



INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 29/2018
(15/07/2018 a 21/07/2018)

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 29/2018

(15/07/2018 a 21/07/2018)

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: 23/07/2018

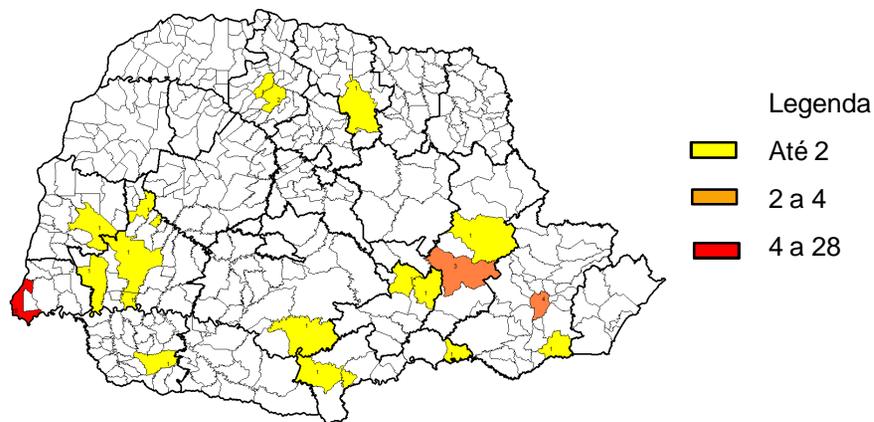
Fonte da informação: Programa Estadual de Controle da Raiva /DVVZI/CEVA/ SVS/SESA

COMENTÁRIOS:

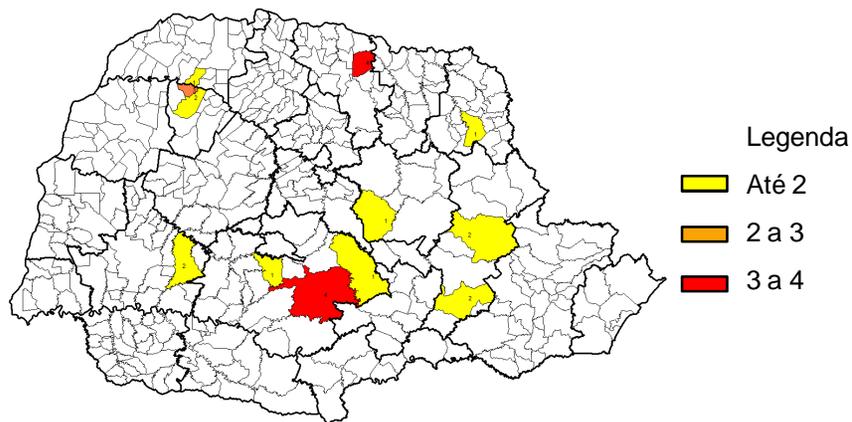
Os diagnósticos dos animais de interesse econômico ou de produção, são feitos pelo CDME/ADAPAR.

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).

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/07/2018

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 28 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 14/07/2018.

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 18,1% (432/2.389) 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, 18,5% (60/325) 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% (1.326/2.764) para SG e de 52,2% (178/341) para SRAG em UTI.

Perfil Epidemiológico dos casos e óbitos de SRAG no Paraná

Até a SE 28 foram notificados 2.679 casos de SRAG residentes no Paraná. Destes, 16,1% (432) foram confirmados para Influenza (Tabela 1).

Dos 329 óbitos notificados por SRAG, 18,2% (60) 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	432	16,1	60	18,2
Influenza A(H1N1)pdm09	157	36,3	29	48,3
Influenza A(H1) Sazonal	0	0,0	0	0,0
Influenza A(H3) Sazonal	224	51,9	29	48,3
Influenza A não subtipado	34	7,9	2	3,3
Influenza B	17	3,9	0	0,0
SRAG não especificada	1.026	38,3	207	62,9
SRAG por outros vírus respiratórios	922	34,4	56	17,0
SRAG por outros agentes etiológicos	9	0,3	2	0,6
Em investigação	290	10,8	4	1,2
TOTAL	2.679	100	329	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/07/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/07/2018

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 subtípado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
2. Reg. Saúde Metropolitana	44	6	122	7	19	1	2	0	187	14
Almirante Tamandaré	1	1	3	0	0	0	0	0	4	1
Araucária	1	0	8	0	0	0	0	0	9	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	7	0	1	0	0	0	10	0
Curitiba	28	3	75	6	17	1	2	0	122	10
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
Mandrituba	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pinhais	3	2	1	0	0	0	0	0	4	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	13	1	0	0	0	0	19	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
Jaguariaíva	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	4	0	0	0	2	0	9	1
Imbituva	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Irati	3	1	2	0	0	0	0	0	5	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	1	0	3	1	0	0	3	0	7	1
São Mateus do Sul	1	0	3	1	0	0	2	0	6	1
União da Vitória	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
7. Reg. Saúde Pato Branco	0	0	10	1	0	0	0	0	10	1
Coronel Vivida	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Palmas	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pato Branco	0	0	6	0	0	0	0	0	6	0
8. Reg. Saúde Francisco Beltrão	24	4	5	1	0	0	1	0	30	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
Marmeleiro	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Pérola d'Oeste	1	0	0	0	0	0	0	0	1	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
Santa Izabel d'Oeste	12	1	0	0	0	0	1	0	13	1
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	11	2	14	5	1	0	4	0	30	7
Foz do Iguaçu	11	2	11	3	1	0	4	0	27	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	7	1	0	0	1	0	14	2
Cascavel	6	1	7	1	0	0	1	0	14	2
11. Reg. Saúde Campo Mourão	7	1	4	0	0	0	0	0	11	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

RS/Município de Residência	Influenza A(H1N1)pdm09		Influenza A(H3) Sazonal		Influenza A não subtípado		Influenza B		Total Influenza	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
12. Reg. Saúde Umuarama	3	1	4	1	0	0	0	0	7	2
Cafezal 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
Umuarama	2	0	2	0	0	0	0	0	4	0
13. Reg. Saúde Cianorte	7	0	4	0	0	0	0	0	11	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	0	0	0	0	0	0	1	0
15. Reg. Saúde Maringá	18	7	10	2	7	0	0	0	35	9
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	11	3	6	0	6	0	0	0	23	3
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	1	1	2	0	2	0	0	0	5	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
Jandaia do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Mariândia do Sul	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
17. Reg. Saúde Londrina	19	0	11	5	4	1	2	0	36	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
Ibiporá	0	0	1	1	0	0	1	0	2	1
Jaguapitã	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Londrina	11	2	9	4	2	1	1	0	23	7
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 Comélio Procópio	5	0	6	0	1	0	0	0	12	0
Abatiá	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Andará	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Bandeirantes	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0
Comélio Procópio	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	7	0	0	0	1	0	12	1
Jacarezinho	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0
Joaquim Távora	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santo Antônio da Platina	3	1	5	0	0	0	0	0	8	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	157	29	224	29	34	2	17	0	432	60

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/07/2018, dados sujeitos a alterações.

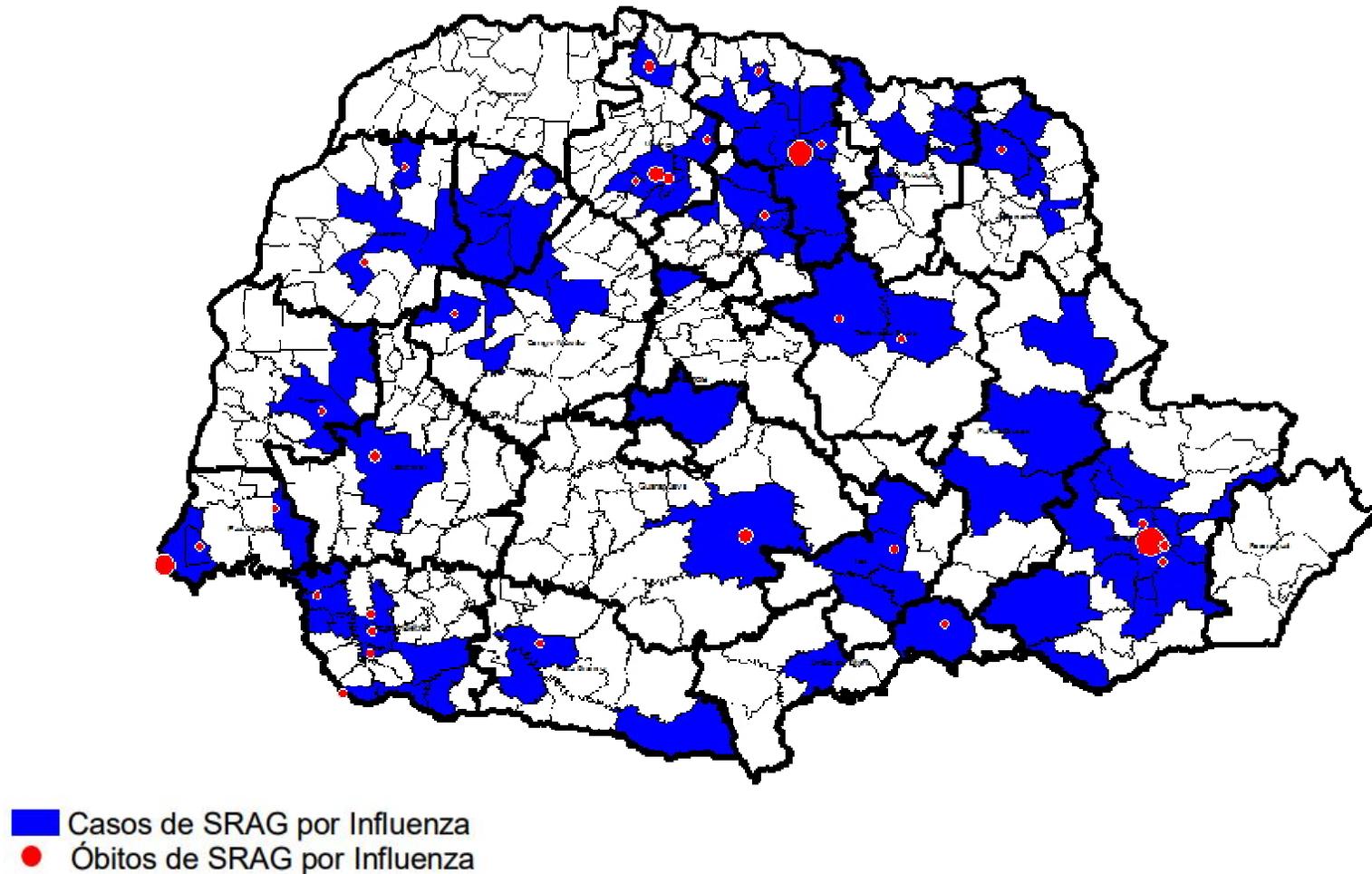
INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/07/2018

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 16/07/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/07/2018

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 52,3% (226/432) dos casos e o gênero masculino 47,7% (206/432) (Gráfico 2). E nos óbitos de SRAG por Influenza, o gênero feminino apresentou 23,3% (14/60) dos casos e o gênero masculino 76,7% (46/60) (Gráfico 3).

A faixa etária mais acometida referente aos casos e óbitos de SRAG por Influenza foi dos ≥ 60 anos, com 28,2% (122/432) e 56,7% (34/60) 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 35 anos, variando 0 a 107 anos.

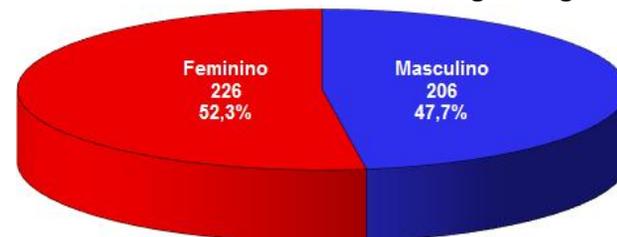
Entre os óbitos por Influenza, a mediana de idade no Paraná foi de 63 anos, variando de 0 a 97 anos e no Brasil a mediana foi de 56 anos, variando de 0 a 107 anos.

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	25	15,9	55	24,6	8	23,5	4	23,5	92	21,3
5 a 9 anos	8	5,1	28	12,5	2	5,9	0	0,0	38	8,8
10 a 19 anos	10	6,4	16	7,1	0	0,0	2	11,8	28	6,5
20 a 29 anos	13	8,3	25	11,2	4	11,8	1	5,9	43	10
30 a 39 anos	16	10,2	15	6,7	4	11,8	4	23,5	39	9,0
40 a 49 anos	15	9,6	7	3,1	0	0,0	3	17,6	25	5,8
50 a 59 anos	33	21,0	8	3,6	3	8,8	1	5,9	45	10,4
≥ 60 anos	37	23,6	70	31,3	13	38,2	2	11,8	122	28,2
TOTAL	157	100	224	100	34	100	17	100	432	100

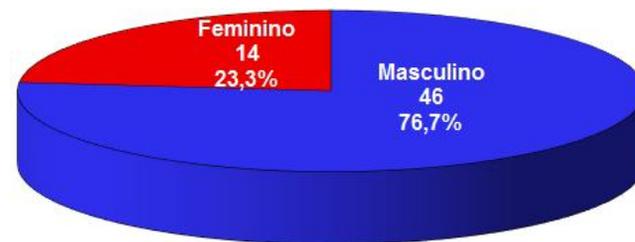
Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/07/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/07/2018, dados sujeitos a alterações.

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



Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/07/2018, 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	6,9	0	0,0	0	0,0	2	3,3
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	6,9	0	0,0	0	0,0	2	3,3
20 a 29 anos	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
30 a 39 anos	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0	1	1,7
40 a 49 anos	4	13,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	6,7
50 a 59 anos	15	51,7	0	0,0	1	50,0	0	0,0	16	26,7
≥ 60 anos	9	31,0	24	82,8	1	50,0	0	0,0	34	56,7
TOTAL	29	100,0	29	100,0	2	100,0	0	0	60	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/07/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

Os casos de SRAG por Influenza no Paraná, 71,1% (307/432) 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 76,7% (46/60) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação e 21,7% (13/60) eram vacinados (Tabela 6) e, no Brasil 74,0% (621/839) 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=432)

	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	307	71,1	107	34,9
Adultos ≥ 60 anos	122	28,2	51	41,8
Crianças < 5 anos	92	21,3	20	21,7
Pneumopatias crônicas	85	19,7	41	48,2
Doença cardiovascular crônica	71	16,4	32	45,1
Gestantes	39	9,0	16	41,0
Diabetes mellitus	33	7,6	17	51,5
Doença neurológica crônica	23	5,3	9	39,1
Imunodeficiência/Imunodepressão	19	4,4	6	31,6
Doença renal crônica	17	3,9	8	47,1
Obesidade	12	2,8	6	50,0
Doença hepática crônica	3	0,7	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	2	0,5	0	0,0
Síndrome de Down	1	0,2	1	100,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	300	69,4		
Vacinados	126	29,2		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/07/2018, dados sujeitos a alterações.

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

No Paraná dos 71,7% (43/60) 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 839 indivíduos que foram a óbito por Influenza, 646 (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=60)

	n	%	Vacinados	% vacinados
Com Fatores de Risco	46	76,7	13	28,3
Adultos ≥ 60 anos	34	56,7	11	32,4
Doença cardiovascular crônica	25	41,7	7	28,0
Pneumopatias crônicas	20	33,3	7	35,0
Diabetes mellitus	12	20,0	5	41,7
Doença renal crônica	9	15,0	4	44,4
Doença neurológica crônica	8	13,3	5	62,5
Obesidade	6	10,0	2	33,3
Doença hepática crônica	3	5,0	0	0,0
Crianças < 5 anos	2	3,3	0	0,0
Imunodeficiência/Imunodepressão	2	3,3	0	0,0
Gestantes	0	0,0	0	0,0
Indígenas	0	0,0	0	0,0
Puerpério (até 42 dias do parto)	0	0,0	0	0,0
Síndrome de Down	0	0,0	0	0,0
Que utilizaram antiviral	43	71,7		
Vacinados	13	21,7		

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/07/2018, dados sujeitos a alterações.

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

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

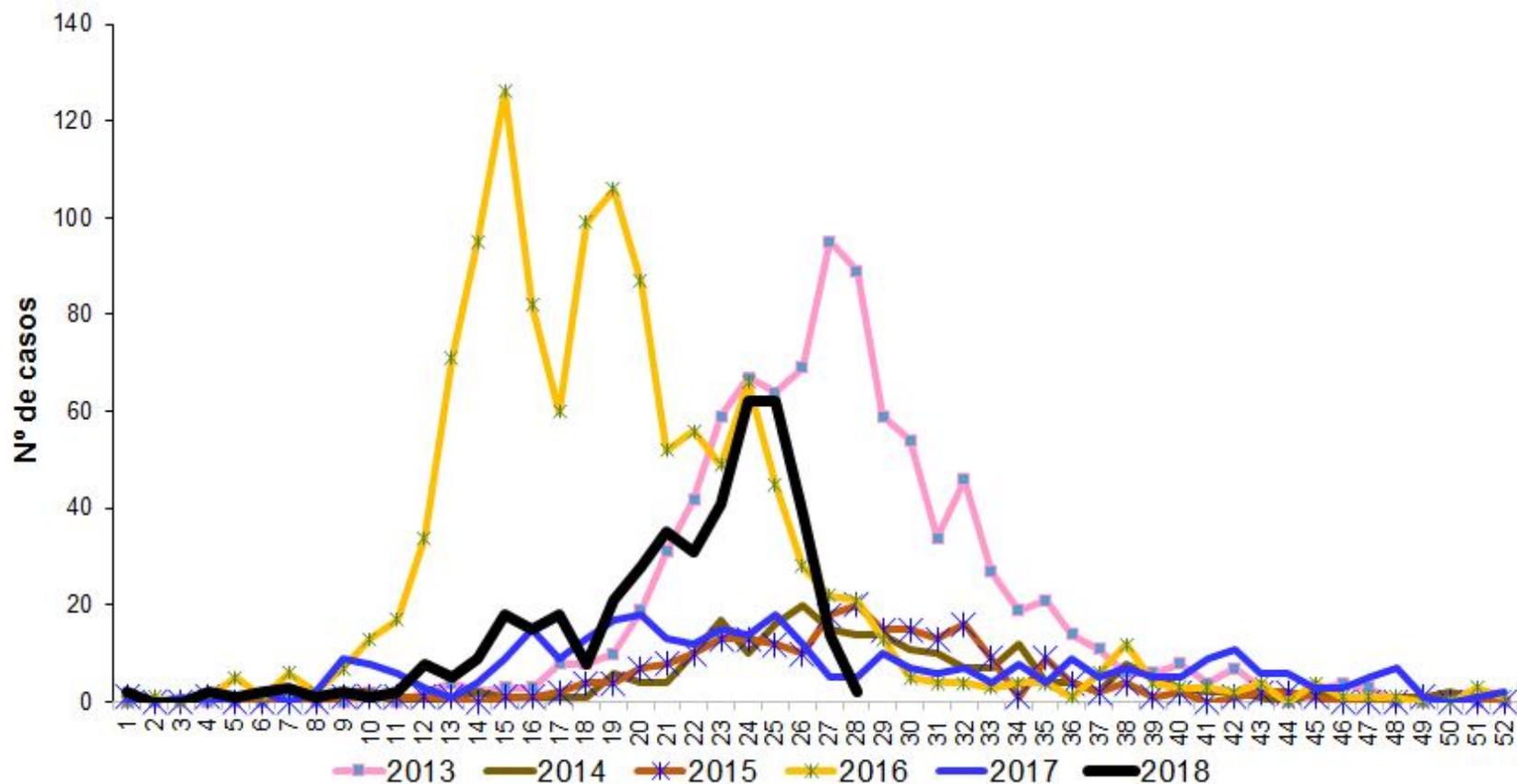
Data da informação: 16/07/2018

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 16/07/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/07/2018

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% (1.087/1223) 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 51,9% (224/432) dos casos e, ocorrência de 48,3% (29/60) dos óbitos por Influenza A(H1N1)pdm09(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 28 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 2.974 amostras (tabela 8), com processamento laboratorial de 2.764 amostras.

