



INFORME EPIDEMIOLÓGICO

CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 30/2018
(22/07/2018 a 28/07/2018)

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 30/2018

(22/07/2018 a 28/07/2018)

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: 31/07/2018

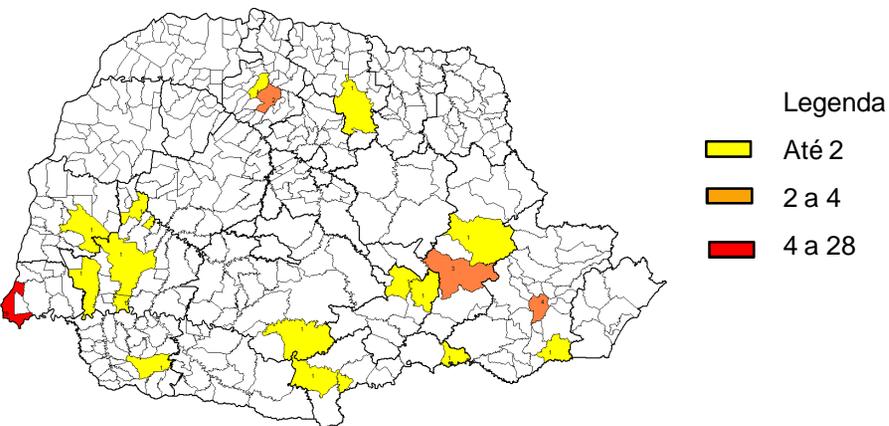
Fonte da informação: Programa Estadual de Controle da Raiva /DVVZI/CEVA/ SVS/SESA

COMENTÁRIOS:

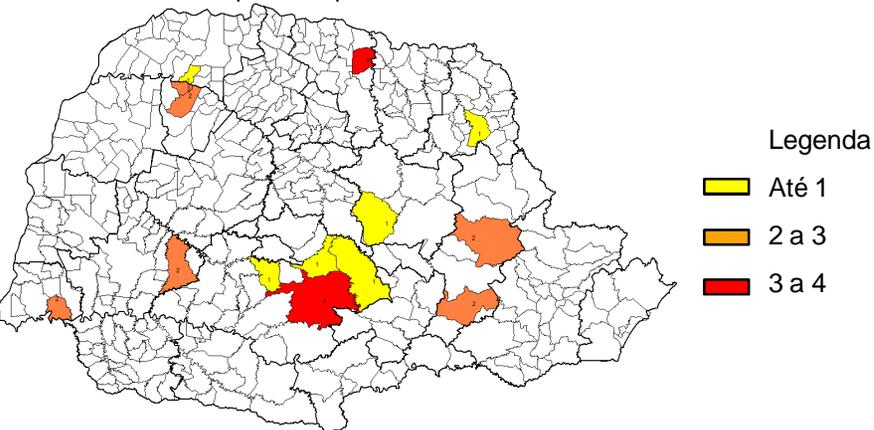
Os diagnósticos dos animais de interesse econômico ou de produção, são feitos pelo CDME/ADAPAR.

Os diagnósticos de morcegos, animais silvestres e animais domésticos, são feitos pelo LACEN/PR.

Morcegos não hematófagos, positivos para Raiva - 2018.



Herbívoros positivos para Raiva - 2018.



A raiva é uma zoonose viral, que se caracteriza como uma encefalite progressiva aguda e letal.

Raiva em morcego - a patogenia da doença é pouco conhecida. O relevante é o fato de que o morcego pode albergar o vírus rábico em sua saliva e ser infectante antes de adoecer por períodos maiores que os de outras espécies. Algumas apresentações da doença em morcegos foram assim registradas:

- raiva furiosa típica, com paralisia e morte;
- raiva furiosa e morte sem paralisia;
- raiva paralítica típica e morte.

Relatos na literatura mostram que o risco de transmissão do vírus pelo morcego é sempre elevado, independentemente da espécie e gravidade do ferimento. Por isso, toda agressão/contato por morcego deve ser classificada como grave.

Deve-se ressaltar que um morcego é considerado suspeito de estar infectado com o vírus da raiva quando for encontrado em horário e local não habitual.

A profilaxia da raiva em pessoas agredidas previne a ocorrência de novos casos de Raiva Humana. Assim, o esquema profilático adequado em tempo oportuno é de suma importância para evitar a ocorrência de casos. **Toda pessoa com histórico de exposição deve procurar assistência médica e, conforme avaliação, receber vacinação ou sorovacinação.** O atendimento antirrábico humano deve ser garantido todos os dias, inclusive nos finais de semana e feriados, até a última dose prescrita (esquema completo).

O **período de transmissibilidade** nos cães e gatos, quando há eliminação de vírus pela saliva, ocorre de 2 a 5 dias antes do aparecimento dos sinais clínicos, persistindo durante toda a evolução da doença. A morte do animal acontece, em média, entre 5 a 7 dias após a apresentação dos sintomas. Em relação aos animais silvestres, existem poucos estudos sobre o período de transmissibilidade, e este pode variar de acordo com a espécie.

Animais domésticos de interesse econômico ou de produção – bovinos, bubalinos, equídeos, caprinos, ovinos, suínos e outros também são animais de risco. Para avaliar a indicação de profilaxia de pré ou pós-exposição é importante conhecer o tipo, frequência e grau do contato ou exposição que os tratadores e outros profissionais têm com esses animais e a incidência de raiva nessas espécies, na região.

(Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, volume 3, capítulo 10 - 1ª edição atualizada. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, 2017).

MENINGITE BACTERIANA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 24/07/2018

Fonte da informação: massanews.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Uma criança de quatro anos morreu na terça-feira (24/07), em Umuarama, após contrair meningite bacteriana. O menino estava internado com sintomas clássicos da meningite: febre, dor de cabeça constante e rigidez na nuca.

De acordo com Laiz Gomes, chefe da Vigilância Epidemiológica da 12ª Regional de Saúde de Umuarama, enquanto a criança estava internada foi coletado dados para análise. O resultado do exame apontará com qual dos quatro tipos de bactérias a criança foi infectada.

Laiz informa que foi realizado o bloqueio em Pérola e os familiares e pessoas que tiveram contato direto com o menino receberam medicação preventiva.

Casos na região

A Vigilância Epidemiológica da 12ª Regional já registrou 35 casos de meningite neste ano nos 21 municípios da sua área de abrangência. De acordo com Laiz, a maioria dos casos se refere a meningite do tipo viral – considerada mais comum e menos perigosa. Este é o primeiro óbito pela doença confirmado em 2018 da Regional.

Prevenção

Além da ida rápida aos serviços de saúde ao se perceber os sinais e sintomas sugestivos de meningite (febre acompanhada de dor de cabeça, vômitos, náuseas, rigidez de nuca e/ou manchas vermelhas na pele), a prevenção da doença conta com a quimioprofilaxia dos contatos próximos e a vacinação. A quimioprofilaxia está indicada somente para os contatos próximos dos casos suspeitos de Doença Meningocócica e meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b.

A vacinação é considerada a forma mais eficaz na prevenção da doença, e as vacinas contra as bactérias são sorotipo ou sorogrupo específicas.

Meningite

O que é?

Processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal.

Causas

Pode ser causada por diversos agentes infecciosos - como bactérias, vírus, parasitas e fungos, ou também por processos não infecciosos.

Virais

As meningites bacterianas e virais são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública.

Bacterianas

A meningite é considerada uma doença endêmica. Deste modo, casos são esperados ao longo do ano.

Em crianças com menos de um ano de idade, os sintomas referidos acima podem não ser tão evidentes, devendo-se atentar para a presença de moleira tensa ou elevada, irritabilidade, inquietação com choro agudo e persistente, e rigidez corporal com ou sem convulsões.

FONTES: Robério Dias Leite, médico do Hospital São José e professor da Universidade Federal do Ceará; Roberto da Justa, do Hospital São José; Ministério da Saúde (MS); e Secretaria de Saúde do Estado (Sesa).



Contágio

Feito, geralmente, de pessoa para pessoa - através das vias respiratórias, gotículas e secreções (nariz e garganta).



Diagnóstico

Feito através da punção de um líquido localizado na espinha, o líquor, e posterior análise do material. Apenas através do exame é possível determinar se a doença é viral ou bacteriana.



Como é feito o tratamento?

Após a avaliação médica e análise preliminar de amostras clínicas do paciente, é indicado o melhor tratamento. A pessoa pode ficar internada e receberá tratamento de acordo com o agente causador da doença. No caso de meningite bacteriana, o tratamento é realizado com antibióticos.

HEPATITES VIRAIS

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 27/07/2018

Fonte da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Muitas pessoas podem ter hepatite sem saber. O alerta é da Secretaria de Estado da Saúde na semana em que se comemora Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais (28 de julho). Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), para cada caso confirmado de hepatite viral, há outros 19 não diagnosticados.

As hepatites virais são doenças infecciosas provocadas por vírus que atacam o fígado. Há cinco diferentes vírus que causam hepatites, sendo os tipos A, B e C os mais comuns no Brasil. Os outros dois tipos, D e E, são mais frequentes em países da África e Ásia. Em todo mundo, estima-se que 400 milhões de pessoas tenham algum tipo de hepatite viral.

Conforme explica o chefe da Divisão Estadual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Francisco Carlos dos Santos, a preocupação maior é com as hepatites B e C, transmitidas através do sangue e secreções. Esses dois tipos de hepatite podem apresentar tanto formas agudas, quando o doente se recupera totalmente da doença e elimina o vírus do organismo, quanto formas crônicas, onde a pessoa permanece com a doença por mais de seis meses.

Os sintomas das hepatites nem sempre são percebidos. Quando aparecem, podem incluir fadiga, falta de apetite, febre baixa, náuseas, dor abdominal, icterícia (pele e olhos amarelados), urina escura e fezes esbranquiçadas. O diagnóstico da doença é feito através de exame de sangue. Atualmente, o sistema público de saúde oferece gratuitamente o chamado teste rápido, que em cerca de 20 minutos já possibilita o diagnóstico das hepatites B e C.

O teste para hepatite é feito quando há suspeita da doença ou quando a pessoa, mesmo não apresentando nenhum sintoma, foi exposta a alguma situação de risco, como ter feito sexo sem preservativo, compartilhado agulhas e seringas, lâminas e outros materiais cortantes. O teste também é

recomendável para pessoas que realizaram algum procedimento cirúrgico, receberam sangue ou realizaram algum procedimento antes de 1993.

A adoção de medidas preventivas é a melhor forma de se evitar a contaminação pelos vírus da hepatite. No caso das hepatites B e C, recomenda-se evitar contato com sangue infectado, não compartilhando objetos cortantes ou perfurantes, nem instrumentos para preparação de drogas injetáveis. Outra recomendação importante é sempre usar preservativo nas relações sexuais, além de só fazer tatuagens, colocação de piercings e tratamentos com acupuntura com instrumentos esterilizados.

Há ainda vacinas específicas para a hepatite A e para a hepatite B disponíveis no sistema público de saúde. No caso da vacina contra hepatite A, o público-alvo são as crianças entre 15 meses e menores de 5 anos, que recebem uma dose da vacina. Já a vacina contra hepatite B é aplicada nos bebês ao nascer ou nos primeiros 30 dias de vida (1 dose). O calendário de vacinação das crianças também inclui a aplicação de três doses da vacina penta viral, que protege contra difteria, tétano, coqueluche, meningite, influenza B e hepatite B. A vacina contra a hepatite B também está disponível para adultos em qualquer faixa etária.

HEPATITE

VOCÊ PODE TER,
SEM SABER.

28 de Julho Dia de Combate às Hepatites Virais

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 23/07/2018

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 29 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 21/07/2018.

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 18,4% (477/2.596) 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, 17,8% (65/365) foram confirmados para influenza, com predomínio de Influenza A(H1N1)pdm09 e Influenza A(H3) Sazonal.

A positividade para Influenza, outros vírus e outros agentes etiológicos entre as amostras processadas em unidades sentinelas foi de 48,0% (1.371/2.854) para SG e de 53,3% (193/362) para SRAG em UTI.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 29 foram notificados 2.879 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 16,6% (477) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 371 óbitos notificados por SRAG, 17,5% (65) 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	477	16,6	65	17,5
Influenza A(H1N1)pdm09	172	36,1	31	47,7
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	254	53,2	31	47,7
Influenza A não subtipado	34	7,1	3	4,6
Influenza B	17	3,6	0	0,0
SRAG não especificada	1.121	38,9	231	62,3
SRAG por outros vírus respiratórios	989	34,4	67	18,1
SRAG por outros agentes etiológicos	9	0,3	2	0,5
Em investigação	283	9,8	6	1,6
TOTAL	2.879	100	371	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 23/07/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 23/07/2018

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

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

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
1. Reg. Saúde Paranaguá	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pontal do Paraná	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
2. Reg. Saúde Metropolitana	49	7	132	8	18	1	2	0	201	16
Almirante Tamandaré	1	1	3	0	0	0	0	0	4	1
Araucária	1	0	9	0	1	0	0	0	11	0
Campina Grande do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Largo	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Colombo	2	0	8	0	1	0	0	0	11	0
Curitiba	32	4	81	7	15	1	2	0	130	12
Fazenda Rio Grande	0	0	5	0	0	0	0	0	5	0
Itaperuçu	1	0	2	0	0	0	0	0	3	0
Lapa	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Mandirituba	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pinhais	4	2	2	0	0	0	0	0	6	2
Piraquara	0	0	5	0	0	0	0	0	5	0
Rio Branco do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Rio Negro	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
São José dos Pinhais	6	0	14	1	0	0	0	0	20	1
3. Reg. Saúde Ponta Grossa	2	0	1	0	0	0	1	0	4	0
Castro	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Jaguariava	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Ponta Grossa	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
4. Reg. Saúde Irati	3	1	5	0	0	0	2	0	10	1
Imbituva	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Irati	3	1	3	0	0	0	0	0	6	1
Rebouças	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Rio Azul	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
5. Reg. Saúde Guarapuava	0	0	4	3	0	0	0	0	4	3
Guarapuava	0	0	3	3	0	0	0	0	3	3
Pitanga	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
6. Reg. Saúde União da Vitória	2	0	3	1	0	0	3	0	8	1
São Mateus do Sul	2	0	3	1	0	0	2	0	7	1
União da Vitória	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
7. Reg. Saúde Pato Branco	0	0	11	1	0	0	0	0	11	1
Coronel Vivida	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Palmas	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Pato Branco	0	0	6	0	0	0	0	0	6	0
8. Reg. Saúde Francisco Beltrão	24	4	8	1	0	0	1	0	33	5
Ampere	4	1	0	0	0	0	0	0	4	1
Barracão	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Bela Vista da Caroba	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Capanema	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Flor da Serra do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Francisco Beltrão	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Marmeiro	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pérola d'Oeste	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Pinhal de São Bento	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Planalto	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1
Salto do Lontra	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Santa Izabel d'Oeste	12	1	1	0	0	0	1	0	14	1
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	11	2	15	5	1	0	4	0	31	7
Foz do Iguaçu	11	2	12	3	1	0	4	0	28	5
Matelândia	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Santa Terezinha de Itaipu	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1
10. Reg. Saúde Cascavel	6	1	8	1	0	0	1	0	15	2
Cascavel	6	1	8	1	0	0	1	0	15	2

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtipado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
11. Reg. Saúde Campo Mourão	8	1	4	0	0	0	0	0	12	1
Araruna	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Campo Mourão	4	0	3	0	0	0	0	0	7	0
Goioerê	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Janiópolis	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Juranda	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Roncador	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12. Reg. Saúde Umuarama	4	2	4	1	0	0	0	0	8	3
Cafetal do Sul	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Cruzeiro do Oeste	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Douradina	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Iporã	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Umuarama	2	0	2	0	0	0	0	0	4	0
13. Reg. Saúde Cianorte	7	0	5	0	0	0	0	0	12	0
Cianorte	2	0	3	0	0	0	0	0	5	0
Japurá	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Rondon	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Tapejara	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Tuneiras do Oeste	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
15. Reg. Saúde Maringá	21	7	14	3	8	1	0	0	43	11
Astorga	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Colorado	1	1	2	1	0	0	0	0	3	2
Mariaiva	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Maringá	14	3	10	1	7	1	0	0	31	5
Paçandu	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Sarandi	4	2	1	0	1	0	0	0	6	2
16. Reg. Saúde Apucarana	2	1	2	0	2	0	0	0	6	1
Apucarana	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Arapongas	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Califórnia	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Cambira	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Jandaia do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Mariápolis do Sul	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
17. Reg. Saúde Londrina	22	0	15	5	4	1	2	0	43	9
Bela Vista do Paraíso	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cambé	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Florestópolis	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Ibiporã	0	0	1	1	0	0	1	0	2	1
Jaguapitã	5	0	0	0	0	0	0	0	5	0
Londrina	11	2	13	4	2	1	1	0	27	7
Prado Ferreira	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Rolândia	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Sertãozinho	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tamarana	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
18. Reg. Saúde Cornélio Procopio	5	0	6	0	1	0	0	0	12	0
Abatã	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Andirá	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Bandeirantes	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0
Cornélio Procopio	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0
São Sebastião da Amoreira	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Sertaneja	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
19. Reg. Saúde Jacarezinho	4	1	10	0	0	0	1	0	15	1
Jacarezinho	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0
Joaquim Távora	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Santo Antônio da Platina	3	1	7	0	0	0	0	0	10	1
Siqueira Campos	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
20. Reg. Saúde Toledo	1	0	1	1	0	0	0	0	2	1
Assis Chateaubriand	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Toledo	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
21. Reg. Saúde Telêmaco Borba	1	1	4	1	0	0	0	0	5	2
Ortigueira	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1
Telêmaco Borba	1	1	2	0	0	0	0	0	3	1
22. Reg. Saúde Ivaiporã	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
São João do Ivaí	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Total	172	31	254	31	34	3	17	0	477	65

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 23/07/2018, dados sujeitos a alterações.

