. Já foi conhecida como lepra, palavra associada a impureza, podridão e repugnância

O tratamento...
...hoje pode ser feito em postos de saúde, sem internação. Os pacientes podem conviver normalmente em sociedade

A causa...
...é um micróbio, o bacilo de Hansen; pode atacar também órgãos como fígado, testículos e olhos

As pessoas...
...curadas, mas com sequelas (deformidades), não transmitem a infecção

Os primeiros...
...sinais da doença são pequenas manchas dormentes e esbranquiçadas ou avermelhadas

Fonte: www.morhan.org.br

TOXOPLASMOSE

Local de ocorrência: Rio Grande do Sul

Data da informação: 22/09/2018

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

Comentários:

O número de casos de toxoplasmose confirmados em Santa Maria, Região Central do estado, subiu para 771, 23 a mais do que o registrado no boletim anterior, emitido pela Secretaria Estadual de Saúde. No informe do último dia 7, eram informados 748 pacientes com a doença confirmada. Os números são contabilizados desde abril. A cidade enfrenta um surto da doença, ainda em investigação.

Conforme o boletim, são 1.917 casos notificados na cidade. Desses, 1.825 são considerados suspeitos e 31 ainda precisam ser classificados. Ainda, 61 foram excluídos, por serem casos captados pela Vigilância em Saúde que não atendem à definição de suspeito.

Os 771 casos que foram confirmados já passaram pela contraprova em laboratório. Outros 459 seguem em investigação e 595 casos foram descartados.

A secretaria considera o surto estabilizado pela secretaria. Ainda assim, a orientação para a comunidade é manter ativas as medidas de prevenção à doença. A população deve seguir ingerindo apenas água mineral ou fervida e higienizando de maneira adequada os alimentos. Ainda, é fundamental que as famílias façam, periodicamente, a limpeza de suas caixas d'água e reservatórios

A investigação da causa da contaminação ainda não foi concluída, mas o Ministério da Saúde confirma que a água é a fonte de propagação. No entanto, ainda não se tem certeza sobre a presença do protozoário na rede de abastecimento, em algum poço ou em alimentos contaminados.

Por enquanto, a orientação aos moradores é de ferver a água ou consumir água mineral, além de lavar frutas e verduras e cozinhar bem as carnes e vegetais antes do consumo.

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.

A Sociedade Brasileira de Infectologia lista algumas medidas de prevenção:

Não ingerir carnes cruas ou mal cozidas;

Comer apenas vegetais e frutas bem lavados em água corrente;

Evitar contato com fezes de gato. As gestantes, além de evitar o contato com gatos, devem submeter-se a adequado acompanhamento médico (pré-natal). Alguns países obtiveram sucesso na prevenção da contaminação intrauterina fazendo testes laboratoriais em todas as gestantes;

Em pessoas com deficiência imunológica a prevenção pode ser necessária com o uso de medicação dependendo de uma análise individual de cada caso.

ESQUISTOSSOMOSE

Local de ocorrência: Pernambuco

Data da informação: 20/09/2018

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

Comentários:

Cerca de 150 pessoas morrem por ano, em Pernambuco, vítimas de esquistossomose, doença parasitária transmitida por caramujos também conhecida como Schistosoma. No Estado, 101 municípios são classificados como endêmicos, correspondendo a 54,6 % do total e estão localizados nas regiões Metropolitana do Recife, Mata e parte do Agreste. De 2013 a 2017, 33.213 pessoas tiveram resultados positivos para a doença, mas 23.256 se trataram, ou seja, quase um mil pacientes ficaram sem tratamento.

Preocupada com o cenário da enfermidade nesses últimos cinco anos, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) vem reforçando estratégias de enfrentamento à doença juntos aos municípios com maior taxa de adoecimentos. Em Olinda, esta semana, a gestão municipal inaugurou um laboratório específico para a coleta e identificação de caramujos contaminados, além do mapeamento de possíveis áreas focais do parasito, que deve reforçar as ações de controle da esquistossomose na cidade.

“O laboratório chega da necessidade de conhecermos nosso território e ver se somos ou não endêmicos para esquistossomose. Como é uma doença que não é vinculada diretamente ao local, a pessoa pode ter contraído durante um passeio ecológico em outra localidade e só descobrir anos depois, numa consulta médica. Acaba que ficamos sem saber onde e quando foi o contágio. Com a abertura do laboratório, vamos ter dados mais fidedignos e trabalhar a questão da política de saúde antes do adoecimento da população”, comentou o gerente de Vigilância Ambiental de Olinda, Henrique Silva.

Ele explicou que, a partir da próxima semana, técnicos do Centro de Vigilância Ambiental vão até localidades onde foram confirmados casos humanos – em 2018, Olinda registrou 25 casos – coletar caramujos e testá-los para a presença do parasito. Um dos locais que primeiro deve receber os agentes é a Ilha de Santana, que concentra maior número de alagados na cidade e também computa casos humanos este ano. Henrique Silva disse que, havendo positividade nas análises dos caramujos, o Centro de Vigilância verá a possibilidade ou não de tratamento químico contra esse molusco vetor nas localidades.

A secretária executiva de Vigilância em Saúde da SES, Luciana Albuquerque, destacou que o combate à esquistossomose requer a participação de múltiplas

áreas. “Esta é que uma doença que não depende só da Saúde. Chega uma hora em que tudo que a Saúde fizer não vai dar conta se o saneamento básico não chegar junto. O Sanar (programa de doenças negligenciadas) começou a ir para esses municípios prioritários e solicitar que os secretários e os prefeitos tenham uma agenda integrada com outras áreas da prefeitura para ver se consegue melhorar”, disse.

A cidade de Palmares, na Mata Sul, foi a primeira a receber essa força tarefa técnica do Sanar estadual, e a meta é criar essa agenda em demais municípios com índice alto de adoecimento. Outro tema preocupante é a baixa taxa de tratamento dos pacientes, que tanto podem morrer como incrementar o ciclo de transmissão nos territórios. Em média, o índice de tratamento tem ficado na casa dos 60%.

“O ideal é que cada caso positivo seja tratado. Preconizamos no mínimo 80%. Se o paciente não for tratado, ele vai ser fonte de transmissão porque, se tiver o caramujo no local, as fezes desse paciente com o parasito vão infectar o caramujo, começando um novo ciclo com contaminação de outras pessoas que tiverem acesso à água contaminada”, explicou a superintendente do Sanar, Marcela Abath. A medicação contra o parasito é fornecido pelo SUS de forma gratuita e pode ser conseguida na rede básica de saúde.

O indivíduo infectado elimina os ovos do verme por meio das fezes humanas. Em contato com a água, os ovos eclodem e liberam larvas que infectam os caramujos, hospedeiros intermediários que vivem nas águas doces. Após quatro semanas, as larvas abandonam o caramujo e ficam livres nas águas naturais. O ser humano adquire a doença pelo contato com essas águas.

Na fase aguda, há febre, dor na cabeça, calafrios, fraqueza, falta de apetite, dor muscular, tosse e diarreia. Em alguns casos, o fígado e o baço podem inflamar e aumentar de tamanho. Na forma crônica, a diarreia se torna mais constante, alternando-se com prisão de ventre, e pode aparecer sangue nas fezes. Em casos graves, há aumento do volume do abdômen, conhecido popularmente como "barriga d'água".

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 17/09/2018

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 pela doença. Atualmente estão ativas 247 Unidades Sentinelas, 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 neste informe referem-se ao período entre as semanas epidemiológicas (SE) 01 a 37 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 15/09/2018.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 28,8% (3.838/13.311) para SG e de 38,8% (898/2.315) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 26,3% (6.339/24.142) 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, 29,4% (1.294/4.400) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09.

GRUPE PODE SER EVITADA COM MEDIDAS SIMPLES DE HIGIENIZAÇÃO

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



INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 17/09/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

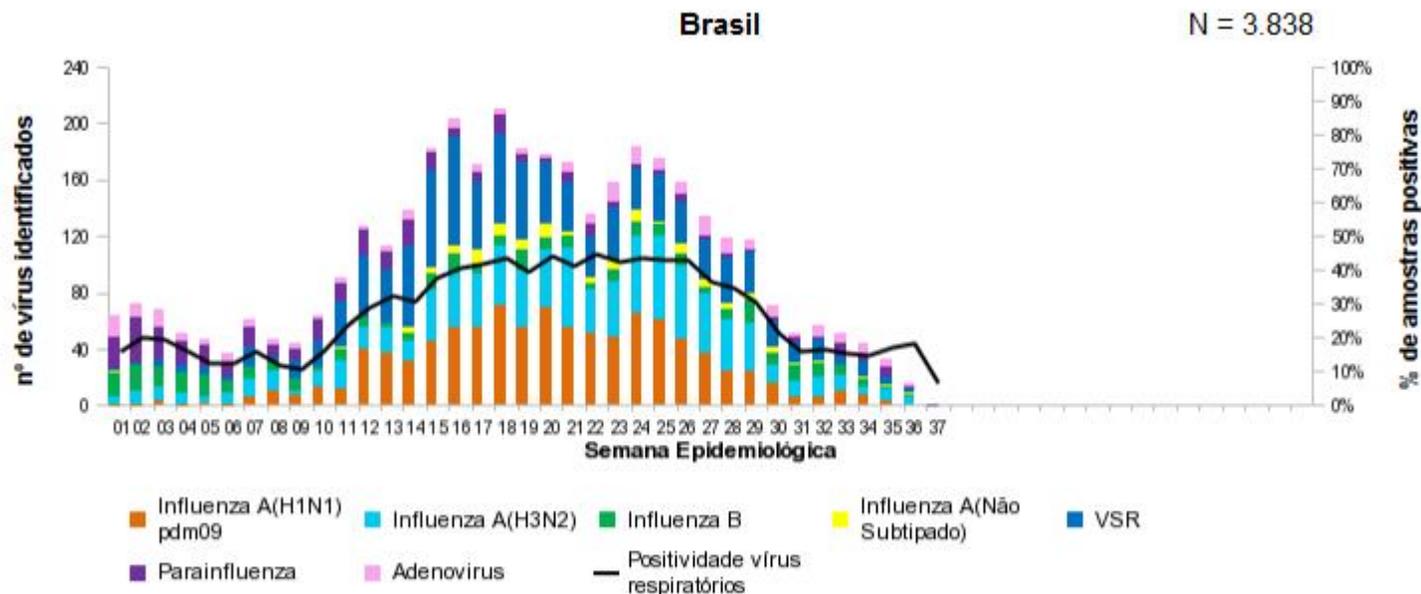
VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 37 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 15.667 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 13.311 (85,0%) possuem resultados inseridos no sistema e 28,8% (3.838/13.311) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 2.289 (59,6%) foram positivos para influenza e 1.549 (40,4%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 993 (43,4%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 328 (14,3%) de influenza B, 107 (4,7%) de influenza A não subtipado e 861 (37,6%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 951 (61,4%) de VSR (Figura1).

As regiões Sul, Sudeste apresentam respectivamente as maiores quantidades de amostras positivas, com destaque para a maior circulação de Influenza A(H3N2), A(H1N1)pdm09 e VSR. A região Nordeste apresenta uma maior circulação de Influenza A(H1N1)pdm09 e as regiões Centro-Oeste e Norte de VSR (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(H1N1)pdm09 e A(H3N2). Entre os indivíduos menores de 10 anos ocorre uma maior circulação de VSR e Influenza A(H1N1)pdm09.