Das amostras processadas, 48,0% (1.326/2.764) tiveram resultados positivos para vírus respiratórios, das quais 490 (17,7%) foram positivas para Influenza e 835 (30,2%) para outros vírus respiratórios. Dentre as amostras positivas para Influenza, 134 (27,3%) foram decorrentes de Influenza A(H1N1)pdm09, 262 (53,5%) de Influenza A(H3) Sazonal, 22 (4,5%) de Influenza A (não subtipado) e 72 (14,7%) de Influenza B. Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de 432 (51,7%) 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	157	29
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	224	29
Influenza A não subtipado	3	0	1	0	0	0	55	14	0	0	34	2
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	432	60

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/07/2018, 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	12	9,0	19	7,3	5	23,8	1	1,4	37	7,6	418	14,1
5 a 9 anos	14	10,4	16	6,1	4	19,0	5	6,9	39	8,0	148	5,0
10 a 19 anos	16	11,9	60	22,9	2	9,5	18	25,0	96	19,6	424	14,3
20 a 29 anos	30	22,4	59	22,5	3	14,3	17	23,6	109	22,3	639	21,5
30 a 39 anos	22	16,4	46	17,6	1	4,8	12	16,7	81	16,6	443	14,9
40 a 49 anos	14	10,4	24	9,2	2	9,5	10	13,9	50	10,2	305	10,3
50 a 59 anos	12	9,0	15	5,7	3	14,3	5	6,9	35	7,2	257	8,6
≥ 60 anos	14	10,4	23	8,8	1	4,8	4	5,6	42	8,6	340	11,4
TOTAL	134	100,0	262	100	21	100,0	72	100	489	100	2.974	100

Fonte: SINAN Influenza Web. Atualizado em 16/07/2018, dados sujeitos a alterações.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/07/2018

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: 16/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

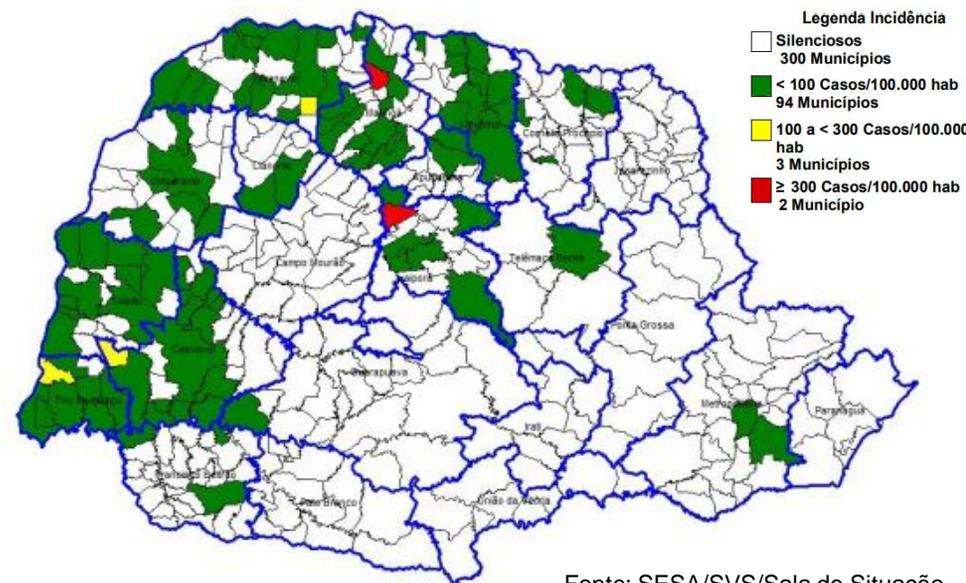
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divulgou a situação da dengue com dados do novo período de acompanhamento epidemiológico, desde a semana epidemiológica 31/2017 (primeira semana de agosto) a 28/2018.

Foram notificados no referido período 21.310 casos suspeitos de dengue, dos quais 17.222 foram descartados. Os demais estão em investigação.

A incidência no Estado é de 7,98 casos por 100.000 hab. (891/11.163.018 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 (3.664), Maringá (2.260) e Foz do Iguaçu (2.043). Os municípios com maior número de casos confirmados são: Maringá(154), Foz do Iguaçu (133) e São João do Ivaí (133).

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2017 a 28/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE – PARANÁ SE 31/2017 A 28/2018*	PERÍODO 2017/2018
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	320
REGIONAIS COM NOTIFICAÇÃO	22
MUNICÍPIOS COM CASOS CONFIRMADOS	103
REGIONAIS COM CASOS CONFIRMADOS	14
MUNICÍPIOS COM CASOS AUTÓCTONES	99
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	961
TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES	891
TOTAL DE CASOS IMPORTADOS	70
TOTAL DE NOTIFICADOS	21.310

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2017 a 28/2018.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clínico-epidemiológico (%)	
Dengue	822 (85,5%)	139 (14,5%)	961
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	21	-	21
Dengue Grave (D G)	06	-	06
Descartados	-	-	17.222
Em andamento/investigação	-	-	3.100
Total	849 (4,0%)	139 (0,7%)	21.310

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

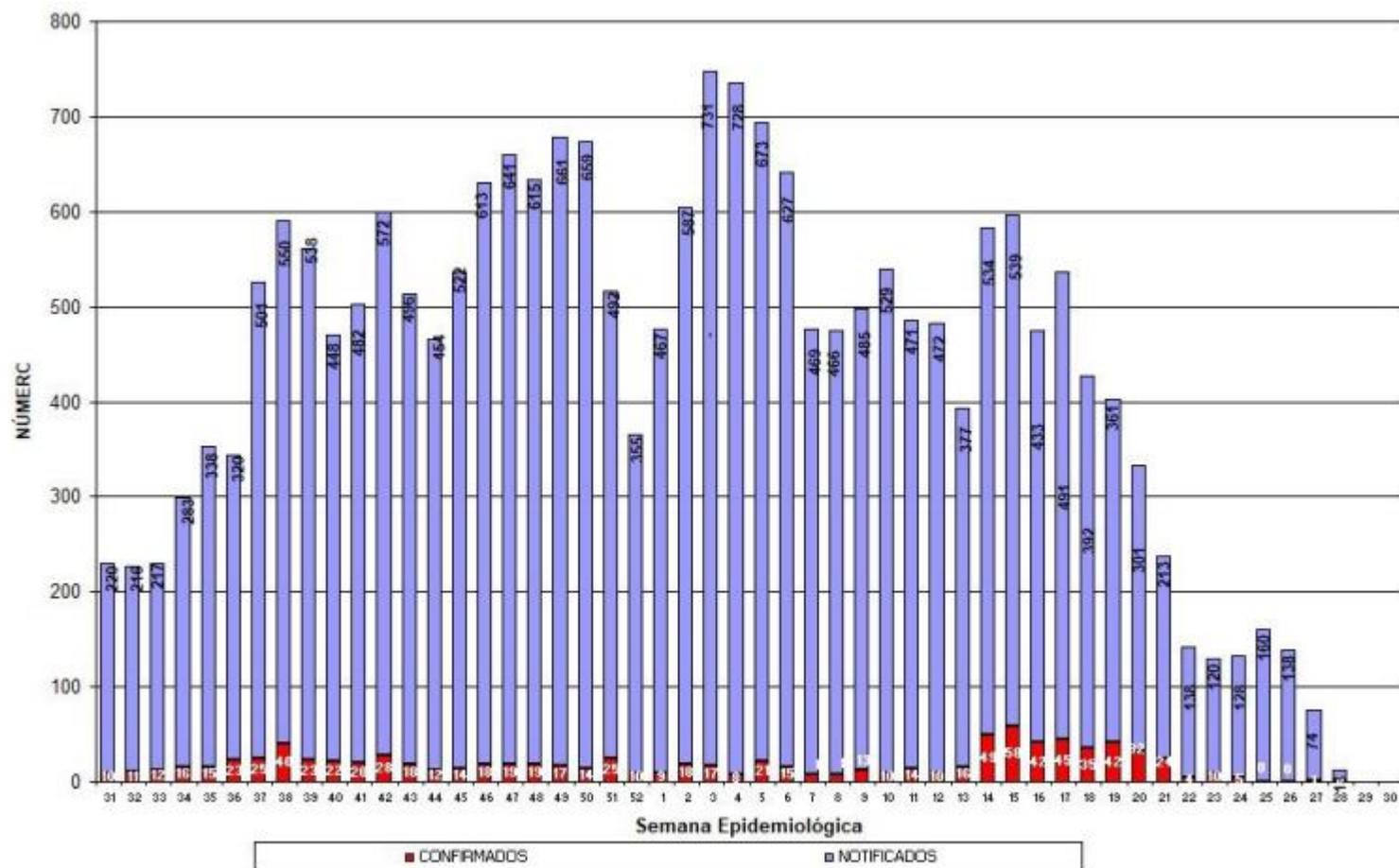
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/07/2018

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 28/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

DENGUE

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/07/2018

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

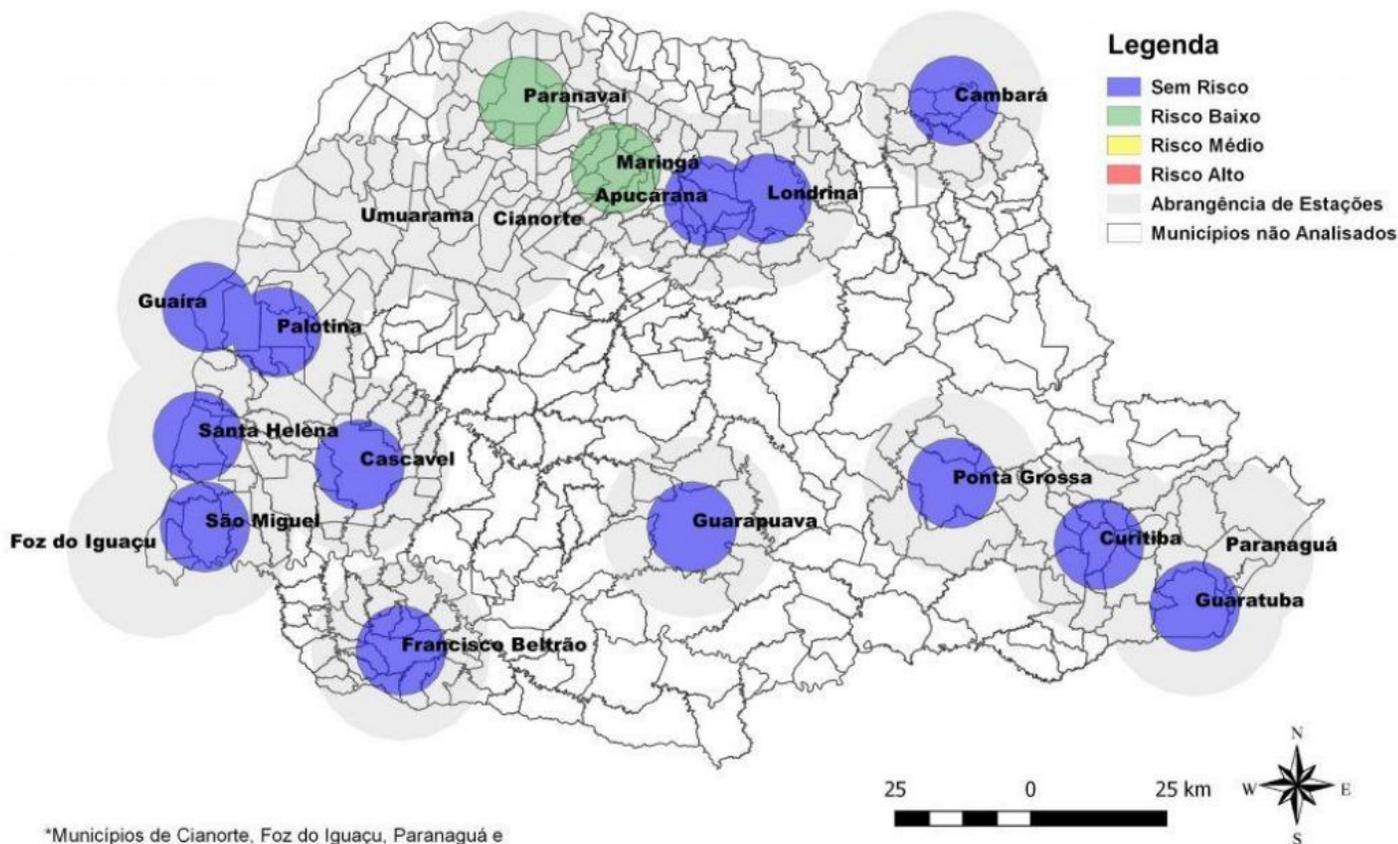
Risco climático para desenvolvimento de criadouros por Estações Meteorológicas. Paraná, 2018.

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

Das 19 estações meteorológicas analisadas na **Semana Epidemiológica 28/2018** 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: 16/07/2018

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 28/2018*

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	169	17	186	2.605	19	5	2	41,64
10ª RS - Cascavel	540.131	87	7	94	1.013	0	0	0	16,11
11ª RS - Campo Mourão	340.320	0	0	0	696	0	0	0	-
12ª RS - Umuarama	277.040	7	0	7	489	0	0	0	2,53
13ª RS - Cianorte	154.374	5	0	5	276	0	0	0	3,24
14ª RS - Paranavaí	274.257	65	1	66	1.245	0	0	0	23,70
15ª RS - Maringá	799.890	242	1	243	3.090	0	0	0	30,25
16ª RS - Apucarana	372.823	14	3	17	525	0	0	0	3,76
17ª RS - Londrina	935.904	114	0	114	6.139	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	2	57	769	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	891	70	961	21.310	21	6	2	7,98

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

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

DENGUE

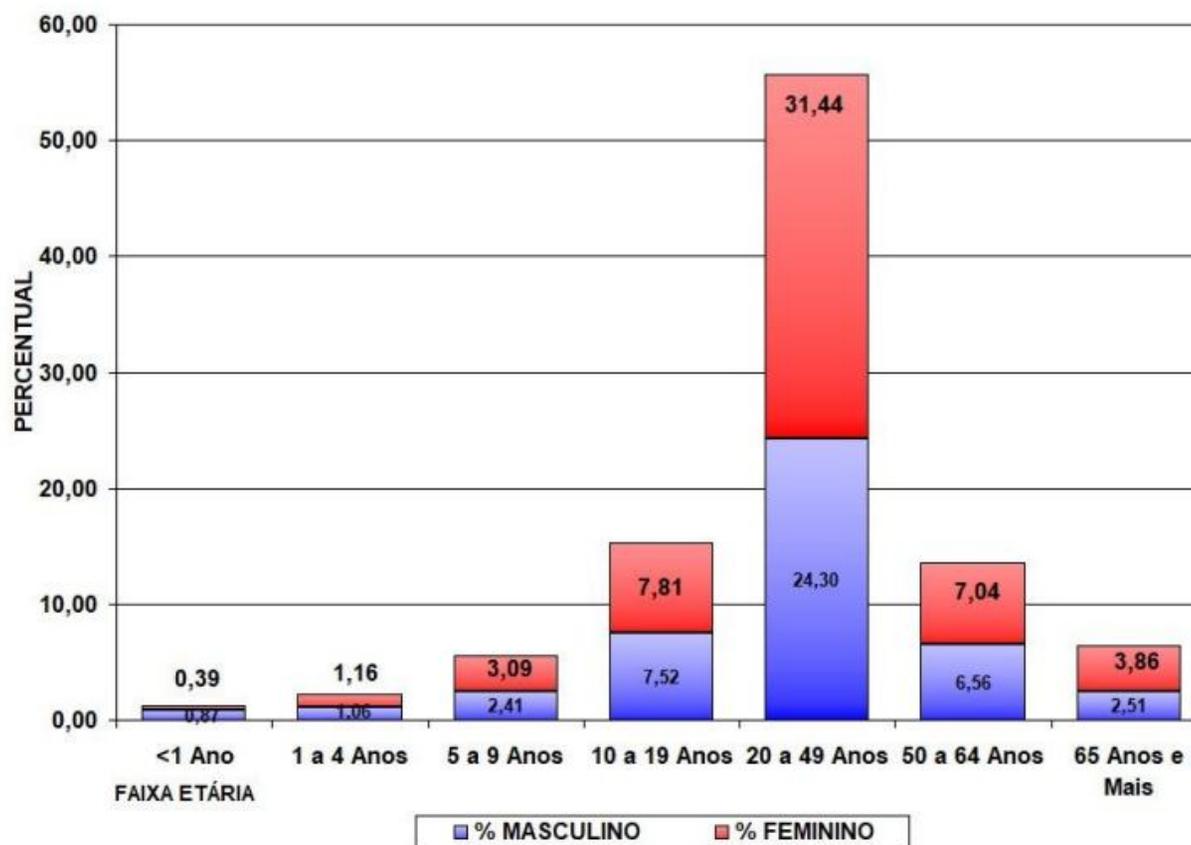
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 16/07/2018

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

Quanto à distribuição etária dos casos confirmados, 55,74% concentraram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida pelas faixas etárias de 10 a 19 anos com 15,33% dos casos.