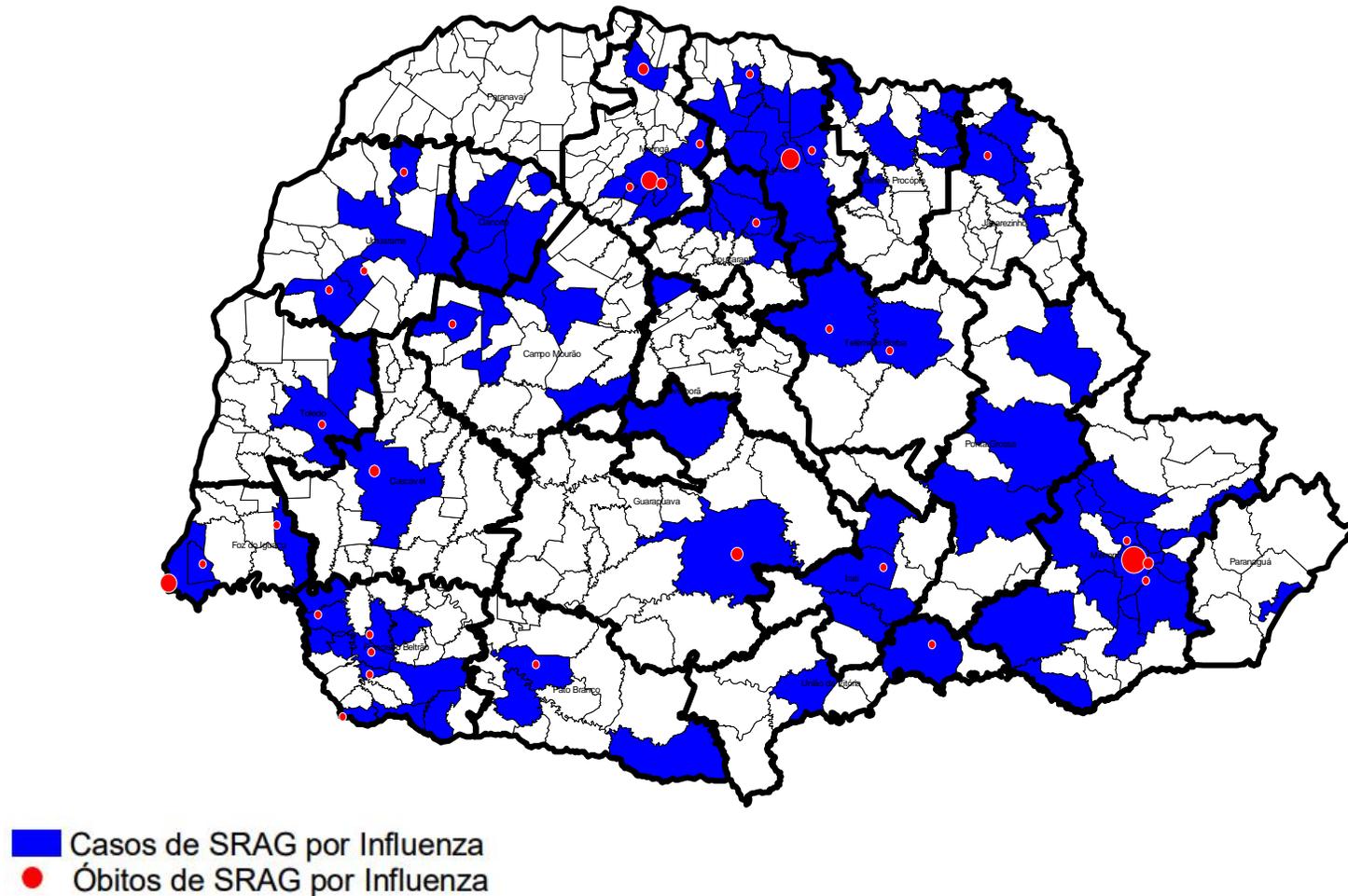
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 23/07/2018

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 23/07/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 23/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

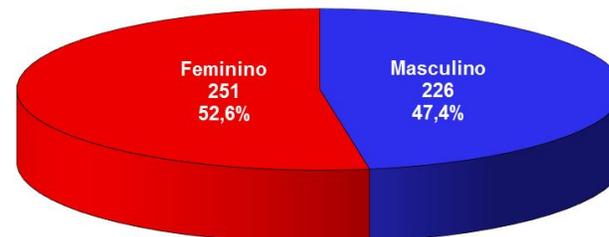
Em relação ao gênero dos casos e óbitos de SRAG por Influenza, foi observada diferença entre eles. Nos casos: o gênero feminino apresentou 52,6% (251/477) dos casos e o gênero masculino 47,4% (226/477) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 24,6% (16/65) dos casos e o gênero masculino 75,4% (49/65) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi dos ≥ 60 anos, com 28,3% (135/477) e 58,5% (38/65) respectivamente (Tabelas 3 e 4).

Os casos de SRAG por Influenza apresentaram no Paraná uma mediana de idade de 33 anos, variando de 0 a 105 anos e, no Brasil, mediana de idade de 36 anos, variando 0 a 107 anos.

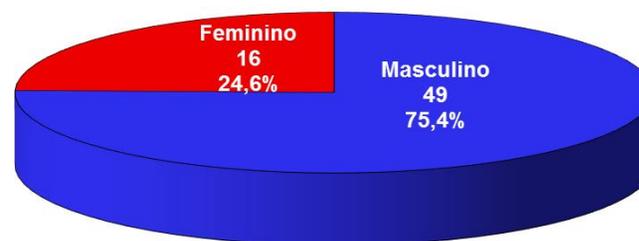
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 63 anos, variando de 0 a 97 anos e no Brasil a mediana foi de 56 anos, variando de 0 a 107 anos.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 23/07/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 23/07/2018, 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	27	15,7	61	24,0	7	20,6	4	23,5	99	20,8
5 a 9 anos	12	7,0	32	12,6	1	2,9	0	0,0	45	9,4
10 a 19 anos	10	5,8	19	7,5	0	0,0	2	11,8	31	6,5
20 a 29 anos	14	8,1	27	10,6	4	11,8	1	5,9	46	10
30 a 39 anos	17	9,9	17	6,7	4	11,8	4	23,5	42	8,8
40 a 49 anos	16	9,3	8	3,1	0	0,0	3	17,6	27	5,7
50 a 59 anos	37	21,5	11	4,3	3	8,8	1	5,9	52	10,9
≥ 60 anos	39	22,7	79	31,1	15	44,1	2	11,8	135	28,3
TOTAL	172	100	254	100	34	100	17	100	477	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 23/07/2018, 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	2	6,5	0	0,0	0	0,0	2	3,1
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 19 anos	0	0,0	2	6,5	0	0,0	0	0,0	2	3,1
20 a 29 anos	2	6,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,1
30 a 39 anos	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	1	1,5
40 a 49 anos	4	12,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	6,2
50 a 59 anos	15	48,4	0	0,0	1	33,3	0	0,0	16	24,6
≥ 60 anos	10	32,3	26	83,9	2	66,7	0	0,0	38	58,5
TOTAL	31	100,0	31	100,0	3	100,0	0	0	65	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 23/07/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 23/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 71,1% (339/477) tinham pelo menos um fator de risco para complicação, predominando os adultos ≥ 60 anos, crianças < 5 anos, pneumopatias crônicas e doença cardiovascular crônica (tabela 5).

Entre os óbitos por Influenza, no Paraná 78,5% (51/65) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 23,1% (15/65) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 73,9% (698/945) 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=477)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	339	71,1	142	41,9
Adultos ≥ 60 anos	135	28,3	60	44,4
Crianças < 5 anos	99	20,8	23	23,2
Pneumopatias crônicas	92	19,3	45	48,9
Doença cardiovascular crônica	79	16,6	37	46,8
Gestantes	42	8,8	18	42,9
Diabetes mellitus	39	8,2	21	53,8
Doença neurológica crônica	24	5,0	10	41,7
Imunodeficiência/Imunodepressão	23	4,8	7	30,4
Doença renal crônica	18	3,8	8	44,4
Obesidade	16	3,4	8	50,0
Doença hepática crônica	3	0,6	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	1	0,2	0	0,0
Síndrome de Down	1	0,2	1	100,0
Índigenas	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	337	70,6		
Vacinados	142	29,8		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 23/07/2018, dados sujeitos a alterações.

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

No Paraná dos 73,8% (48/65) 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 945 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 728 (77,0%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 54 dias.

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

Óbitos por Influenza (N=65)				
	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	51	78,5	15	29,4
Adultos ≥ 60 anos	38	58,5	13	34,2
Doença cardiovascular crônica	26	40,0	7	26,9
Pneumopatias crônicas	23	35,4	8	34,8
Diabetes mellitus	14	21,5	6	42,9
Doença neurológica crônica	9	13,8	5	55,6
Doença renal crônica	9	13,8	4	44,4
Obesidade	6	9,2	2	33,3
Doença hepática crônica	3	4,6	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	3	4,6	0	0,0
Crianças < 5 anos	2	3,1	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Índigenas	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	48	73,8		
Vacinados	15	23,1		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 23/07/2018, dados sujeitos a alterações.

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

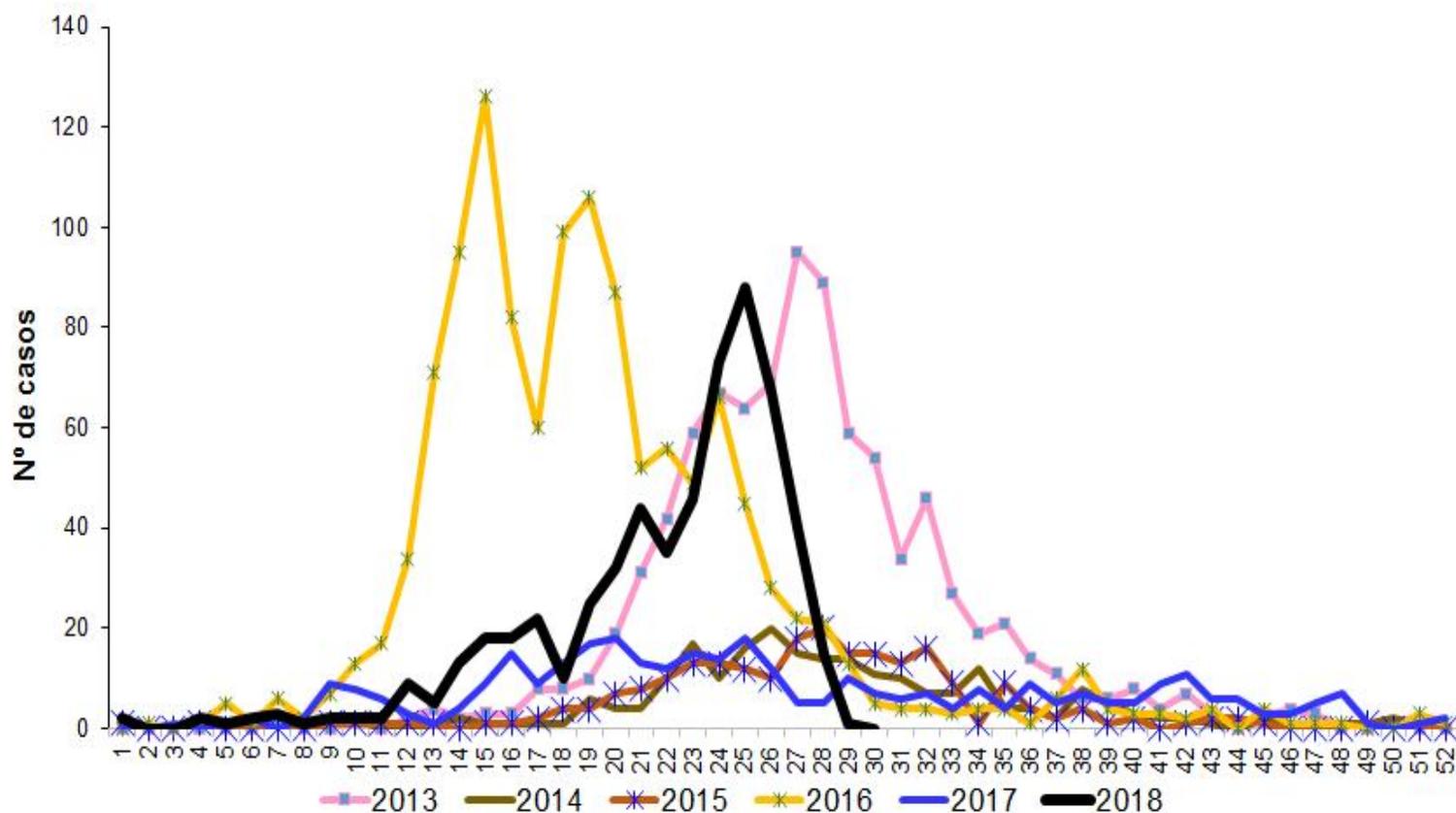
Data da informação: 23/07/2018

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 23/07/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 23/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

Em relação aos tipos de vírus Influenza no Paraná, em 2013 houve um predomínio dos casos de SRAG por Influenza B, com 44,2% (401/908) e Influenza A(H1N1)pdm09 com 42,3% (384/908) e 71,2% (47/66) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2014 houve um predomínio da Influenza A(H3N2) com 72,4% (165/228) dos casos e 50,0% (8/16) dos óbitos entre os vírus: Influenza A(H3) Sazonal e o Influenza A(H1N1)pdm09. Em 2015 também predominou a Influenza A(H3) Sazonal com 54,4% (124/228) dos casos e 44,0% (11/25) dos óbitos por este vírus. Em 2016, predominou a Influenza A(H1N1)pdm09, com 88,9% (1087/1223) dos casos e 90,8% (218/240) dos óbitos. Em 2017, houve predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 61,2% (210/343) dos casos e, ocorrência de 66,0% (35/53) dos óbitos por Influenza A(H3) Sazonal. Já em 2018, continua a predominância da Influenza A(H3) Sazonal com 53,2% (254/477) dos casos e, ocorrência de 47,7% (31/65) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09 e o 47,7%(31/65) de 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 29 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 3.068 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 2.854 amostras.

Das amostras processadas, 48,0% (1371/2854) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 520 (18,2%) foram positivas para Influenza e 850 (29,8%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para Influenza, 147 (28,3%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 281 (54,0%) de Influenza A(H3) Sazonal, 19 (3,7%) de Influenza A (não subtipado) e 73 (14,0%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de 437 (51,4%) amostras de Rinovírus (Gráfico 5).

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

Classificação Final	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Influenza A(H1N1)pdm09	384	47	48	8	37	4	1.087	218	1	0	172	31
Influenza A(H1) Sazonal*	6*	0	0	0	4*	1*	1*	1*	0	0	0	0
Influenza A(H3) Sazonal	114	6	165	8	124	11	4	1	210	35	254	31
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	34	3
Influenza B	401	13	14	0	63	9	76	6	132	18	17	0
TOTAL	908	66	228	16	228	25	1.223	240	343	53	477	65

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 23/07/2018, 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	14	9,5	21	7,5	5	26,3	1	1,4	41	7,9	426	13,9
5 a 9 anos	15	10,2	18	6,4	4	21,1	5	6,8	42	8,1	150	4,9
10 a 19 anos	17	11,6	64	22,8	2	10,5	18	24,7	101	19,4	433	14,1
20 a 29 anos	34	23,1	62	22,1	3	15,8	18	24,7	117	22,5	659	21,5
30 a 39 anos	23	15,6	49	17,4	2	10,5	12	16,4	86	16,5	451	14,7
40 a 49 anos	16	10,9	25	8,9	0	0,0	10	13,7	51	9,8	322	10,5
50 a 59 anos	12	8,2	17	6,0	3	15,8	5	6,8	37	7,1	271	8,8
≥ 60 anos	16	10,9	25	8,9	0	0,0	4	5,5	45	8,7	356	11,6
TOTAL	147	100,0	281	100	19	100,0	73	100	520	100	3.068	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 23/07/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 23/07/2018

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

Medidas Preventivas para Influenza

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

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

Outras medidas são:

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

Utilizar lenço descartável para higiene nasal.

Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.

Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.

Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.

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

Manter os ambientes bem ventilados.

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

Evitar sair de casa em período de transmissão da doença.

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

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

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

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

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 24/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

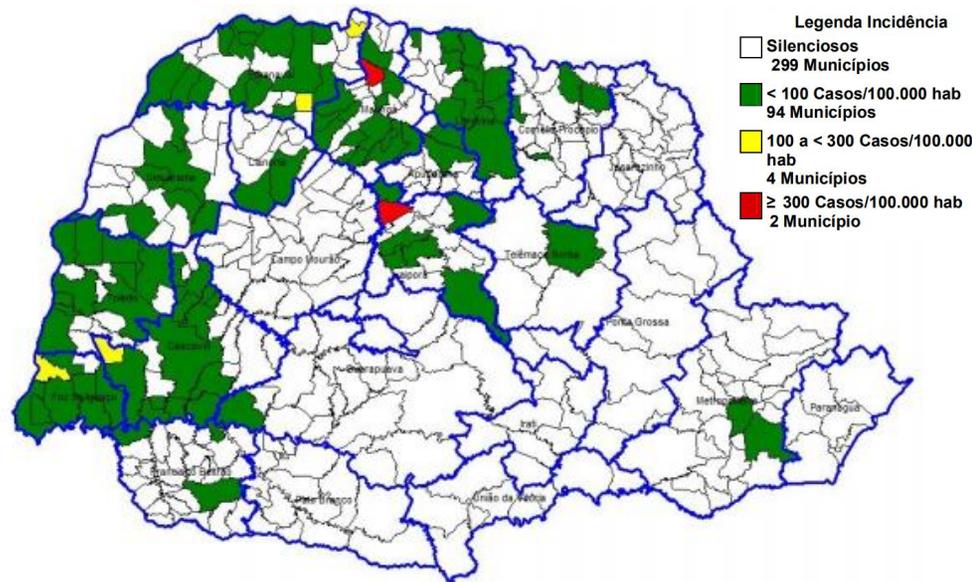
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2017 (primeira semana de agosto) a 29/2018.

Foram notificados no referido período 21.602 casos suspeitos de dengue, dos quais 17.434 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 8,18 casos por 100.000 hab. (913/11.163.018 hab.). O Ministério da Saúde classifica como baixa incidência quando o número de casos autóctones for menor do que 100 casos por 100.000 habitantes.