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 37.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 17/9/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 17/09/2018

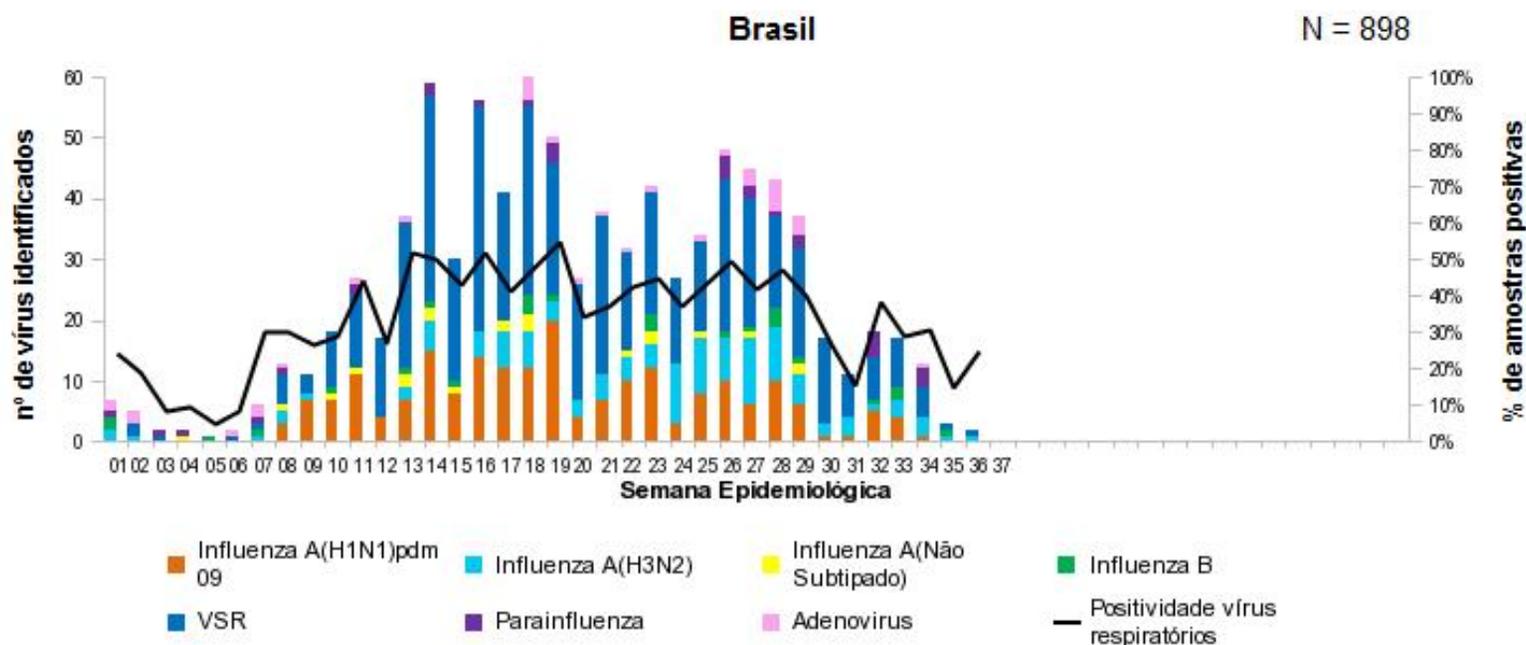
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 2.653 coletas, sendo 2.315 (87,3%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 898 (38,8%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 367 (40,9%) para influenza e 531 (59,1%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 208 (56,7%) para influenza A(H1N1)pdm09, 21 (5,7%) para influenza A não subtipado, 25 (6,8%) para influenza B e 113 (30,8%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 468 (88,1%) 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 37.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 17/9/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

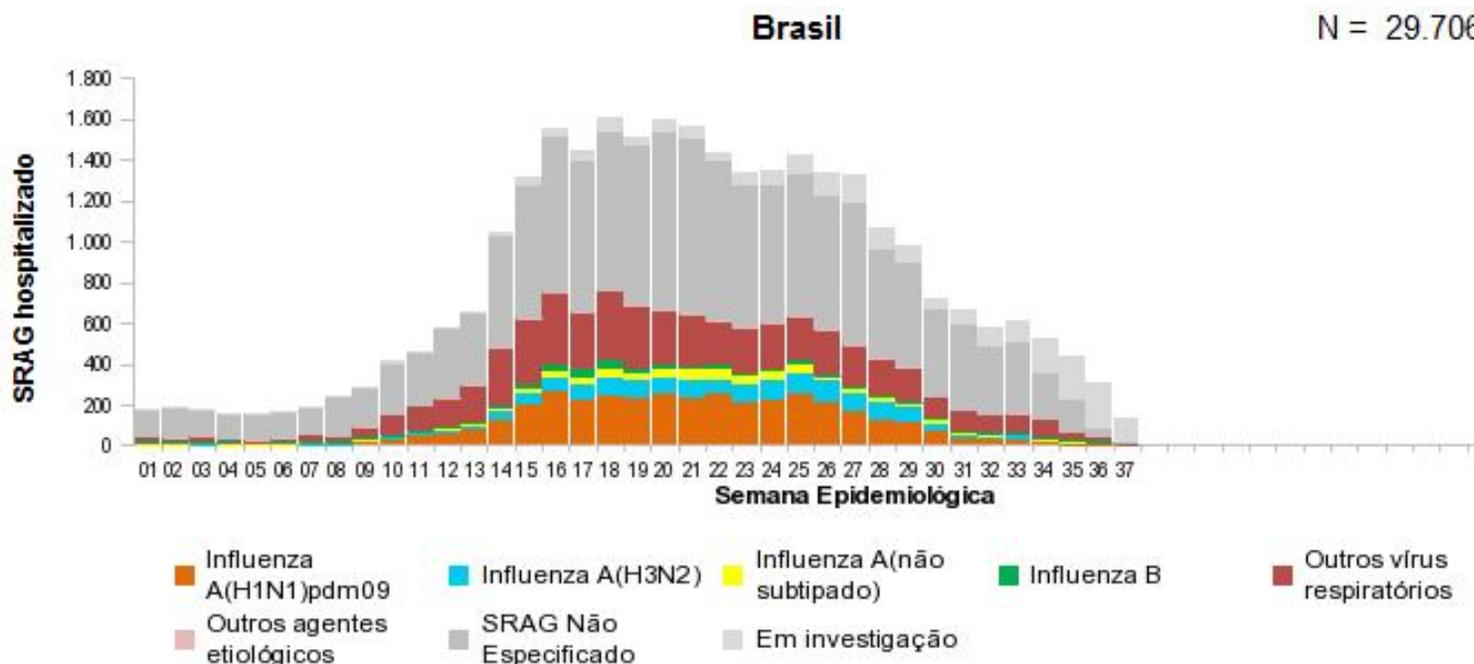
Data da informação: 17/09/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 37 de 2018 foram notificados 29.706 casos de SRAG, sendo 24.142 (81,3%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 26,3% (6.339/24.142) foram classificadas como SRAG por influenza e 22,1% (5.327/24.142) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 3.762 (59,3%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 621 (9,8%) influenza A não subtipado, 443 (7,0%) influenza B e 1.513 (23,9%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 37 anos, variando de 0 a 107 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região Sudeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 46,4% (2.939/6.339).

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 37.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 17/9/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

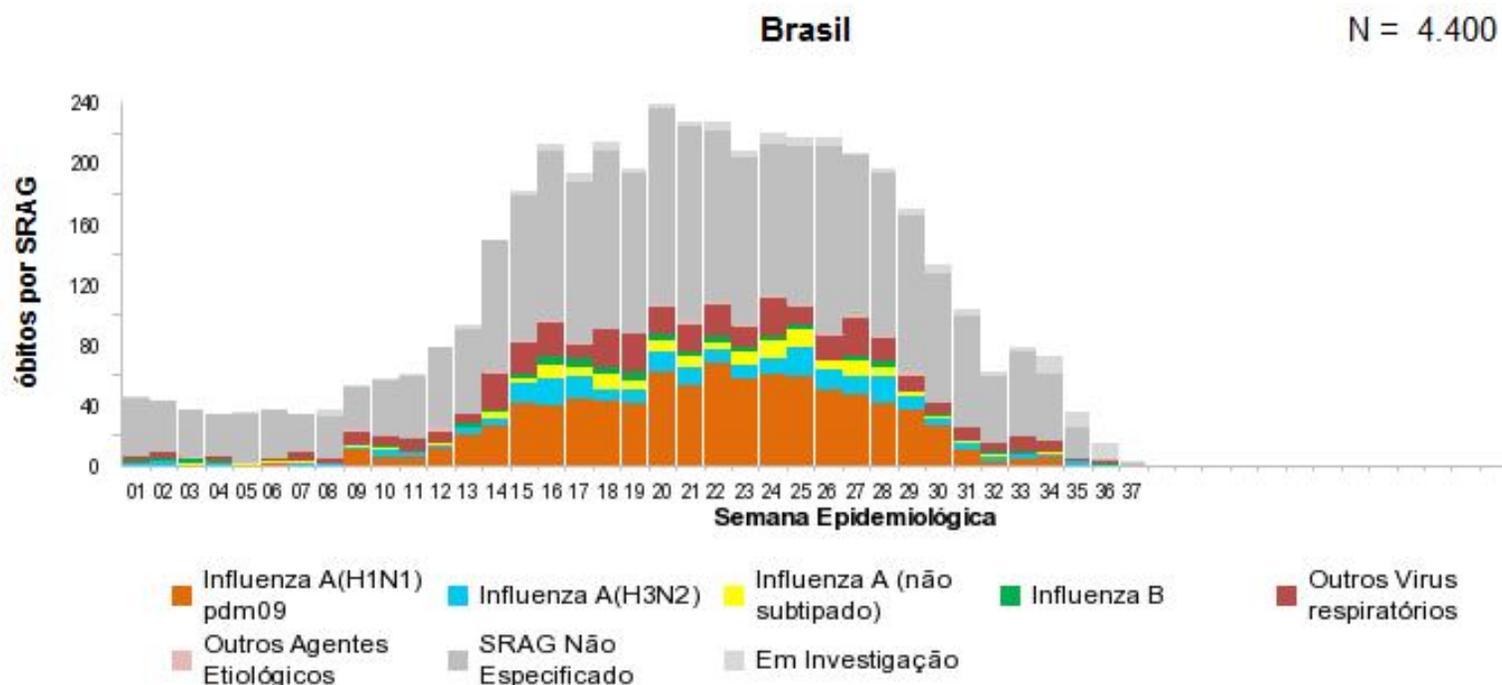
Data da informação: 17/09/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 37 de 2018 foram notificados 4.400 óbitos por SRAG, o que corresponde a 14,8% (4.400/29.706) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 1.294 (29,4%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 862 (66,6%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 129 (10,0%) influenza A não subtipado, 69 (5,3%) por influenza B e 234 (18,1%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 42,1% (545/1.294), 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 37.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 17/9/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 17/09/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 57 anos, variando de 0 a 107 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,62/100.000 habitantes. Dos 1.294 indivíduos que foram a óbito por influenza, 983 (76,0%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos \geq 60 anos, cardiopatas, pneumopatas e diabetes mellitus . Além disso, 1.010 (78,1%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 94 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente 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 37.