Distribuição proporcional de casos confirmados de dengue por faixa etária e sexo, semana epidemiológica de início dos sintomas 31/2017 a 28/2018, Paraná – 2017/2018.



Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação



EVENTOS NACIONAIS

Semana Epidemiológica 29/2018

(15/07/2018 a 21/07/2018)

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

ANVISA

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 19/07/2018

Fonte da informação: Agência Nacional da Vigilância Sanitária

COMENTÁRIOS:

A Anvisa proibiu, na quinta-feira (19/7), a fabricação e comercialização do cosmético **The First Shampoo 2.0 Sweet Profissional**. O produto, fabricado pela empresa **Titânia Indústria de Cosméticos Ltda EPP**, não possui registro ou notificação na Anvisa.

A falta de registro na Agência também motivou a proibição da fabricação e comercialização do **Shampoo Erva Doce Álcool**, 5L; do **Condicionador Ecco**, 5L, e do **Sabonete Líquido Erva Doce**, 5 L. Os produtos são fabricados por **Ecco Brasil Ecological Cosmetics Ltda**.

Em ambos os casos, as empresas deverão promover o recolhimento do estoque existente no mercado.



Fonte: google.com.br



Fonte: google.com.br

MALÁRIA

Local de ocorrência: Amazonas

Data da informação: 20/07/2018

Fonte da informação: acritica.com (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

O Governo Federal publicou, no Diário Oficial da União de sexta-feira (20/07), a Portaria Nº 196/2018, por meio da qual reconhece a situação de emergência decretada pelo Governo do Amazonas nos municípios de São Gabriel da Cachoeira, Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro, no Alto Rio Negro. Os três municípios são responsáveis por 39,7% dos casos de malária no interior.

A doença, que voltou a crescer no Amazonas a partir de 2017, tem 36.099 registros de janeiro a junho deste ano, dos quais São Gabriel da Cachoeira lidera com 8.626 casos, seguido por Manaus (4.207), Barcelos (2.378) e Santa Isabel do Rio Negro (1.665).

O secretário estadual de Saúde, Francisco Deodato, destaca que o reconhecimento de situação de emergência, por parte do Governo Federal, ajuda o Estado e os municípios no combate e controle da doença. “O decreto federal respalda a decisão que foi tomada pelos governos Estadual e municipal, no Caso de São Gabriel da Cachoeira, que reconheceram a situação de emergência em maio e junho respectivamente. É um reconhecimento da seriedade e rigor com que a malária está sendo tratada em termos locais e que pode subsidiar mais aporte financeiro para que os municípios possam manter, de forma contínua, as ações de controle”, afirmou.

Segundo Deodato, além da dificuldade de recursos dos municípios, é preciso levar em conta as condições naturais de distância e limitação de acesso às localidades, o que onera ainda mais o trabalho de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da doença. “Essa sintonia entre as três esferas é o que está permitindo o enfrentamento da malária, que voltou a crescer no Brasil, onde nove estados registram casos, e que sofre influência da migração, principalmente, o deslocamento de venezuelanos na fronteira com Roraima e Amazonas”, explicou.

Como resultado do decreto estadual, a Fundação de Vigilância em Saúde (FVS) realizou compra emergencial de 20 mil mosquiteiros impregnados e aguarda a entrega pelo fornecedor para enviar aos três municípios. Os recursos usados na ação são de fonte federal. O Ministério da Saúde reforçou aporte financeiro para o Estado e 16 municípios onde há casos da doença.

O chefe do Departamento de Vigilância Ambiental da FVS, Cristiano Fernandes, ressalta que, desde maio, as ações de combate e controle à malária se intensificaram na região do Alto Rio Negro, quando foi instalada uma Sala de Situação, coordenada pela fundação, junto com a Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira. Ele conta que foi criada uma força tarefa, incluindo vários parceiros, como o Exército e o Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de São Gabriel da Cachoeira.

Dentre as medidas realizadas na região, estão a contratação de pessoal pelos municípios e a capacitação e treinamento pela FVS dos técnicos da rede municipal de saúde (agentes de saúde, de endemia e de saúde indígena), para atuar na busca ativa de casos, diagnóstico e tratamento. Também foram disponibilizados insumos para algumas localidades, dentre os quais, mosquiteiros, repelentes, além de reorganizar a rede de diagnóstico de malária nos municípios. Em áreas remotas, os agentes trabalham com o teste rápido da malária e a reposição dos estoques de medicamentos.

Para o controle vetorial, foram encaminhados Veículos UVB (Ultra Baixo Volume) destinados à aplicação de inseticida nas áreas com concentração do anofelino adulto, o mosquito transmissor da malária. “É um veículo usado no combate ao mosquito da dengue (*Aedes aegypti*), mas que tem se mostrado eficiente contra o anofelino, por garantir a cobertura de uma área bem maior”, justificou Cristiano Fernandes. Segundo ele, também foram enviados aos municípios termonebulizadores, usados na borrifação complementar intradomiciliar.

Uma das preocupações, segundo Cristiano Fernandes, é o crescimento na região do Alto Rio Negro da malária tipo falcíparum, a forma letal da doença. São Gabriel da Cachoeira, Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro, juntos, representam 70% dos casos de malária transmitida por falcíparum no Estado.

FEBRE MACULOSA

Local de ocorrência: São Paulo

Data da informação: 21/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

A Prefeitura de Sorocaba (SP) confirmou, no sábado (21/07), a primeira morte do ano causada pela febre maculosa na cidade. A doença é transmitida pelo carrapato-estrela.

Segundo a prefeitura, a vítima é um idoso de 77 anos, que contraiu a doença em Jumirim (SP) e morreu em junho.

Até o momento, a Secretaria de Saúde de Sorocaba foi notificada sobre 15 casos suspeitos da febre. Além da morte do idoso, um ainda está em investigação e 13 casos foram descartados após a realização de exames.

Em nota, a prefeitura informou que todas as unidades de saúde do município têm ciência da definição do caso suspeito e notificam a prefeitura sobre a investigação de todos os pacientes.

Neste ano, foram 15 casos confirmados no Estado de São Paulo e houve, pelo menos, sete mortes.

Em 2017, foram registrados 65 casos da doença no Estado. Deste número, 32 pessoas morreram. Na época, Jundiaí, Porto Feliz e Salto confirmaram um caso da febre e uma morte. Mairinque também teve um caso confirmado, mas o paciente se recuperou.

A febre maculosa é uma doença transmitida por carrapatos que podem parasitar o homem e, quando infectados pela bactéria *Rickettsia rickettsii*, transmitem a doença.

Os sintomas são febre, dor de cabeça, dores musculares (principalmente nas costas e batata da perna), calafrios e manchas vermelhas pelo corpo (inicialmente nas palmas das mãos e plantas dos pés).

Embora não tenham sido identificados casos contraídos na cidade, foi realizado um levantamento das áreas com presença de carrapato-estrela e maior risco de possível transmissão de febre maculosa, que foram sinalizadas com placas educativas para prevenção de parasitismo por carrapato.

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 espremê-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!

SARAMPO

Local de ocorrência: Nacional

Data da informação: 18/07/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

Comentários:

O Ministério da Saúde atualizou na quarta-feira (18/07) as informações repassadas pelas secretarias estaduais de saúde sobre a situação do sarampo no país. Atualmente, o país enfrenta dois surtos de sarampo, em Roraima e Amazonas. No entanto, os surtos estão relacionados à importação. Isso ficou comprovado pelo genótipo do vírus (D8) que foi identificado, que é o mesmo que circula na Venezuela. Até o dia 17 de julho, foram confirmados 444 casos de sarampo no Amazonas, 2.529 permanecem em investigação e 147 foram descartados. O estado de Roraima confirmou 216 casos da doença, 160 continuam em investigação e 38 foram descartados.

Além disso, alguns casos isolados e relacionados à importação foram identificados nos estados de São Paulo (1), Rio Grande do Sul (8); e Rondônia (1). Até o momento, o Rio de Janeiro informou ao Ministério da Saúde, oficialmente, 7 casos confirmados. O Ministério da Saúde permanece acompanhando a situação e prestando o apoio necessário ao Estado. Cabe esclarecer que as medidas de bloqueio de vacinação, mesmo em casos suspeitos, estão sendo realizadas em todos os estados.

O Ministério da Saúde oferta gratuitamente para todos os estados do país as vacinas tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) e a tetra viral (sarampo, rubéola, caxumba e varicela). As vacinas fazem parte do Calendário Nacional de Vacinação e estão disponíveis ao longo de todo o ano nos postos de saúde em todo o país.

É importante ressaltar que não há necessidade de corrida aos postos de saúde, já que as ações para controle do surto da doença, como bloqueio vacinal, nas localidades acometidas por casos de sarampo estão sendo realizadas com rigor. Neste momento, o Ministério da Saúde está intensificando a vacinação das crianças, público mais suscetível à doença. Entretanto, adultos não vacinados devem receber a vacina prioritariamente em locais onde há surto da doença, como em Roraima e Manaus (AM). Pessoas que já completaram o esquema, conforme preconizado para sua faixa etária, não precisam novamente receber a vacina.

Será realizada entre 6 e 31 de agosto, sendo o dia D no sábado, 18 de agosto. O público-alvo desta estratégia são as crianças de 1 ano a menores de 5 anos.

TRATAMENTO E PREVENÇÃO

Para entender a doença

SINTOMAS



- **Conjuntivite,** tosse ou coriza
- **Manchas esbranquiçadas** na parte interna das bochechas
- **Febre**
- **Manchas vermelhas na pele,** que aparecem do tórax para baixo

SAIBA MAIS

Como se pega o sarampo?
A doença se dissemina de forma similar à gripe, por vias respiratórias, através de um espirro, tosse, beijo e também pelas mãos.

Quais os riscos para quem contrai?
Em caso de suspeita, a pessoa precisa procurar uma unidade de saúde. Ela não deve usar medicamentos por conta própria. Na maioria dos casos, o paciente fica em casa. Mas quadros graves ocorrem e a doença pode inclusive levar à morte.

Como se proteger?
A única maneira eficaz é através da vacina.

Quem já teve sarampo precisa se vacinar?
Não. Quem tem certeza que teve a doença não precisa. O sarampo não ocorre duas vezes.

Quem não se lembra ou não sabe se foi vacinado precisa se vacinar?
Quem não tem certeza, mesmo que ache que já tenha se vacinado, deve se vacinar.

Sarampo é uma doença viral aguda, com elevada transmissibilidade e que pode acometer pessoas de qualquer idade não vacinadas

H1N1

Local de ocorrência: São Paulo

Data da informação: 24/07/2018

Fonte da informação: saude.estadao.com.br (fonte informal)

Comentários:

Com o avanço do vírus H1N1, o número de mortes por gripe neste ano no Brasil quase triplicou em relação ao mesmo período do ano passado. São 839 vítimas, segundo dados do Ministério da Saúde, até 14 de julho. Considerado mais agressivo, o tipo H1N1 do vírus é o que mais circula no País. O total de óbitos já é 68% maior do que o relatado em todo o ano de 2017.

O número de registro de casos de gripe também aumentou: houve alta de 162% ante o mesmo período do ano passado. De acordo com especialistas, também é comum haver subnotificação de ocorrências menos graves.

Coordenador de Controle de Doenças da Secretaria da Saúde de São Paulo, o infectologista Marcos Boulos explica que o tipo de vírus em circulação no País hoje é mais agressivo em relação ao que circulou há um ano. “O H1N1 é mais agressivo. Mata em todas as idades e o H3N2 (outro tipo de vírus) pega mais em idosos”, diz.

O Estado é o mais afetado. Segundo o ministério, são 1.702 casos dos 4.680 de todo o País. E quase 40% das mortes por gripe no Brasil foram registradas em São Paulo (320). Nem todos óbitos são de pacientes com pelo menos um fator de risco (como gravidez, diabete e velhice). Do total de mortos, um em cada quatro não se encaixa nesses grupos mais vulneráveis.

Para Boulos, é possível que a transmissão tenha queda com a diminuição do frio. “Mas ainda não começou a cair. Temos níveis altos de transmissão.” Só na capital, houve, segundo a Prefeitura, 59 mortes até terça-feira da semana passada (42 delas por H1n1) – ante 22 no mesmo período de 2017. A situação também preocupa no interior.

Na cidade, diz a prefeitura, são 27 casos este ano – a maior parte por H1N1. Das dez mortes, 9 foram por esse subtipo.

Altamente contagiosa, a gripe pode ser prevenida com a vacina. As doses disponíveis na rede pública protegem contra os três subtipos do vírus (H1N1,

H3N2 e influenza B). O País conseguiu bater a meta de vacinar 90% do público-alvo este ano, após duas prorrogações da campanha. Mas a cobertura vacinal não é homogênea. O Centro-Oeste e o Nordeste foram as únicas regiões a atingir a meta. Norte, Sudeste e Sul tiveram as menores coberturas, 86,6%, 86,9% e 88,6%, respectivamente.

O público das gestantes e das crianças entre 9 meses e 5 anos é o que mais preocupa. Entre as grávidas do Estado, a cobertura é de só 70%. Já entre as crianças, é de 79%, ainda assim abaixo da meta. Na capital paulista, a cobertura é ainda menor: 54,8% entre as gestantes e 58,4% entre as crianças. No País, esses mesmos grupos não atingiram o objetivo de proteção.

O Ministério da Saúde informou que não estuda retomar vacinação. A pasta ainda disse ter aplicado, para o público-alvo, 52 milhões de doses. Para outros grupos, foi aplicado 2,6 milhões de doses.

Para Paulo Olzon, infectologista da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), a campanha antivacinação atrapalha. “Tem muita fake news falando de efeitos nocivos da vacina. Tem uma série de desserviços.”

“Muitos acreditam que, após tomar vacina, desenvolvem a gripe. Não tem nada a ver”, diz Zarifa Khoury, da Sociedade Brasileira de Infectologia. Na rede pública, a vacina é aplicada para o público prioritário e foi estendida, em algumas cidades, para crianças entre 5 e 9 anos e adultos entre 50 e 59 anos.

A procura por vacinas em clínicas particulares aumentou cerca 20% em 2018, em relação ao ano anterior, estima Geraldo Barbosa, presidente da Associação Brasileira de Clínicas de Vacinas. “Ano a ano, o público adulto, que não é muito sensibilizado pelos médicos para tomar a vacina, está fazendo essa busca espontânea. Esse grupo é o que não está (como alvo) nas campanhas.” Na rede privada, diz ele, o imunizante custa entre R\$ 80 e R\$ 140.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 16/07/2018

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 28 de 2018, ou seja, casos com início de sintomas de 31/12/2017 a 14/07/2018.

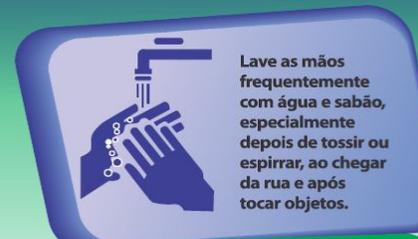
A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados cadastrados e provenientes de unidades sentinelas foi de 29,8% (2.847/9.541) para SG e de 41,8% (639/1.530) para SRAG em UTI.

Foram confirmados para Influenza 27,3% (4.680/17.173) do total de amostras com classificação final de casos de SRAG notificados na vigilância universal, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 29,2% (839/2.875) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1)pdm09.

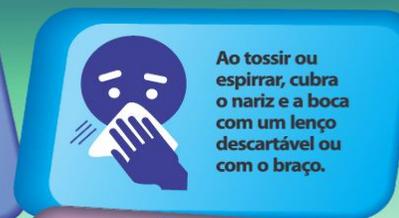
Saiba como se prevenir da Gripe

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:



Lave as mãos frequentemente com água e sabão, especialmente depois de tossir ou espirrar, ao chegar da rua e após tocar objetos.



Ao tossir ou espirrar, cubra o nariz e a boca com um lenço descartável ou com o braço.



Não compartilhe alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal.



Não use medicamentos sem orientação médica. A automedicação pode ser prejudicial à saúde.



Quem estiver com qualquer gripe deve evitar ambientes fechados e com aglomeração de pessoas.