Os municípios com maior número de casos suspeitos notificados são Londrina (3.692), Maringá (2.317) e Foz do Iguaçu (2.102). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Maringá(155), Foz do Iguaçu (136) e São João do Ivaí (133).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2017 a 29/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2017 A 29/2018*	PERÍODO 2017/2018
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	320
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	104
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	14
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	100
REGIONAIS COM CASOS AUTÓCTONES (02 ^a , 08 ^a , 09 ^a , 10 ^a , 12 ^a , 13 ^a , 14 ^a , 15 ^a , 16 ^a , 17 ^a , 18 ^a , 20 ^a , 21 ^a e 22 ^a)	14
TOTAL DE CASOS	985
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	913
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	72
TOTAL DE NOTIFICADOS	21.602

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2017 a 29/2018.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	845 (85,8%)	140 (14,2%)	985
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	22	-	22
Dengue Grave (D G)	06	-	06
Descartados	-	-	17.434
Em andamento/investigação	-	-	3.155
Total	873 (4,0%)	140 (0,6%)	21.602

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

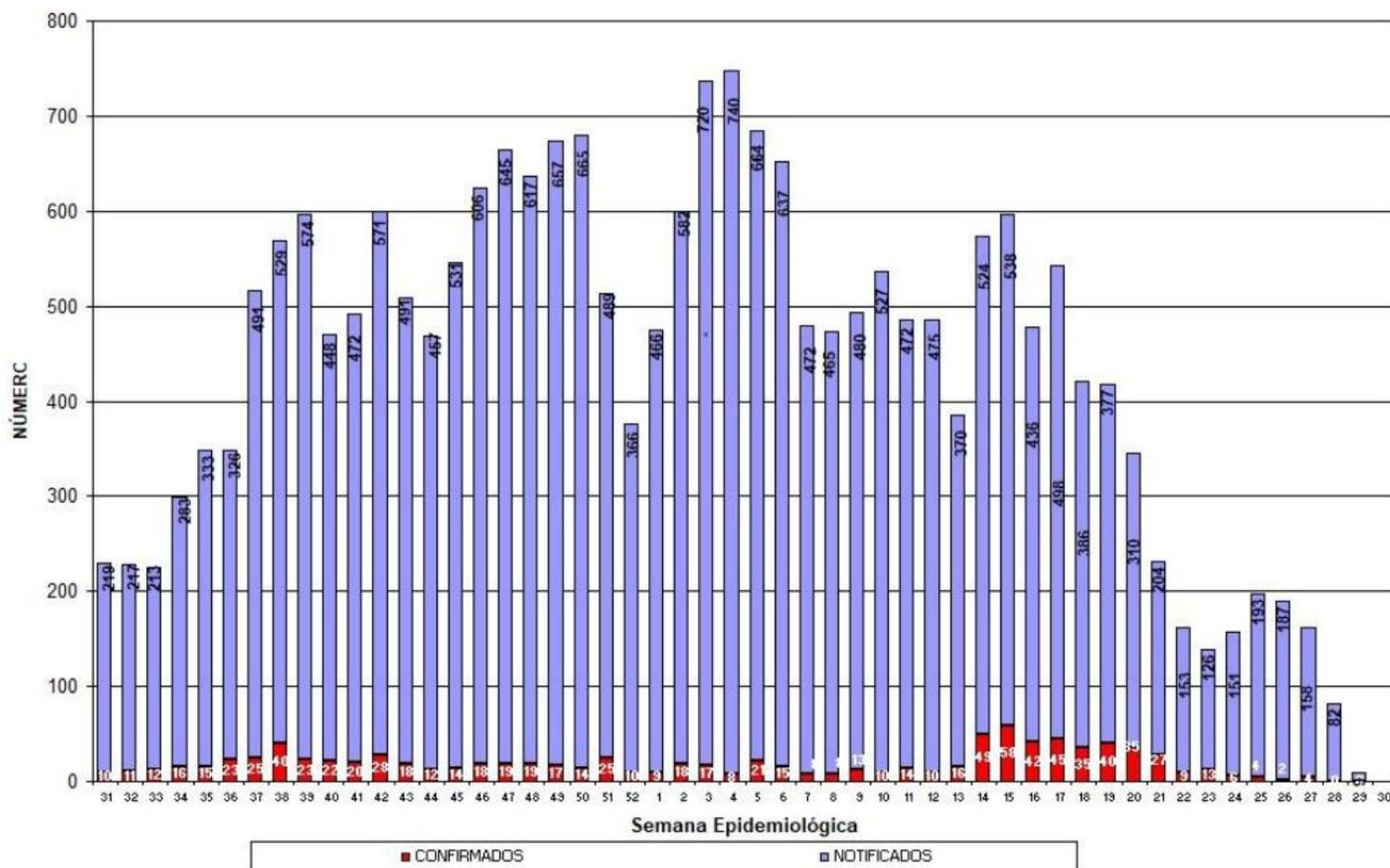
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 24/07/2018

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 31/2017 a 29/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 24/07/2018

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

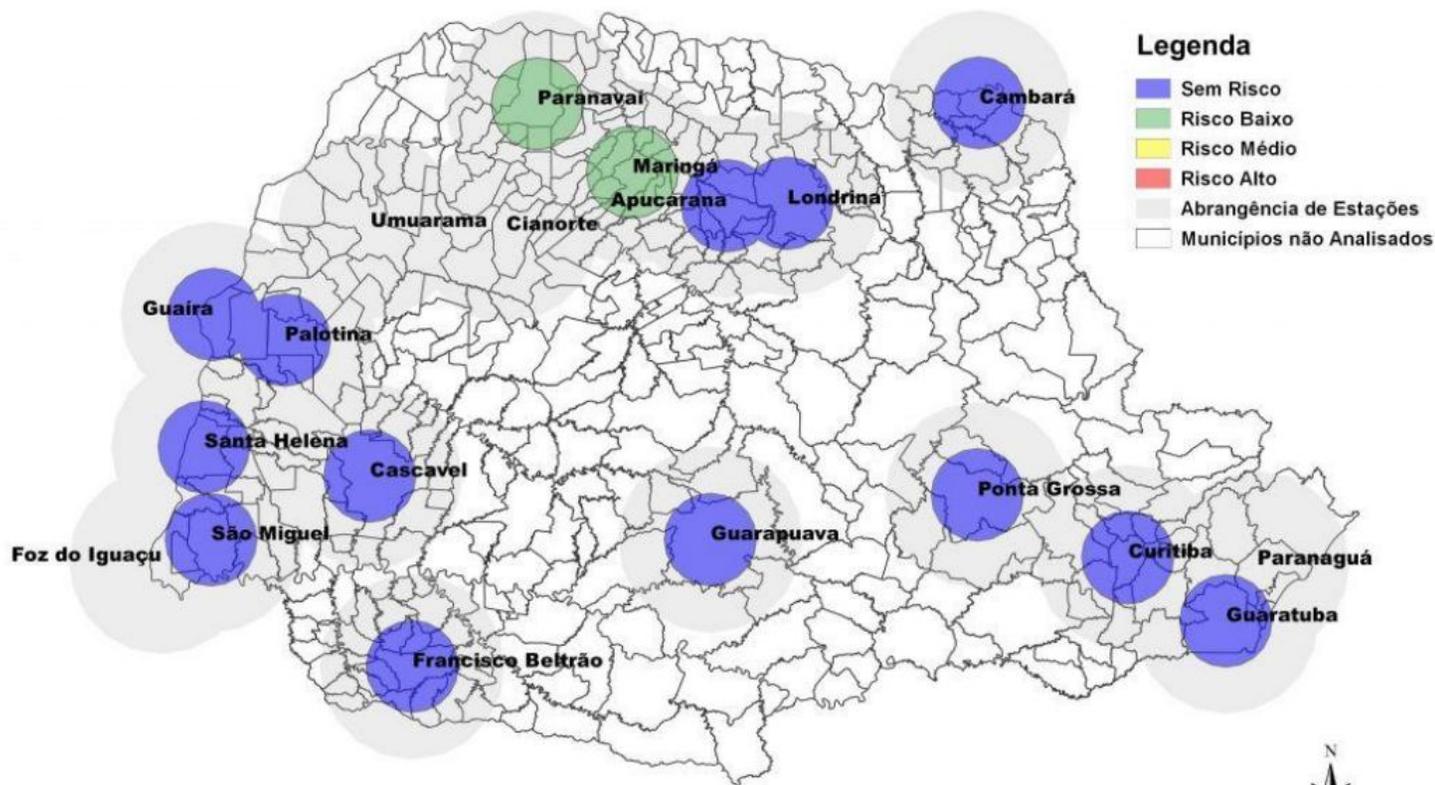
Risco climático para desenvolvimento de criadouros por Estações Meteorológicas. Paraná, 2018.

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (08/07/2018 - 14/07/2018)

Das 19 estações meteorológicas analisadas na **Semana Epidemiológica 29/2018** com relação as condições climáticas favoráveis à reprodução e desenvolvimento de focos (criadouros) e dispersão do mosquito *Aedes aegypti* :

- 13 (treze) sem risco;
- 02 (dois) com risco baixo
- 00 (zero) com risco médio;
- 00 (zero) com risco Alto e;
- 04 (quatro) não foram avaliadas.

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



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

Fonte: Laboclima/UFPR

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 24/07/2018

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

Tabela 2 – Número de casos de dengue, notificados, dengue grave (DG), dengue com sinais de alarme (DSA), óbitos e incidência por 100.000 habitantes por Regional de Saúde, Paraná – Semana Epidemiológica 31/2017 a 29/2018*

REGIONAL DE SAÚDE	POPU- LAÇÃO	CASOS			NOTIFI- CADOS	DSA	DG	ÓBI- TOS	INCI- DÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	1.453	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	5	19	24	1.337	0	0	0	0,14
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	0	0	0	44	0	0	0	-
4ª RS - Irati	171.453	0	0	0	23	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	54	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	0	0	0	21	0	0	0	-
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	108	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	3	0	3	476	0	0	0	0,84
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	171	18	189	2.659	20	5	2	42,13
10ª RS - Cascavel	540.131	87	7	94	1.026	0	0	0	16,11
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	698	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	7	0	7	492	0	0	0	2,53
13ª RS - Cianorte	154.374	7	0	7	280	0	0	0	4,53
14ª RS - Paranavaí	274.257	70	1	71	1.323	0	0	0	25,52
15ª RS - Maringá	799.890	255	1	256	3.181	0	0	0	31,88
16ª RS - Apucarana	372.823	14	3	17	525	0	0	0	3,76
17ª RS - Londrina	935.904	114	0	114	6.183	2	1	0	12,18
18ª RS - Cornélio Procopio	230.231	3	0	3	353	0	0	0	1,30
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	0	0	275	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	55	3	58	772	0	0	0	14,25
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	1	0	1	64	0	0	0	0,54
22ª RS - Ivaiporã	138.130	121	20	141	255	0	0	0	87,60
TOTAL PARANÁ	11.163.018	913	72	985	21.602	22	6	2	8,18

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

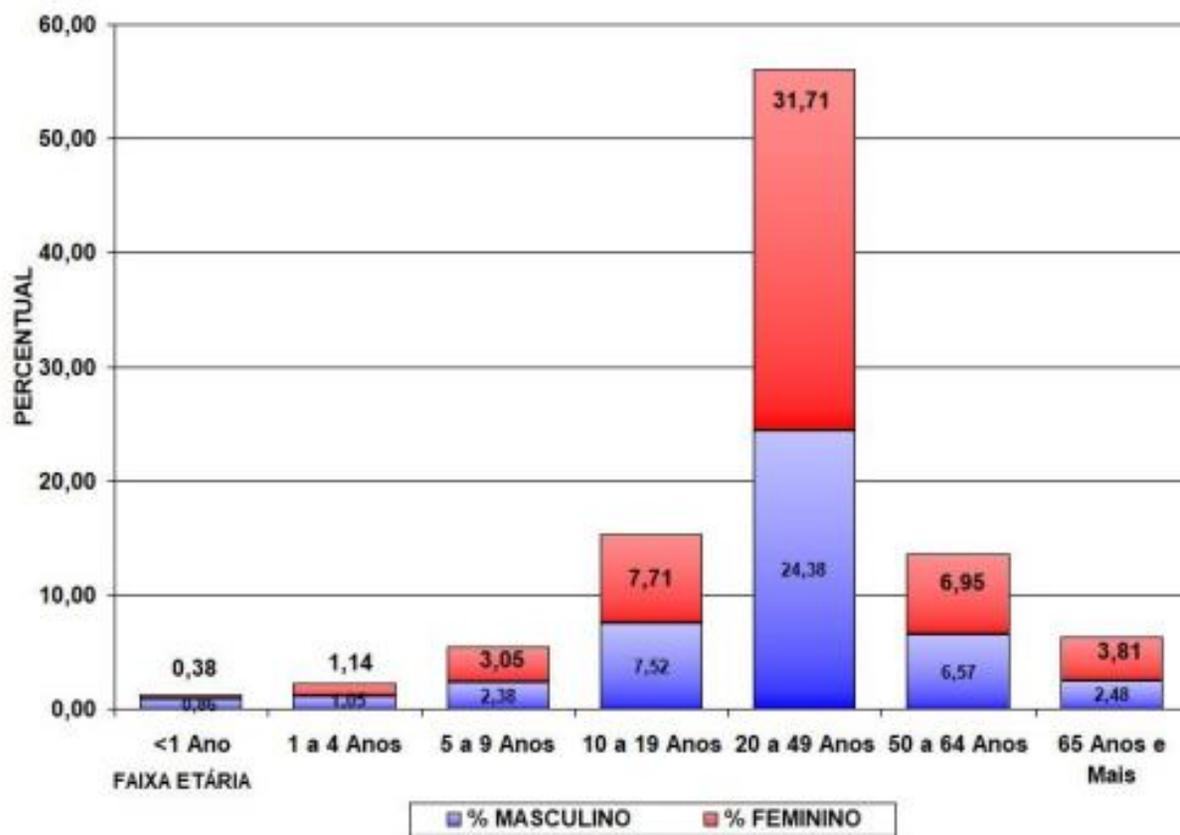
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 24/07/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 56,10% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pelas faixas etárias de 10 a 19 anos com 15,24% dos casos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2017 a 29/2018, Paraná – 2017/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação



EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 30/2018

(22/07/2018 a 28/07/2018)

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: 23/07/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

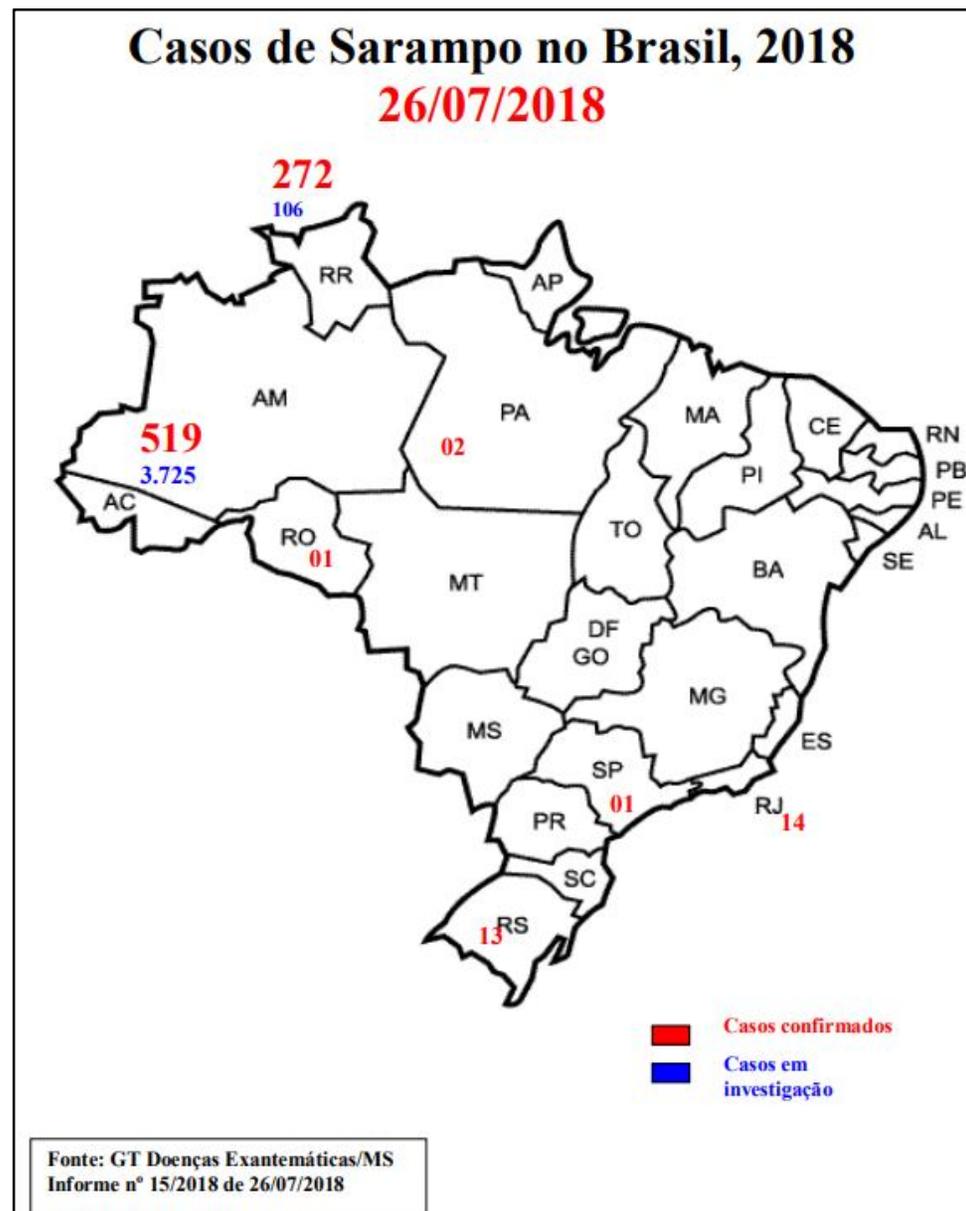
COMENTÁRIOS:

Em Roraima, até o dia 23/07, foram notificados 423 casos suspeitos de sarampo, sendo 243 no município de Boa Vista, 74 em Amajari, 53 em Pacaraima, 13 em Cantá, 09 em Rorainópolis, 06 em Caracaraí, 03 em Alto Alegre, 02 em Iracema e, em Caroebe, São João da Baliza, São Luiz do Anauá e Uiramutã, um caso notificado em cada município. Entre os casos notificados, 16 casos foram atendidos no Brasil, mas residem na Venezuela, nos municípios de Gran Sabana (13 casos), Ciudad Bolívar (01 caso), Maracaibo (01 caso) e Sifontes (01 caso). Do total de casos notificados, 45 foram descartados, 272 foram confirmados e 106 estão em investigação.

Em relação aos 272 casos confirmados, 190 (69,8%) são venezuelanos, 79 (29%) são brasileiros, 01 (0,4%) caso é procedente da Guiana, 01 caso é procedente da Coreia (0,4%) e 01 (0,4%) da Argentina. A faixa etária mais acometida pela doença em brasileiros foi de seis meses a 4 anos de idade, representado 43 (54,4%) casos. Já na população venezuelana, o maior número de casos está concentrado na população de 1 a 9 anos de idade, representando 90 (47,4%) casos. Foi confirmado apenas um caso procedente da Argentina, estando na faixa etária de 20 a 29 anos, um caso procedente da Guiana, na faixa etária de 10 a 14 anos, e um caso da Coreia na faixa etária menor de seis meses. Dos casos confirmados, 134 (49,8%) são indígenas. Do total de casos que permanecem em investigação, 81 são brasileiros e 25 venezuelanos.

No Estado do Amazonas, os últimos casos confirmados de sarampo foram registrados no ano de 2000. Contudo, no período de 06 de fevereiro a 23 de julho de 2018, foram notificados 4.410 casos, e destes 519 (11,7%) foram confirmados, 166 (3,7%) descartados e 3.725 (84,5%) permanecem em investigação. Até o momento, todos os casos confirmados são brasileiros, residentes de Manaus e o genótipo identificado foi o D8, idêntico ao genótipo que está em circulação em Roraima e na Venezuela. Dentre os 4.410 casos notificados de sarampo, 3.528 foram notificados em Manaus e 693 em Manacapuru, totalizando 95,7% dos casos. Outros 189 casos notificados estão distribuídos em 30 municípios do Estado.

(Continua na próxima página)



SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 23/07/2018
Fonte da informação: Ministério da Saúde

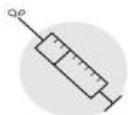
COMENTÁRIOS:

Até o momento, no Brasil, além dos surtos de sarampo nos estados do Amazonas e Roraima, cinco Unidades Federadas também confirmaram casos de sarampo: 14 casos no Rio de Janeiro, 13 casos no Rio Grande do Sul, dois casos no Pará, um caso em São Paulo, e um caso em Rondônia.

Em relação à caracterização viral, no Rio de Janeiro, Rondônia, São Paulo, Pará e Rio Grande do Sul, o genótipo identificado foi o D8 idêntico ao que está circulando na Venezuela, Amazonas e Roraima, com exceção de dois casos: um caso do Rio Grande do Sul, que viajou para a Europa e importou o genótipo B3, e outro caso de São Paulo com genótipo D8, mas que tem história de viagem ao Líbano, sem qualquer relação com os surtos da Venezuela e Brasil.

O Ministério da Saúde, de janeiro a julho de 2018, encaminhou aos Estados de Rondônia, Amazonas, Roraima, Pará, Rio de Janeiro São Paulo e Rio Grande do Sul, o quantitativo de 9.165.300 doses da vacina tríplice viral, para atender a demanda dos serviços de rotina e a realização de ações de bloqueio, intensificação e campanha de vacinação para prevenção de novos casos de sarampo.