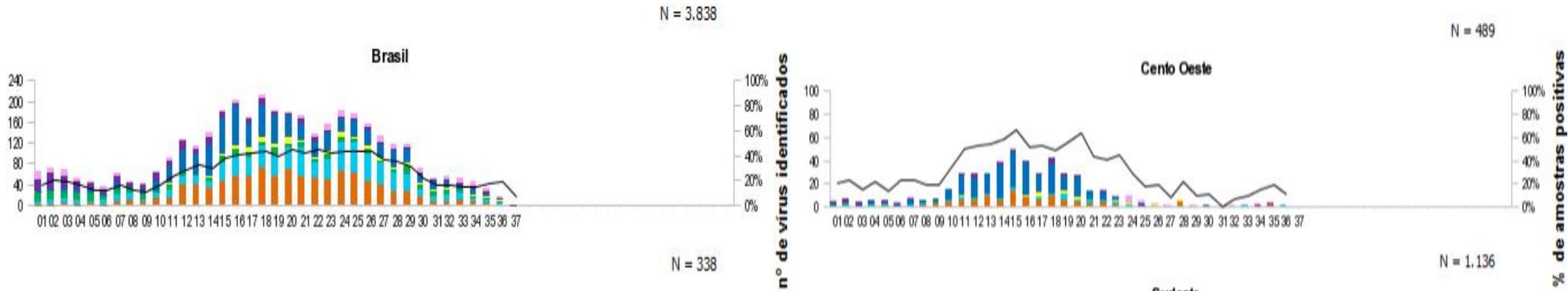
Óbitos por Influenza (N = 1.294)	n	%
Com Fatores de Risco	983	76,0%
Adultos \geq 60 anos	547	55,6%
Doença cardiovascular crônica	314	31,9%
Pneumopatas crônicas	237	24,1%
Diabete mellitus	232	23,6%
Obesidade	144	14,6%
Doença Neurológica crônica	102	10,4%
Doença Renal Crônica	96	9,8%
Imunodeficiência/Imunodepressão	82	8,3%
Gestante	16	1,6%
Doença Hepática crônica	26	2,6%
Criança < 5 anos	89	9,1%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	0,3%
Indígenas	2	0,2%
Síndrome de Down	11	1,1%
Que utilizaram antiviral	1.010	78,1%

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 17/9/2018, sujeitos a alteração.

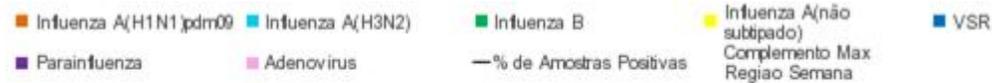
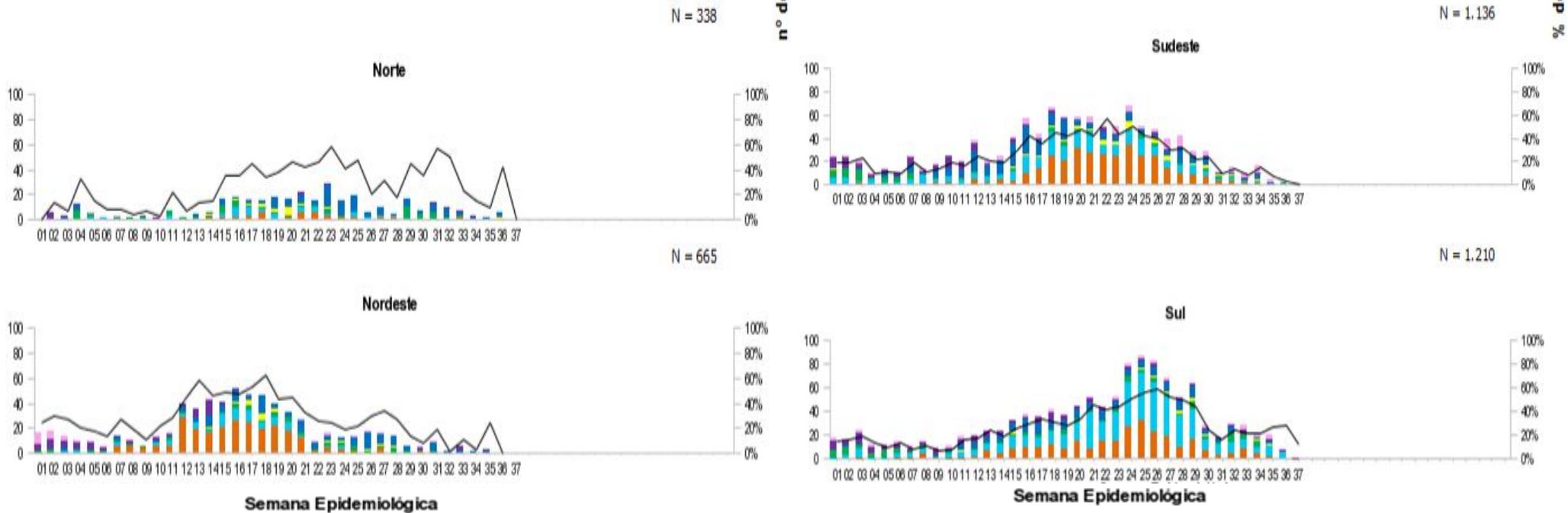
INFLUENZA

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 37.

A



B



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 17/9/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

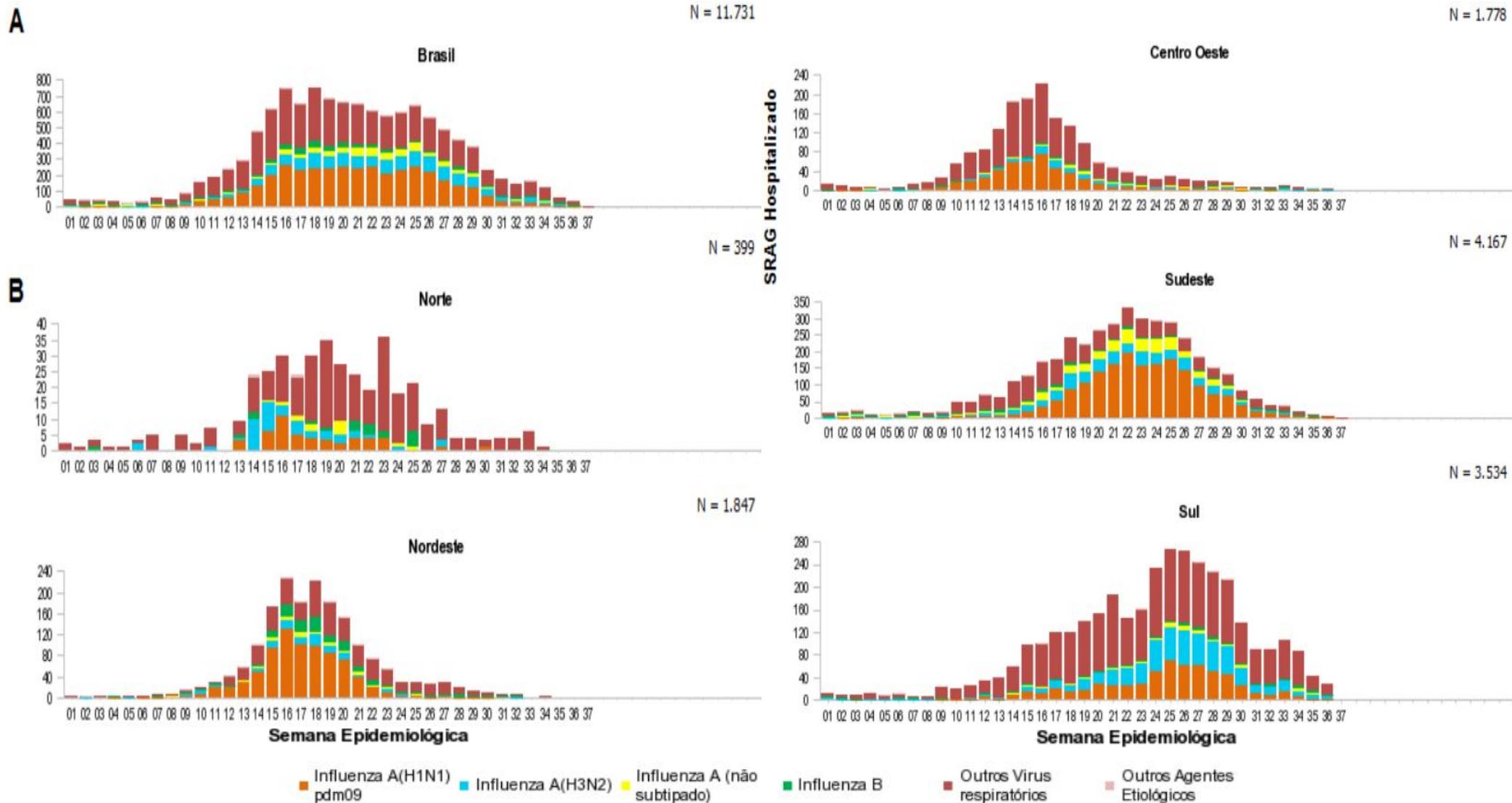
Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 37.

REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza										SRAG por outro vírus respiratório		SRAG por outro agente Etiológico		SRAG não Especificado		Em Investigação	
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtipado)		Influenza B		Total Influenza		Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos										
NORTE	1.317	167	48	11	44	10	12	1	19	3	123	25	274	30	2	0	770	109	148	3
RONDÔNIA	73	12	7	0	0	0	0	0	0	0	7	0	2	0	0	0	59	12	5	0
ACRE	218	39	13	3	4	0	0	0	1	1	18	4	22	3	0	0	137	32	41	0
AMAZONAS	157	13	1	1	6	1	2	0	7	1	16	3	72	7	0	0	64	3	5	0
RORAIMA	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0
PARÁ	756	80	15	3	30	8	8	1	9	0	62	12	159	18	1	0	447	49	87	1
AMAPÁ	15	2	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	8	2	1	0
TOCANTINS	96	20	10	4	3	1	2	0	2	1	17	6	16	2	1	0	53	10	9	2
NORDESTE	5.555	657	811	158	139	20	52	13	168	23	1.170	214	658	55	19	4	2.768	344	940	40
MARANHÃO	184	34	27	6	3	0	10	3	2	0	42	9	9	1	4	1	71	21	58	2
PIAUI	373	52	135	19	1	0	2	1	2	0	140	20	57	4	2	1	159	27	15	0
CEARÁ	1.234	152	257	58	20	4	11	2	90	11	378	75	13	0	2	1	781	72	60	4
RIO GRANDE DO NORTE	267	64	41	11	18	0	8	3	14	1	81	15	26	2	0	0	103	38	57	9
PARAÍBA	220	80	17	10	10	3	0	0	5	2	32	15	12	4	0	0	152	57	24	4
PERNAMBUCO	1.500	74	92	15	47	8	0	0	7	1	146	24	3	0	1	0	715	35	635	15
ALAGOAS	115	24	17	2	3	0	8	3	3	0	31	5	2	0	5	1	74	17	3	1
SERGIPE	248	20	33	6	2	0	1	0	1	0	37	6	89	5	0	0	119	9	3	0
BAHIA	1.414	157	192	31	35	5	12	1	44	8	283	45	447	39	5	0	594	68	85	5
SUDESTE	11.877	2.030	1.790	466	551	91	450	98	142	25	2.933	680	1.202	102	31	12	6.901	1.173	810	63
MINAS GERAIS	1.755	343	76	30	73	17	97	37	8	4	254	88	136	21	7	1	1.239	222	119	11
ESPÍRITO SANTO	442	71	70	15	30	3	2	1	4	2	106	21	0	0	0	0	279	43	57	7
RIO DE JANEIRO	1.114	154	77	18	18	4	25	1	42	3	162	26	293	45	3	2	456	77	200	4
SÃO PAULO	8.566	1.462	1.567	403	430	67	326	59	88	16	2.411	545	773	36	21	9	4.927	831	434	41
SUL	7.545	1.083	625	135	648	93	62	9	80	8	1.415	245	2.112	149	7	3	3.692	674	319	12
PARANÁ	3.890	604	230	43	355	58	22	3	22	1	629	105	1.394	116	5	3	1.739	375	123	5
SANTA CATARINA	1.256	206	145	31	149	19	12	1	11	1	317	52	329	25	0	0	576	128	34	1
RIO GRANDE DO SUL	2.399	273	250	61	144	16	28	5	47	6	469	88	389	8	2	0	1.377	171	162	6
CENTRO OESTE	3.392	458	486	91	129	20	45	8	33	10	693	129	1.079	68	6	3	1.518	247	96	11
MATO GROSSO DO SUL	852	102	49	11	62	11	21	4	10	4	142	30	291	13	2	0	392	57	25	2
MATO GROSSO	286	82	36	7	13	2	4	2	11	4	64	15	6	3	1	1	187	62	28	1
GOIÁS	1.434	227	343	67	37	5	9	1	7	2	396	75	396	44	3	2	609	98	30	8
DISTRITO FEDERAL	820	47	58	6	17	2	11	1	5	0	91	9	386	8	0	0	330	30	13	0
BRASIL	29.686	4.395	3.760	861	1.511	234	621	129	442	69	6.334	1.293	5.325	404	65	22	15.649	2.547	2.313	129
Outro País	19	5	2	1	2	0	0	0	1	0	5	1	2	1	0	0	10	3	2	0
TOTAL	29.706	4.400	3.762	862	1.513	234	621	129	443	69	6.339	1.294	5.327	405	65	22	15.660	2.550	2.315	129