Limpe as superfícies com álcool 70°



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: 16/07/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

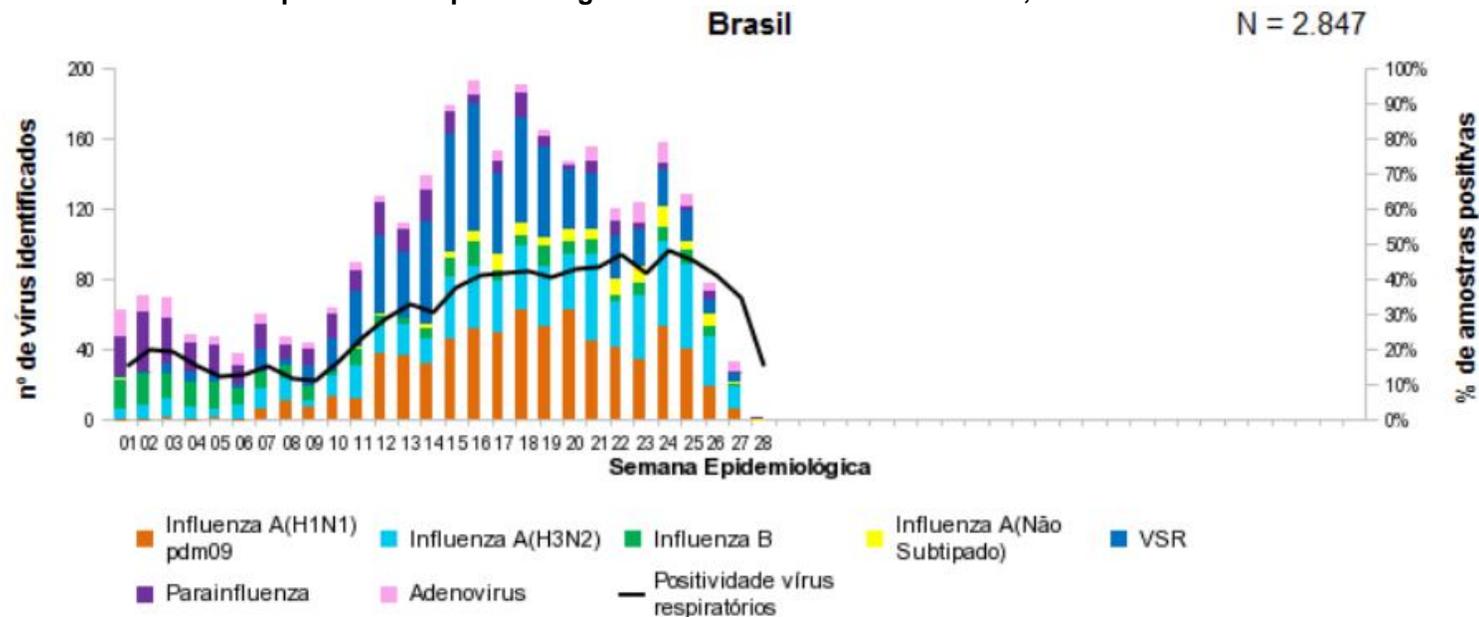
VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME GRIPAL

Até a SE 28 de 2018 as unidades sentinelas de SG coletaram 11.847 amostras – é preconizada a coleta de 05 amostras semanais por unidade sentinela. Destas, 9.541 (80,5%) possuem resultados inseridos no sistema e 29,8% (2.847/9.541) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios, das quais 1.662 (58,4%) foram positivos para influenza e 1.185 (41,6%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Dentre as amostras positivas para influenza, 733 (44,1%) foram decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 243 (14,1%) de influenza B, 94 (5,7%) de influenza A não subtipado e 601 (36,2%) de influenza A(H3N2). Entre os outros vírus respiratórios houve predomínio da circulação 701 (59,2%) 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 28.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 16/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 16/07/2018

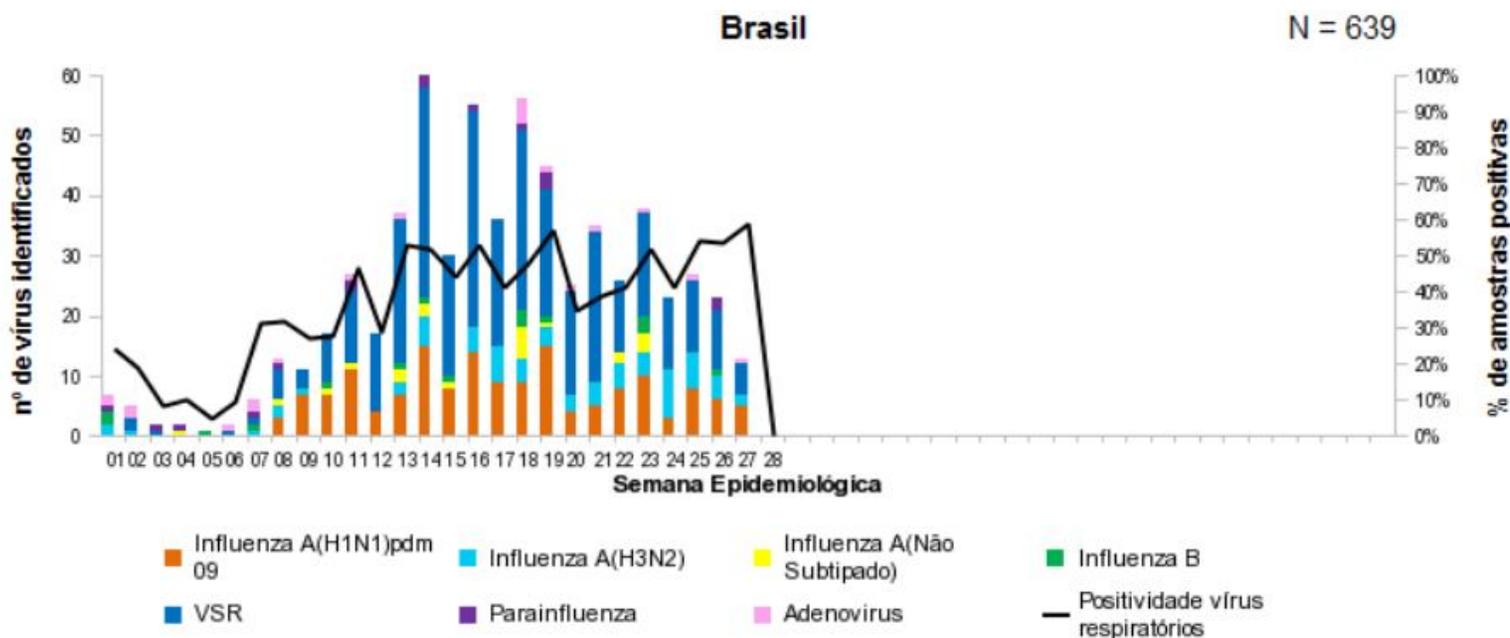
Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA DE INFLUENZA

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UTI

Em relação às amostras coletadas pelas unidades sentinelas de SRAG em UTI, foram feitas 1.940 coletas, sendo 1.530 (78,9%) apresentam seus resultados inseridos no sistema. Dentre estas, 639 (41,8%) tiveram resultado positivo para vírus respiratórios (Influenza, VSR, Parainfluenza e Adenovírus), das quais 260 (40,7%) para influenza e 379 (59,3%) para outros vírus respiratórios (VSR, Parainfluenza e Adenovírus). Das amostras positivas para influenza foram detectados 158 (60,8%) para influenza A(H1N1)pdm09, 20 (7,7%) para influenza A não subtipado, 16 (6,2%) para influenza B e 66 (25,4%) influenza A(H3N2). Entre os outros vírus evidencia-se o predomínio de 343 (90,5%) 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 28.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 16/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

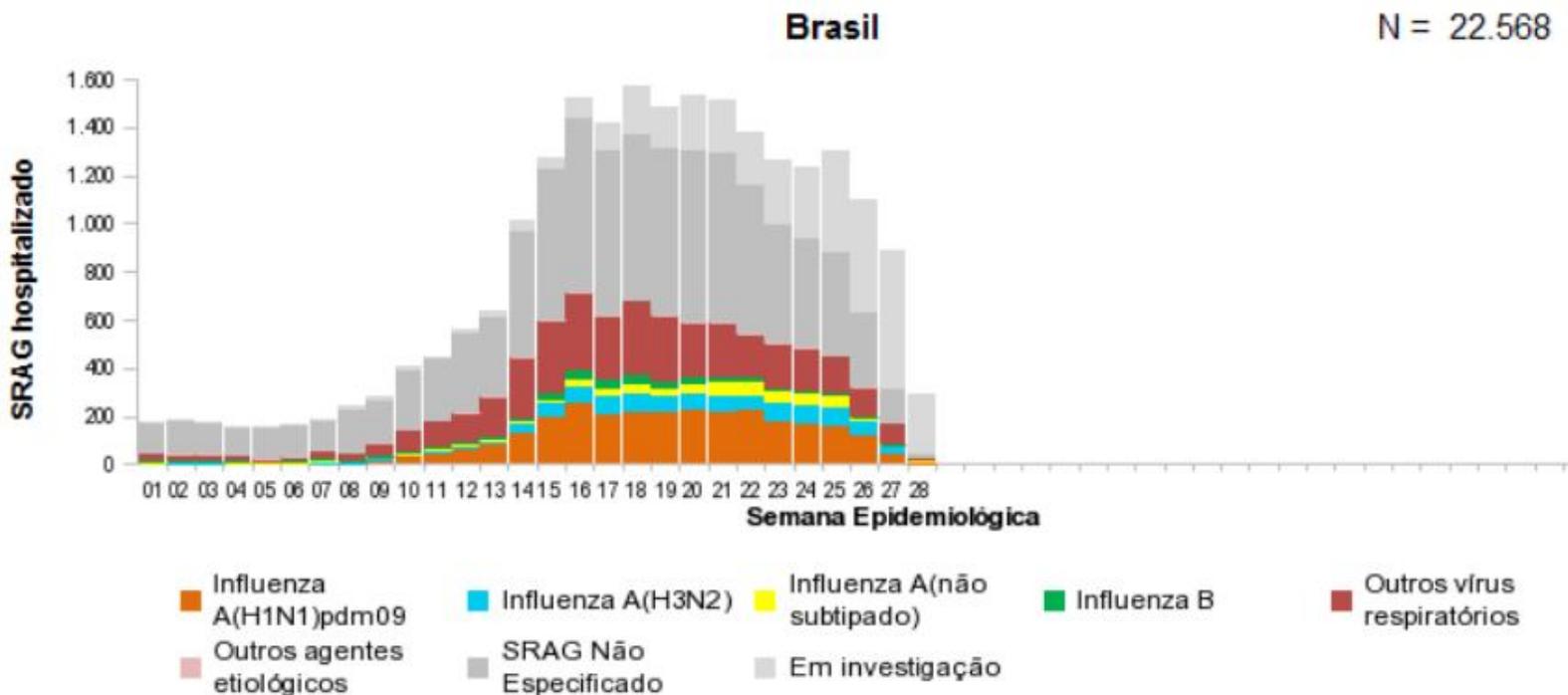
Data da informação: 16/07/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Até a SE 28 de 2018 foram notificados 22.568 casos de SRAG, sendo 17.173 (76,1%) com amostra processada e com resultados inseridos no sistema. Destas, 27,3% (4.680/17.173) foram classificadas como SRAG por influenza e 22,4% (3.866/17.173) como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de influenza 2.813 (60,1%) eram influenza A(H1N1)pdm09, 541 (11,6%) influenza A não subtipado, 335 (7,2%) influenza B e 991 (21,2%) influenza A(H3N2), (Figura 3 e Anexo 2). Os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 35 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 44,5% (2.084/4.680).

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 28.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 16/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

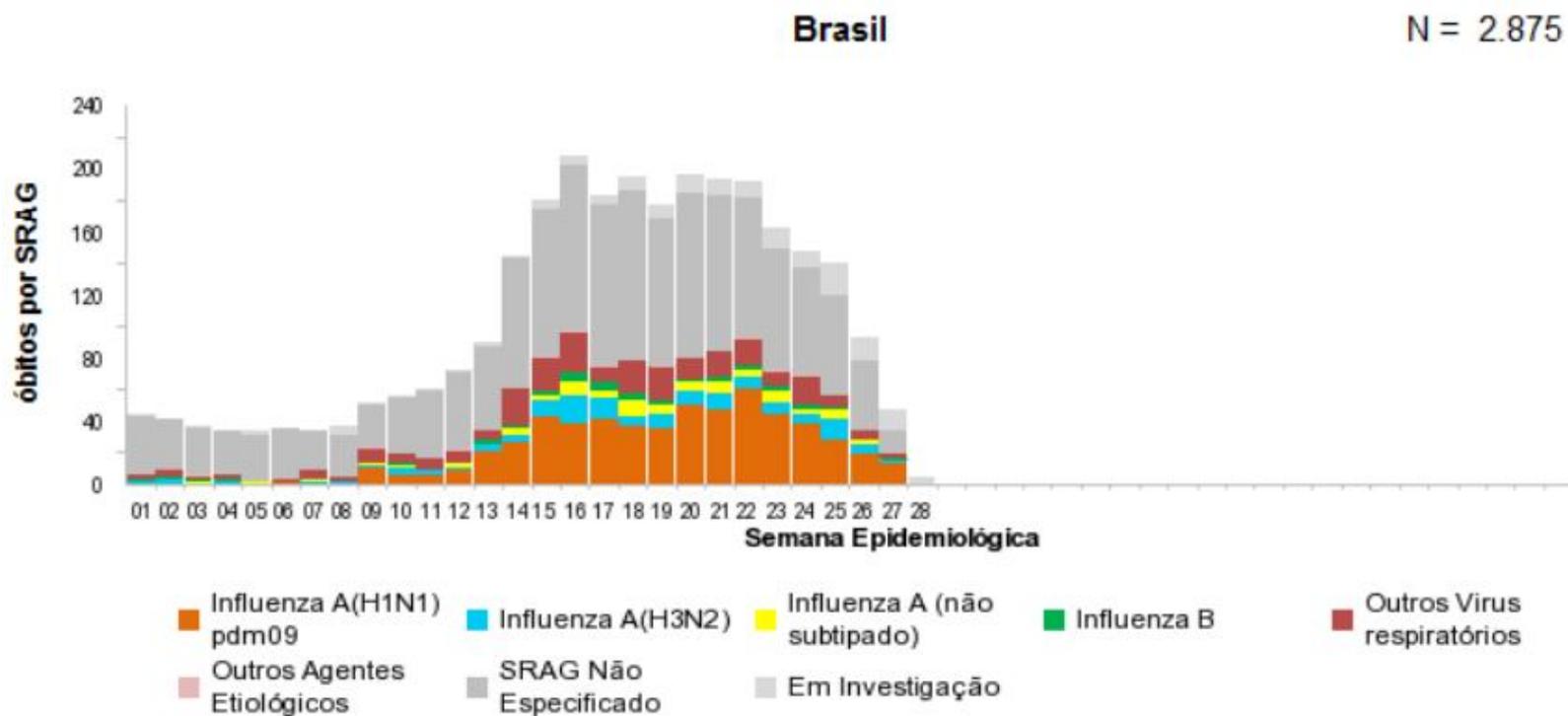
Data da informação: 16/07/2018

Fonte da informação: Ministério da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS

Até a SE 28 de 2018 foram notificados 2.875 óbitos por SRAG, o que corresponde a 12,7% (2.875/22.568) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 839 (29,2%) foram confirmados para vírus influenza, sendo 567 (67,6%) decorrentes de influenza A(H1N1)pdm09, 86 (10,3%) influenza A não subtipado, 46 (5,5%) por influenza B e 140 (16,7%) influenza A(H3N2) (Figura 4 e Anexo 2). O estado com maior número de óbitos por influenza é São Paulo, com 38,1% (320/839), 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 28.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 16/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

Local de ocorrência: Brasil – atualização

Data da informação: 16/07/2018

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 0,40/100.000 habitantes. Dos 839 indivíduos que foram a óbito por influenza, 621 (74,0%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para Adultos \geq 60 anos, cardiopatas, diabetes mellitus e pneumopatas. Além disso, 646 (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.

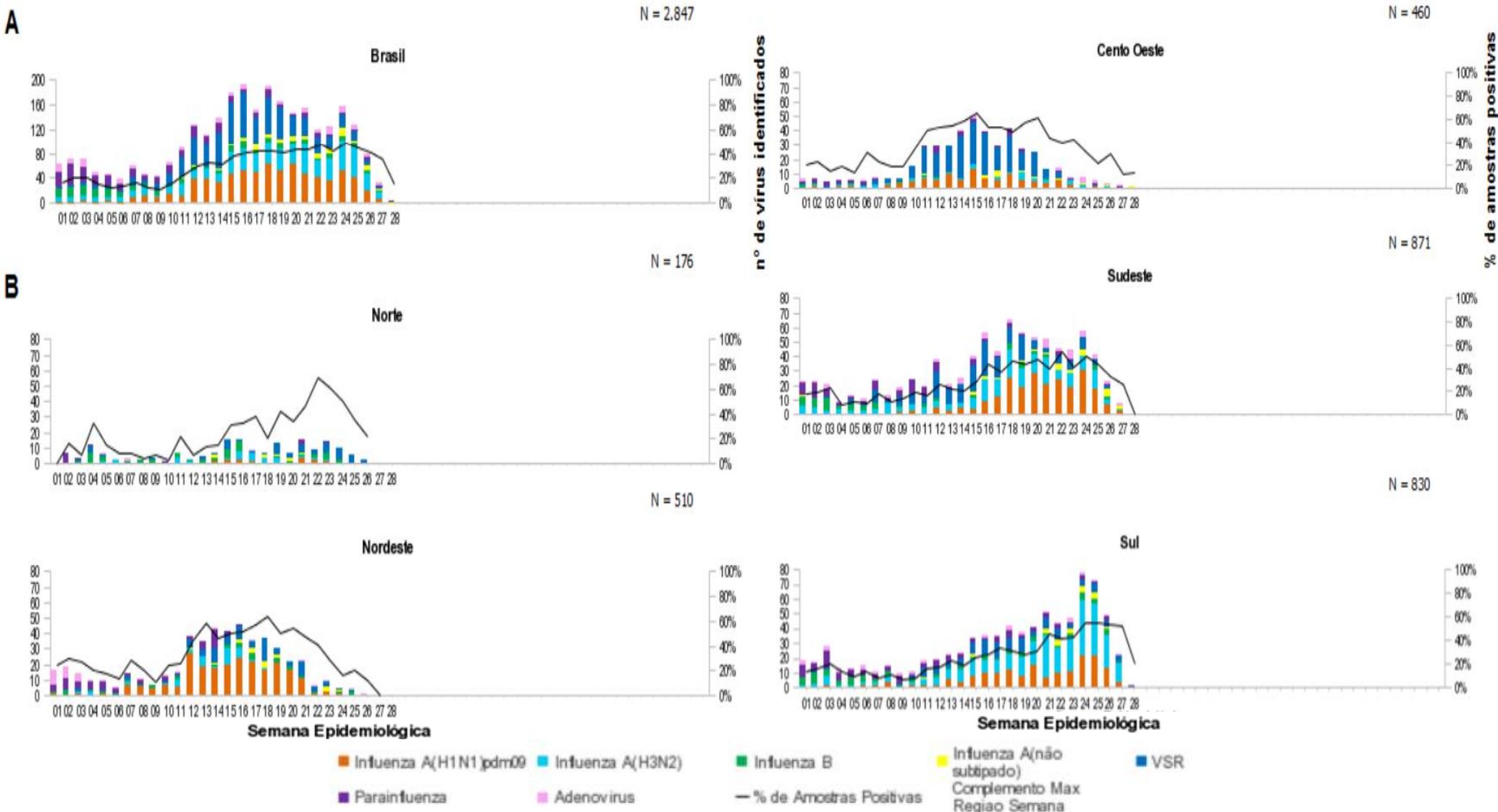
Figura 5. Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2018 até a SE 28.