Vacina



- A vacina está disponível o ano inteiro em todos os postos de saúde
- Adultos e crianças podem tomar
- Só a vacina previne com eficácia, diz o Ministério da Saúde

Tratamento



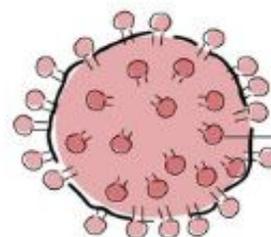
- **Não há tratamento específico para o sarampo**
- Vitamina A é administrada em casos mais graves
- Em casos menos graves, ingestão de líquido e controle da febre evitam complicações

Fonte: Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Imunizações e Fiocruz

Infográfico elaborado em: 13/07/2018



Sarampo tem contágio fácil



O sarampo é uma doença altamente contagiosa, **provocada por um vírus**

A transmissão é similar à gripe: de pessoa para a pessoa, por meio de tosse e de secreções

Sintomas

Comuns

irritação nos olhos
corrimento no nariz
manchas brancas na parte interna da bochecha e mal-estar
tosse persistente
manchas vermelhas na pele

Pode ocorrer

febre e convulsões
infecções nos ouvidos
conjuntivite
pneumonia
perda do apetite
diarreia

Em casos graves

lesão cerebral
infecções no encéfalo

Fonte: Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Imunizações e Fiocruz

Infográfico elaborado em: 13/07/2018



FEBRE MACULOSA

Local de ocorrência: São Paulo

Data da informação: 30/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

Uma adolescente de 15 anos, de Salto (SP), morreu por complicações de febre maculosa no domingo (29/07).

Conforme o relato de parentes, a adolescente estava internada em um hospital de Campinas desde 20 de julho, após queixar-se de dores de cabeça.

O corpo da menina foi enterrado na manhã de segunda-feira (30/07). Na declaração de óbito a qual a **TV TEM** teve acesso, consta que a adolescente também teve choque séptico. A menina completou 15 anos na última terça-feira (24).

De acordo com a Prefeitura de Salto, a cidade registrou um caso positivo para a doença no início deste ano. O morador teria sido infectado na região Norte do país, foi tratado e se recuperou da febre maculosa.

Ainda segunda a prefeitura, o laudo laboratorial ainda não foi emitido. Entretanto, a administração garante que mantém placas que alertam para a doença em áreas onde há carrapato-estrela, além de orientar os moradores na área rural.

Febre maculosa

A febre maculosa é uma doença transmitida pelo carrapato-estrela. Os sintomas da doença normalmente aparecem entre dois e 14 dias após a picada do inseto.

Os pacientes podem ter dor de cabeça, febre alta, dores no corpo, calafrios e apresentar manchas vermelhas pelo corpo.

FEBRE MACULOSA (FEBRE DO CARRAPATO)



A Febre Maculosa é uma doença transmitida pelo carrapato estrela contaminado. Se você frequentou locais com presença de carrapatos e num período de até 15 dias apresentar:

OBS: Os sintomas são parecidos com os da Dengue.

- **DORES DE CABEÇA.**
- **DORES PELO CORPO.**
- **CALAFRIOS e FEBRE ALTA.**
- **PONTINHOS AVERMELHADOS NA PALMA DA MÃO e SOLA DOS PÉS.**

Procure uma Unidade de Saúde mais próxima da sua casa e não esqueça de falar que foi picado por carrapato.

Cuidados para retirar o carrapato do corpo:

- ✓ Não espreme-lo com as unhas
- ✓ Não encostar fósforos, cigarro ou agulhas no carrapatos
- ✓ Retirá-lo com leves torções através de uma pinça

CUIDADO !

Quando não tratada a tempo a Febre Maculosa pode MATAR!

MALÁRIA

Local de ocorrência: Amazonas

Data da informação: 30/07/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

Comentários:

Os casos registrados de malária no Amazonas tiveram aumento 10,36% no primeiro semestre de 2018, em comparação ao mesmo período no ano de 2017. Somente este ano, até junho, foram cerca de 35.080 casos. No ano passado, foram notificados 31.773 casos de janeiro até junho. Os dados são do Ministério da Saúde. Em 2017, houve mais de 82 mil diagnósticos de malária no Amazonas.

Somente em Manaus, foram 3.992 casos registrados até junho de 2018. Em comparação ao ano anterior, houve registro de 3.474 casos no mesmo período.

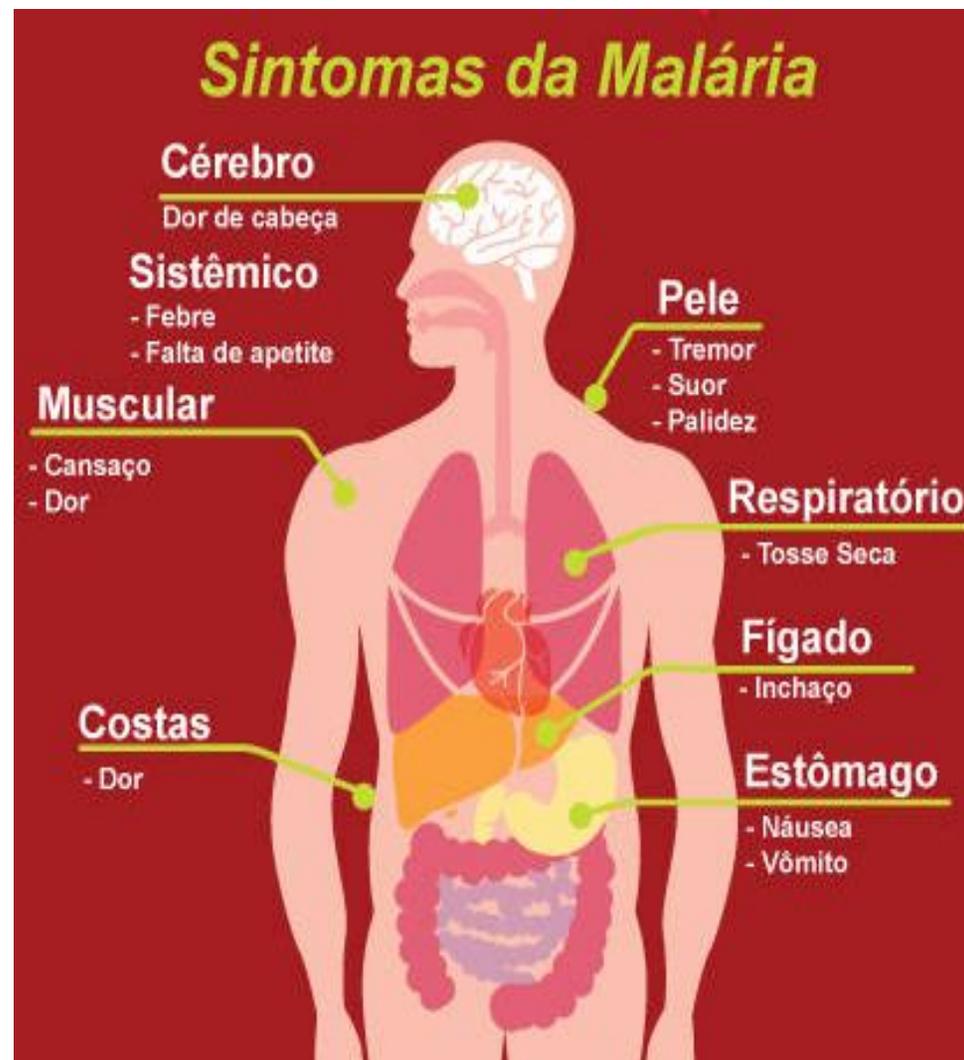
Neste ano, o surto da doença atingiu principalmente os municípios de São Gabriel da Cachoeira, Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro, que estão em situação de emergência. Esses municípios estão situados no Norte do estado e a região tem a população de maioria indígena.

Segundo a Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM), a situação do Alto Rio Negro se agravou pela reintrodução do *Plasmodium falciparum*, que é um parasita transmitido pelo mesmo vetor da malária, o mosquito Anopheles. O parasita causa quadros mais graves de malária e risco de mortes de pessoas infectadas com a doença.

O Amazonas é considerado o estado de maior risco de transmissão da doença no Brasil, e está entre os pontos que concentrou maior número de casos da doença em 2017 no país, de acordo com o Ministério da Saúde.

A malária é uma doença infecciosa febril aguda, causada por protozoários, transmitidos pela fêmea infectada do mosquito Anopheles. Apresenta cura se for tratada em tempo oportuno e adequadamente. No entanto, um tratamento tardio ou deficiente pode levar à morte.

Infectados com malária têm como sintomas febre alta, calafrios, tremores, sudorese (suor) e dor de cabeça, que podem ocorrer de forma cíclica. Muitas pessoas, antes de apresentarem esses sintomas mais característicos, têm náuseas, vômitos, cansaço e falta de apetite.



ESCORPIÃO

Local de ocorrência: São Paulo

Data da informação: 26/07/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

Comentários:

De janeiro até a primeira quinzena de julho, 91 pessoas foram picadas por escorpiões na cidade de São Paulo, informou o SP2 na quinta-feira (26/07).

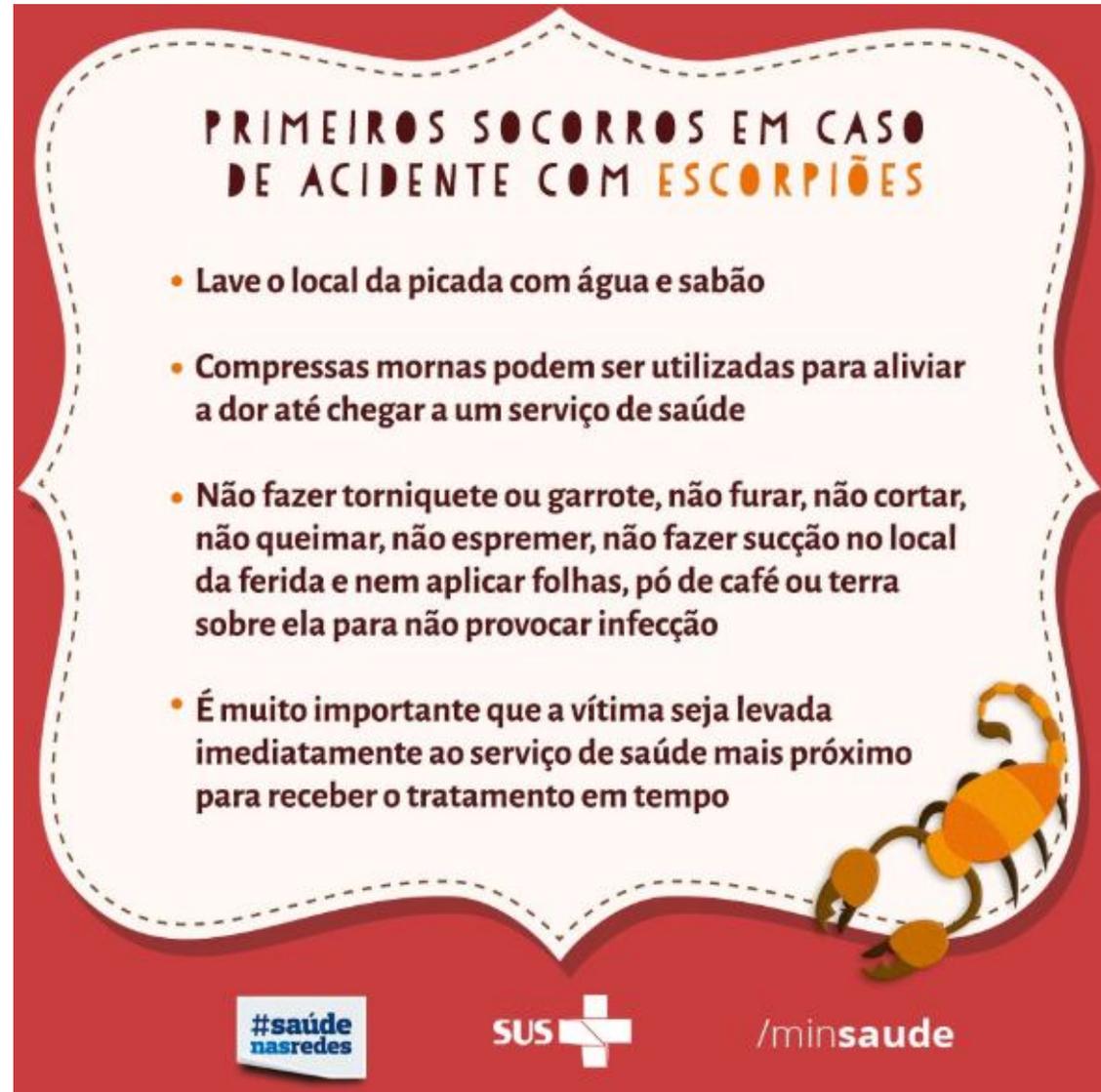
O veneno do escorpião pode ser letal. Apesar disso, o Ministério da Saúde liberou 15,8% do total de ampolas do soro contra a picada para distribuição da Secretaria Estadual da Saúde entre janeiro e julho.

Na capital paulista, a prefeitura diz que realiza um trabalho de combate nas bocas de lobo em bairros com maior incidência, como Pirituba, Jaraguá, Cangaíba e Rio Pequeno. Na Vila Guilherme, uma equipe que trabalhava em um bueiro da região encontrou nove escorpiões em meia hora.

No primeiro semestre deste ano, 2.178 escorpiões foram recolhidos pelas equipes de saúde da cidade. O destino deles é o laboratório da divisão de vigilância sanitária de zoonoses. “Eles são enviados vivos ao Instituto Butantan, onde terão seus venenos extraídos para a fabricação do soro”, explica o biólogo Sandro Marques.

Os animais se atraem por restos de obra no chão das casas, e pela umidade, temperatura constante e alimentos nos bueiros.

“O escorpião se alimenta de outros insetos. Nos bueiros, eles comem as baratas, que são atraídas pelo lixo, que infelizmente é jogado nas ruas e entra no bueiro quando chove”, explica o biólogo Eduardo de Masi.



PRIMEIROS SOCORROS EM CASO DE ACIDENTE COM ESCORPIÕES

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

#saúde nasredes SUS + /minsaude

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 23/07/2018

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 29 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 21/07/2018.

A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 30,7% (3.038/10.052) para SG e de 41,5% (669/1.611) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 27,6% (5.068/18.362) 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, 30,3% (945/3.118) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09.

Saiba como se prevenir da Gripe

A Gripe é uma doença respiratória aguda e a transmissão ocorre de pessoa a pessoa, principalmente por meio da tosse, espirro ou contato com secreções respiratórias de pessoas infectadas ou com objetos contaminados.

Saiba como se prevenir da gripe adotando medidas simples:



ATENÇÃO

Se você estiver com febre acima de 38°C, tosse, acompanhada ou não de dor de garganta, procure o seu médico ou a Unidade de Saúde mais próxima.

ALERTA

A gripe pode estar piorando se você tiver dificuldade de respirar ou respiração rápida, dor forte no abdome, convulsões, desidratação, alteração do estado de consciência. Nesses casos, retorne com urgência à Unidade de Saúde mais próxima.

O governo do Paraná disponibiliza o antiviral Oseltamivir, indicado para o tratamento da Gripe, para as Unidades de Saúde e os hospitais de todo Estado. O medicamento será liberado ao paciente mediante receita médica.

Mais informações:
www.saude.pr.gov.br 0800 643 8484



INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 23/07/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

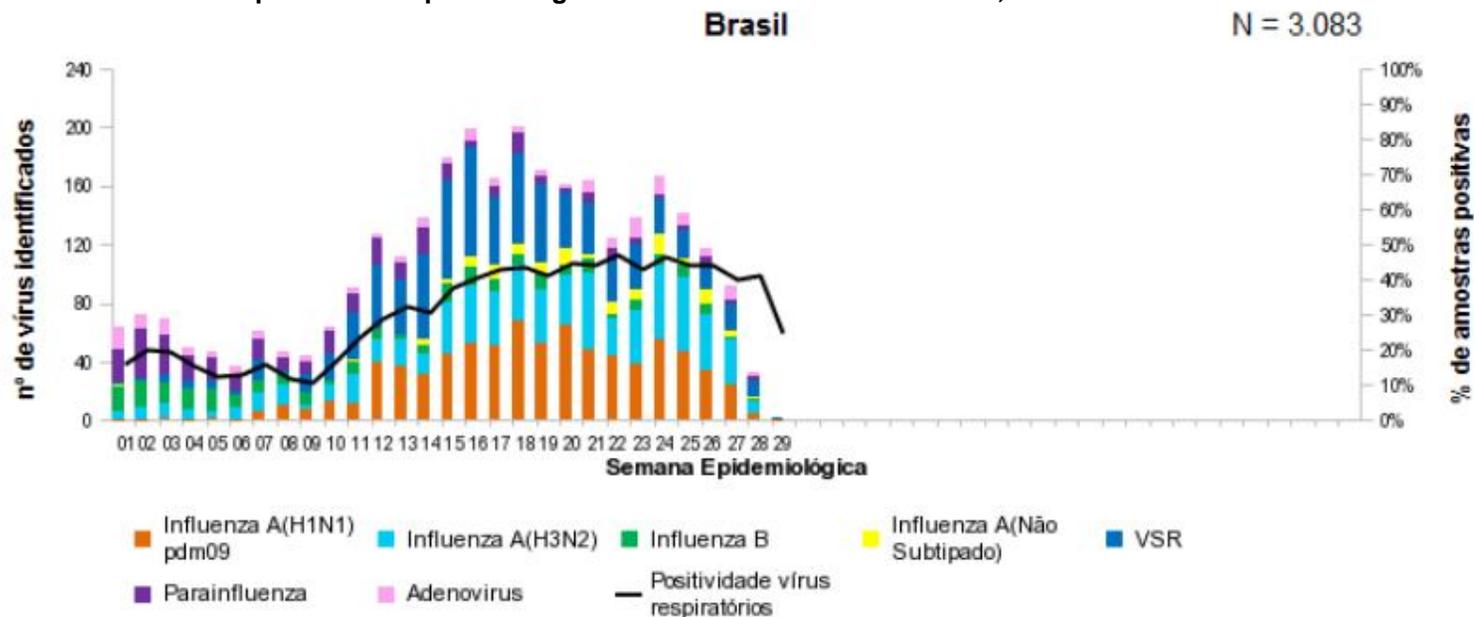
VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 29 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 12.217 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 10.052 (82,3%) possuem resultados inseridos no sistema e 30,7% (3.083/10.052) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 1.813 (58,8%) foram positivos para influenza e 1.270 (41,2%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 803 (44,5%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 246 (13,6%) de influenza B, 101 (5,6%) de influenza A não subtipado e 660 (36,4%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 767 (60,4%) de VSR (Figura1).