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 17/9/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

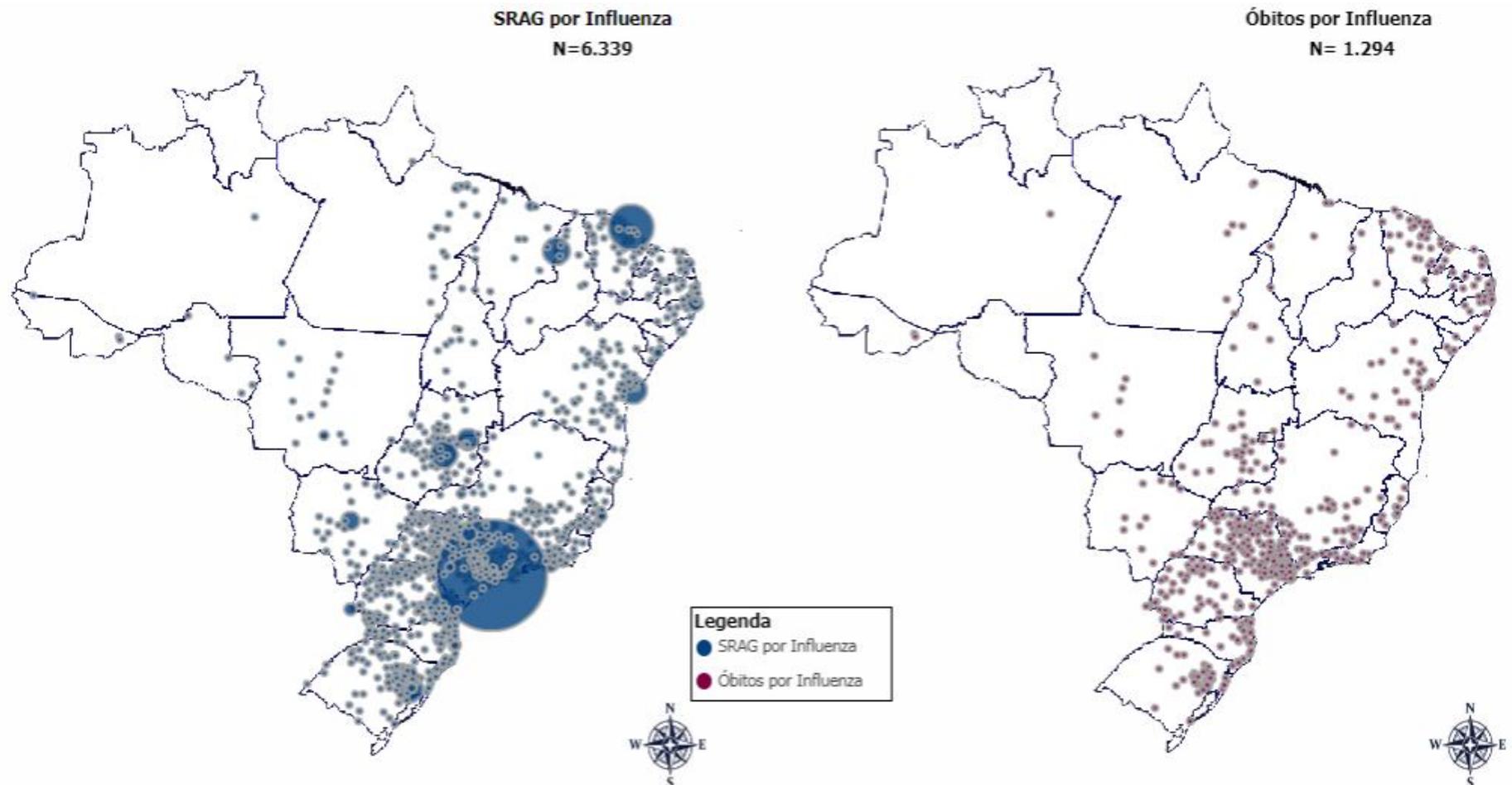
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 37.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 17/9/2018, 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 37.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 17/9/2018, sujeitos a alteração.

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



EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 38/2018

(16/09/2018 a 22/09/2018)

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

VÍRUS DA RAIVA

Local de ocorrência: Angola

Data da informação: 24/09/2018

Fonte da informação: angop.ao (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Em declarações à Angop, o chefe do departamento local dos serviços de veterinária, George Almeida, mostrou-se preocupado com a situação, ao considerar que a província é endêmica em termos de raiva transmitida em humanos por vias de ferimentos causados por animais domésticos (cães, macacos e gatos) portadores desta doença.

Informou que ao longo do período em balanço a instituição tomou conhecimento de 2.640 mordeduras, sendo 2.361 de cães, 198 de gatos, 11 de macacos, 11 humanas, 37 picadas de insetos e 18 de animais como serpentes, ratos, lacraus e demais.

Assumi que o fato de não se realizar, desde 2013, campanhas de vacinação massiva contra a raiva agravou, ainda mais, a situação endêmica da província do Huambo, cuja população está estimada em dois milhões e 700 mil.

Ainda assim, disse que cerca de 33 mil cães, dos cerca de 90 mil controlados pelo serviço de veterinária, foram vacinados contra a raiva nestes últimos cinco anos, uma cifra pequena, mas significativa para o combate da doença.

George Almeida afirmou que, na província do Huambo, o vírus da raiva circula nas ruas, já que existe um descontrole no cuidado dos animais (cães, macacos e gatos) por parte dos seus donos, constituindo um perigo eminente que leva a multiplicação do vírus, numa altura em que não existem condições para a realização de campanhas massiva de vacinação.

“A qualquer momento uma pessoa que for mordida por um cão de rua pode se contaminar com raiva, porque não se realizam campanhas de vacinação dentro da estratégia global de combate ao agente, por falta de financiamento já que a mesma é muito cara e exige uma grande mobilidade para atingir os pontos desejados”, disse.

Por esta razão, apelou as entidades de direito no sentido de apoiarem material e financeiramente os Serviços de Veterinária, com vista a se promoverem campanhas de vacinação massivas, evitando, assim, o contágio de raiva e a morte de animais e pessoas por esta doença.

George Almeida disse que as administrações municipais devem cumprir com as suas tarefas, no quadro do programa de luta contra a raiva, que os responsabiliza pela captura dos animais de rua para o abate dos mesmos, muitos dos quais propagadores desta doença.

Considerou, entretanto, que o combate à raiva passa, essencialmente, pela promoção de campanhas de vacinação massivas, periodicamente, bem como a educação sanitária da população sobre o tratamento das feridas provocadas por animais portadores da doença, cuidados, sanidade e manter os animais presos em casas, isto para os criadores.

RAIVA

Saiba mais

No Brasil, o principal animal que transmite o vírus da raiva ao homem é o cão.

O morcego hematófago é um importante transmissor da raiva, pois pode infectar bovinos, eqüinos e morcegos de outras espécies. Todos estes animais podem transmitir a raiva para o homem.

Forma mais comum: contato com saliva de animais doentes, através de mordeduras, arranhões ou lambeduras em pele lesada ou mucosa (não existindo, necessariamente, agressão).



Na literatura, só há referências de transmissão inter-humana através do transplante de córnea.

A fonte de infecção é o animal infectado pelo vírus da raiva. Em espaços urbanos, o principal transmissor é o cão, seguido do gato. Em espaços rurais é o morcego.

Animais silvestres são os reservatórios naturais do vírus, propiciando a contaminação de animais domésticos.

Sinais indicativos

Variam conforme a espécie, no entanto, em todos os animais costumam ocorrer os seguintes sintomas:

- dificuldade para engolir
- salivação abundante
- mudança de comportamento
- mudança de hábitos alimentares
- paralisia de alguns membros

Nos cães, o latido torna-se diferente do normal, parecendo um "uivo rouco", e os morcegos, com a mudança de hábito, podem ser encontrados durante o dia, em hora e locais não habituais.

FONTE: INSTITUTO PASTEUR DE SÃO PAULO

Fonte: google.com.br

LEPTOSPIROSE



Local de ocorrência: Índia / Filipinas / Tailândia

Data da informação: 22/09/2018

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

COMENTÁRIOS:

Nas últimas semanas, houve vários relatos de um aumento na incidência de leptospirose em Índia (Kerala), Filipinas (Iloilo e Luzon central) e Tailândia, todas em áreas afetadas por inundações.

Os surtos de leptospirose estão frequentemente ligados a inundações, especialmente durante a estação das monções Ocean, a temporada de tufões no Pacífico Oeste e a temporada de furacões no Atlântico Oeste.

As autoridades de saúde devem dar atenção especial à vigilância da leptospirose nessas e em outras regiões afetadas por inundações.

Em 2017, após o Furacão Irma ter atingido vários Países e Territórios Ultramarinos Franceses, um aumento de casos de leptospirose foi relatado.

O número de mortes relacionadas à leptospirose relatadas pelos países da UE / EEE variou entre 8 e 18 mortes por ano desde 2008, enquanto o número total de casos de leptospirose relatados sobre o mesmo período de tempo foi entre 436 e 966 por ano. Um número substancial desses casos estava ligado a inundações.

Os europeus devem estar cientes de que o risco de leptospirose aumenta nas áreas inundadas.

Os viajantes podem ficar expostos à leptospirose por meio de atividades como natação, rafting, caiaque em lagos e rios de água doce contaminados. Trabalhadores humanitários e viajantes correm um risco maior de leptospirose.

Os viajantes das áreas inundadas devem tentar evitar o contato com a água ou o solo e abster-se de nadar ou beber água de lagos ou rios que possam estar contaminados. Eles também devem cobrir cortes ou feridas na pele e usar roupas impermeáveis quando em contato com água contaminada.

Antes de viajar para áreas afetadas, os viajantes europeus devem consultar seu médico sobre riscos e medidas preventivas. Europeus que apresentam

sintomas como descrito no folheto informativo da leptospirose devem procurar atendimento médico imediato. A leptospirose pode ser tratada com antibióticos, que são mais eficazes quando administrados precocemente durante a doença.

Sintomas

É uma doença infecciosa grave, causada pela bactéria leptospira, transmitida ao homem pela urina de ratos. Em situações de inundações, a urina dos ratos, presente em esgotos e bueiros, mistura-se à enxurrada e à lama das enchentes. Qualquer pessoa que tiver contato com a água das chuvas ou lama contaminadas poderá se infectar.

Transmissão

1. Em tempo de muitas chuvas, os rios, córregos e a própria rede de esgoto podem transbordar. Essa água de enchente invade tocas de ratos, é contaminada pela leptospira que estava no meio ambiente, invade ruas, residências e contamina as pessoas.
2. O homem, ao entrar em contato com a água ou lama contaminada, pode infectar-se, especialmente se tiver cortes ou arranhaduras na pele ou através das mucosas.
3. Trabalhadores da rede de esgoto, construção civil e jardineiros estão mais expostos e devem utilizar botas e luvas de borracha.