Óbitos por Influenza (N = 839)	n	%
Com Fatores de Risco	621	74,0%
Adultos \geq 60 anos	339	54,6%
Doença cardiovascular crônica	209	33,7%
Pneumopatas crônicas	143	23,0%
Diabete mellitus	142	22,9%
Obesidade	87	14,0%
Doença Neurológica crônica	58	9,3%
Doença Renal Crônica	55	8,9%
Imunodeficiência/Imunodepressão	44	7,1%
Gestante	15	2,4%
Doença Hepática crônica	15	2,4%
Criança < 5 anos	62	10,0%
Puérpera (até 42 dias do parto)	3	0,5%
Indígenas	2	0,3%
Síndrome de Down	4	0,6%
Que utilizaram antiviral	646	77,0%

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 16/7/2018, 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 28.



Fonte: SIVEP - Gripe. Dados atualizados em 16/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

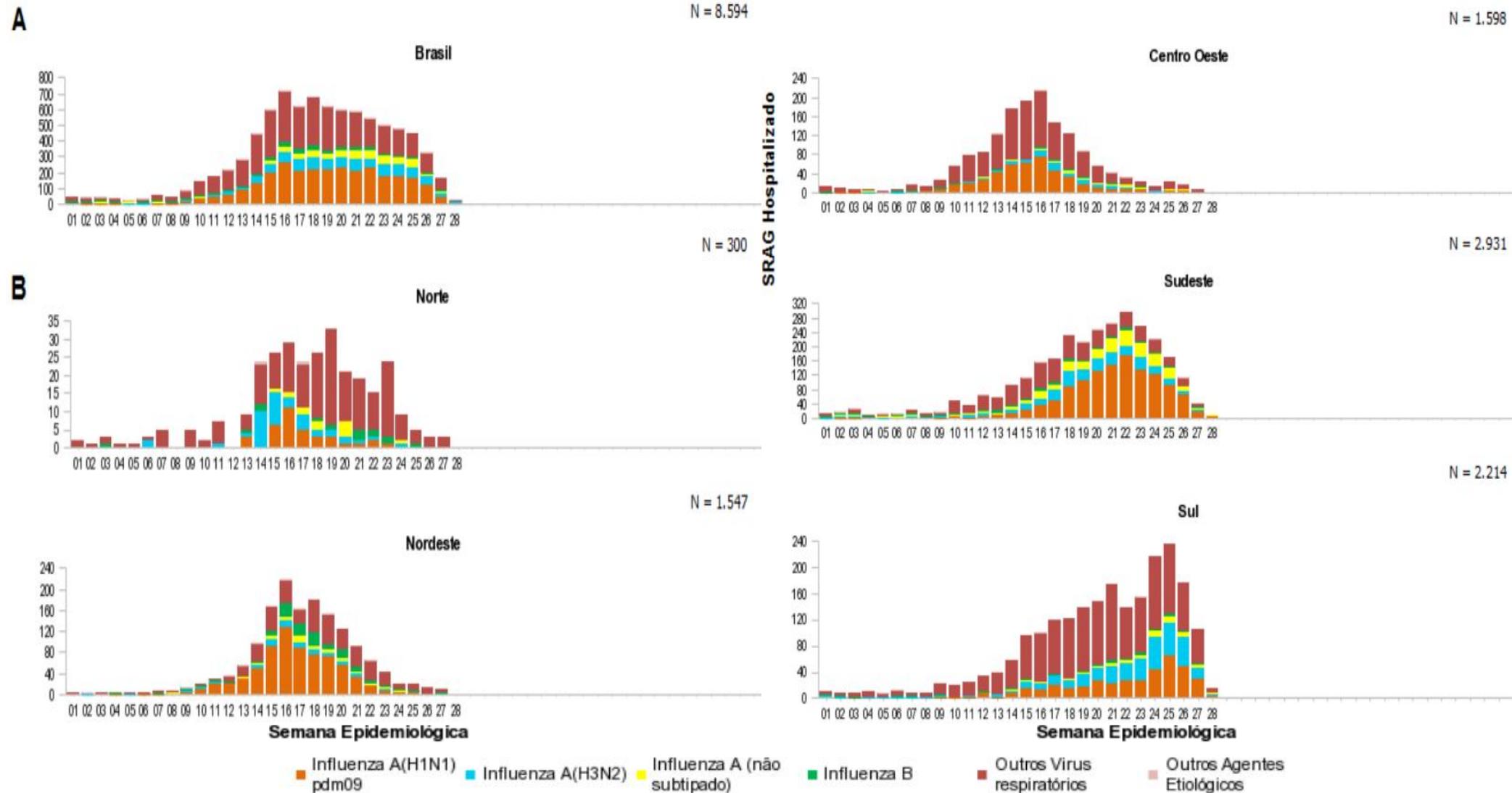
Anexo 2. Distribuição dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo região, unidade federativa de residência e agente etiológico. Brasil, 2018 até a SE 28.

REGIÃO/UF	SRAG		SRAG por Influenza										SRAG por outro vírus respiratório		SRAG por outro agente Etológico		SRAG não Especificado		Em Investigação	
			A(H1N1)pdm09		A(H3N2)		A(não subtípado)		Influenza B		Total Influenza		Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos										
NORTE	1.059	113	36	8	39	9	11	1	14	3	100	21	198	17	2	0	545	73	214	2
RONDÔNIA	57	6	5	0	0	0	0	0	0	0	5	0	1	1	0	0	35	5	16	0
ACRE	166	19	5	1	1	0	0	0	1	1	7	2	6	0	0	0	63	17	90	0
AMAZONAS	123	6	0	0	5	0	2	0	6	1	13	1	55	4	0	0	49	1	6	0
RORAIMA	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0
PARÁ	615	63	15	3	30	8	7	1	5	0	57	12	119	10	1	0	345	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	84	17	10	4	2	1	2	0	2	1	16	6	14	2	1	0	44	7	9	2
NORDESTE	4.721	518	719	140	95	11	63	16	142	16	1.019	183	513	42	15	3	1.802	241	1.372	49
MARANHÃO	170	26	17	4	0	0	11	4	2	0	30	8	7	1	3	0	71	16	59	1
PIAUI	348	48	133	19	1	0	2	1	2	0	138	20	44	4	1	1	133	23	32	0
CEARÁ	1.141	140	256	57	20	4	11	2	89	10	376	73	7	0	2	1	605	56	151	10
RIO GRANDE DO NORTE	229	52	40	11	15	0	7	3	12	1	74	15	24	2	0	0	94	33	37	2
PARAÍBA	165	43	9	7	5	1	0	0	2	0	16	8	6	2	0	0	71	25	72	8
PERNAMBUCO	1.197	56	52	9	20	2	0	0	1	0	73	11	3	0	0	0	258	22	863	23
ALAGOAS	107	20	16	2	3	0	8	3	3	0	30	5	1	0	5	1	68	13	3	1
SERGIPE	214	16	20	3	2	0	13	3	1	0	36	6	69	3	0	0	95	7	14	0
BAHIA	1.150	117	176	28	29	4	11	0	30	5	246	37	352	30	4	0	407	46	141	4
SUDESTE	8.934	1.276	1.211	277	387	62	366	55	119	18	2.083	412	826	67	22	6	4.558	713	1.446	78
MINAS GERAIS	1.289	214	44	20	57	13	64	22	5	2	170	57	108	9	5	0	836	137	170	11
ESPRITO SANTO	360	54	58	13	30	3	1	0	3	2	92	18	0	0	0	0	217	30	51	6
RIO DE JANEIRO	850	111	43	11	16	4	22	0	38	2	119	17	198	31	1	1	323	57	209	5
SÃO PAULO	6.435	897	1.066	233	284	42	279	33	73	12	1.702	320	520	27	16	5	3.182	489	1.015	56
SUL	4.817	559	396	62	363	40	61	6	40	3	860	111	1.350	79	4	1	2.138	362	465	6
PARANÁ	2.692	332	157	29	224	29	34	2	17	0	432	60	933	59	3	1	1.026	208	298	4
SANTA CATARINA	862	113	107	15	89	8	9	1	5	1	210	25	246	18	0	0	355	69	51	1
RIO GRANDE DO SUL	1.263	114	132	18	50	3	18	3	18	2	218	26	171	2	1	0	757	85	116	1
CENTRO OESTE	3.022	405	450	79	106	18	40	8	19	6	615	111	978	63	5	2	1.170	201	254	28
MATO GROSSO DO SUL	673	78	41	9	49	10	19	4	5	2	114	25	244	10	1	0	287	43	27	0
MATO GROSSO	248	63	23	5	9	1	4	2	7	3	43	11	3	2	0	0	117	39	85	11
GOIÁS	1.370	227	333	61	34	5	7	1	4	1	378	68	376	43	4	2	522	98	90	16
DISTRITO FEDERAL	731	37	53	4	14	2	10	1	3	0	80	7	355	8	0	0	244	21	52	1
BRASIL	22.553	2.871	2.812	566	990	140	541	86	334	46	4.677	838	3.865	268	48	12	10.213	1.590	3.750	163
Outro País	15	4	1	1	1	0	0	0	1	0	3	1	1	0	0	0	9	3	2	0
TOTAL	22.568	2.875	2.813	567	991	140	541	86	335	46	4.680	839	3.866	268	48	12	10.222	1.593	3.752	163

Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 16/7/2018, sujeitos a alteração.

INFLUENZA

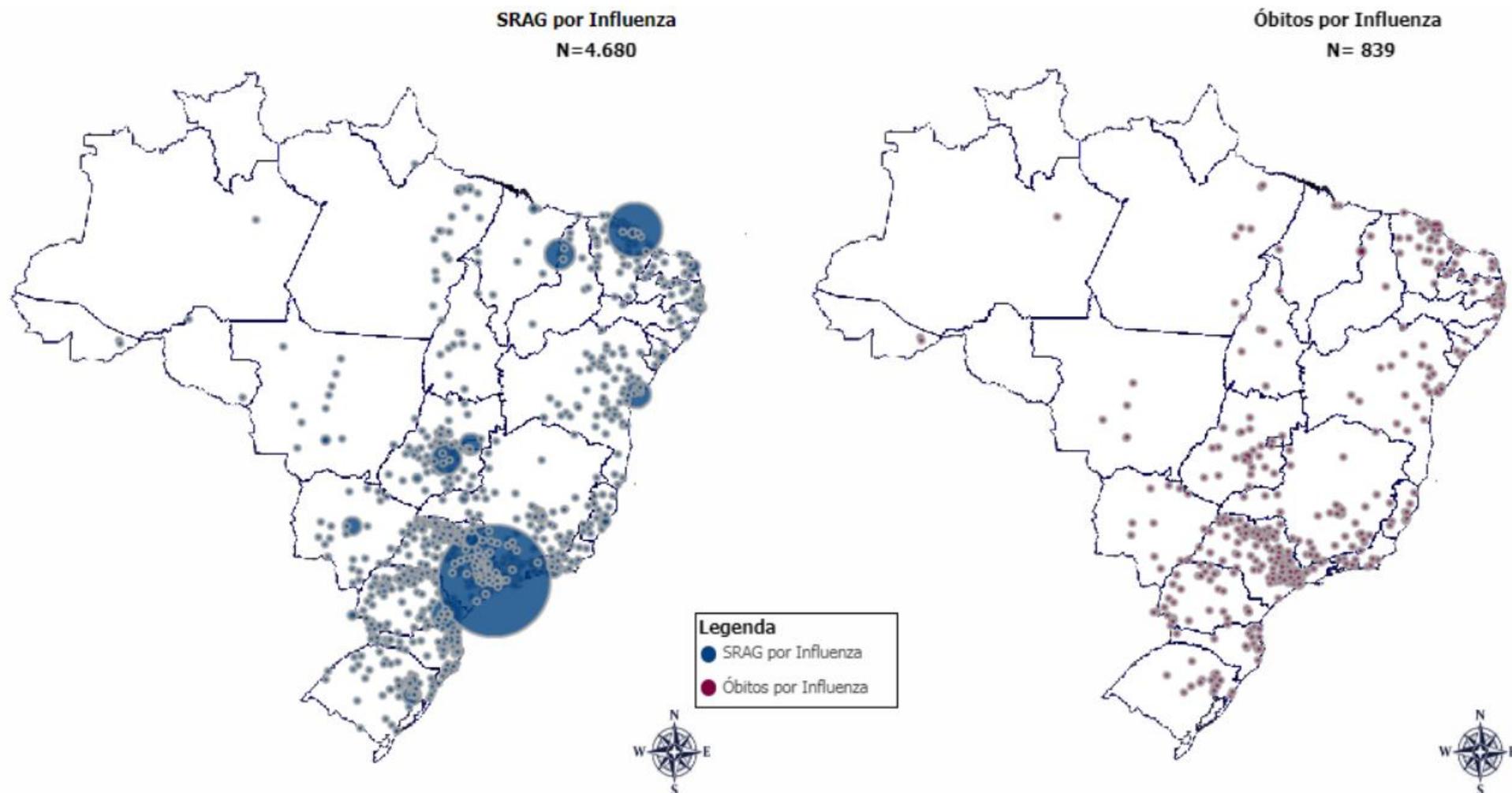
Anexo 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e por semana epidemiológica de início dos sintomas. (A) Brasil e (B) regiões, 2018 até a SE 28.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 16/7/2018, 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 28.



Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 16/7/2018, sujeitos a alteração.

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



EVENTOS INTERNACIONAIS

Semana Epidemiológica 29/2018

(15/07/2018 a 21/07/2018)

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

CÓLERA



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 20/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

Américas

República Dominicana: Em 2018, até 30 de junho de 2018, a República Dominicana registrou 18 casos de cólera e nenhum óbito.

Haiti: em 2018, até 7 de julho de 2018, o Haiti registrou 2.728 casos e incluiu 28 mortes. Isso representa um aumento de 873 casos e sete mortes desde a atualização anterior em 1º de junho de 2018. Em 2017, o Haiti registrou 13.681 casos de cólera e 159 mortes. Desde o início do surto em 2010 até 7 de julho de 2018, o Haiti relatou 818.728 suspeitas de casos de cólera e 9.776 mortes.

África

Angola: até 9 de julho de 2018, Angola registrou 954 casos e 19 mortes desde dezembro de 2017. Isso representa um aumento de 59 casos e quatro mortes desde a atualização anterior, em 1º de junho de 2018. Foram notificados casos no Uíge e em Cabinda Províncias. No entanto, desde 22 de maio de 2018, casos também foram notificados na Província de Luanda.

Camarões: até 8 de julho de 2018, Camarões registrou 38 casos de cólera e quatro mortes desde o início do surto em maio de 2018.

A **República Democrática do Congo** registrou 74.909 casos suspeitos de cólera e 1.666 mortes. Isso representa um aumento de 4.080 casos e 115 mortes desde o relatório anterior de 1º de junho de 2018.

Etiópia: desde janeiro de 2017 até 1º de julho de 2018, a Etiópia registrou 49.856 casos de diarreia aquosa aguda, incluindo 898 mortes. Isso representa um aumento de 885 casos e 18 mortes desde a atualização anterior em 1º de junho de 2018.

Quênia: até 4 de julho de 2018 e desde o início do surto em janeiro de 2017, o Quênia registrou 9.640 casos. Isso representa um aumento de 1.630 casos de cólera desde a atualização anterior em 1º de junho de 2018. Em 2018, 78 mortes relacionadas com este surto foram relatados, mais seis desde o CDTR anterior em 1 de junho de 2018.

Malawi: desde 8 de junho de 2018, o Malawi passou por um novo surto de cólera. Até agora, nove casos e duas mortes foram relatados na Região Central. Esta área não foi alvo de campanhas anteriores de vacinação oral contra a cólera.

Moçambique: em 2018, até 2 de julho de 2018, Moçambique registrou 2.397 casos e cinco mortes no surto de cólera no país. Isto representa um aumento de 68 casos desde a atualização anterior em 1º de junho de 2018.

Níger: em 13 de julho de 2018, a OMS foi notificada de um surto de cólera no Níger na região de Maradi, na fronteira com a Nigéria. Desde o início do surto no início de julho de 2018, 23 casos e um óbito foram relatados.

Nigéria: até 25 de junho de 2018, a Nigéria relatou 13.998 casos suspeitos de cólera e 140 mortes.

Somália: até 12 de julho de 2018, o Ministério da Saúde da Somália notificou 5.582 casos suspeitos de cólera e 40 mortes desde dezembro de 2017.

Tanzânia: em 2018, até 8 de julho, a Tanzânia relatou 2.993 casos de cólera e 59 mortes. Este é um aumento de 888 casos e 15 mortes desde a atualização anterior em 1º de junho de 2018.

Uganda: até 20 de junho de 2018, um novo surto de cólera foi relatado em Uganda, afetando principalmente o distrito de Kampala. Até agora, 92 casos e um óbito foram relatados.

Zâmbia: em 15 de junho de 2018, a OMS declarou o fim do surto de cólera em andamento na Zâmbia. Desde o início do surto em outubro de 2017, foram notificados 5.444 casos e 98 mortes.

Ásia

Índia: de acordo com fontes da mídia, em 18 de julho de 2018, 18 casos foram confirmados na cidade de Vadodara, no estado de Gujarat.

Malásia: várias fontes de mídia citando autoridades de saúde de Hong Kong relataram um caso confirmado de cólera. O caso foi internado em um hospital de Hong Kong em 8 de julho de 2018 apresentando sintomatologia compatível.

lêmen: desde o início do surto em outubro de 2016 até 1º de julho de 2018, o lêmen registrou 1.115.378 suspeitas de casos de cólera e 2.310 mortes. Isso representa um aumento de 13.463 casos e 16 mortes desde a última atualização em 1º de junho de 2018.

DENGUE / CHIKUNGUNYA



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 20/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

Europa: Nenhum caso autóctone de dengue ou chikungunya foi detectado em países continentais da UE / EEE.

Américas e Caribe: Chikungunya:

Bolívia: até 19 de junho de 2018, a Bolívia apresentou 74 casos confirmados de chikungunya. Isso representa um aumento de nove casos desde a atualização anterior em 20 de junho de 2018. Para o mesmo período de 2017, a Bolívia registrou 22 casos.

Brasil: até 23 de junho de 2018, o Brasil registrou 19.371 casos confirmados. Isto representa um aumento de 14.708 confirmado desde a última atualização da mesa redonda de 20 de junho de 2018. A evolução recente do número de casos prováveis mostra uma tendência decrescente para 2018 em comparação com os anos anteriores.

Costa Rica: em 22 de junho de 2018, a Costa Rica registrou 63 casos suspeitos de chikungunya. Isso representa um aumento de 14 casos desde a última atualização da mesa-redonda em 20 de junho de 2018.