As regiões Sudeste, Sul 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 29.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 23/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 23/07/2018

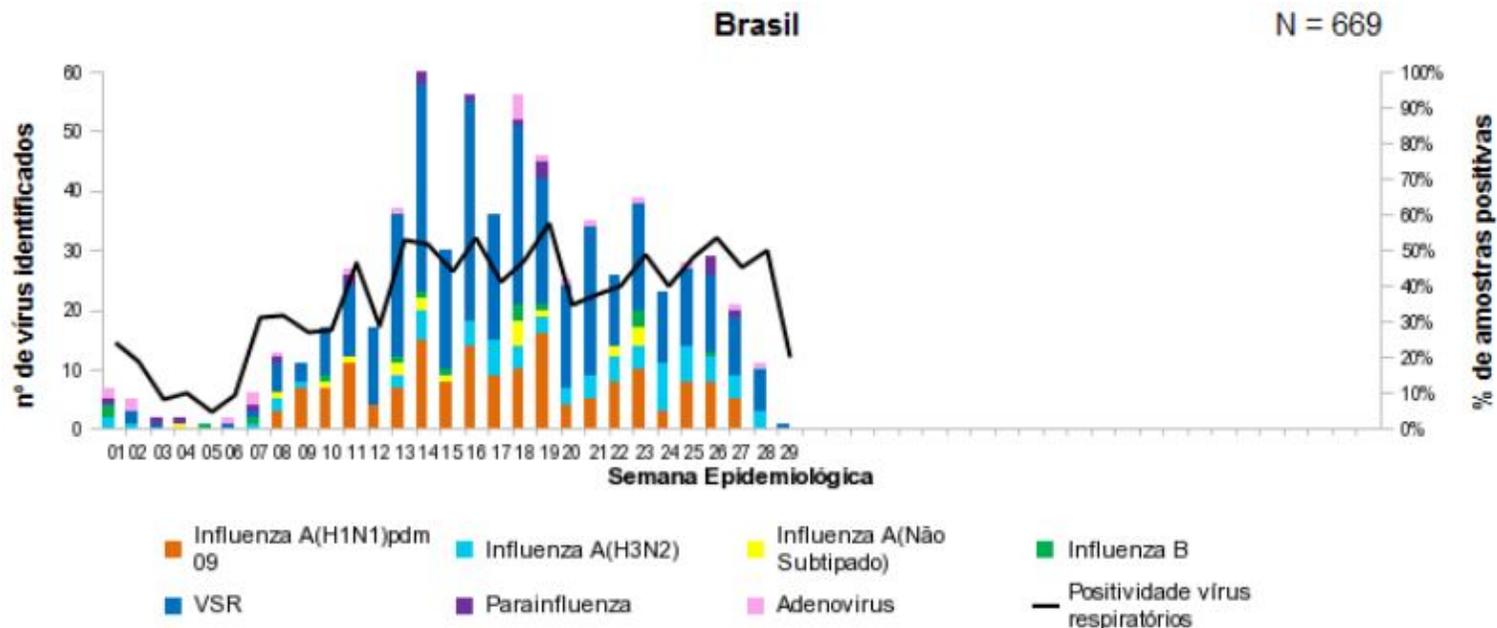
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 2.023 coletas, sendo 1.611 (79,6%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 669 (41,5%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 268 (40,1%) para influenza e 401 (59,9%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 162 (60,4%) para influenza A(H1N1)pdm09, 19 (7,1%) para influenza A não subtipado, 16 (6,0%) para influenza B e 71 (26,5%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 362 (90,3%) 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 29.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 23/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

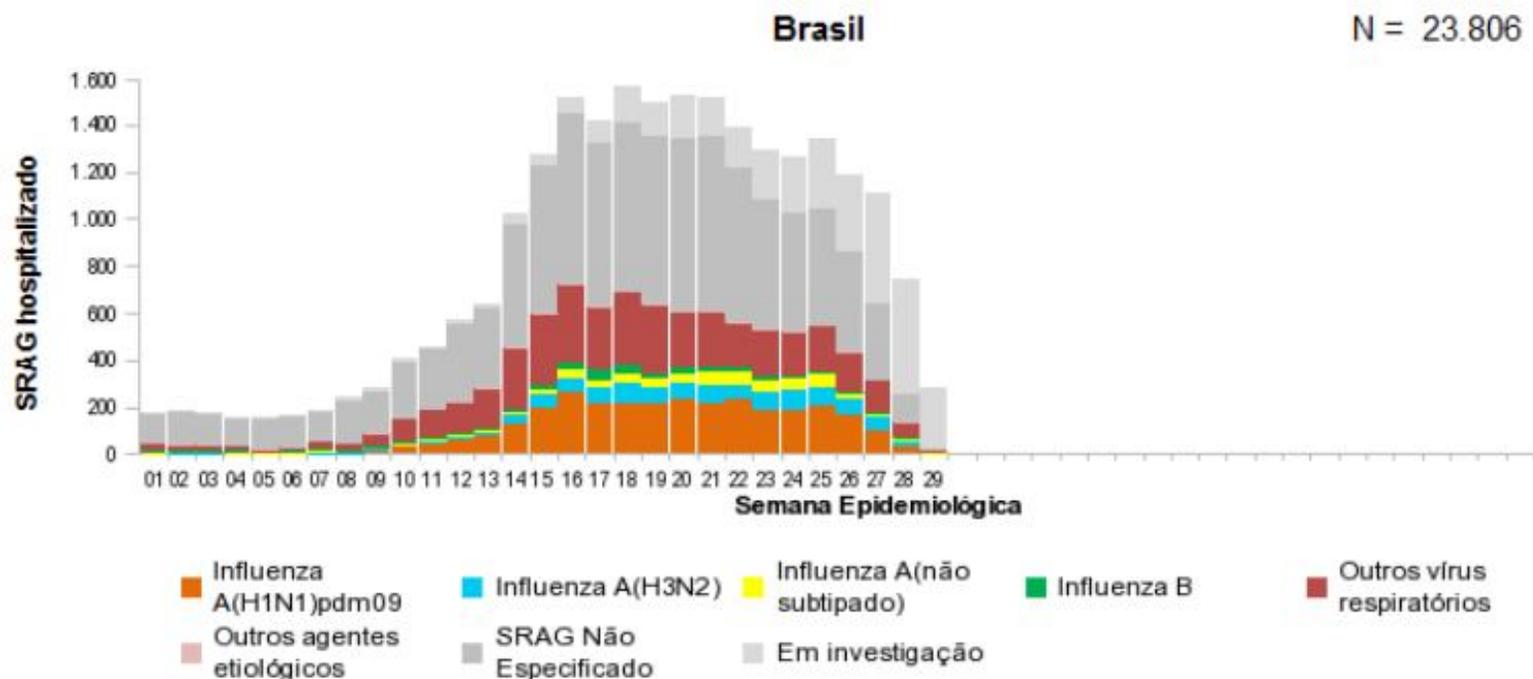
Data da informação: 23/07/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 29 de 2018 foram notificados 23.806 casos de SRAG, sendo 18.362 (77,1%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 27,6% (5.068/18.362) foram classificadas como SRAG por influenza e 22,6% (4.149/18.362) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 3.056 (60,3%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 573 (11,3%) influenza A não subtipado, 346 (6,8%) influenza B e 1.093 (21,6%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 36 anos, variando de 0 a 107 anos. Em relação à distribuição geográfica (Anexos 2 a 4), a região Sudeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 45,8% (2.322/5.068).

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 29.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 23/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

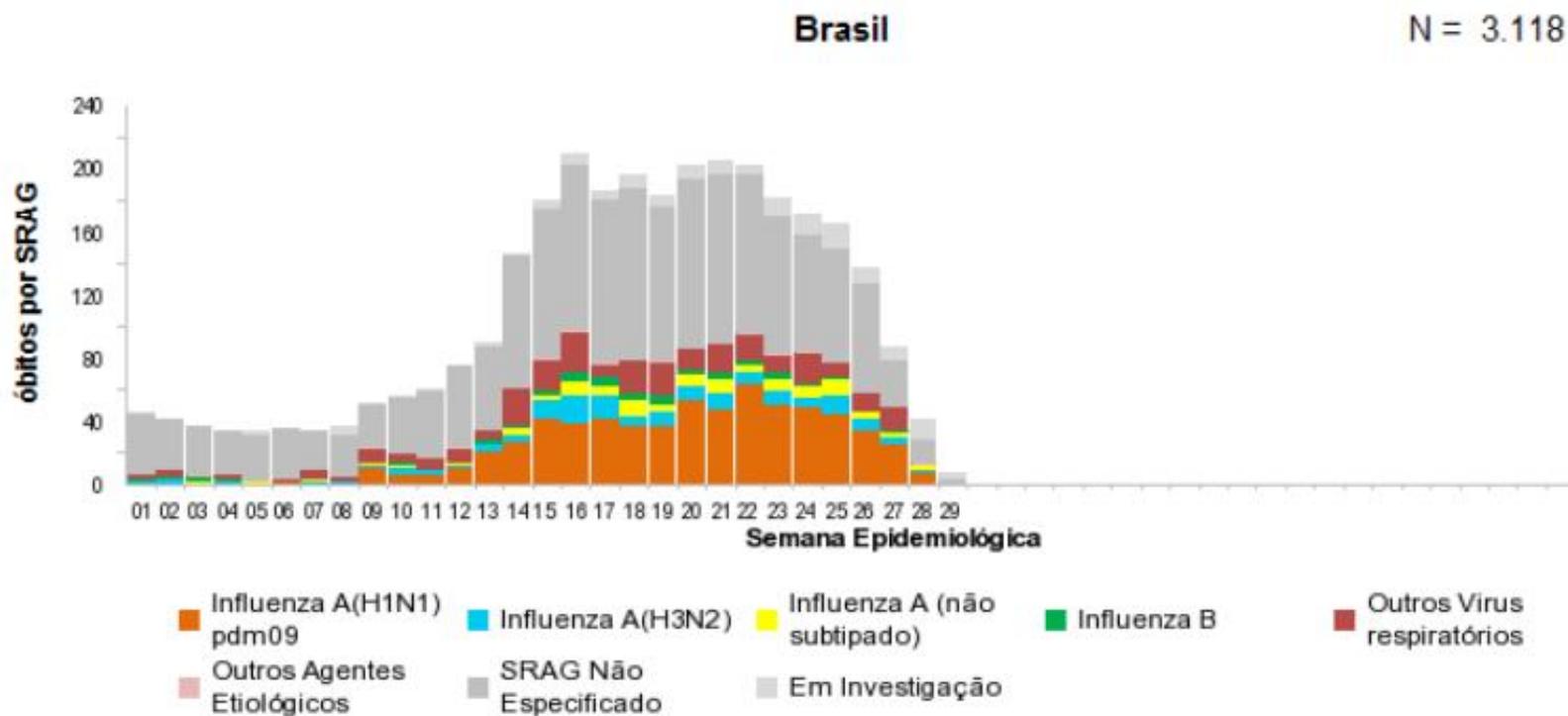
Data da informação: 23/07/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 29 de 2018 foram notificados 3.118 óbitos por SRAG, o que corresponde a 13,1% (3.118/23.806) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 945 (30,3%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 639 (67,6%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 106 (11,2%) influenza A não subtipado, 51 (5,4%) por influenza B e 149 (15,8%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 41,3% (390/945), 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 29.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 23/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 21/07/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Entre os óbitos por influenza, a mediana da idade foi de 56 anos, variando de 0 a 107 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,45/100.000 habitantes. Dos 945 indivíduos que foram a óbito por influenza, 698 (73,9%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos \geq 60 anos, cardiopatas, diabetes mellitus e pneumopatas. Além disso, 728 (77,0%) fizeram uso de antiviral, com mediana de 4 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 54 dias. Recomenda-se iniciar o tratamento preferencialmente nas primeiras 48 horas.

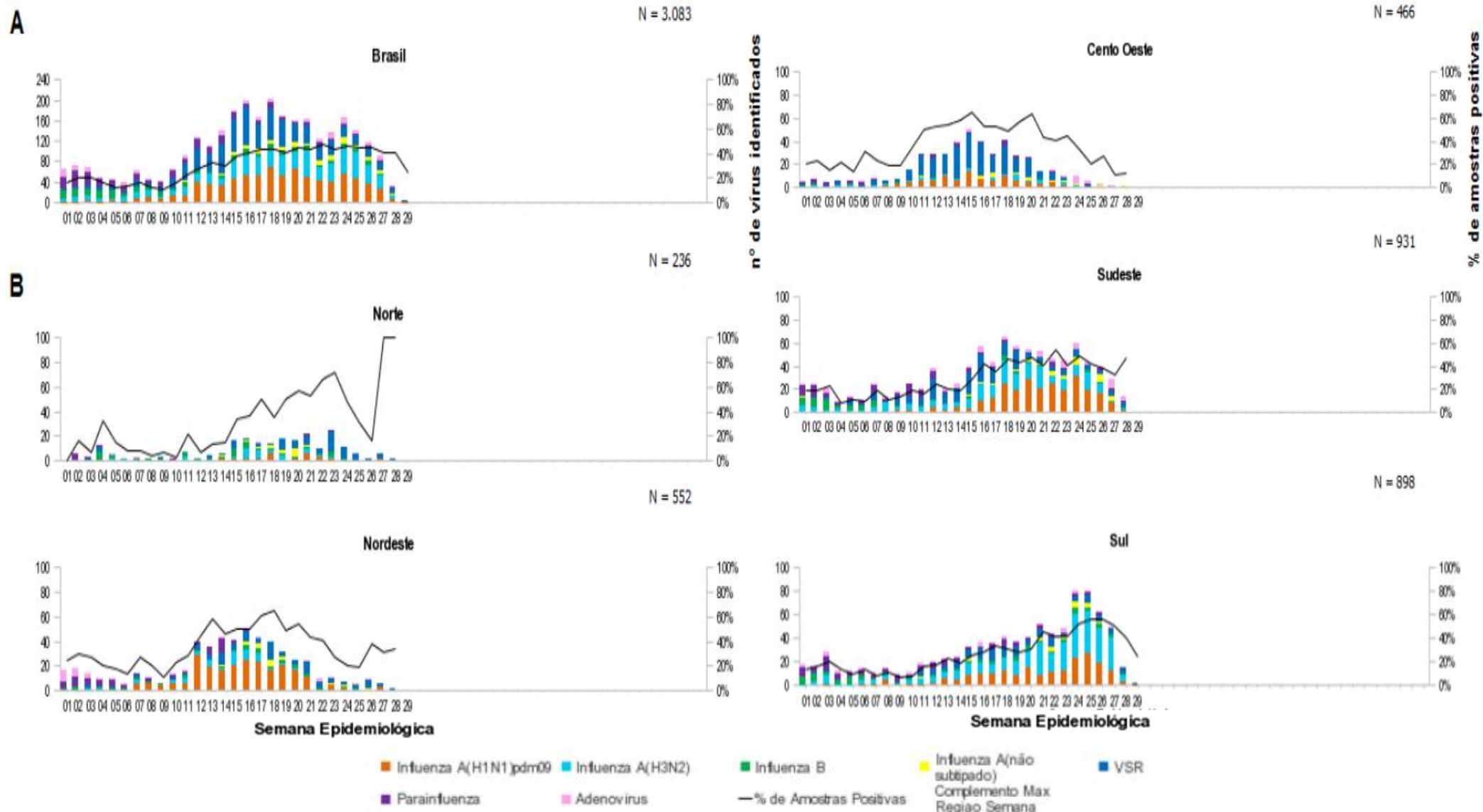
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 29.

Óbitos por Influenza (N = 945)	n	%
Com Fatores de Risco	698	73,9%
Adultos \geq 60 anos	383	54,9%
Doença cardiovascular crônica	228	32,7%
Pneumopatas crônicas	163	23,4%
Diabete mellitus	159	22,8%
Obesidade	102	14,6%
Doença Neurológica crônica	66	9,5%
Doença Renal Crônica	64	9,2%
Imunodeficiência/Imunodepressão	54	7,7%
Gestante	15	2,1%
Doença Hepática crônica	18	2,6%
Criança < 5 anos	65	9,3%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	0,4%
Indígenas	2	0,3%
Síndrome de Down	6	0,9%
Que utilizaram antiviral	728	77,0%

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 23/7/2018, 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 29.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 23/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

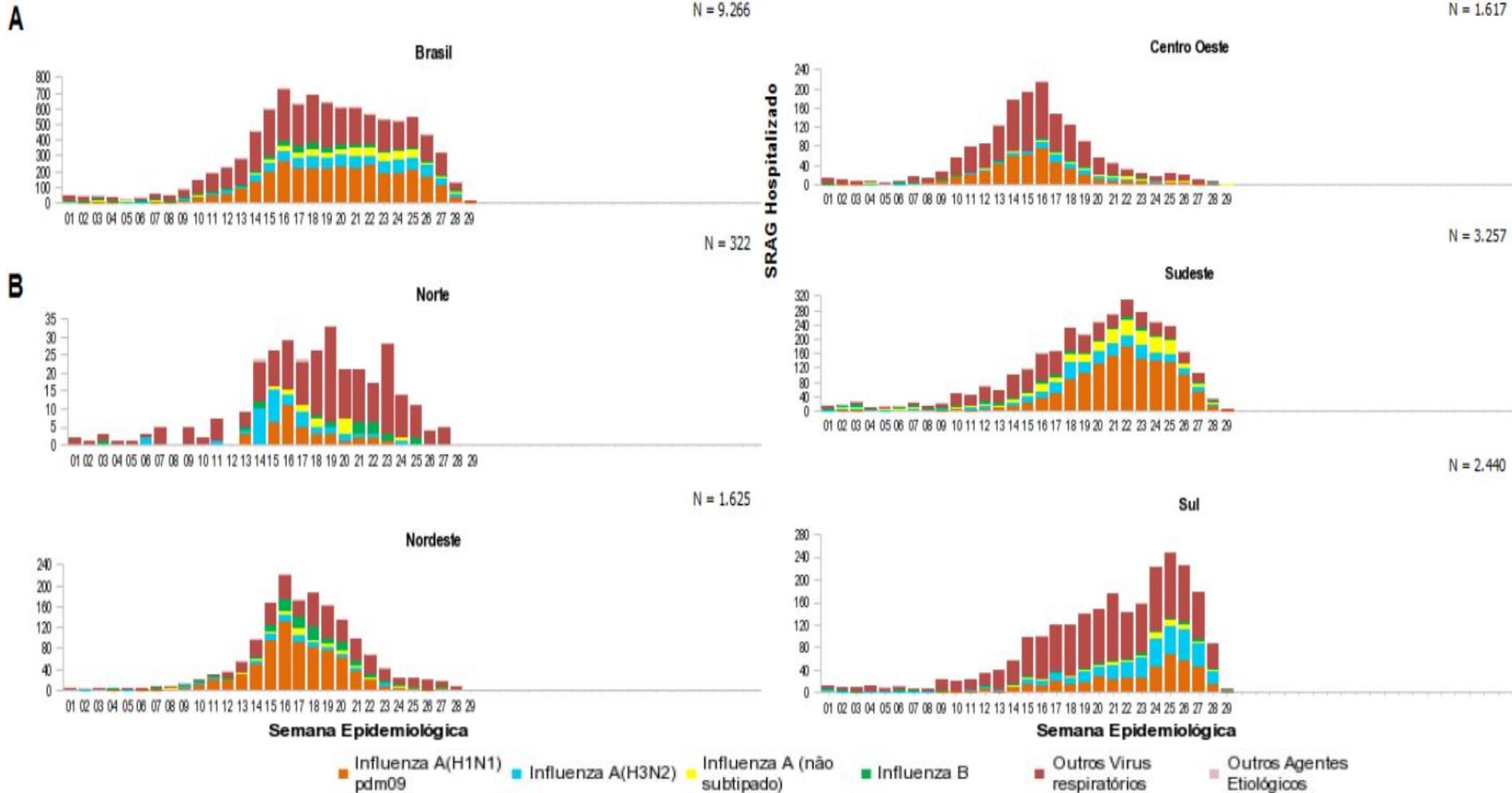
Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 29.