Atenção
Caso apresente estes sintomas procure a Unidade de Saúde mais próxima

CÓLERA



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 21/09/2018

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

COMENTÁRIOS:

Américas

República Dominicana: Em 2018 até 1º de setembro, a República Dominicana registrou 47 casos de cólera e nenhum óbito, representando um aumento de seis casos desde a atualização anterior do relatório em 24 de agosto de 2018. Durante o mesmo período em 2017 a República Dominicana informou 103 casos de cólera.

Haiti: Em 2018 até 8 de setembro, o Haiti registrou 3.111 casos, incluindo 37 mortes. Isso representa um aumento de 155 casos e três mortes desde a atualização anterior do relatório em 24 de agosto de 2018. Em 2017, o Haiti registrou 13.681 casos de cólera, incluindo 159 mortes. Desde o início do surto em 2010 até 8 de setembro de 2018, o Haiti relatou 819.111 casos suspeitos de cólera, incluindo 9.785 mortes.

África

Argélia: Em 23 de agosto de 2018, o Ministério da Saúde declarou um surto de cólera no país. Desde o início do surto em 7 de agosto até 6 de setembro, 217 casos incluindo duas mortes foram registrados no norte do país, incluindo a capital de Argel.

Camarões: Até 29 de agosto de 2018, Camarões está relatando 237 casos de cólera, incluindo 17 mortes desde o início do surto em maio de 2018. Apenas as regiões norte e central dos Camarões relataram casos. Isso representa um aumento de 69 casos e cinco mortes desde a atualização anterior do relatório, em 24 de agosto de 2018.

RD do Congo: desde janeiro de 2017 até 2 de setembro de 2018, a República Democrática do Congo registrou 80.460 casos suspeitos de cólera, incluindo 1.950 mortes. Isso representa um aumento de 2.918 casos e 65 mortes desde o relatório anterior em 24 de agosto de 2018.

Etiópia: desde janeiro de 2017 até 26 de agosto de 2018, a Etiópia registrou 51.151 casos de diarreia aquosa aguda (DAT), incluindo 898 mortes. Isso representa um aumento de 1.103 casos desde a atualização anterior do relatório em 24 de agosto de 2018.

Quênia: Em setembro de 2018, a OMS afirmou que o surto de cólera estava sob controle. Nenhum novo caso foi relatado no país desde 19 de agosto de 2018. Até 3

de setembro de 2018 e desde janeiro de 2017, o Quênia registrou 9.835 casos. Em 2018, 78 mortes foram relatadas relacionadas a este surto.

Níger: Até 13 de setembro, o Níger registrou 3.081 casos suspeitos, incluindo 62 mortes desde o início do surto em julho de 2018. Isso representa um aumento de 1.592 casos e 36 mortes desde a atualização do relatório anterior em 24 de agosto de 2018. O surto está localizado em quatro regiões: Maradi, Dosso, Tahoua e Zinder, todas na fronteira com a Nigéria e Benim.

Nigéria: Em 2018 até 9 de setembro, a Nigéria registrou 27.927 casos suspeitos de cólera, incluindo 517 mortes. Isso representa um aumento de 7.966 casos e 224 mortes desde a atualização anterior do relatório, em 24 de agosto de 2018. O surto se espalhou em diferentes áreas, afetando dezenove estados, incluindo o Território da Capital Federal. Segundo a OMS, existe uma tendência crescente nos casos nacionais gerais de cólera relatados.

Somália: Até 6 de setembro de 2018, a OMS registrou 6.245 casos suspeitos de cólera, incluindo 42 mortes desde dezembro de 2017. Isso representa um aumento de 115 casos e uma morte desde a atualização anterior do relatório, em 24 de agosto de 2018.

Segundo a OMS, os casos foram localizados nas regiões de Banadir e Lower Jubba nas últimas cinco semanas.

Tanzânia: em 2018, até 9 de setembro, a Tanzânia relatou 3.739 casos de cólera, incluindo 68 mortes. Isso é um aumento de 317 casos e duas mortes desde a atualização anterior do relatório em 24 de agosto de 2018. O último caso relatado em Zanzibar foi em 11 de julho de 2017. Segundo a OMS, o número de casos registrados em 2018 aumentou em comparação com o mesmo período de 2017, quando 2.466 casos foram notificados.

Uganda: A OMS considera o surto de cólera em Uganda sob controle. Até 24 de julho e desde o início do surto em abril de 2018, 263 casos, incluindo nove mortes, foram relatados.

(Continua na próxima página)

CÓLERA



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 21/09/2018

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

COMENTÁRIOS:

Zimbábue: Até 6 de setembro de 2018, um surto de cólera foi declarado no país pelo Ministério da Saúde. Desde o começo do surto até 14 de Setembro, 3.349 casos - incluindo 32 mortes - foram relatadas.

Ásia

Índia: De acordo com fontes da mídia e desde a última atualização do relatório em 24 de agosto de 2018, 86 casos adicionais de cólera, incluindo três mortes, foram relatados na Índia. Casos foram relatados em Ahmedabad (31 casos), Kalpura (24 casos e duas mortes), Madhya Pradesh (24 casos) e Baloda Bazaar (quatro casos e uma morte).

êmen: Desde o início do surto em outubro de 2016 até 13 de setembro de 2018, o êmen relatou 1.182.293 casos suspeitos de cólera e 2.439 mortes. Isto representa um aumento de 38.269 casos e 63 mortes desde o último relatório em 24 de agosto de 2018.

Avaliação do ECDC

Houve um aumento incomum no número de casos de cólera na parte sul da África, no Chifre da África e no Golfo de Aden nos últimos meses. Mais recentemente, surtos de cólera também foram notificados na parte ocidental da África. Apesar do número de surtos de cólera relatados em todo o mundo, muito poucos casos são relatados a cada ano entre os viajantes que retornam da UE / EEE.

Nesse contexto, o risco de infecção por cólera em viajantes que visitam esses países continua baixo, embora a probabilidade de importação esporádica de casos pode aumentar na UE / EEE.

De acordo com a OMS, a vacinação deve ser considerada para os viajantes com maior risco, como os trabalhadores de emergência / socorro que podem ser expostos diretamente. A vacinação geralmente não é recomendada para outros viajantes.

Viajantes em áreas endêmicas de cólera devem procurar orientação de clínicas de saúde em viagens para avaliar seu risco pessoal.

Ações

O ECDC monitoriza globalmente os surtos de cólera através das suas atividades de informação epidemiológica, a fim de identificar epidemiologia e informar as autoridades de saúde pública. Os relatórios são publicados mensalmente.

Cólera



- **Agente Etiológico:** *Vibrio cholerae*
- **Forma de transmissão:** Água e alimentos contaminados com as fezes dos doentes.
- **Sintomas:** Vômitos, diarreia intensa, desidratação severa. Os sintomas são causados por uma toxina produzida pelas bactérias que induzem os enterócitos a liberarem água e sais.
- **Tratamento:** Antibióticos específicos e reposição de água e sais minerais.
- **Profilaxia:** Lavar rigorosamente as mãos e os alimentos, principalmente saladas e frutas, beber água filtrada e fervida, preferir alimentos cozidos, isolamento entérico dos doentes, tratamento, educação sanitária e saneamento básico.

RUBÉOLA

Local de ocorrência: Japão

Data da informação: 19/09/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

Houve um total de 496 pacientes com rubéola neste ano no Japão, com 127 novos casos de 3 a 9 de setembro, informou o Instituto Nacional de Doenças Infecciosas em 19 de setembro.

O número já ultrapassou cinco vezes as 93 pessoas diagnosticadas com a doença infecciosa em 2017, e o último aumento acentuado indica que o surto ainda está se espalhando.

Tóquio registrou o maior número de novos pacientes com cerca de 32, seguida pela província de Chiba, com 27, a província de Kanagawa ao sul, com 19, e 11 nas províncias de Saitama e Aichi, respectivamente.

Homens entre 30 e 59 compreendem cerca de dois terços do total de pacientes. Esta geração de homens em particular foi afetada por vacinações ineficazes devido a mudanças no programa de imunização do governo, e tem um risco relativamente maior de infecção.

O instituto está chamando os homens nesta faixa etária para verificar seus registros de imunização e imediatamente obter a vacinação, se eles acham que eles não receberam a vacina como uma criança.

A rubéola é transmitida através do muco de sintomas como tosse. Se uma mulher com até 20 semanas de gravidez contrair a doença, o feto também pode ser infectado, o que pode causar sérias deficiências.

DOENÇAS

Diferenças entre elas

Sarampo

Manifesta-se com febre alta, tosse seca, irritação nos olhos e pequenos pontos brancos na parte interna da boca. Após alguns dias, **aparecem lesões na pele**. Após o contágio, o período de incubação da doença é de cerca de dez dias. A maioria das pessoas se recupera mesmo sem tratamento, em duas a três semanas

Rubéola

Transcorre com febre discreta, inchaço dos gânglios do pescoço, dor nas juntas e lesões de curta duração na pele. A rubéola é extremamente perigosa para gestantes, pois, além do **aumento do risco de aborto**, o **recém-nascido pode desenvolver problemas graves**, como malformações do coração, cegueira e surdez

Catapora

A catapora é chamada de varicela pelos médicos. Após o contágio, os sintomas levam de duas a três semanas para aparecerem, e incluem febre, mal-estar geral e **lesões na pele**, acompanhadas de coceira e manchas vermelhas. Essas manchas normalmente aparecem no peito, abdômen e nas costas, e se transformam em bolhas contendo fluido, que posteriormente secam e cicatrizam



DIFTERIA



Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 21/09/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Entre a semana epidemiológica (SE) 1 a SE 37 de 2018, três países da Região das Américas (Colômbia, Haiti e República Bolivariana da Venezuela) relataram casos confirmados de difteria. Enquanto na Colômbia não foram detectados novos casos de difteria (desde julho de 2018), no Haiti e na Venezuela o surto continua ativo.

Na Colômbia, desde a última atualização epidemiológica publicada em 29 de agosto, não foram relatados casos adicionais ou mortes, então o número de casos confirmados se mantém em 8, incluindo três mortes, em 2018.

No Haiti, o surto continua ativo, com um total de 673 casos prováveis, incluindo 102 mortes, relatadas entre SE 51 de 2014 e SE 38 de 2018. Destes casos, 240 foram confirmados (233 por laboratório e 7 por vínculo epidemiológico). As taxas de letalidade entre casos confirmados por laboratório foi de 23% em 2015, 39% em 2016, e 8% em 2017 e 2018.

Em 2018 a faixa etária dos casos prováveis é de 0 a 78 anos, 65% são menores de 15 anos. Em relação ao gênero, 60% do total de casos eram do sexo feminino, enquanto em 2015, 2016 e 2017 essa proporção foi de 57%, 50% e 59%, respectivamente.

O número de casos prováveis relatados em 2018, até 38 SE, é 46% superior ao número total de casos registrados em 2017 e 142% a mais do que o registrado em 2016, devido a maior sensibilidade do sistema de vigilância nacional.

Em 2018, foram notificados 281 casos prováveis (entre SE 1 e SE 38), dos quais 70 foram confirmadas (65 por laboratório e 5 por ligação epidemiológica). Durante o mesmo período, relataram 22 mortes (10 confirmadas por ligação laboratorial ou epidemiológica, 8 com amostras de laboratório não viáveis, 3 permanecem sob investigação e uma foi descartada).

No que diz respeito às características dos casos confirmados e notificados em 2018 (70 casos), 91% correspondem a crianças menores de 15 anos (faixa de 1 a 40 anos) e 56% são do sexo feminino.