El Salvador: em 7 de julho de 2018, El Salvador registrou 171 casos suspeitos. Isso representa um aumento de 44 casos desde a atualização da mesa-redonda anterior, em 20 de junho de 2018. Para o mesmo período de 2017, El Salvador registrou 347 casos suspeitos.

México: até 30 de junho de 2018, o México informou 11 casos confirmados de chikungunya, mais três desde a rodada anterior.

Paraguai: em 23 de junho de 2018, o Paraguai registrou 1.148 casos prováveis de chikungunya. Entre esses casos, o Paraguai considera 61 casos confirmados nos Departamentos Central, Amambay, Guaira e Paraguari. Isso representa um aumento de 203 casos prováveis e a confirmação de cinco casos adicionais desde a última atualização da Mesa Redonda de 20 de junho de 2018.

Dengue:

Até 7 de julho de 2018, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) registrou 278.000 casos suspeitos e confirmados de dengue.

O **Brasil** é responsável por mais de metade dos casos (171.580), seguido do Paraguai (24.650), Nicarágua (19.210), Colômbia (16.510) e México (15.130).

O número de casos para cada país da região das Américas pode ser encontrado na plataforma de informação de saúde da OMS.

Ásia: Chikungunya:

Índia: até 24 de junho de 2018, a Índia relatou 12.789 casos suspeitos de chikungunya. Um adicional de 1.632 casos de chikungunya foram confirmados. Para o mesmo período de 2017, a Índia registrou 67.769 casos suspeitos e 12.548 casos confirmados.

A evolução do número de casos reportados mostra uma tendência decrescente para 2018 em comparação com 2017.

Tailândia: até 8 de julho de 2018, a Tailândia registrou 48 casos de duas províncias do sul. Isso representa um aumento de 14 casos desde a última atualização da mesa-redonda em 20 de junho de 2018.

Dengue:

Camboja: até 23 de junho de 2018, o Camboja relatou 2.159 casos suspeitos de dengue. O número de casos relatados continua aumentar em comparação com as semanas anteriores, seguindo uma tendência sazonal. O pico da estação é geralmente observado em agosto.

Tailândia: de acordo com o Ministério da Saúde, a Tailândia registrou 18.107 casos em 8 de julho de 2018. Isso representa um aumento de 7.439 casos desde a atualização anterior do CDTR.

Laos: até 23 de junho de 2018, Laos relatou 1.461 casos de dengue. O número de casos notificados está aumentando, seguindo tendências sazonais dos anos anteriores.

Singapura: de acordo com as autoridades nacionais, Singapura registrou 1.437 casos em 2018 até 7 de julho de 2018. Isso representa aumento de 200 casos desde o CDTR anterior. Os números estão em linha com os reportados em 2017 para o mesmo período de tempo.

(Continua na próxima página)

DENGUE / CHIKUNGUNYA



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 20/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

Malásia: a Malásia registrou 36.215 casos de dengue em 15 de julho de 2018, em comparação com 53.750 no mesmo período de 2017.

Sri Lanka: de acordo com o Ministério da Saúde, em 17 de julho de 2018, o Sri Lanka registrou 28.942 casos de dengue, em comparação com 100.000 casos para o mesmo período em 2017.

Vietnã: segundo a OMS, o Vietnã registrou 22.842 casos em 9 de junho de 2018, uma redução de 43% em comparação com o mesmo período em 2017.

África

Chikungunya:

Quênia: em 2018, até 24 de junho de 2018, o Quênia registrou 1.465 casos de chikungunya. Entre esses casos, 50 são confirmados em laboratório.

O surto está em curso em Mombasa, onde afetou seis sub-municípios.

Dengue:

Tanzânia: a Tanzânia comunicou 226 casos desde janeiro de 2018, em 22 de junho de 2018.

Reunião: em 2018, até 10 de julho de 2018, a Reunião informou 5.970 casos autóctones de dengue, correspondendo a um aumento de 1.366 casos desde a última atualização mensal do ECDC. As principais áreas afetadas estão na parte ocidental da ilha.

Chifre da África e Golfo de Aden

Etiópia: a Etiópia está passando por um surto de dengue desde junho de 2018 na Zona de Gode afetada pelas inundações da Região de somali. Cinquenta e dois casos foram confirmados por testes laboratoriais.

Iêmen: relatos da mídia citando autoridades sanitárias relatam 139 casos de dengue no Iêmen no distrito de Myafaa, Shabwah Governorate, desde o início do ano até 10 de julho de 2018.

Austrália e o Pacífico

Chikungunya: nenhum surto foi relatado desde a atualização do CDTR anterior em 21 de junho de 2018.

Dengue:

Austrália: até 4 de julho de 2018, de acordo com a OMS, a Austrália registrou 375 casos de dengue. O número de casos é menor do que durante o mesmo período de anos anteriores (2013-2017).

Nova Caledônia: segundo a OMS, a Nova Caledônia registrou 1.633 casos confirmados de dengue em 2018, em 4 de junho de 2018.

Segundo a Rede de Vigilância Sanitária do Pacífico e as autoridades de saúde locais, existem surtos de DENV-1 ou circulação em Wallis e Futuna (180 casos), Taiti, Bora Bora, Raiatea, Moorea, Rangiroa e Tahaa. DENV-2 está circulando em Samoa Americana, Samoa, Kiribati, Fiji e Tonga. Além disso, dois casos autóctones de DENV-2 foram registrados em Raiatea,

Polinésia Francesa. Nenhum caso foi detectado no território desde 2000.

Avaliação do ECDC

O chikungunya e a dengue são endêmicos em grandes regiões da zona intertropical. Introdução em áreas com vetores através de viajantes virêmicos é possível. As condições ambientais nos países do sul da UE são atualmente favoráveis.

Em 6 de julho de 2018, foi publicada uma atualização da avaliação rápida dos riscos "Dengue outbreak in Réunion, France".

Ações

O ECDC monitoriza estas ameaças através de relatórios e informações epidemiológicas numa base mensal.

FEBRE TIFOIDE

Local de ocorrência: Paquistão

Data da informação: 20/07/2018

Fonte da informação: jsciemcemag.org (fonte informal)

COMENTÁRIOS:

Uma cepa antibacteriana da bactéria causadora da febre tifoide está ganhando terreno no Paquistão, o que levou alguns pesquisadores a alertar que ela poderia voltar o relógio 70 anos, quando sobreviver à doença era mais uma questão de sorte do que tratamento. Nos últimos 6 meses, mais de 2.000 pessoas no Paquistão foram infectadas com o *Syphiella*, Typhi, de acordo com o Instituto Nacional de Saúde de Islamabad. Apenas 1 antibacteriano oral, a azitromicina, funciona contra a cepa XDR, e as outras opções - medicamentos intravenosos (IV) caros - são impraticáveis para uso generalizado no Paquistão e em outras nações de baixa renda. Os especialistas da Typhi temem que o surto possa se espalhar em outros países.

"Esta é realmente uma situação realmente alarmante", diz o pediatra Zulfiqar Bhutta, da Universidade Aga Khan, em Karachi, Paquistão.

Espalhado por água e alimentos contaminados, o *S. Typhi* causa até 22 milhões de casos de febre tifoide por ano. Os primeiros sintomas incluem febre alta, dores de cabeça e dor de estômago. Se não for tratada, a febre tifoide pode causar hemorragia intestinal e perfuração do intestino e matar até 15% das pessoas infectadas. Apesar da disponibilidade de antimicrobianos eficazes, cerca de 200.000 pessoas morrem anualmente.

No início de 2018, os pesquisadores alertaram que o Paquistão estava experimentando o primeiro surto do XDR da estirpe *X. Typhi*, relatando 339 casos que estavam principalmente em Hyderabad, a leste de Karachi. A cepa não pode ser interrompida pelos 3 antibacterianos mais comumente usados para tratar a febre tifoide, ou 2 classes adicionais de drogas usadas para tratar cepas resistentes a esses antimicrobianos, relataram em 20 de fevereiro de 2018 em mBio. A cepa XDR, que agora tem feito avanços significativos em Karachi e em outros locais, é "realmente muito assustadora", diz Myron Levine, um desenvolvedor de vacinas da Typhi na Universidade de Maryland, em Baltimore, que não esteve envolvido no projeto. Estudo mBio. É apenas uma questão de tempo, ele observa, antes de desenvolver resistência à azitromicina também. Se isso acontecer, as drogas efetivas restantes, os carbapenêmicos, requerem hospitalização e um gotejamento intravenoso; o tratamento pode custar milhares de dólares por paciente.

O Paquistão iniciou uma campanha de vacinação em fevereiro de 2018 usando uma formulação recentemente aprovada que, pela primeira vez, funciona em crianças

pequenas e desencadeia uma imunidade mais duradoura do que as versões mais antigas. A Fundação Bill & Melinda Gates, em Seattle, Washington, está financiando a campanha, que visa administrar 200 mil doses da nova vacina. E no início deste mês [julho de 2018], Gavi, a Aliança de Vacinas, uma organização sem fins lucrativos com sede em Genebra, na Suíça, concordou em comprar 10 milhões de doses adicionais para o Paquistão.

O uso inapropriado de antibacterianos é provavelmente apenas uma causa indireta da aquisição da extensa resistência a drogas por parte de *S. Typhi*, diz Elizabeth Klemm, geneticista de doenças infecciosas no Wellcome Sanger Institute em Hinxton, Reino Unido, e o primeiro autor do estudo mBio. Em vez disso, ela diz, parece que a cepa XDR surgiu porque uma cepa existente que era resistente a múltiplas drogas - provavelmente por causa do uso excessivo antibacteriano - obteve um gene de resistência adicional de um plasmídeo (um pedaço circular de DNA) provavelmente transferido de *Escherichia coli*, uma bactéria comum em águas residuais humanas e poluídas.

A pediatra Anita Zaidi, que lidera o programa de vacinas da Fundação Gates e é do Paquistão, diz que os governos municipais e provinciais do país tiveram dificuldade em trabalhar juntos para resolver problemas de saneamento. Ela espera que a situação piore porque "estamos entrando na estação das monções, então há ainda mais mistura de água potável e esgoto".

Rumina Hasan, microbiologista da Universidade Aga Khan e principal autora do estudo mBio, diz que seu laboratório já encontra a cepa XDR em cerca de uma em cada três amostras de sangue de pacientes com febre tifoide que faz o teste.

Viajantes para o Paquistão, incluindo dois dos EUA, já voltaram para casa com a cepa XDR. Isso representa uma pequena ameaça de disseminação em países desenvolvidos como os EUA, diz Eric Mintz, chefe da equipe Global de Água, Saneamento e Epidemiologia de Higiene do CDC dos EUA em Atlanta. Mas em países que têm infra-estrutura fraca de água e esgoto, um caso importado poderia desencadear um surto. "Este é um problema muito sério", diz Zaidi. "Se isso pode acontecer em um país, pode acontecer em outros."

SÍFILIS

Local de ocorrência: Estados Unidos

Data da informação: 23/07/2018

Fonte da informação: ProMed-Mail

COMENTÁRIOS:

O número de casos de sífilis no condado de Shasta tem aumentado muito. Profissionais de saúde estão alertando homens e mulheres sexualmente ativos para serem testados antes de transmitirem a doença para outros. "Pouquíssimos casos foram relatados para nós por muitos anos, mas nos últimos anos a sífilis tem realmente aumentado. A sífilis é uma doença sexualmente transmissível. Tornou-se cada vez mais comum aqui e está afetando todos os tipos de pessoas, um surto esmagador de sífilis se espalhou para homens e mulheres sexualmente ativos no condado de Shasta ", disse o diretor de saúde do condado Andrew Deckert.

De 2006 a 2012, o condado de Shasta viu de zero a três casos de sífilis em estágio inicial a cada ano. Em 2016, os casos de sífilis no ano cresceram para 24. Neste ano [2018], o surto disparou para 62 casos em maio de 2018.

O Departamento de Saúde Pública disse que, embora a saúde pública tenha lidado com doenças sexualmente transmissíveis antes, a sífilis é mais preocupante para as mulheres que planejam engravidar. "Mais recentemente, a preocupação tem sido a sífilis entre as mulheres, particularmente as mulheres em idade fértil e, infelizmente, as mulheres grávidas, o que pode levar à sífilis congênita, que é uma doença absolutamente devastadora", observou Doutor Heidi Bauer, Chefe do Programa de Controle de DST para a Califórnia.

Então, por que o grande surto? Deckert disse que a doença é muitas vezes despercebida. "Uma das razões é um grande problema porque você não sente sintomas muitas vezes. Você pode ter uma pequena erupção que desaparece. Você pode ter sífilis, pode transmiti-la a outras pessoas e nem mesmo saber que tem ", explicou Deckert.

Os médicos dizem que a detecção precoce é crucial. A sífilis é tratável; no entanto, a disseminação não é evitável no momento da entrega. Bauer enfatizou que a detecção precoce é importante. Se positivo, o que as mulheres geralmente descobrem após o primeiro exame pré-natal, se não foram testadas antes, é importante acompanhar os resultados do laboratório e o tratamento. "Ele basicamente trata o feto ao mesmo tempo em que trata a mãe", disse Bauer.

Os médicos recomendam que qualquer um que seja sexualmente ativo, especialmente aqueles com múltiplos parceiros, faça o teste.

Sinais e sintomas

Sífilis primária
Ferida, geralmente única, no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais da pele), que aparece entre 10 a 90 dias após o contágio. Não dói, não coça, não arde e não tem pus, podendo estar acompanhada de ínguas (caroços) na virilha.

Sífilis secundária
Os sinais e sintomas aparecem entre seis semanas e seis meses do aparecimento da ferida inicial e após a cicatrização espontânea. Manchas no corpo, principalmente, nas palmas das mãos e plantas dos pés. Não coçam, mas podem surgir ínguas no corpo.

Sífilis latente - fase assintomática
Não aparecem sinais ou sintomas. É dividida em sífilis latente recente (menos de um ano de infecção) e sífilis latente tardia (mais de um ano de infecção). A duração é variável, podendo ser interrompida pelo surgimento de sinais e sintomas da forma secundária ou terciária.

Sífilis terciária
Pode surgir de dois a 40 anos depois do início da infecção. Costuma apresentar sinais e sintomas, principalmente lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte.

CL Design

SARAMPO



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 13/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

Desde o relatório mensal anterior, publicado em 8 de junho, são fornecidas atualizações para 19 países da UE / EEE. Surtos de sarampo estão em curso na República Checa, Croácia, França, Grécia, Itália, Romênia, Eslováquia e Reino Unido.

Em 2018 e em 11 de Julho, a maioria dos casos na UE foram notificados na Romênia (4.317), França (2.588), Grécia (2.238) e Itália (1.716). Trinta e uma mortes foram relatadas em 2018 da Romênia (22), Itália (4), França (3) e Grécia (2).

Fora dos países da UE / EFTA, a Ucrânia está a passar pela continuação do maior surto, com mais de 25.000 casos notificados em 2018, incluindo 12 mortes. Um grande surto em curso também foi relatado na Sérvia, com 5.666 casos e 15 mortes.

Resumo epidemiológico para os países da UE / EFTA com atualizações desde o mês passado:

A **Áustria** comunicou 61 casos de sarampo em 2018, em 22 de junho de 2018. Trata-se de um aumento de 18 casos desde o CDTR em 4 de maio de 2018.

A **Bulgária** notificou cinco casos de sarampo em 2018 até 1º de julho de 2018. Este é um aumento de um caso desde o CDTR anterior em 8 Junho de 2018.

A **Croácia** informou 21 casos de sarampo em 2018, 17 deles na área de Dubrovnik. Além disso, uma pessoa de 35 anos foi internada em um hospital com sarampo em Split, segundo a mídia.

As autoridades de saúde da República Checa relataram 149 casos desde o início de 2018. Destes, 86 casos ocorreram na capital, Praga.

A **Estônia** relatou um surto de sarampo com nove casos detectados em março-abril de 2018 em Saaremaa.

A **França** comunicou 2.588 casos em 2018, em 8 de julho de 2018, incluindo três mortes. Este é um aumento de 282 casos e duas mortes desde 27 de maio de 2018. Desde o início do surto, em novembro de 2017, houve 2.646 casos, incluindo três mortes, relatado em todo o país. A maior incidência é em crianças menores de um

ano de idade. Dos casos notificados, 22% foram hospitalizados e 89% não estavam vacinados ou incompletamente vacinados. Só a região da Nova Aquitânia reportou cerca de metade dos casos de sarampo e dois óbitos. De acordo com as autoridades de saúde pública em New Aquitaine, a cobertura de vacinação contra o sarampo permanece insuficiente na região. No geral, o surto tem uma tendência decrescente em todo o país.

A **Alemanha** comunicou 357 casos de sarampo em 2018 até 17 de junho de 2018. Este é um aumento de 117 casos desde o CDTR em 31 de maio de 2018. Cerca de 44% dos casos são notificados na Renânia do Norte-Vestefália. Um surto de sarampo foi relatado em Colônia anteriormente este ano.

A **Grécia** comunicou 2.238 casos em 2018 em 12 de julho de 2018, incluindo dois óbitos. Este é um aumento de 246 casos desde o CDTR publicado em 8 de junho de 2018. Até 12 de julho de 2018 e desde o início do surto em maio de 2017, a Grécia comunicou 3.206 casos de sarampo, dos quais 1.852 foram confirmados laboratorialmente. Entre os casos confirmados por laboratório, quatro mortes foram relatadas.

A maioria dos casos ocorreu no sul da Grécia entre jovens crianças ciganas e jovens adultos gregos. No entanto, um aumento de casos de sarampo no norte da Grécia foi observado.

A **Hungria** informou 17 casos de sarampo em 2018 até 6 de julho de 2018. Este é um aumento de um caso desde o CDTR em 27 de maio de 2018.

A **Irlanda** comunicou 59 casos de sarampo em 2018, em 30 de junho de 2018. Trata-se de um decréscimo de um caso desde o CDTR em 26 de maio de 2018.

A **Itália** comunicou 1.716 casos de sarampo, incluindo quatro mortes, entre 1º de janeiro e 31 de maio de 2018. Trata-se de um aumento de 458 casos desde 30 de abril de 2018. A idade mediana dos casos é de 25 anos. Dos casos, 91,7% não estavam vacinados no momento da infecção. Sessenta e oito casos foram relatados entre profissionais de saúde. Casos são relatados em todas as 20 regiões, mas 84% dos casos foram de Sicília (920), Lácio (184), Calábria (131), Campania (108) e Lombardia (99).