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	1.098	118	37	8	39	10	11	1	16	3	103	22	217	20	2	0	552	74	224	2
RONDÔNIA	58	6	6	0	0	0	0	0	0	0	6	0	1	1	0	0	35	5	16	0
ACRE	175	19	5	1	1	0	0	0	1	1	7	2	6	0	0	0	63	17	99	0
AMAZONAS	128	8	0	0	5	1	2	0	7	1	14	2	57	4	0	0	50	2	7	0
RORAIMA	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0
PARÁ	637	66	15	3	30	8	7	1	6	0	58	12	136	13	1	0	349	41	93	0
AMAPÁ	12	1	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	3	0	0	0	7	1	0	0
TOCANTINS	86	17	10	4	2	1	2	0	2	1	16	6	14	2	1	0	46	7	9	2
NORDESTE	4.876	538	748	142	98	11	59	18	145	18	1.050	189	559	44	16	3	1.962	262	1.289	40
MARANHÃO	181	28	17	4	0	0	12	5	2	0	31	9	8	1	3	0	78	17	61	1
PIAUÍ	356	48	134	19	1	0	2	1	2	0	139	20	48	4	1	1	143	23	25	0
CEARÁ	1.155	144	256	57	20	4	11	2	89	10	376	73	7	0	2	1	668	63	102	7
RIO GRANDE DO NORTE	231	52	40	11	15	0	7	3	12	1	74	15	24	2	0	0	94	33	39	2
PARAÍBA	173	50	14	8	5	1	0	0	4	1	23	10	11	3	0	0	113	36	26	1
PERNAMBUCO	1.269	58	57	10	22	2	0	0	1	0	80	12	3	0	0	0	258	22	928	24
ALAGOAS	109	20	17	2	3	0	8	3	3	0	31	5	1	0	5	1	69	13	3	1
SERGIPE	220	16	29	3	2	0	6	3	1	0	38	6	78	3	0	0	97	7	7	0
BAHIA	1.182	122	184	28	30	4	13	1	31	6	258	39	379	31	5	0	442	48	98	4
SUDESTE	9.487	1.416	1.373	334	422	65	399	71	124	21	2.318	491	917	76	22	7	4.933	768	1.297	74
MINAS GERAIS	1.361	231	46	22	61	13	69	26	6	3	182	64	114	11	6	1	891	147	168	8
ESPIRITO SANTO	365	55	59	14	30	3	1	0	3	2	93	19	0	0	0	0	225	31	47	5
RIO DE JANEIRO	882	118	50	12	16	4	23	0	39	2	128	18	217	34	1	1	345	61	191	4
SÃO PAULO	6.879	1.012	1.218	286	315	45	306	45	76	14	1.915	390	586	31	15	5	3.472	529	891	57
SUL	5.272	629	440	73	421	45	63	8	41	3	965	129	1.471	88	4	1	2.326	399	506	12
PARANÁ	2.880	372	171	30	254	31	35	4	17	0	477	65	997	68	3	1	1.121	233	282	5
SANTA CATARINA	923	126	115	17	108	10	8	1	5	1	236	29	267	18	0	0	367	73	53	6
RIO GRANDE DO SUL	1.469	131	154	26	59	4	20	3	19	2	252	35	207	2	1	0	838	93	171	1
CENTRO OESTE	3.056	413	457	81	111	18	41	8	19	6	628	113	984	64	5	2	1.209	206	230	28
MATO GROSSO DO SUL	687	83	44	10	52	10	20	4	5	2	121	26	245	11	1	0	300	45	20	1
MATO GROSSO	250	62	24	4	10	1	4	2	7	3	45	10	3	2	0	0	120	38	82	12
GOIÁS	1.375	229	336	63	35	5	7	1	4	1	382	70	379	43	4	2	531	101	79	13
DISTRITO FEDERAL	744	39	53	4	14	2	10	1	3	0	80	7	357	8	0	0	258	22	49	2
BRASIL	23.789	3.114	3.055	638	1.091	149	573	106	345	51	5.064	944	4.148	292	49	13	10.982	1.709	3.546	156
Outro País	17	4	1	1	2	0	0	0	1	0	4	1	1	0	0	0	9	3	3	0
TOTAL	23.806	3.118	3.056	639	1.093	149	573	106	346	51	5.068	945	4.149	292	49	13	10.991	1.712	3.549	156

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 23/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

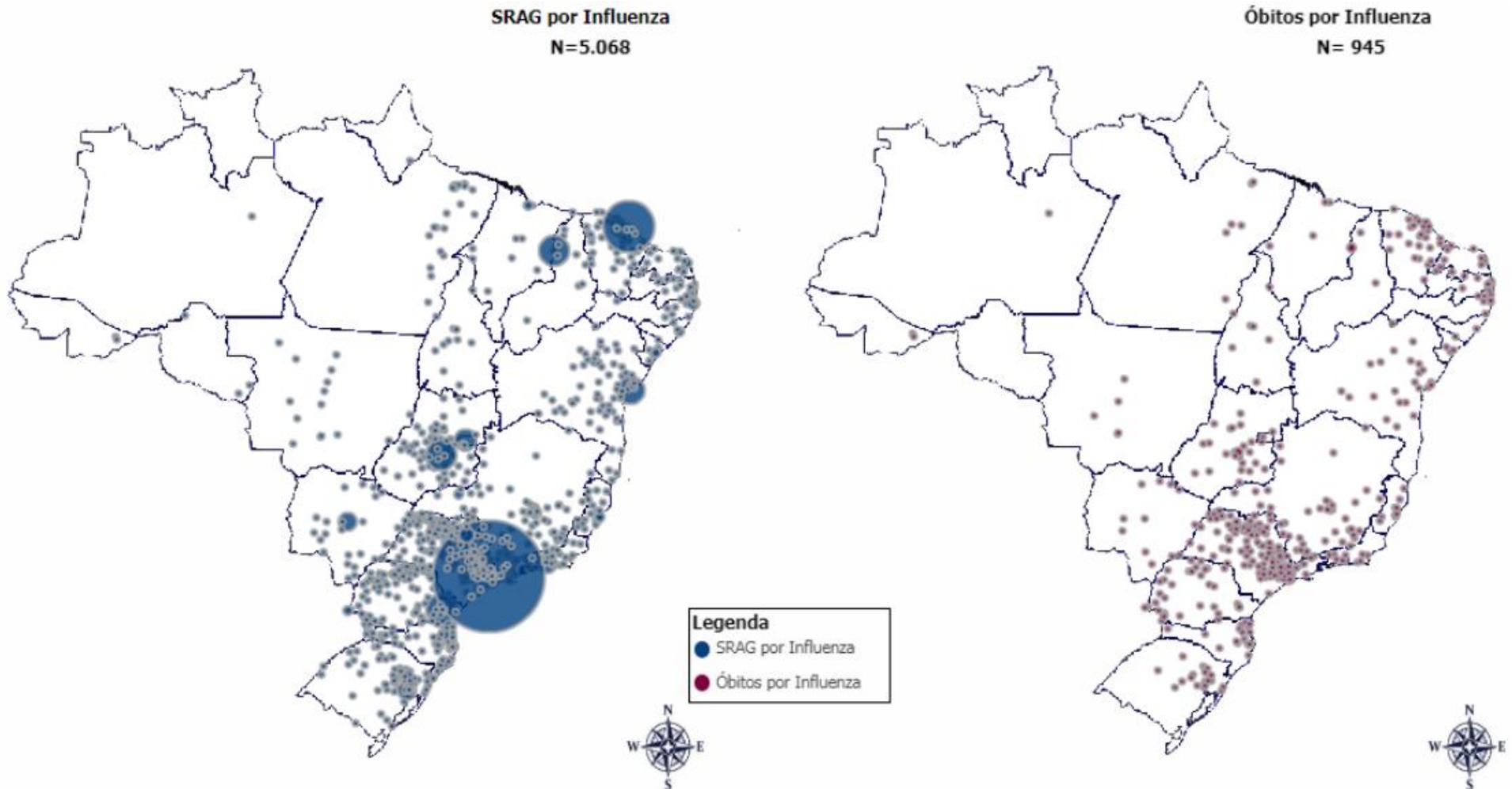
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 29.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 23/7/2018, 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 29.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 23/7/2018, sujeitos a alteração.

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



EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 30/2018

(22/07/2018 a 28/07/2018)

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: Estados Unidos

Data da informação: 27/07/2018

Fonte da informação: stargazette.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

As autoridades de saúde do Condado de Steuben estão preocupadas com um enorme aumento no número de casos confirmados de raiva neste ano.

As autoridades estão alertando o público para evitar contato com animais depois que o número de pessoas que precisaram iniciar o tratamento da raiva mais do que dobrou em comparação com o primeiro semestre de 2017.

As investigações sobre a raiva no condado de Steuben, entre janeiro e 15 de julho, levaram a 50 casos de pessoas que precisavam de tratamento para salvar vidas, a PEP (profilaxia pós-exposição).

No mesmo período do ano passado, foram registrados 20 casos.

A raiva é um vírus encontrado em mamíferos que é mais comumente transmitido pela picada de um animal infectado, de acordo com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA.

A raiva é fatal se não for tratada antes que os sintomas apareçam, e é por isso que as pessoas freqüentemente começarão o tratamento mesmo se suspeitarem que foram expostas a um animal raivoso.

A grande maioria dos casos de raiva relatados ao CDC a cada ano ocorre em animais selvagens, como guaxinins, gambás, morcegos e raposas.

Esse é o caso no Condado de Steuben, onde 18 pessoas precisavam iniciar o tratamento por causa da exposição a guaxinins raivosos. Um guaxinim foi responsável por expor oito pessoas, de acordo com autoridades de saúde do condado.

Onze pessoas receberam PEP por causa de gatos vadios, e oito pessoas receberam o tratamento devido a cães cujos proprietários eram desconhecidos. Duas pessoas foram tratadas por causa de raposas e uma pessoa por causa de um gambá.

A Saúde Pública do Condado de Steuben também relatou que 10 pessoas receberam PEP devido à exposição a morcegos em 2018.

O risco de exposição a morcegos raivosos aumenta no final do verão.

"Todos os anos, o número de pessoas que recebem PEP aumenta drasticamente devido à exposição a morcegos no final do verão", disse Smith. "Os morcegos têm dentes extremamente pequenos, por isso é muito importante ter cuidado ao pegar um morcego se uma pessoa acordar com um morcego em seu quarto. Capturar e testar o morcego pode evitar que as pessoas precisem receber tratamento".

No condado de Tioga, em Nova York, o número de casos registrados é muito menor do que em Steuben, mas esses casos confirmados também aumentaram, de acordo com Kylie Holochak, educadora de saúde pública do condado.

Durante o primeiro semestre de 2018, cinco animais testaram positivo para raiva, em comparação com três no mesmo período do ano passado, disse Holochak.

Trinta e oito pessoas foram tratadas com a série da raiva até agora este ano, em comparação com 28 no ano passado, disse ela.

A melhor maneira de evitar a exposição é dar à vida selvagem um amplo espaço, disse Holochak.

O Condado de Chemung, por sua vez, parece estar contrariando a tendência.

O condado está tendo um declínio nos casos relatados, e o diretor de Saúde Pública, Peter Buzzetti, não sabe ao certo por quê.

"Simplesmente não estamos recebendo os mesmos casos que costumamos ter nessa época do ano, nem animais para testes ou animais de estimação, nem receber denúncias", disse Buzzetti. "Eu estou esperando que a lei das médias não nos alcance muito rapidamente, mas é isso que estamos vendo."

Isso não significa que os moradores do condado devam ficar complacentes com a raiva, disse Buzzetti, observando que os morcegos estarão mais ativos nas próximas semanas.

Buzzetti também lembra aos moradores que o condado oferece clínicas de vacinação anti-rábica gratuitas, o que significa que não há desculpa para não receber proteção de animais de estimação.

VÍRUS DA RAIVA

Local de ocorrência: Angola

Data da informação: 30/07/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

A falta de cuidados primários e a chegada tardia as unidades sanitárias foram as principais causas das nove mortes por raiva registradas pelas autoridades sanitárias da província do Cunene de Janeiro a primeira quinzena do mês em curso, mais seis que em igual período de 2017.

A informação foi prestada na segunda-feira à Angop, pela supervisora do Programa de Vigilância Epidemiológica, Aida Madre Deus, referindo que no período em causa o setor registrou 28 casos de mordeduras por cães, entre raivosos e suspeitos.

Os casos foram registrados no município do Cuanhama (7) e os restantes dois nos municípios de Cuvelai e Cahama.

Atualmente as instituições sanitárias da região, estão sem vacinas antirrábicas humanas para acudir as pessoas atingidas, fato que obriga as famílias a recorrerem a vizinha República da Namíbia, para tomarem a vacina. "A pessoa mordida por um cão infectado pela raiva, por sinal 100 por cento fatal, dificilmente encontra cura, razão pelo qual torna-se necessário a aquisição de vacinas", manifestou.

Responsabilizou a existência da doença (raiva na província), ao fato de haver ainda alguns portadores de animais de estimação negligentes que se furtam as campanhas de vacinação, associada aos animais que deambulam em diversas áreas da cidade e vilas, principalmente cães.

Para tal, as autoridades sanitárias têm solicitado constantemente a máxima colaboração dos proprietários de animais como cães, macacos e gatos para aderirem às campanhas de vacinação para a sua imunização.

Sustentou que o setor vai continuar a reforçar as ações de sensibilização nas comunidades sobre o perigo da doença causada por animais raivosos, pelo que, em caso de ser mordido por um cão estranho devem lavar a ferida com água e sabão e em seguida procurar uma unidade de atendimento de saúde o mais rápido possível.

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

VARICELA

Local de ocorrência: Colômbia

Data da informação: 22/07/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

A quarentena foi declarada na prisão de Bellavista por causa de um surto de varicela. As autoridades estão atualmente avaliando os presos e as medidas são tomadas, com o objetivo de evitar casos adicionais. Cerca de 400 presos da ala 16 da prisão de Bellavista foram colocados em quarentena após um surto de varicela ter sido detectado, o que levou à colocação de 7 presos em condições de isolamento.

O Sr. Jorge Carmona, um advogado de direitos humanos, declarou que essa medida incomodou os parentes dos presos, já que quase 350 pessoas não puderam entrar nas instalações para as visitas dominicais que foram originalmente agendadas para crianças e mulheres.

O desconforto surgiu porque a quarentena foi estabelecida por último [sábado, 21 de julho de 2018] à noite, e o surto tem ocorrido nos últimos dias. Os parentes dos reclusos vêm de muitos lugares diferentes fora de Medellín e até de comunidades diferentes. Isso implica que eles tiveram que desperdiçar dinheiro para planejar uma visita à prisão de Bellavista, e isso poderia ter sido evitado se tivessem sido avisados na hora do cancelamento da visita", explicou Carmona. Ele também enfatizou que as más condições de higiene podem ser a causa do surto. As autoridades estão atualmente avaliando os presos e as medidas são tomadas, com o objetivo de evitar casos adicionais.

A catapora (varicela) é uma doença muito contagiosa causada pelo vírus varicela-zoster (VZV). Causa erupção cutânea tipo bolha, coceira, cansaço e febre. A erupção aparece em primeiro lugar no estômago, costas e rosto e pode se espalhar por todo o corpo causando entre 250 e 500 bolhas coceira. A varicela pode ser grave, especialmente em bebês, adultos e pessoas com sistema imunológico debilitado. A melhor maneira de prevenir a varicela é obter a vacina contra a catapora.

O vírus se espalha principalmente ao tocar ou respirar as partículas de vírus que vêm de bolhas de catapora e, possivelmente, através de minúsculas gotículas de pessoas infectadas que entram no ar depois de respirar ou falar, por exemplo. (CDC)

Prisões com seus presos abrigados, fornecem o ambiente perfeito para facilitar a disseminação do vírus. Como um indivíduo infectado pode espalhar a doença de 1 a 2 dias antes de ter a erupção cutânea até que todas as bolhas de catapora tenham formado crostas, a vigilância e possivelmente a quarentena devem ser realizadas para evitar uma disseminação maior.

Características da varicela

TRANSMISSÃO

Respiração

Contato com as lesões na pele



SINTOMAS

- Bolhas avermelhadas que coçam muito.
- Lesões começam a aparecer no tronco e espalham-se por braços, pernas e rosto, além de couro cabeludo e boca.
- Entre 250 e 500 lesões pelo corpo, que permanecem por até 2 semanas.
- Cansaço, dor de cabeça, febre e perda de apetite.

CUIDADOS

- Evitar contato direto com pessoas doentes.
- Não deixar a criança coçar as lesões para evitar infecções.
- Não arrancar as crostas que se formam quando as feridas regridem.
- Manter o paciente em repouso enquanto tiver febre.



Arte: O Dia

FEBRE TIFOIDE

Local de ocorrência: El Salvador

Data da informação: 29/07/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

Todos os departamentos do país registraram aumentos significativos da febre tifoide nos primeiros 6 meses de 2018, com exceção de Cabanas, em comparação com os valores dos primeiros 6 meses de 2017. As estatísticas foram fornecidas pelo Gabinete de Informação e Resposta do Ministério da Saúde (MINSAL), a pedido da The Graphic Press.

Segundo os dados, os departamentos que registraram os maiores aumentos foram San Miguel, San Salvador, La Paz e Sonsonate. Ao longo de 2017, San Miguel, por exemplo, relatou 9 casos de febre tifoide; enquanto apenas entre janeiro e junho de 2018, os casos subiram para 17. Em San Salvador, os casos de 2017 totalizaram 427, mas durante os primeiros meses de 2018, somaram 653.

Embora o aumento tenha sido percebido pelo Instituto de Seguridade Social Salvadorenho (ISSS), por meio de um comunicado emitido em 8 de fevereiro de 2018, o Ministério da Saúde (MINSAL) passou várias semanas sem emitir nenhum relatório oficial e não falou do surto até vários meses depois, alguns dias após o final de junho de 2018. Após o relatório do ISSS, alguns médicos e especialistas em doenças infecciosas também relataram um aumento nos casos de infecção causada pela bactéria *Salmonella Typhi* em clínicas privadas e hospitais.

Em meados de fevereiro de 2018, o MINSAL confirmou que houve um aumento de 30% nos casos, comparado com o mesmo período de 2017: de 56 para 73. No entanto, não incluiu as estatísticas em seus boletins semanais de vigilância epidemiológica, para os quais a associação denunciou a falta de transparência no que diz respeito à gestão preventiva da doença, que se não for tratada a tempo pode ser fatal.

A ministra da Saúde, Violeta Menjívar, chegou a admitir na época que não havia vacina contra a febre tifoide na rede pública de saúde. "No esquema de vacinação, não há um; para que possamos produzir uma vacina contra a febre tifoide, temos que esperar pelo que está sendo preparado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), já que não há um que atenda às condições; nós o incorporamos ao esquema de vacinação", explicou ele.

A diferença abismal entre 622 casos confirmados na rede do ISSS, que atende apenas 17% da população, e zero casos confirmados na rede pública nacional, que atende a mais de 80% da população, gerou ainda mais dúvidas do que certezas sobre o manejo da doença pelo MINSAL. Finalmente, na segunda quinzena de junho de 2018, o ministro Menjívar reconheceu que houve um surto de febre tifoide que afetou principalmente 28 municípios do país, embora tenha sugerido que o efeito foi moderado e não alto.

"Este ano [2018], temos quase o dobro de 2017; aconteceu que em 28 municípios temos um surto epidêmico; não é epidêmico porque isso teria que ser em todo o país", afirmou. O total de casos de 2017 foi de 675, enquanto o total entre janeiro e junho de 2018 subiu para 937.

As autoridades têm reiterado em várias ocasiões que esta doença está diretamente relacionada aos hábitos de higiene das pessoas, por isso enfatizaram, até o esgotamento, que a população deve tomar as precauções necessárias para evitar o contágio, especialmente com a vigilância da qualidade da água usada para cozinhar alimentos ou para consumo. A água potável, no entanto, é o produto mais escasso nos últimos meses.