Difteria (crupe)

- **Agente Etiológico:** *Corynebacterium diphthriae*
- **Forma de transmissão:** Pelo ar contaminado e pela saliva.
- **Sintomas:** Inflamação das amígdalas, faringe e mucosa nasal. A bactéria produz toxina que destrói as fibras cardíacas, células nervosas e renais.

EBOLA



Local de ocorrência: República Democrática do Congo

Data da informação: 21/09/2018

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

COMENTÁRIOS:

Até 19 de setembro de 2018, houve 143 casos de doença pelo vírus Ébola (112 confirmados, 31 prováveis), incluindo 97 mortes (66 confirmada, 31 provável), desde o início do surto.

Oito zonas de saúde em duas províncias relataram casos confirmados e prováveis da doença do vírus Ebola: Mabalako, Beni, Butembo, as zonas de saúde de Oicha, Masereka, Kalungata e Musienene na província de Kivu, na província de Ituri.

Atividades de resposta: De acordo com as operações europeias de proteção civil e ajuda humanitária (ECHO), até 18 de Setembro de 2018, 1.983 contatos foram identificados (420 em Mabalako, 849 em Beni, 46 em Komanda, 111 em Mandima, 322 em Butembo, 195 Masereka e 40 em Musienene), e 97,3% desses contatos foram acompanhados.

Segundo a Direção-Geral da Proteção Civil e das Operações de Ajuda Humanitária (ECHO), 10.352 pessoas foram vacinadas (3.935 em Mabalako, 3.350 em Beni, 1.542 em Mandima, 314 em Katwa, 121 em Oicha, 65 em Kinshasa, 220 em Masereka, 754 em Butembo e 51 em Komanda), e 1.990 vacinas contra o Ebola ainda estão disponíveis.

Viagens: De acordo com a notícia do surto da doença da OMS divulgada em 14 de agosto de 2018, Burundi, República Centro-Africana, Ruanda, Sudão do Sul, Uganda e Zâmbia estão implementando a triagem de entrada.

A Bélgica, a Alemanha, a Itália e a Espanha emitiram pareceres contra o deslocamento para a região de Kivu do Norte, devido ao surto de Ebola.

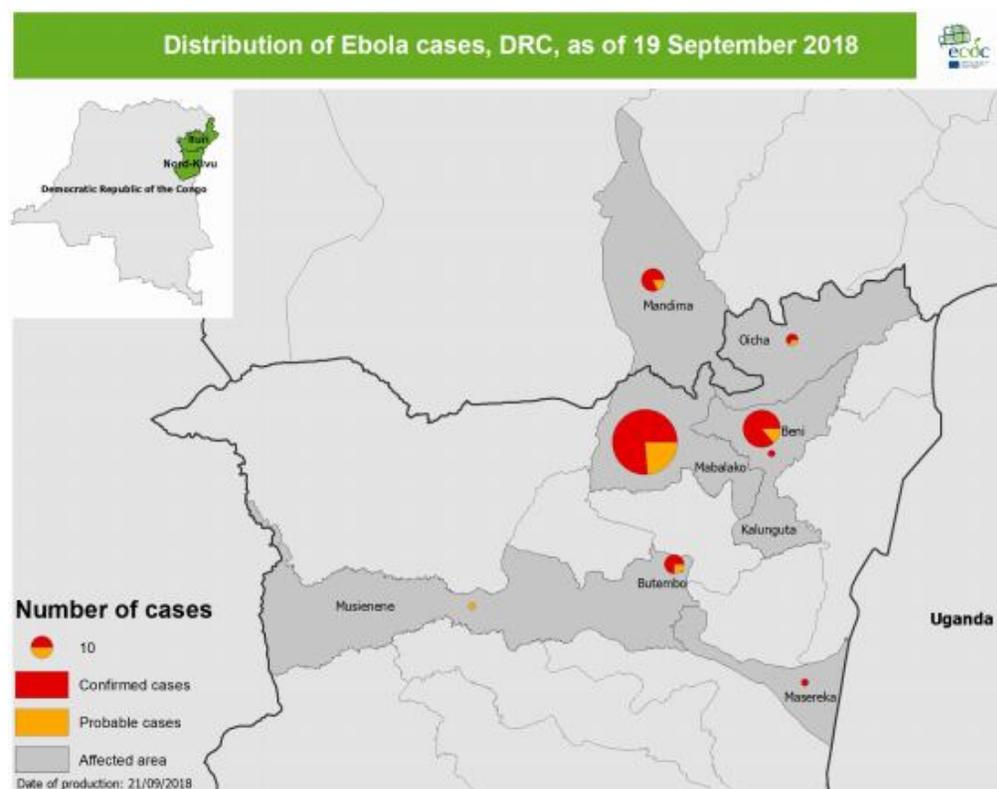
Avaliação do ECDC

Vários casos foram confirmados na cidade de Butembo. Estes casos são motivo de preocupação, já que esta cidade de mais de um milhão de habitantes é um centro comercial e de viagens entre a RDC e o Uganda. A situação tem o potencial para novas cadeias de transmissão se não for rapidamente controlada.

Devido à situação de segurança e à crise humanitária na província de Kivu do Norte, a implementação de medidas de controle de surtos pode ser um desafio. O risco de introdução do vírus por um viajante infectado na UE / EEE é considerado muito baixo nesta etapa.

Rotas de transporte que ligam as áreas afetadas a outras regiões da RDC e a vários países vizinhos (principalmente Ruanda e Uganda) pode facilitar a propagação do vírus. A situação é agravada pelo deslocamento de pessoas devido a conflitos e crise. Segundo a OMS, o risco para a saúde pública é considerado alto nos níveis nacional e regional.

Distribuição geográfica dos casos confirmados e prováveis da doença pelo vírus Ebola, Províncias de Kivu e Ituri, República Democrática do Congo, até 19 de setembro de 2018



POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 18/09/2018

Origem da informação: The Global Polio Eradication Initiative e OPAS

COMENTÁRIOS:

Para alcançar a meta de erradicação, a parceria GPEI trabalha incansavelmente para fortalecer a vigilância, melhorar as atividades de imunização e garantir uma resposta rápida e eficaz ao surgimento de qualquer vírus polio. Este trabalho é essencial para interromper a transmissão e erradicar tanto o vírus da poliomielite selvagem (WPV) quanto o poliovírus derivado da vacina (VDPV) do mundo. Existem 3 cepas do WPV, tipo 1, tipo 2 e tipo 3. O tipo 2 já foi erradicado, o tipo 3 não é visto no mundo desde 2012 e o tipo 1 permanece apenas em três países endêmicos, Afeganistão, Nigéria e Paquistão. Os VDPVs também ocorrem em três tipos, como o WPV. No entanto, o surgimento de um VDPV de qualquer tipo só ocorre em populações onde não há crianças suficientes para serem vacinadas. O vírus vivo enfraquecido da vacina oral da poliomielite (OPV) pode circular numa população pouco imunizada através de crianças não vacinadas. Em ocasiões muito raras com circulação prolongada, o vírus pode se transformar geneticamente em uma forma que pode causar paralisia, assim como a WPV.

Se uma população estiver totalmente imunizada contra a pólio, ela estará protegida contra a disseminação tanto do WPV quanto do VDPV.

Resumo de novos vírus nesta semana: Afeganistão - um novo caso de poliovírus selvagem (WPV1). República Democrática do Congo - dois novos casos de poliovírus tipo 2 derivados da vacina circulantes (cVDPV2)

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	18	36	11	49	22	96
- in endemic countries	18	8	11	0	22	0
- in non-endemic countries	0	28	0	49	0	96

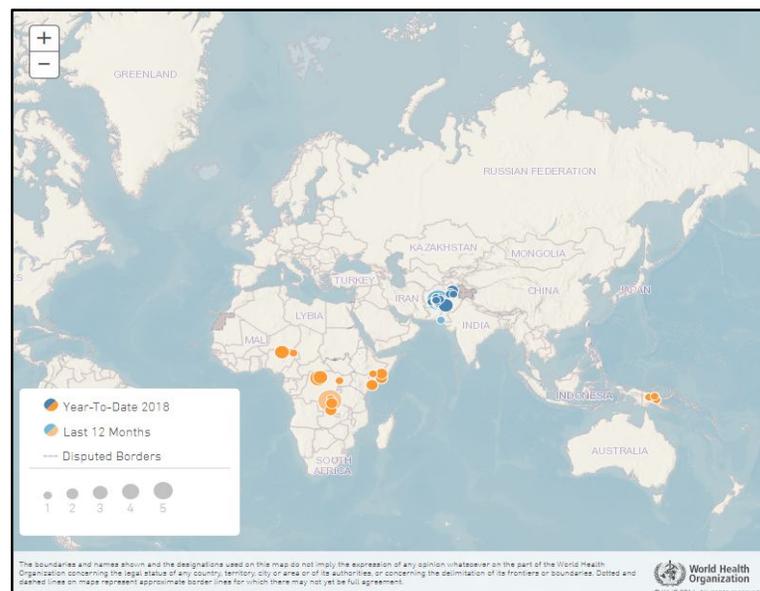
<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM POR PAÍS

Countries	Year-to-date 2018		Year-to-date 2017		Total in 2017		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afeganistão	14	0	6	0	14	0	11/Aug/18	NA
Paquistão	4	0	5	0	8	0	01/Aug/18	NA
Nigéria	0	8	0	0	0	0	NA	27/Jul/18
República Democrática do Congo	0	15	0	9	0	22	NA	05/Aug/18
Síria	0	0	0	40	0	74	NA	21/Sep/17
Somalia	0	8	0	0	0	0	NA	30/Jul/18
Papua New Guinea	0	5	0	0	0	0	NA	15/Jul/18

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

Poliovírus selvagem global e casos de poliovírus circulantes derivados da vacina - últimos 12 meses - em 25 de setembro de 2018



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 17/09/2018

Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)



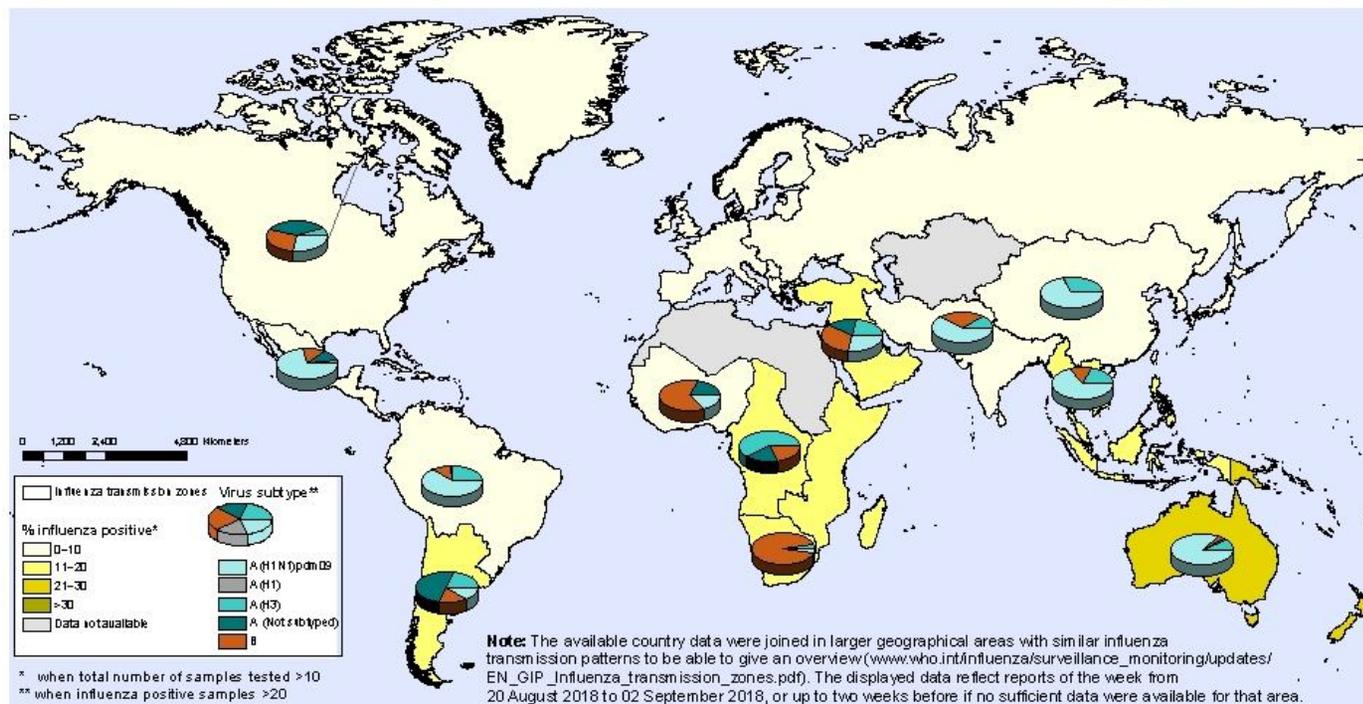
COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

Nas zonas temperadas do hemisfério sul, a atividade da gripe permaneceu elevada na América do Sul e diminuiu na África Austral. A atividade da gripe permaneceu em baixos níveis sazonais na Austrália e na Nova Zelândia e em níveis inter-sazonais na maior parte da zona temperada do hemisfério norte. A diminuição da atividade da influenza foi relatada na maioria dos países da América tropical. Em todo o mundo, os vírus do subtipo A da gripe sazonal foram responsáveis pela maioria das detecções.