(Continua na próxima página)

SARAMPO



Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 13/07/2018

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

COMENTÁRIOS:

A **Polônia** comunicou 77 casos de sarampo em 2018 em 30 de junho de 2018. Este é um aumento de 24 casos desde o CDTR anterior publicado em 8 de junho.

Portugal notificou um caso confirmado de sarampo em 12 de junho de 2018. Este é um caso adicional ao 112 casos confirmados de sarampo em Portugal em 2018.

A **Romênia** comunicou 4.317 casos de sarampo, incluindo 22 mortes, até 6 de julho de 2018. Trata-se de um aumento de 1.033 casos e quatro mortes desde o relatório nacional, em 25 de maio de 2018. Desde o início do surto, em outubro de 2016, até 6 de julho de 2018, a Romênia relatou 14.596 casos de sarampo confirmados, incluindo 59 mortes.

A **Eslováquia** comunicou 21 casos de sarampo entre 7 de maio e 4 de junho de 2018, dos quais seis foram confirmados. De acordo com um relatório de mídia citando autoridades de saúde, houve 161 casos notificados na Eslováquia até 10 de julho de 2018. Destes casos, 68 foram confirmados laboratorialmente e 29 foram hospitalizados. A maioria dos casos era do distrito de Michalovce. Houve seis casos relatados em 2017 e quase nenhum caso entre 2005 e 2016.

A **Espanha** comunicou 168 casos confirmados de sarampo até 24 de junho de 2018. Entre esses casos, 116 foram notificados na região de Valência e 23 casos da Catalunha.

A **Suécia** informou 33 casos de sarampo desde o início de 2018 até 9 de julho de 2018. Este é um aumento de 10 casos desde o CDTR anterior publicado em 8 de junho de 2018. Um caso adicional foi detectado em Estocolmo. O indivíduo visitou a recepção de emergência para crianças no Hospital Söder em 6 e 7 de julho de 2018. As autoridades de saúde implementaram rastreamento.

A **Suíça** comunicou 24 casos em 3 de julho de 2018. Trata-se de um aumento de um caso desde o CDTR em 27 de maio de 2018.

O **Reino Unido** (Inglaterra e País de Gales) comunicou 1.654 casos suspeitos e confirmados de sarampo até 1º de julho de 2018.

Resumo epidemiológico relevante para países fora da UE / EFTA

De acordo com um relatório da mídia, **Belarus** reportou um caso adicional de sarampo em Mogilev. Isso eleva o número total de casos para 68 desde o CDTR anterior em 8 de junho de 2018. Outro relatório da mídia afirma que houve 178 casos de sarampo detectados no país desde fevereiro de 2018.

A **Geórgia** comunicou 1.105 casos de sarampo em 2018, em 28 de junho de 2018. Trata-se de um aumento de 588 casos desde o CDTR em 19 de Abril de 2018.

De acordo com um relatório da mídia, **Israel** relatou um surto com 126 casos de sarampo entre março e julho de 2018.

A **Rússia** comunicou 1.149 casos de sarampo em 30 de abril de 2018. Surtos de sarampo são notificados em todo o país pela mídia.

A **Sérvia** comunicou 5.666 casos, incluindo 15 mortes, entre outubro de 2017 e 6 de julho de 2018. Dos casos notificados, 2.854 foram confirmados.

A **Ucrânia** comunicou 25.008 casos de sarampo, incluindo 12 mortes em 2018, até 10 de julho de 2018. Este é um aumento de 6.864 casos e quatro mortes desde o CDTR em 29 de maio de 2018. Entre os casos 10.085, eram adultos e 14.923 eram crianças. A maioria dos casos foram relatados de Lviv, Zakarpatie, Ivano-Frankivsk, Odessa, a cidade de Kiev e a região de Chernivtsi.

Segundo a OMS, em 2018 e em 8 de junho de 2018, 11 países reportaram 1.685 casos confirmados nas Américas: Antígua e Barbuda (1), Argentina (3), Canadá (11), Equador (7), Guatemala (1), México (4), Peru (2) e Estados Unidos (63). Surtos são relatados na República Bolivariana da Venezuela (904 casos), Brasil (173 casos), Colômbia (25 casos) e Equador (12). Este número excede os 895 casos confirmados relatados em 2017: Argentina (3), Canadá (45), Estados Unidos (120) e Venezuela (727).

O ECDC está a monitorar surtos de sarampo através de informações epidemiológicas e relatórios mensais. ECDC também reúne dados do sarampo da vigilância através do Sistema Europeu de Vigilância (TESSy) para 30 países da UE / EEE.

SERVIÇOS DE SAÚDE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 13/07/2018

Fonte da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)

COMENTÁRIOS:

Serviços de saúde de baixa qualidade estão atrasando o progresso na melhoria da saúde em países de todos os níveis de renda, de acordo com um novo relatório lançado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Banco Mundial.

Diagnósticos imprecisos, erros de medicação, tratamento inadequado ou desnecessário, instalações e práticas clínicas inadequadas ou inseguras e profissionais de saúde sem treinamento e experiência adequados prevalecem em todos os países.

A situação é pior em países de baixa e média renda, onde 10% dos pacientes hospitalizados têm probabilidade de adquirir uma infecção durante sua permanência – em comparação com 7% em países de alta renda. Isso ocorre mesmo quando as infecções hospitalares podem ser facilmente evitadas por meio de uma melhor higiene, melhores práticas de controle de infecções e uso apropriado de antimicrobianos. Ao mesmo tempo, um em cada 10 pacientes é prejudicado durante o tratamento médico em países de alta renda.

Estes são apenas alguns dos destaques do novo relatório, *Delivering Quality Health Services – a Global Imperative for Universal Health Coverage*. O documento também revela que doenças associadas aos cuidados de saúde de má qualidade impõem despesas adicionais às famílias e aos sistemas de saúde.

Houve algum progresso na melhoria da qualidade, por exemplo, nas taxas de sobrevivência para câncer e doenças cardiovasculares. Mesmo assim, estima-se que os custos econômicos e sociais mais amplos do atendimento de baixa qualidade, incluindo incapacidade de longo prazo, prejuízo e produtividade perdida, cheguem a trilhões de dólares a cada ano.

"Na OMS, estamos comprometidos em garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam obter serviços de saúde quando e onde precisarem", disse o diretor-geral da Organização, Tedros Adhanom Ghebreyesus. "Estamos igualmente comprometidos em garantir que esses serviços sejam de boa qualidade. Sinceramente, não pode haver cobertura universal de saúde sem atendimento de qualidade."

Outras descobertas importantes no relatório mostram um panorama dos problemas de qualidade nos cuidados de saúde em todo o mundo:



Fonte: google.com.br

Trabalhadores de saúde em sete países africanos de baixa e média renda só conseguiram fazer diagnósticos precisos de um terço a três quartos do tempo; as diretrizes clínicas para condições comuns foram seguidas em média menos de 45% do tempo.

Pesquisas realizadas em oito países de alta mortalidade no Caribe e na África constataram que serviços de saúde materno-infantil eficazes e de qualidade são muito menos prevalentes do que o sugerido apenas considerando para o acesso aos serviços. Por exemplo: apenas 28% dos cuidados pré-natais, 26% dos serviços de planejamento familiar e 21% dos cuidados com crianças doentes nesses países se qualificaram como "eficazes".

Cerca de 15% dos gastos hospitalares em países de alta renda se referem a erros no atendimento ou a pacientes infectados enquanto estão em hospitais.

As três organizações traçam as etapas que os governos, os serviços de saúde e seus trabalhadores, juntamente com os cidadãos e pacientes, precisam implementar urgentemente para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Os governos devem liderar o caminho com fortes políticas e estratégias nacionais de qualidade em saúde. Os sistemas de saúde devem se concentrar em um atendimento competente e experiência do usuário para garantir a confiança no sistema. Os cidadãos devem ser capacitados e informados para se envolver ativamente nas decisões de cuidados de saúde e na concepção de novos modelos de atendimento para atender às necessidades de suas comunidades locais. Os profissionais de saúde devem enxergar os pacientes como parceiros e se comprometer a fornecer e utilizar dados para demonstrar a eficácia e a segurança dos cuidados de saúde.

POLIOMIELITE

Local de ocorrência: Mundial

Data da informação: 17/07/2018

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 vírus nesta semana: notificação antecipada de um caso de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) no Afeganistão na província de Kunar. Na Nigéria, um novo caso de poliovírus tipo 2 derivado de vacinas circulantes (cVDPV2), bem como três amostras ambientais positivas cVDPV2 confirmadas e duas observações avançadas.

O Ministro da Saúde da Papua Nova Guiné lançou oficialmente a campanha de resposta ao surto em 16 de julho nas províncias de Morobe, Madang e Eastern Highlands.

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	12	15	8	31	22	96
- in endemic countries	12	2	8	0	22	0
- in non-endemic countries	0	13	0	31	0	96

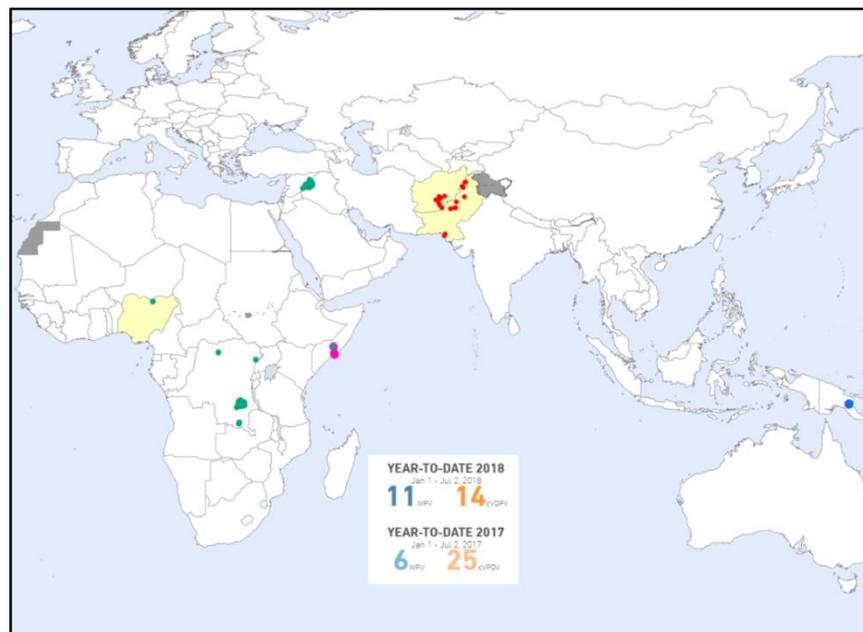
<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

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	9	0	5	0	14	0	01/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	4	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: 09/07/2018

Origem da informação: Organização Mundial da Saúde (OMS)



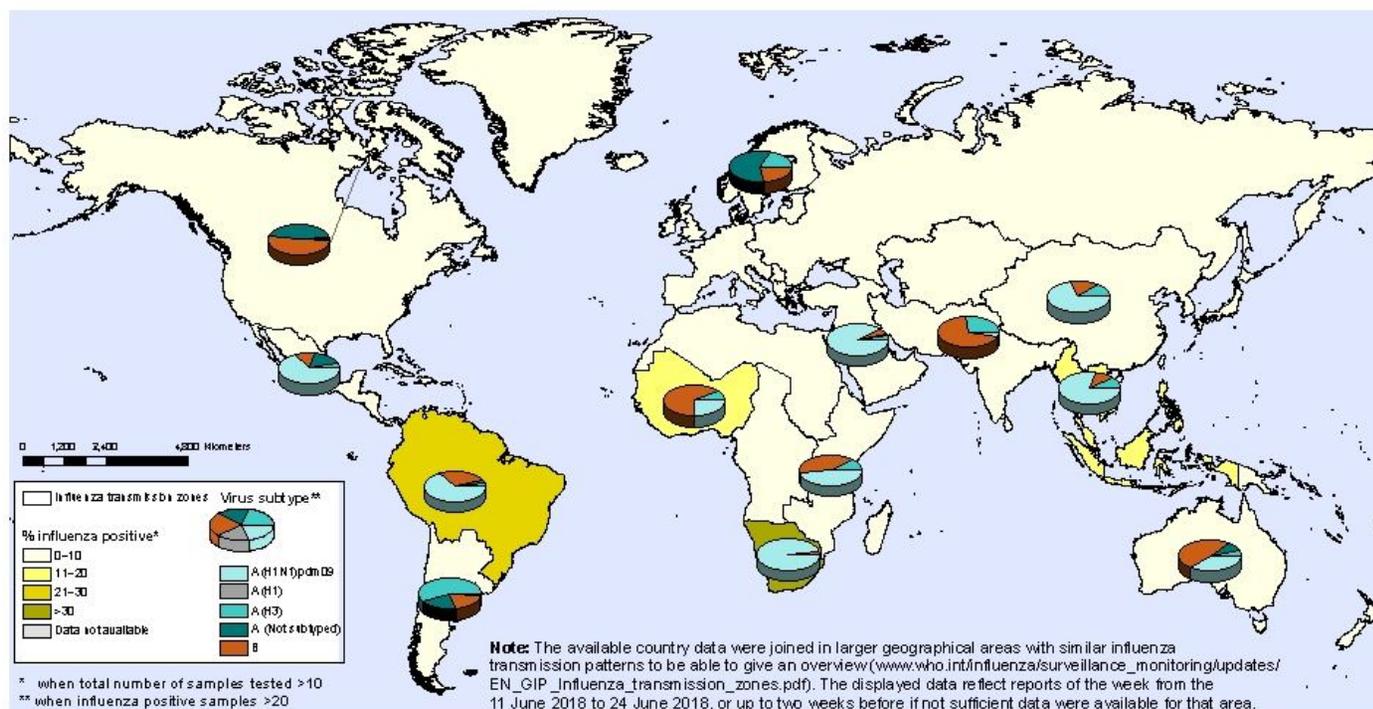
COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

As detecções da gripe continuam a aumentar na África Austral e nas últimas semanas começaram a aumentar na América do Sul. No entanto, a atividade da gripe permaneceu em níveis inter-sazonais na Austrália e na Nova Zelândia. Na zona temperada do hemisfério norte, a atividade da gripe retornou aos níveis inter-sazonais. 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 82 países, áreas ou territórios informaram dados para a FluNet para o período de 11 de junho de 2018 a 24 de junho de 2018 (dados de 2018-07-06 04:10:13 UTC). Os laboratórios da OMS GISRS testaram mais de 52.621 amostras durante esse período de tempo. 1.376 foram positivos para os vírus influenza, dos quais 1.047 (76,1%) foram tipificados como influenza A e 329 (23,9%) como influenza B. Dos vírus subtipo A subtipo, 760 (84,9%) foram influenza A (H1N1) pdm09 e 135 (15,1%) eram influenza A (H3N2). Dos vírus B caracterizados, 116 (77,3%) pertenciam à linhagem B-Yamagata e 34 (22,7%) à linhagem B-Victoria.

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

Status as of 06 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).

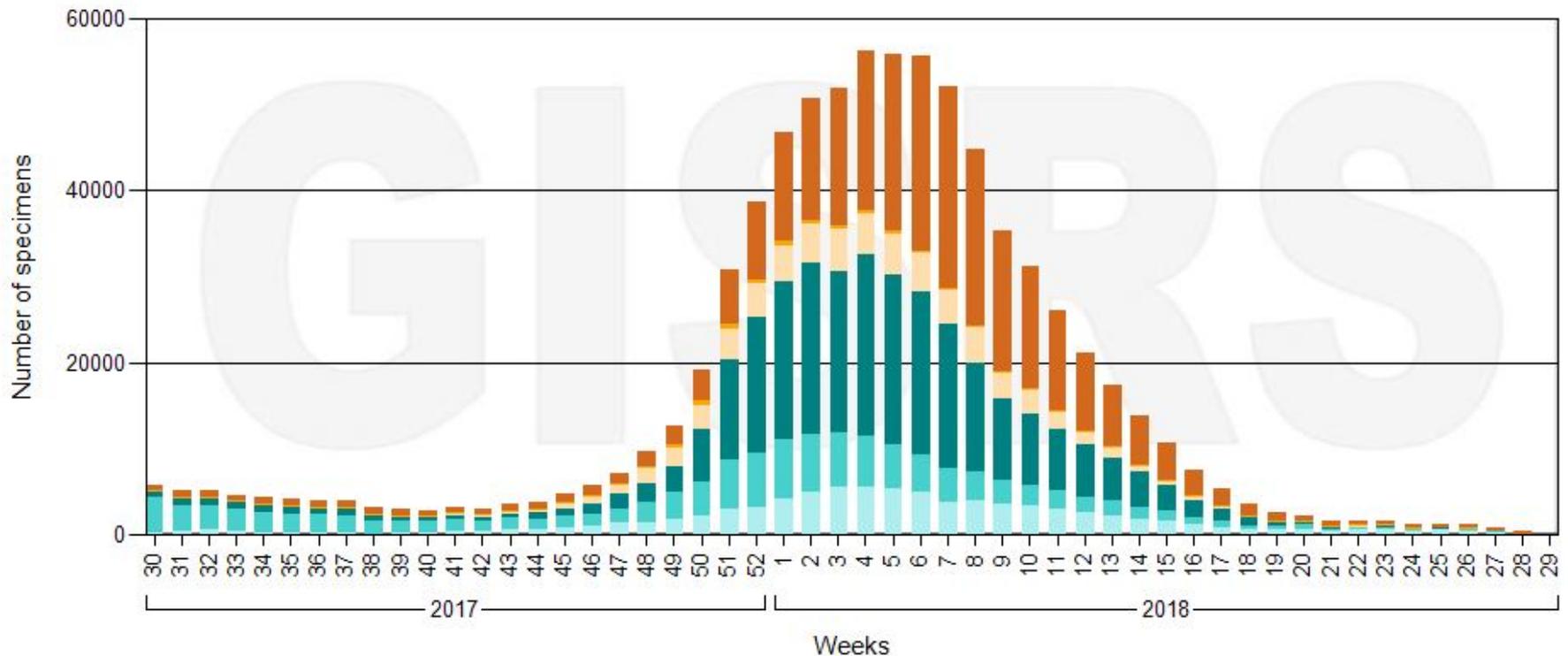
Influenza Laboratory Surveillance Information

generated on 23/07/2018 17:14:05 UTC

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Global circulation of influenza viruses