No final de março de 2018, houve caos devido à falta de água potável no início da Semana Santa, já que a Administração de Água e Esgoto (ANDA) relatou um de seus canos principais de 48 polegadas danificados, o que afetou a Área Metropolitana de San Pedro. Há menos de um mês, a ANDA deixou novamente um milhão de habitantes do AMSS sem água, também devido a outra falha no mesmo oleoduto de 48 polegadas.

Os municípios com os maiores números de febre tifoide entre janeiro e junho de 2018 foram San Salvador, (205), Mejicanos (70), Soyapango (59) e Apopa (54), na capital do país. Depois de San Salvador, que totalizou 653 casos nesse período, está La Libertad, com 85 casos.

HEPATITE A

Local de ocorrência: Costa Rica

Data da informação: 26/07/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde da Costa Rica informou sobre um surto de hepatite A em uma região de San José e pediu à população para tomarem medidas de prevenção de higiene.

Até o momento há três casos confirmados e oito suspeitos no cantão de Goicoechea, localizado no setor leste da capital.

As autoridades de saúde fizeram uma busca ativa nos últimos dias nas áreas próximas ao surto, uma investigação epidemiológica e uma abordagem do surto, disse o Ministério da Saúde em um comunicado.

Além disso, funcionários da saúde chamados assistentes técnicos de atenção primária à saúde, receberam mais informações sobre a hepatite A, os mecanismos de transmissão, sintomatologia e medidas de prevenção.

As autoridades também forneceram material educacional para a população, em shopping centers e áreas comuns, e está previsto que eles iniciem atividades em centros educacionais para que os alunos conheçam as medidas preventivas.

O Ministério da Saúde ordenou que as pessoas com hepatite A se abstivessem de frequentar os centros de estudo ou trabalho por pelo menos 12 dias, e que, após o retorno, façam medidas extremas de higiene, especialmente lavagem das mãos.

Para a população em geral, as autoridades pedem para lavar frequentemente as mãos com sabão e água, especialmente depois de ir ao banheiro, antes de preparar ou consumir alimentos ou trocar fraldas.



HEPATITE A

Conheça mais sobre a doença

Doença causada pelo vírus VHA.

Transmissão: ingestão de água ou alimentos contaminados com fezes.

Sintomas mais frequentes:

- Cansaço
- Tontura
- Enjoo ou vômitos
- Febre
- Dor abdominal
- Pele e olhos amarelados
- Urina escura e fezes claras

BOTULISMO

Local de ocorrência: Dinamarca

Data da informação: 28/07/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

Uma geléia salgada caseira causou um surto de botulismo alimentar na Dinamarca no mês passado [junho de 2018], de acordo com o Statens Serum Institut (SSI). A agência, que está sob o Ministério da Saúde da Dinamarca, disse que 9 pessoas adoeceram depois de jantar em uma festa particular em Sonderborg. As autoridades dinamarquesas disseram anteriormente que uma amostra do prato caseiro foi positiva com toxina botulínica tipo A. O mesmo tipo foi identificado nos pacientes.

Especialistas da Fodevarestyrelsen (Administração Dinamarquesa de Alimentos e Veterinária), da SSI e da DTU Food - o Instituto Nacional de Alimentos descobriram que o surto era limitado àqueles que jantavam juntos. O botulismo alimentar é extremamente raro na Dinamarca. De 1985 a 2017, a SSI registrou apenas 6 casos. Alimentos caseiros enlatados, conservados ou fermentados são frequentemente encontrados como causas do botulismo alimentar. Alimentos comercialmente processados é outra causa comum.

Steen Ethelberg, da SSI, disse à Food Safety News que 7 dos pacientes foram confirmados em laboratório e desenvolveram vários graus de sintomas nos dias seguintes. Todos foram hospitalizados e a maioria se recuperou.

As autoridades confirmaram a toxina botulínica tipo A em um ensaio com camundongos depois de coletar e combinar restos de comida da festa e um copo que foi preparado. No entanto, eles não puderam explicar exatamente como a geléia salgada foi contaminada ou qual ingrediente era o culpado.

Clostridium botulinum é uma bactéria que produz toxina botulínica. A toxina bloqueia as funções nervosas e pode levar à paralisia respiratória e muscular. Os sintomas são causados pela toxina produzida pela bactéria e geralmente aparecem dentro de 12-36 horas - com um intervalo de 4 horas a 8 dias - após a exposição.



SÍFILIS

Local de ocorrência: Austrália

Data da informação: 27/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

Quase erradicada há menos de uma década, a bactéria causadora da sífilis está provocando um novo surto da doença entre comunidades indígenas da Austrália. Segundo a imprensa local, de 2011 aos dias atuais, o número de pessoas infectadas pela doença sexualmente transmissível (DST) saltou de 120 para mais de 2.100.

Além disso, nos últimos seis anos, seis bebês morreram por causa da bactéria, que atualmente atinge regiões de três estados. O Departamento de Saúde australiano afirma que está trabalhando para controlar a epidemia e está concedendo financiamento de 8 milhões de dólares em apoio às organizações que atendem a essas comunidades.

A maioria dos infectados pela DST na Austrália são jovens aborígenes que vivem nas regiões mais ao norte ou ao centro do país, além de comunidades que habitam as Ilhas do Estreito de Torres, segundo a rede britânica BBC.

O surto começou em uma comunidade em Queensland, em 2011, onde especialistas em saúde indígena vêm tentando acabar com a bactéria desde então. Em vez disso, porém, a DST acabou se espalhando para o resto do estado e, depois, para outros territórios, incluindo os estados de Northern Territory, Western Australia e South Australia.

O motivo do surto ter acontecido ainda não é completamente compreendido, mas especialistas afirmam que ele foi agravado pela falta de resposta das autoridades.

“Perdemos a oportunidade de controlar [o surto]. Isso é uma indicação de que a resposta da saúde pública é muito pobre”, disse à BBC o professor James Ward, do Instituto de Saúde e Pesquisa Médica de South Australia.

O especialista em saúde sexual Darren Russell, que trabalha em Cairns, uma cidade ao norte do país que está no epicentro da epidemia, disse que a expansão dessa doença a centros urbanos está agravando o problema.

“Em uma pequena comunidade, você é capaz de conter o problema com mais facilidade, acompanhando os afetados”, afirmou. “Mas aqui na cidade, estamos

alimentando o problema. Há pessoas entrando e saindo o tempo todo, você não pode acompanhar todos. A doença se torna auto-sustentável.”

O governo australiano descreveu o problema como inaceitável, admitindo que demorou muito para começar a agir. “Em um dia e época como a que estamos, quando você ouve uma coisa dessas pensa: que diabos aconteceu? Como essa situação pode acontecer?”, afirmou o ministro de Saúde Indígena, Ken Wyatt, à emissora Australian Broadcasting Corporation (ABC) no início deste mês.

Em 2016, o governo de Queensland havia prometido 15 milhões de dólares em investimentos para tentar frear o surto. Culpou, porém, cortes de verba promovidos por governos anteriores pela demora em começar a atuar nas regiões afetadas.

Sintomas

A sífilis é uma infecção bacteriana sexualmente transmissível que, normalmente, começa com feridas indolores na boca ou nas partes íntimas, podendo surgir também em outras partes do corpo na forma de irritação da pele. As pessoas contaminadas podem sentir também dores de cabeça e dores nas juntas e articulações.

A infecção é particularmente perigosa para mulheres grávidas, podendo causar parto prematuro ou aborto espontâneo. Os bebês contaminados também podem morrer ou sofrer danos permanentes, como cegueira.

A doença é facilmente curada em adultos com o antibiótico penicilina. A longo prazo, porém, se não tratada corretamente, a bactéria pode voltar a se manifestar e afetar órgãos internos, causando danos ao cérebro, nervos, olhos ou até ao coração.

SARAMPO

Local de ocorrência: Américas

Data da informação: 24/07/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

O sarampo continua sendo uma doença comum e grave em muitas partes do mundo.

Qualquer pessoa que não esteja protegida contra o sarampo corre o risco de ser infectada quando viajar internacionalmente.

E a proteção contra o sarampo é apenas a vacina contra o sarampo, a caxumba e a rubéola (MMR).

Nos EUA, a maioria dos casos de sarampo resulta de viagens internacionais. O sarampo é trazido de volta por pessoas não vacinadas que são infectadas durante uma viagem.

Ao voltar para casa, muitas vezes espalham sarampo para os outros.

Nos EUA, em 16 de junho de 2018, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) relataram que 93 pessoas de 19 estados e o Distrito de Colúmbia tinham sarampo.

O sarampo é uma doença altamente contagiosa causada por um vírus que é transmitido pelo ar através da respiração, tosse ou espirro. Embora os casos graves sejam raros, o sarampo pode causar inchaço do cérebro e até a morte, diz o CDC.

Além disso, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) informou em meados de julho de 2018 que 2.472 casos de sarampo haviam sido confirmados em 11 países das Américas.

A OPAS informou que o Brasil registrou 677 casos de sarampo em 6 estados, com 65,6% dos casos perto do estado do Amazonas. A OPAS disse que o surto no Amazonas deve aumentar, já que até 80% dos casos suspeitos ainda não foram testados.

Quase todos os casos no Amazonas são geneticamente idênticos aos casos do surto venezuelano.

A Venezuela registrou 1.613 casos e 44 mortes em 2018.

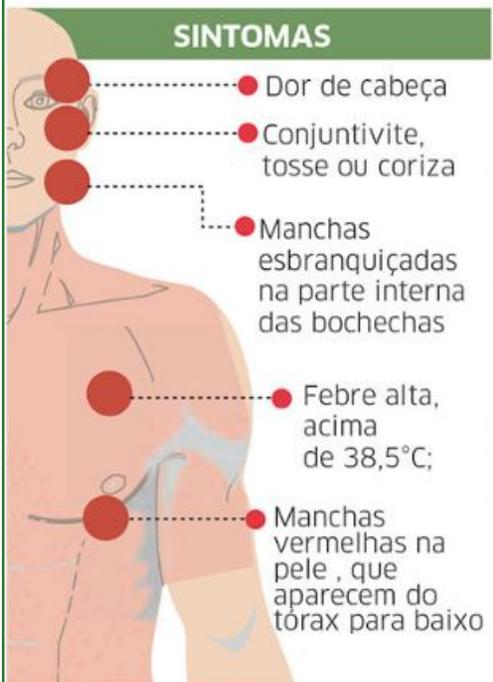
Ao visitar um país que requer imunização contra o sarampo para entrada, evidência presumível aceitável de imunidade contra o sarampo inclui pelo menos um dos seguintes: documentação escrita de vacinação adequada, evidência laboratorial de

imunidade, confirmação laboratorial do sarampo, ou nascimento nos Estados Unidos antes de 1957.

Antes de partir em uma viagem internacional, verifique os avisos de viagem do CDC sobre o sarampo.

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>

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 24/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

Esforços globais de saúde pública estão em curso para erradicar a poliomielite, por meio da imunização de crianças, até que a transmissão do vírus cesse completamente e o mundo torne-se livre da doença. A pólio foi declarada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 05/05/2014, diante do aumento da circulação e propagação internacional do poliovírus selvagem durante 2014. A 17ª reunião do Comitê de Emergência sob o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), em abril de 2018, concluiu que as recomendações temporárias permanecerão em vigor. Planos de ação continuam a ser implementados em todos os países afetados pela circulação do poliovírus selvagem tipo 1 ou de poliovírus derivado da vacina.

Resumo de novos casos nesta semana: Um caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) no Afeganistão na província de Kunar, anteriormente relatado como uma notificação prévia, foi confirmado. No Afeganistão, cinco amostras ambientais positivas para o WPV1 foram relatadas, e no Paquistão, três amostras ambientais positivas para o WPV1 foram relatadas. Na Nigéria, duas amostras ambientais de poliovírus tipo 2 derivadas de vacina (cVDPV2) circulantes foram confirmadas, após notificação prévia na semana passada.

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	13	15	8	33	22	96
- in endemic countries	13	2	8	0	22	0
- in non-endemic countries	0	13	0	33	0	96

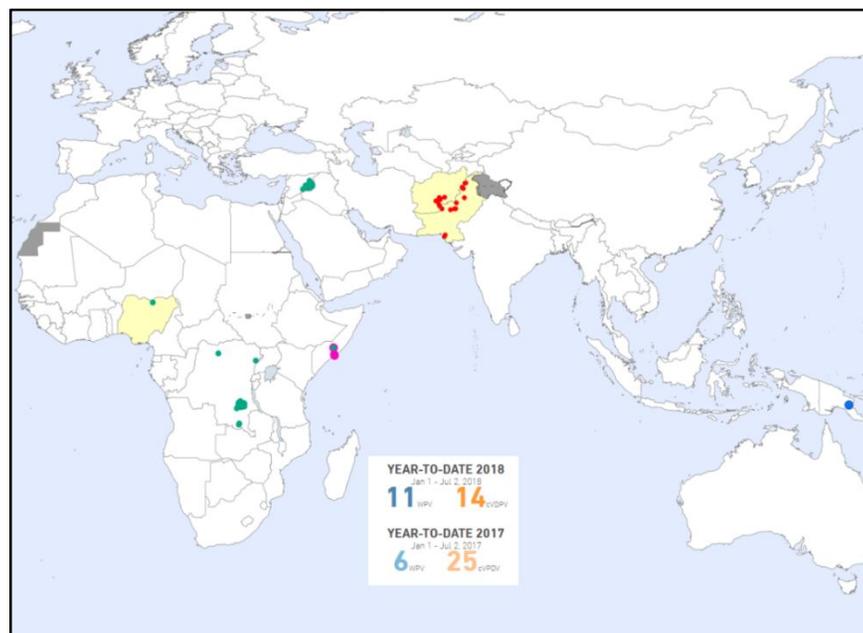
<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

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	10	0	5	0	14	0	22/Jun/18	NA
Paquistão	3	0	3	0	8	0	18/May/18	NA
Nigéria	0	2	0	0	0	0	NA	16/Jun/18
República Democrática do Congo	0	7	0	6	0	22	NA	14/May/18
Síria	0	0	0	27	0	74	NA	21/Sep/17
Somalia	0	5	0	0	0	0	NA	26/May/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 2 de julho de 2018



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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 23/07/2018

Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)



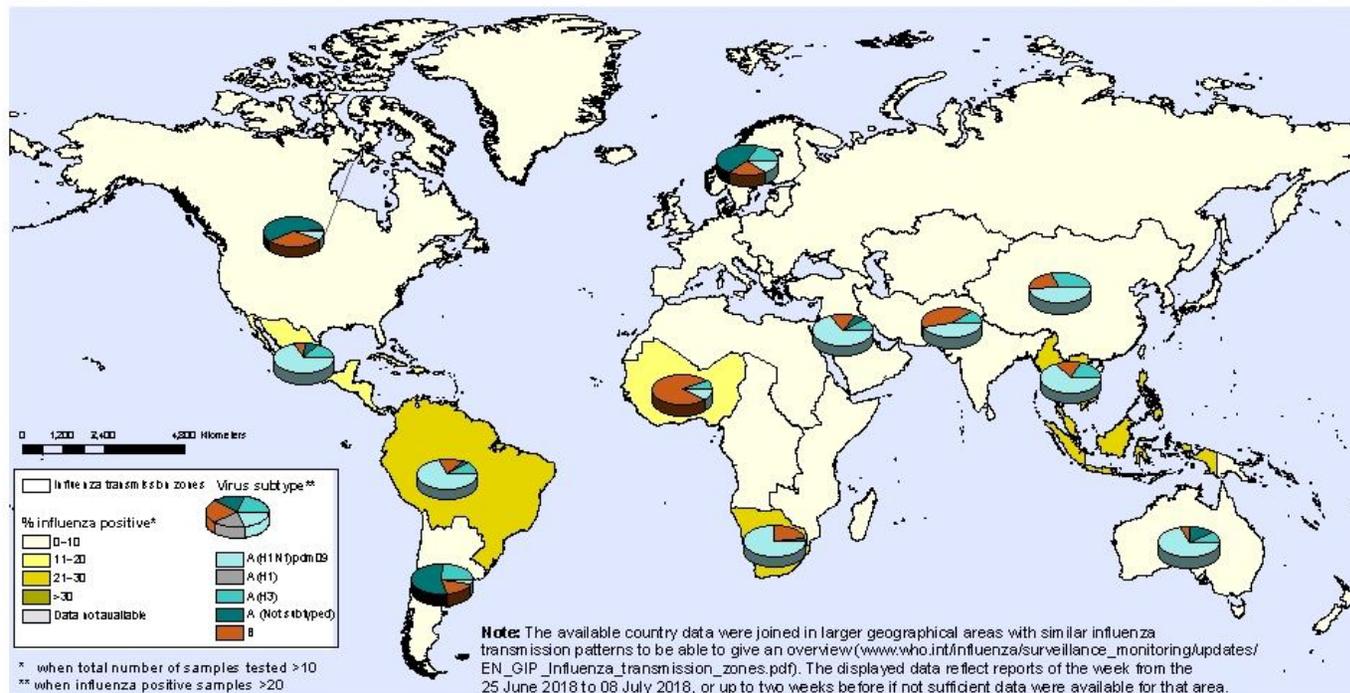
COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

Nas zonas temperadas do hemisfério sul, a atividade da gripe continuou a aumentar na América do Sul e pode ter atingido o pico na África Austral. No entanto, a atividade da gripe permaneceu abaixo do limiar sazonal na Austrália e na Nova Zelândia. Na zona temperada do hemisfério norte, a atividade da gripe retornou aos níveis inter-sazonais. O aumento da atividade da gripe foi relatada em alguns 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 77 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 25 de junho de 2018 a 08 de julho de 2018 (dados de 2018-07-20 04:23:52 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 46.938 espécimes durante esse período de tempo. 1.387 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 1.131 (81,5%) foram tipificados como influenza A e 256 (18,5%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 689 (80,7%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 165 (19,3%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 93 (75%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 31 (25%) à linhagem B-Victoria.

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

Status as of 20 July 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.