Os Centros Nacionais de Influenza (NICs) e outros laboratórios nacionais de influenza de 81 países, áreas ou territórios informaram dados à FluNet para o período de 20 de agosto de 2018 a 02 de setembro de 2018 (dados em 2018-09-14 04:22:09 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 47.128 espécimes durante esse período de tempo. 1.934 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 1.597 (82,6%) foram tipificados como influenza A e 337 (17,4%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 761 (64,9%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 412 (35,1%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 81 (66,9%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 40 (33,1%) à linhagem B-Victoria.

Percentage of respiratory specimens that tested positive for influenza By influenza transmission zone

Status as of 14 September 2018



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.

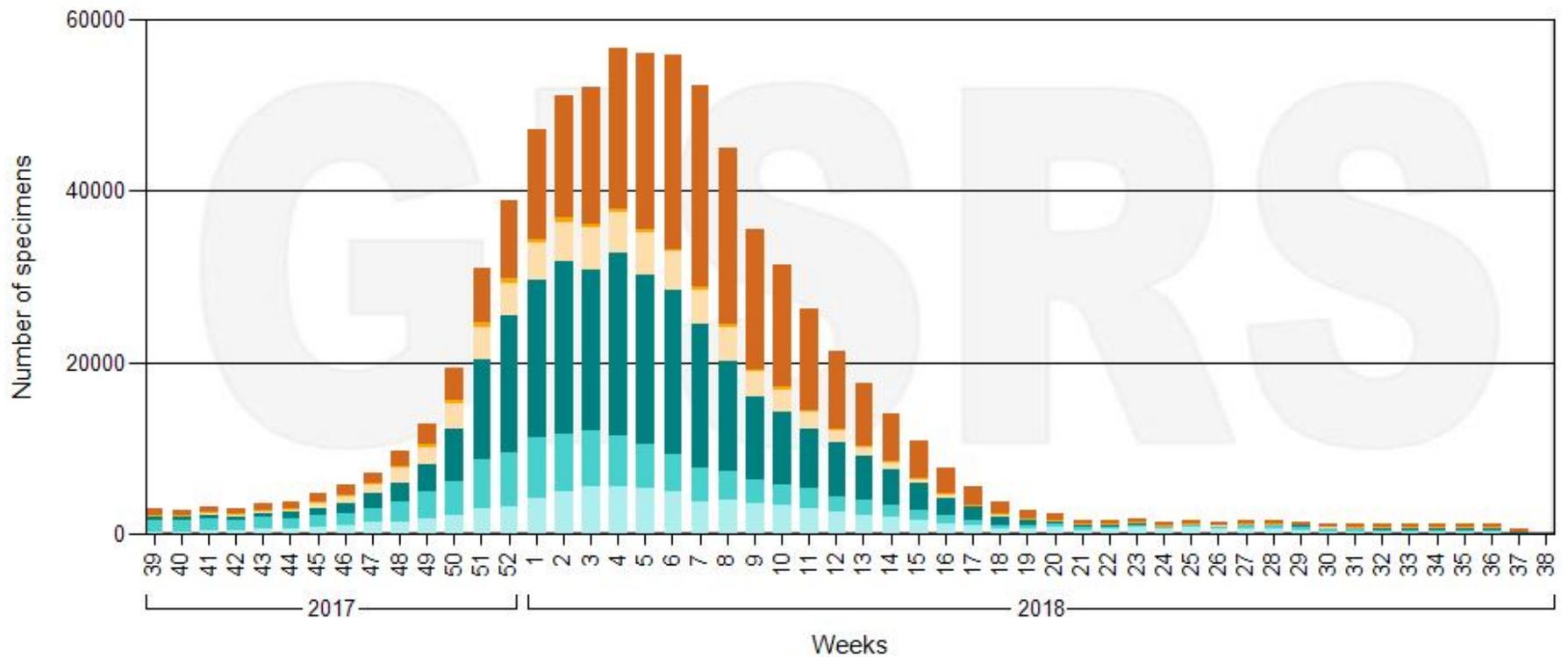
Data Source:
Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS),
FluNet (www.who.int/fluNet)



© WHO 2018. All rights reserved.