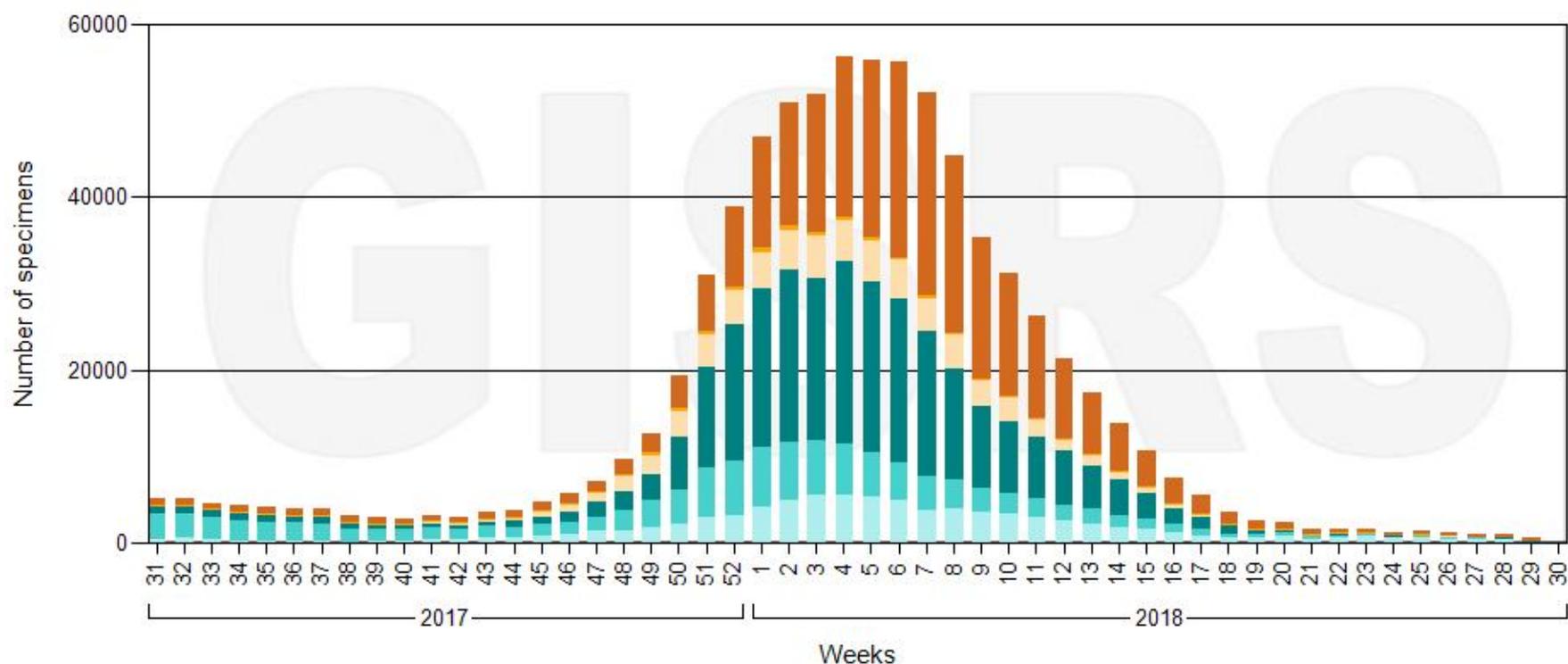
Data Source: Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS), FluNet (www.who.int/flu-net).



©WHO 2018. All rights reserved.

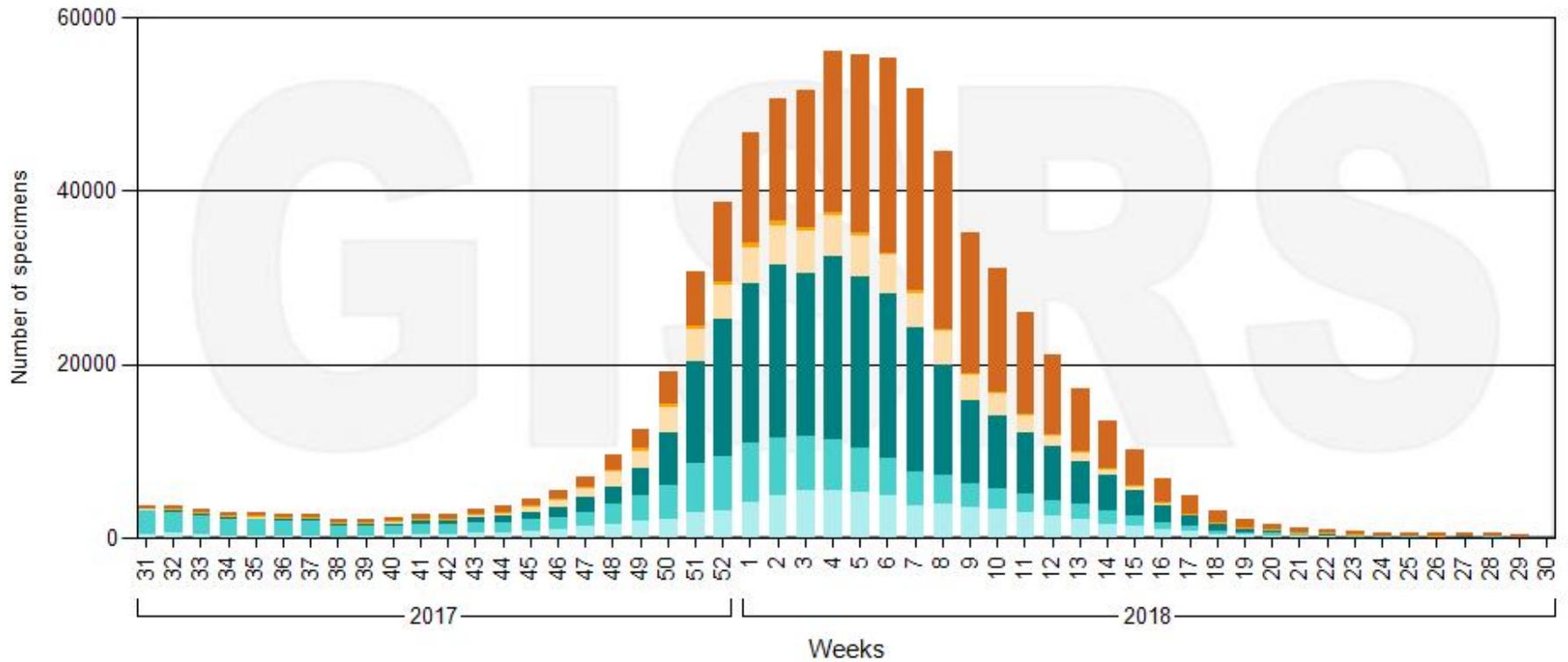
Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype



Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype

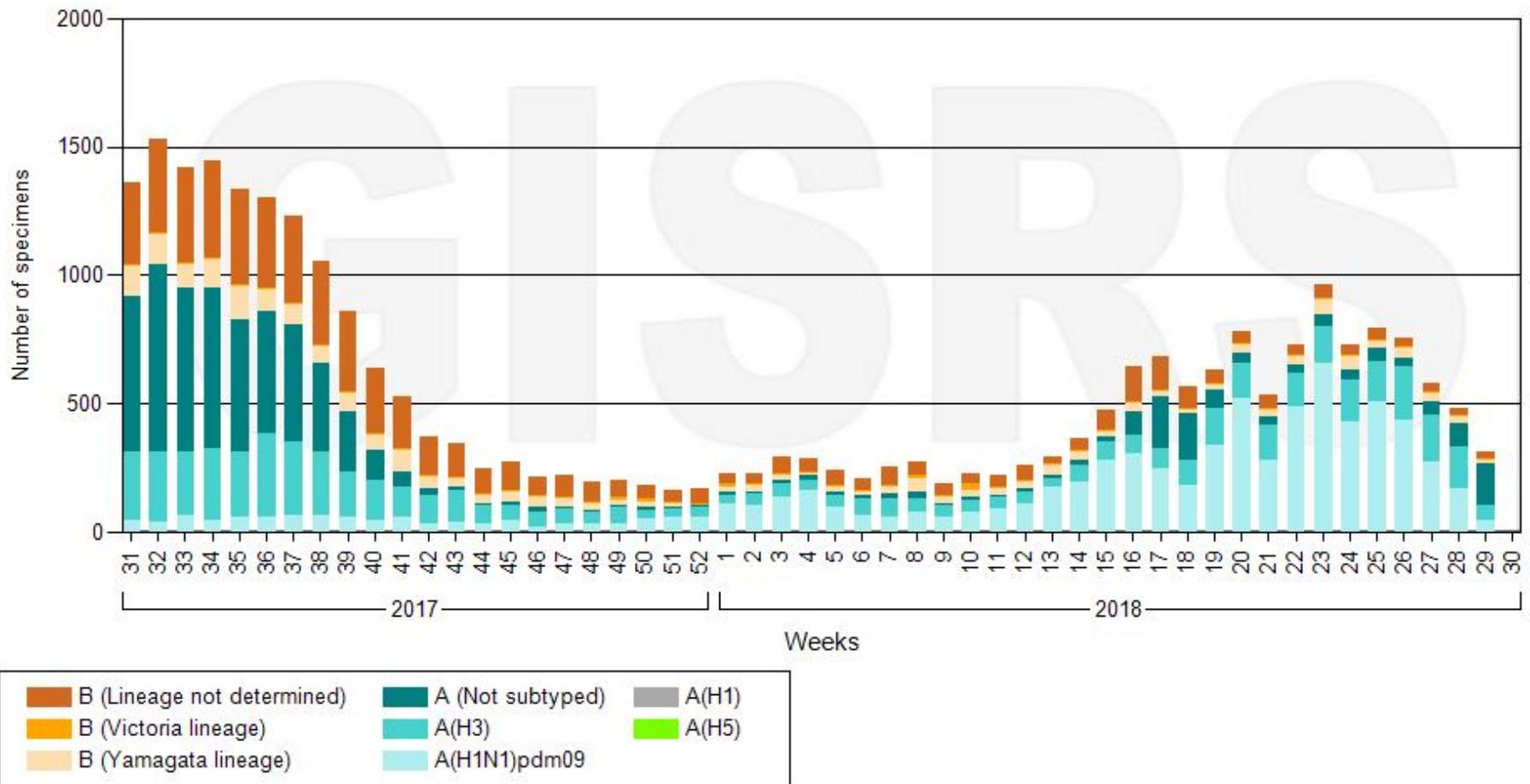


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 30/07/2018 17:22:11 UTC

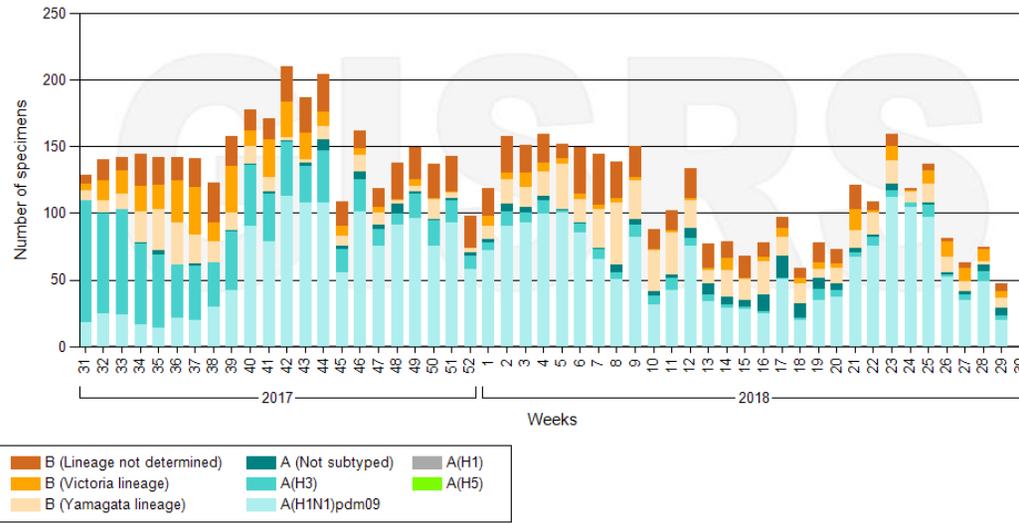
Southern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype



African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

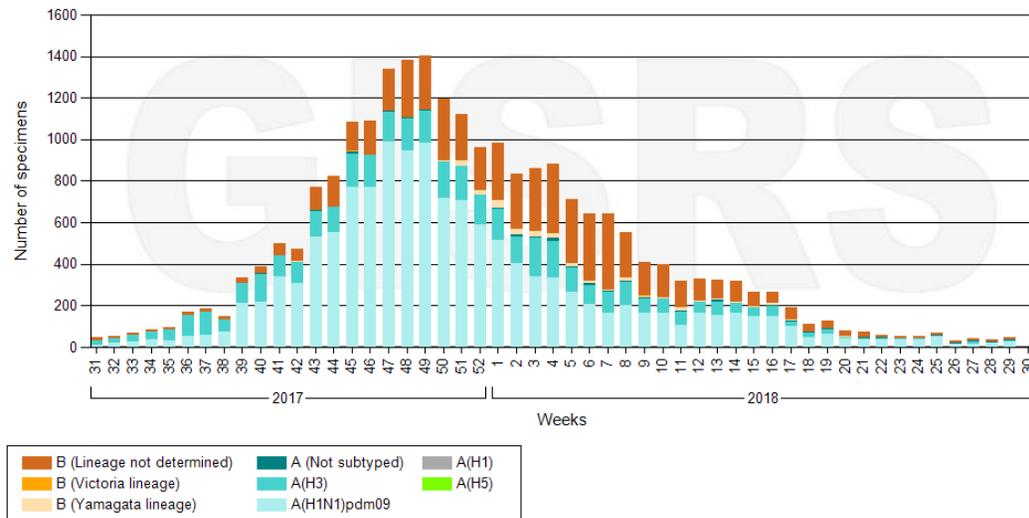


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



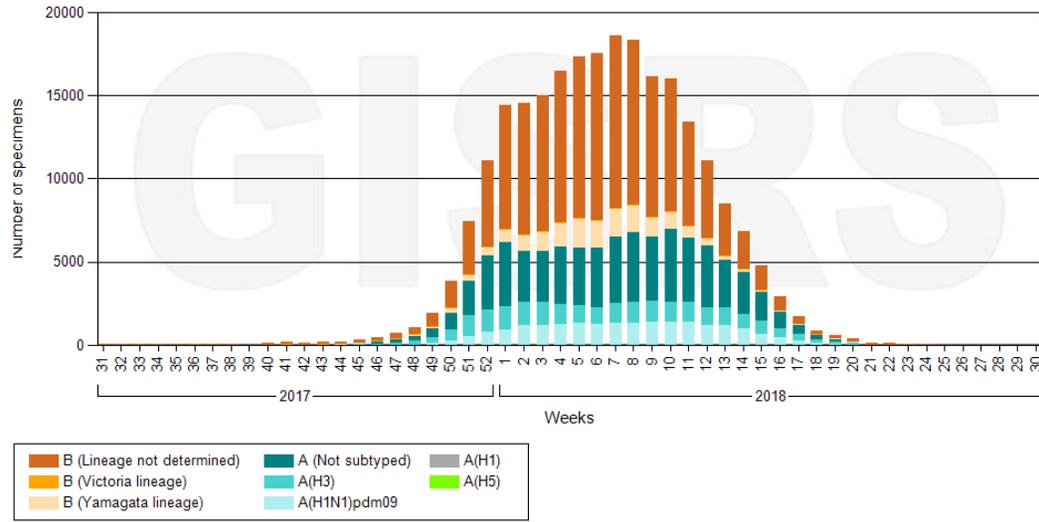
Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018



European Region of WHO

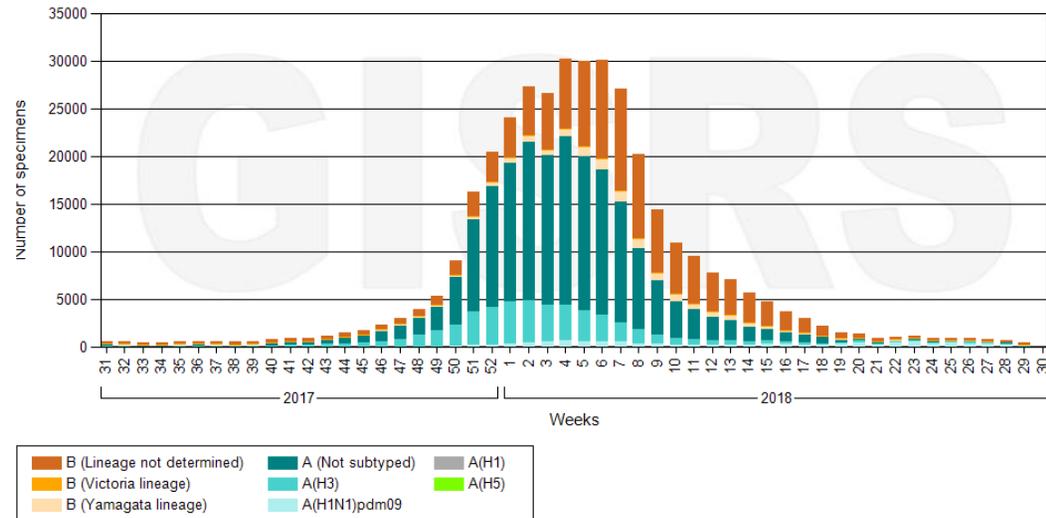
Number of specimens positive for influenza by subtype



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

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

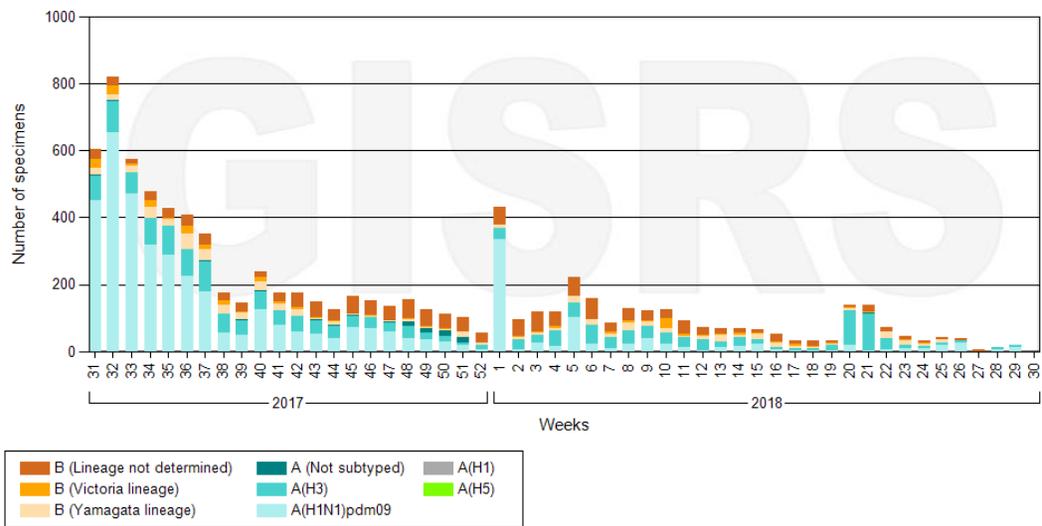


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS



South-East Asia Region of WHO

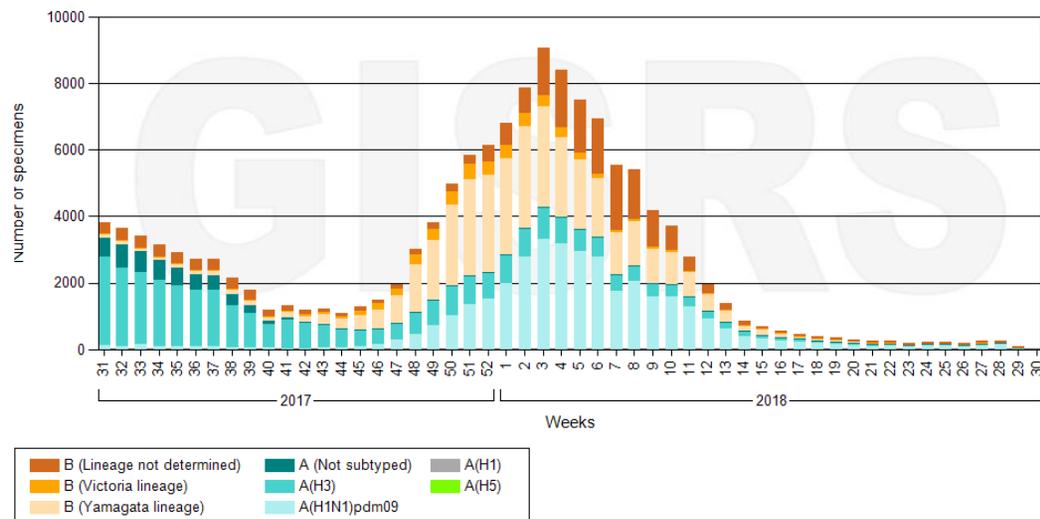
Number of specimens positive for influenza by subtype



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

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

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>