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype

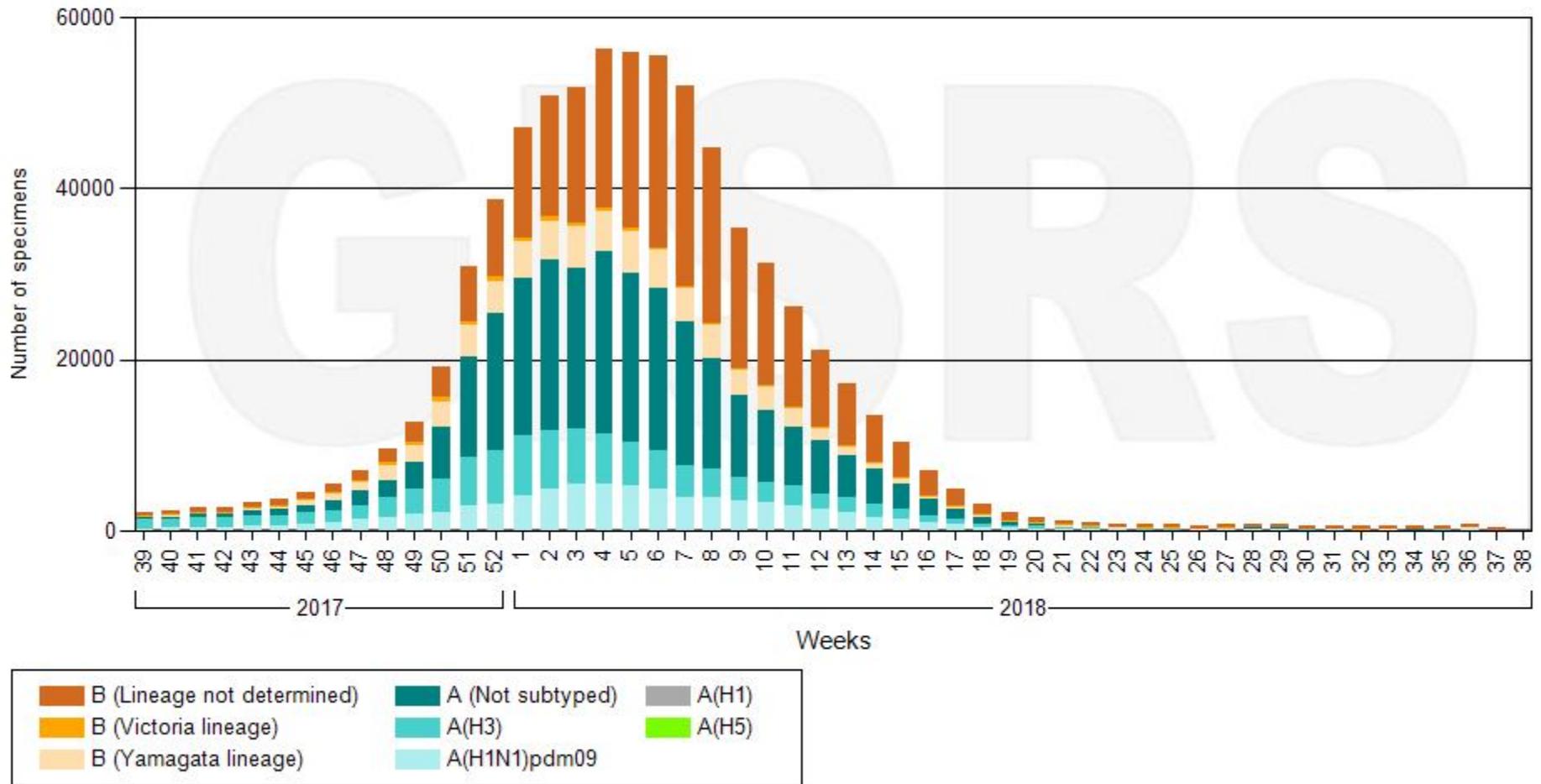


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 24/09/2018 17:50:33 UTC

Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype

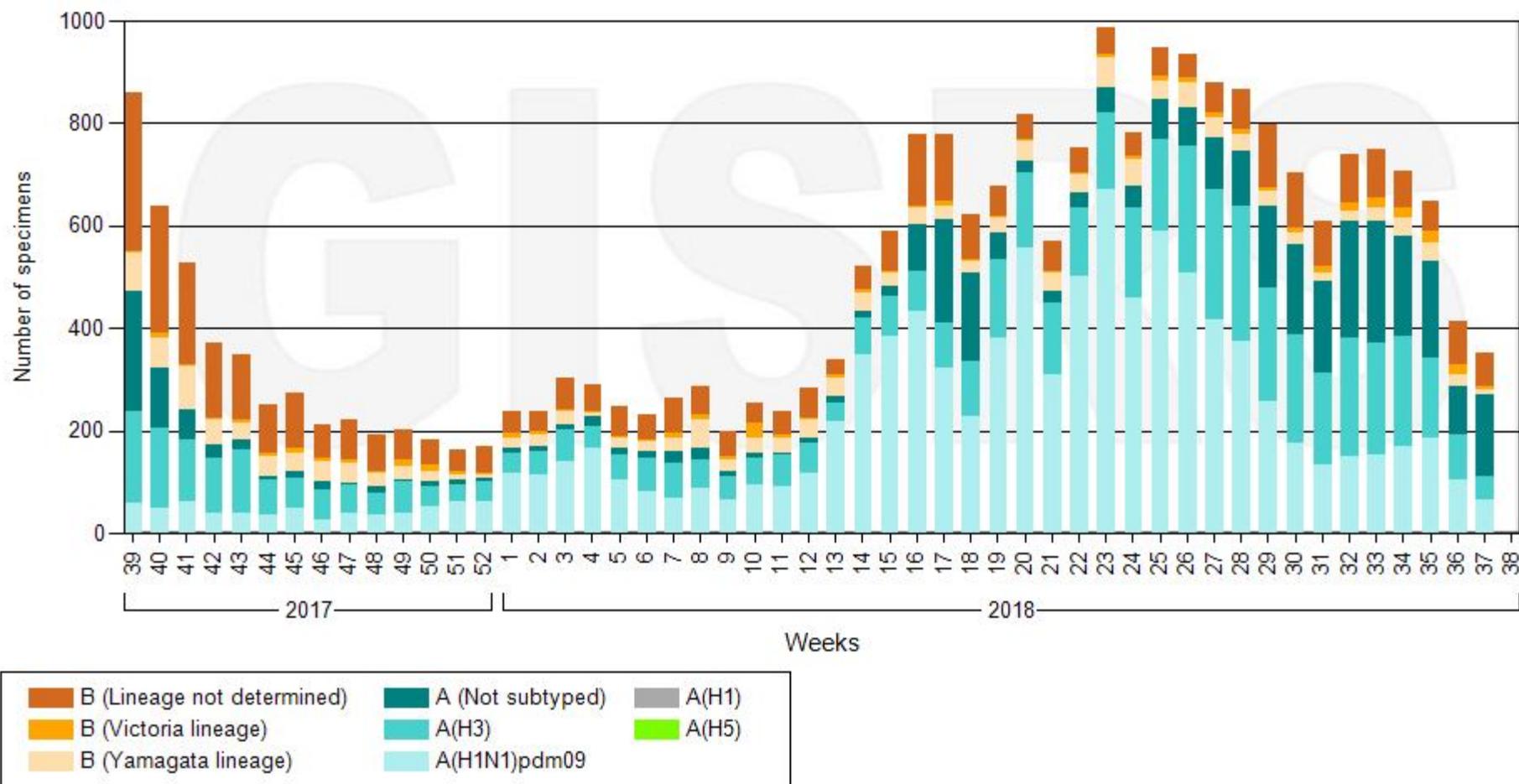


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 24/09/2018 17:51:10 UTC

Southern hemisphere

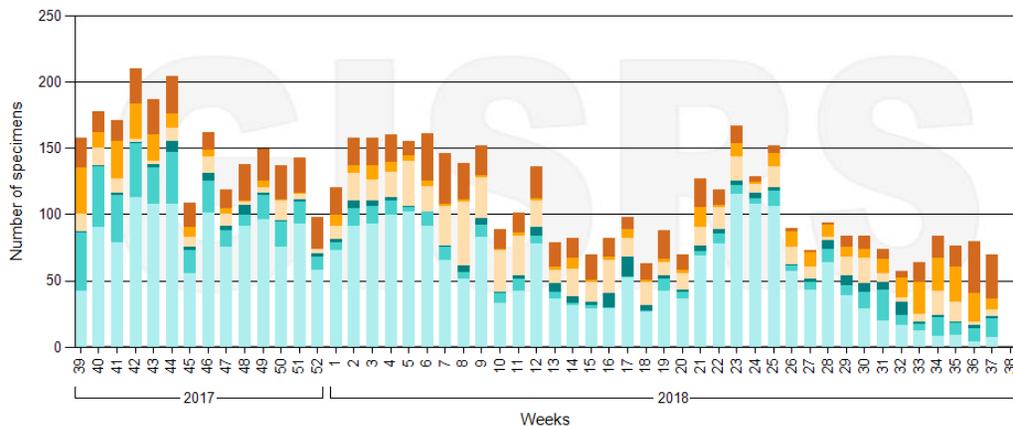
Number of specimens positive for influenza by subtype





African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

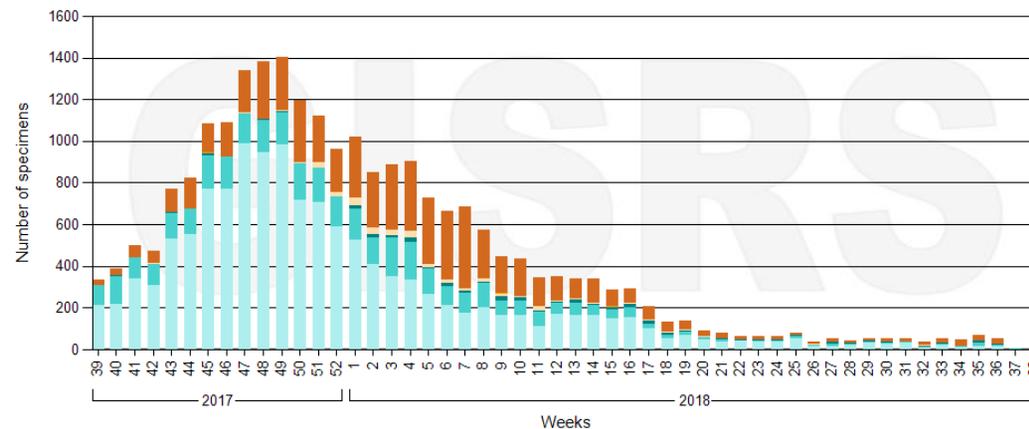


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

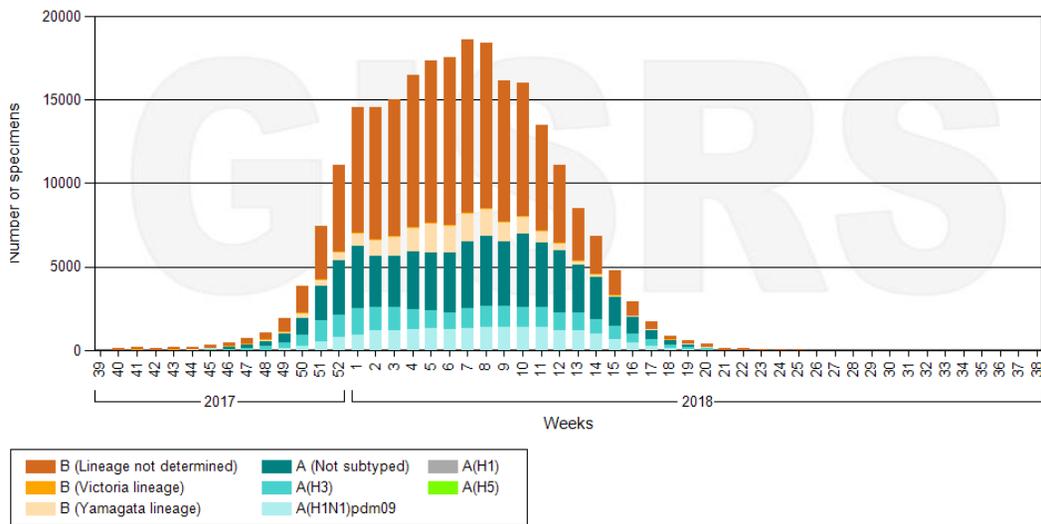


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

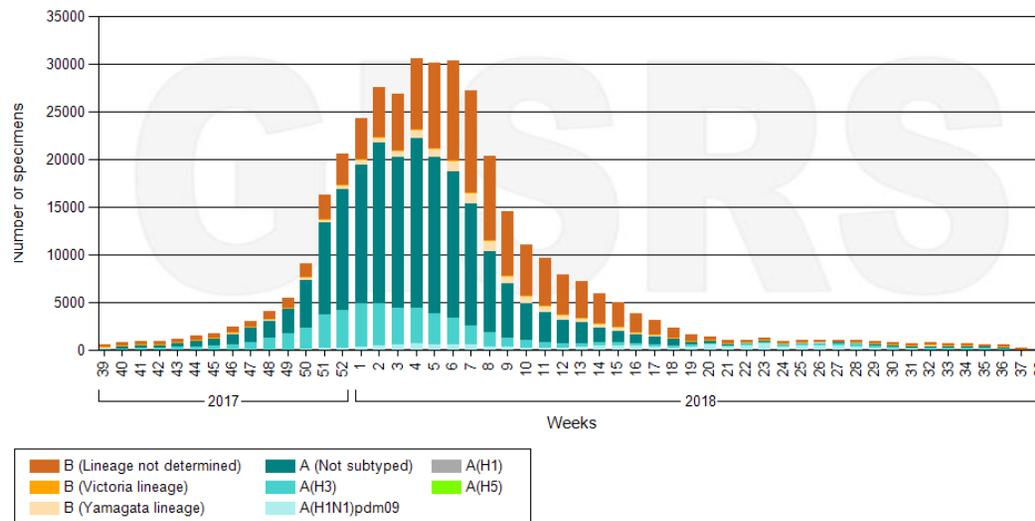


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

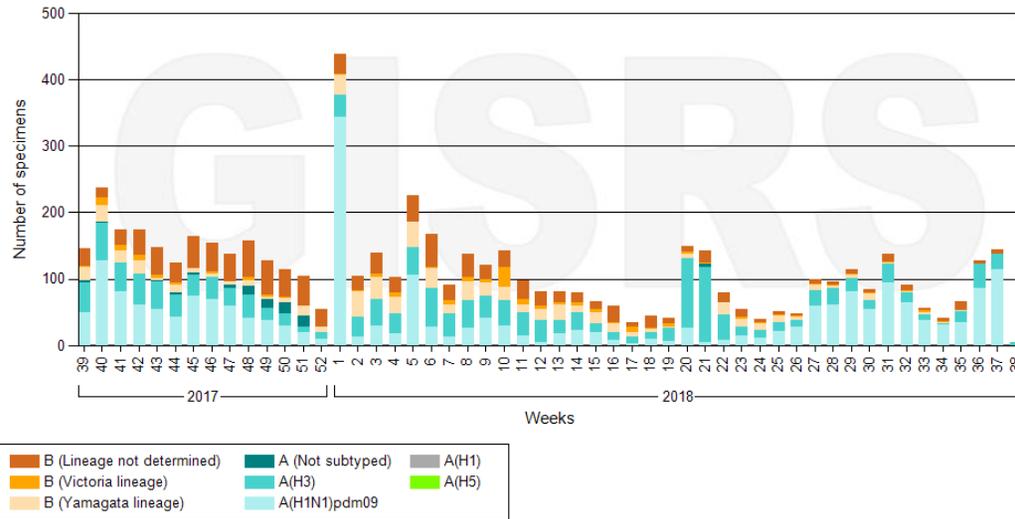


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

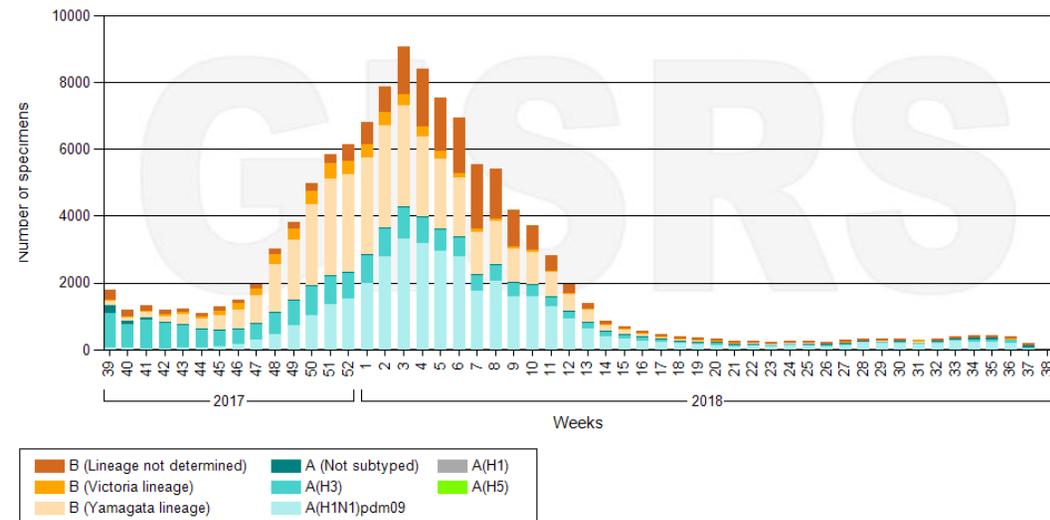


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2018

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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