Number of specimens positive for influenza by subtype

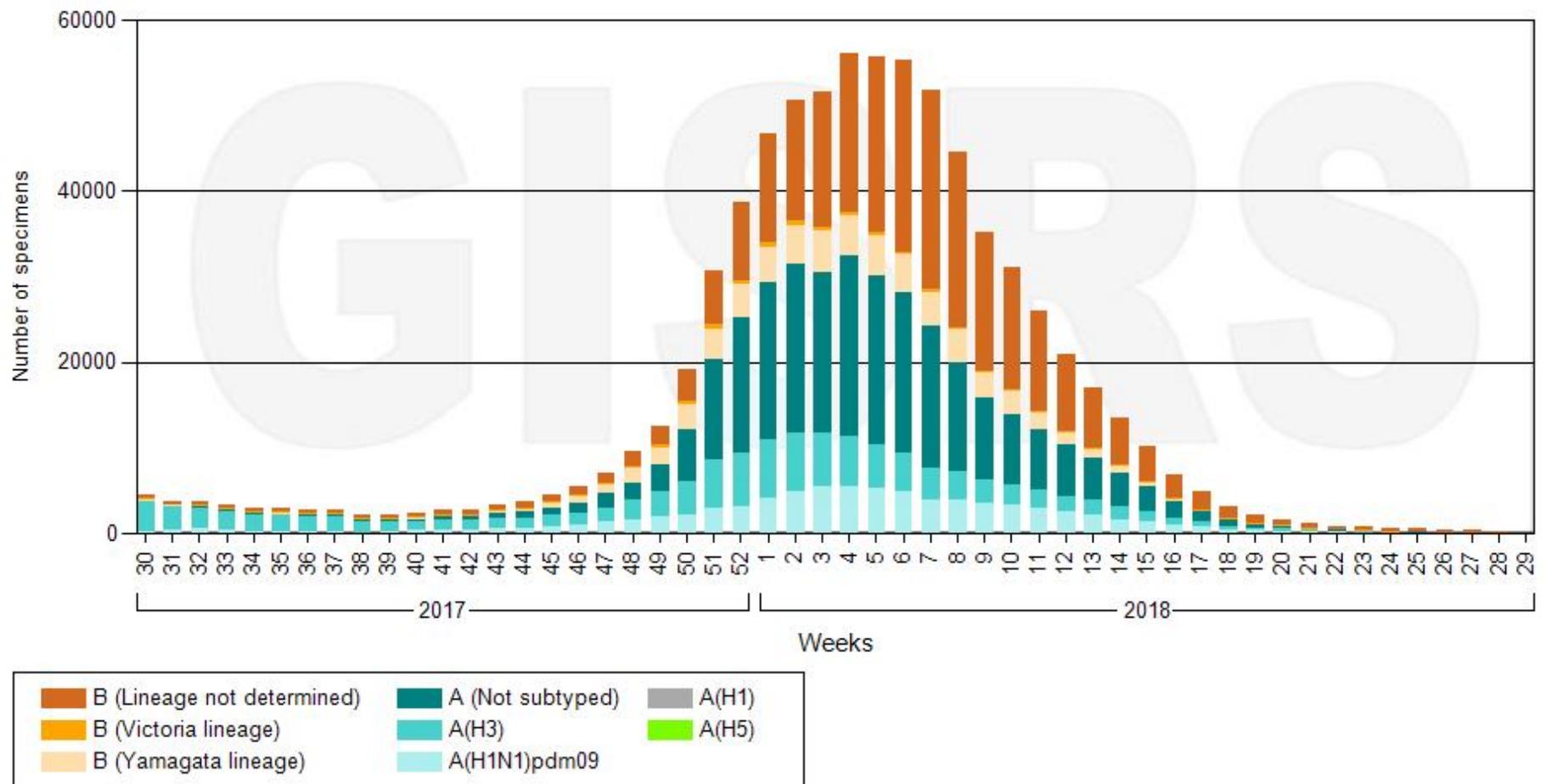


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 23/07/2018 17:15:07 UTC

Northern hemisphere

Number of specimens positive for influenza by subtype

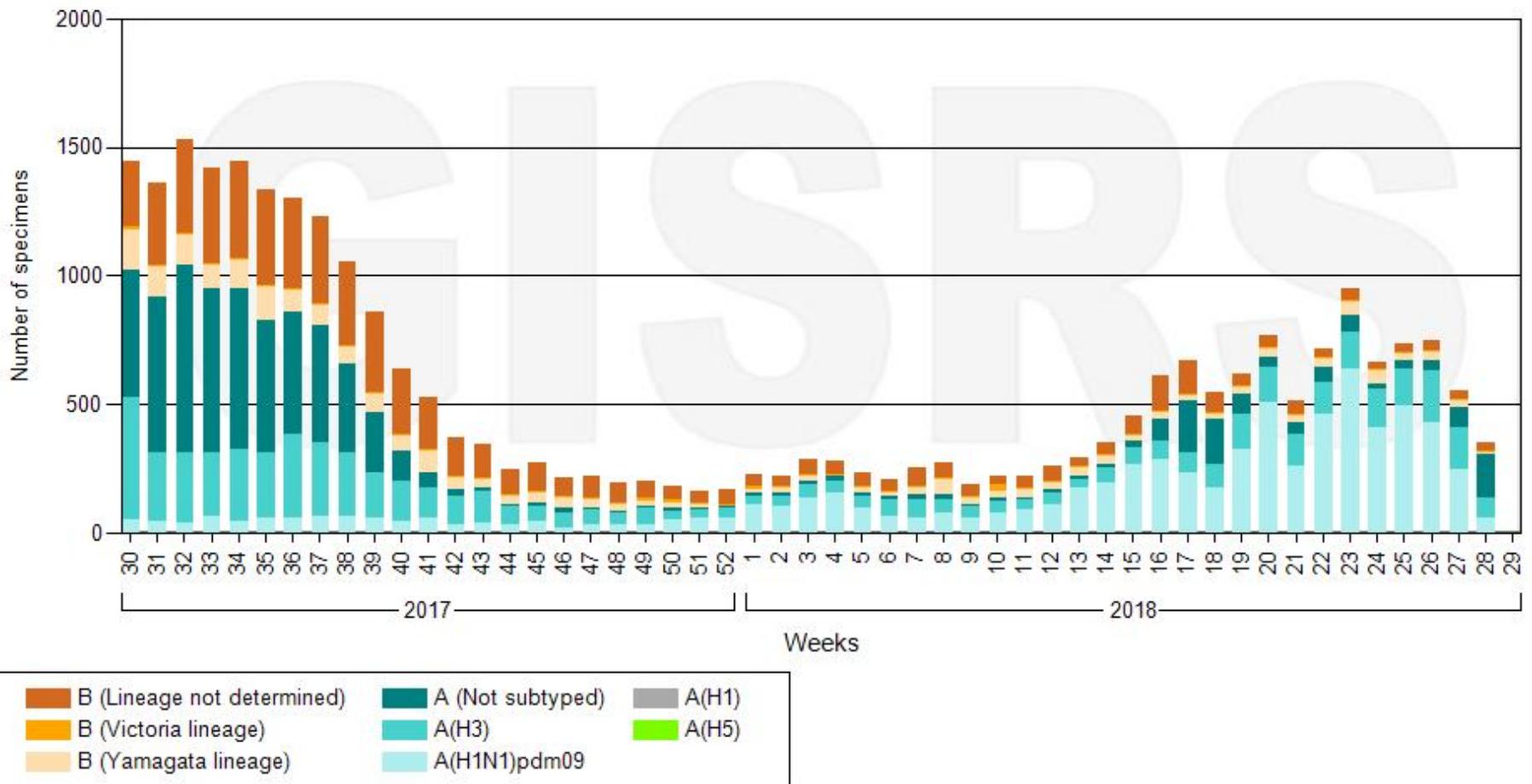


Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 23/07/2018 17:15:54 UTC

Southern hemisphere

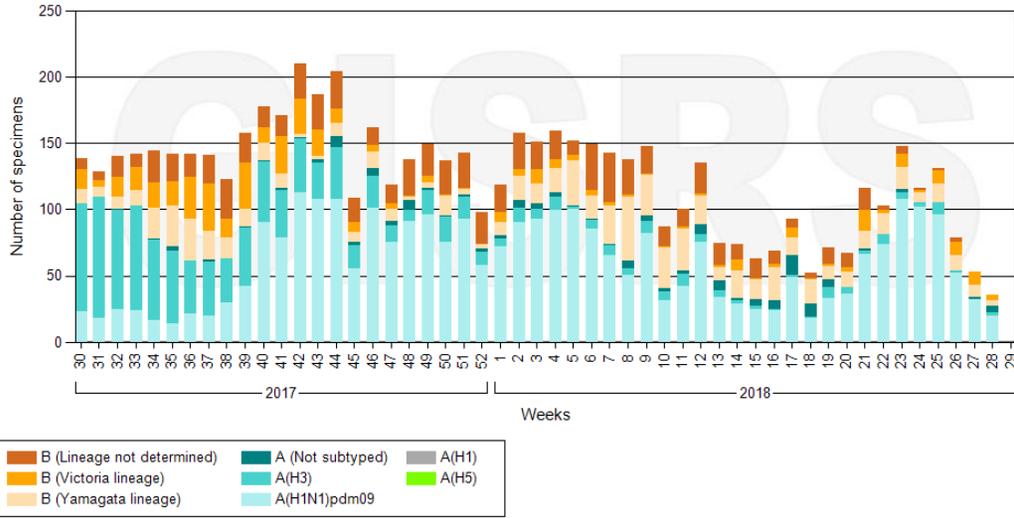
Number of specimens positive for influenza by subtype





African Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

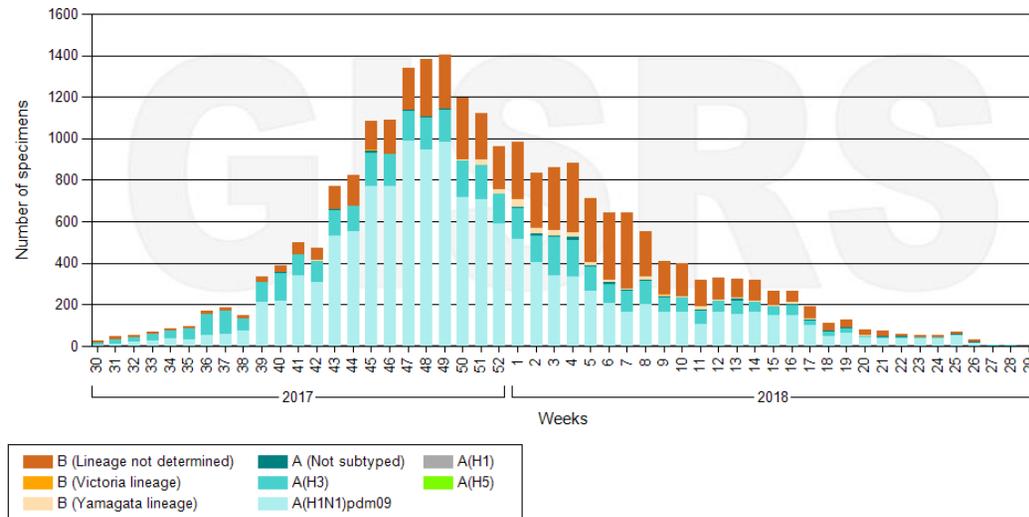


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

Eastern Mediterranean Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

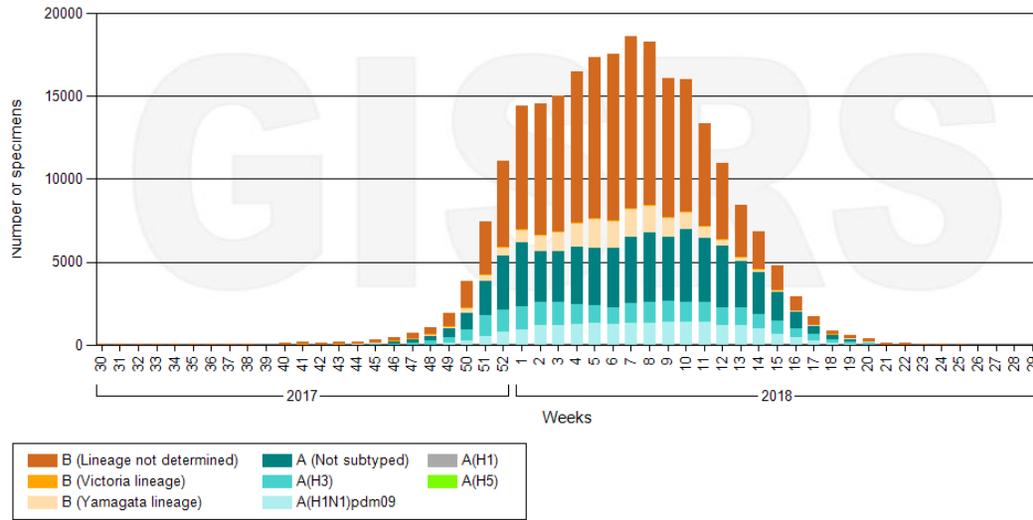


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

European Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

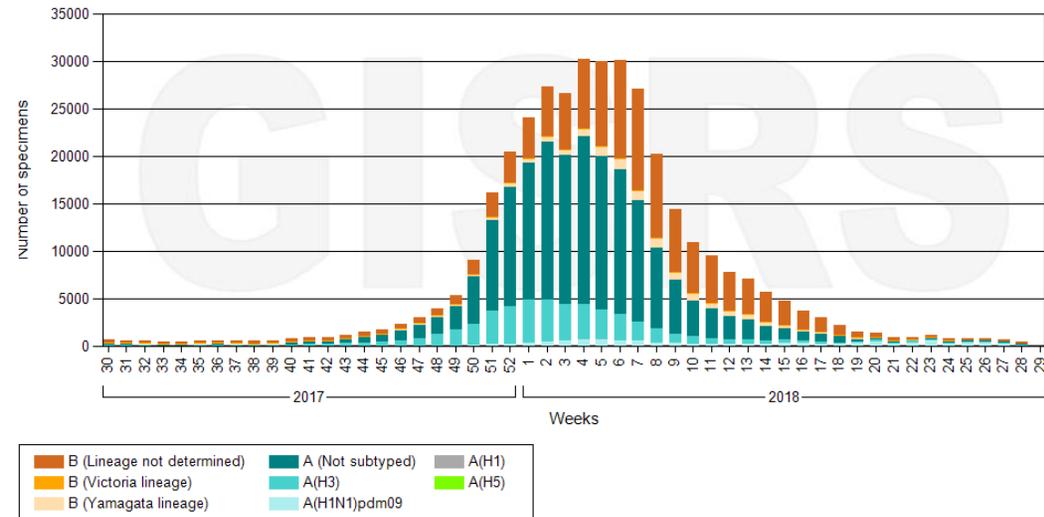


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

Region of the Americas of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



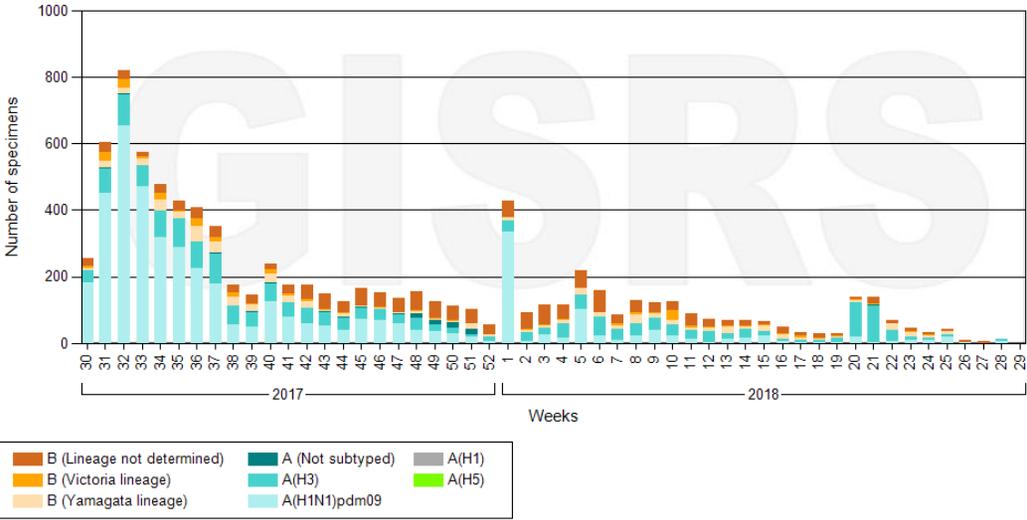
Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018



South-East Asia Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype

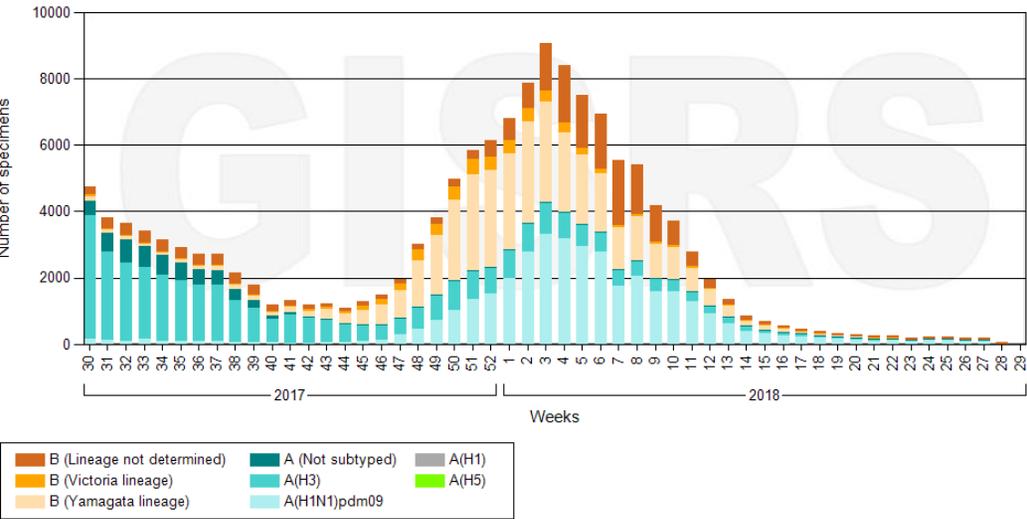


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2018

Western Pacific Region of WHO

Number of specimens positive for influenza by subtype



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

© World Health Organization 2018

Fontes utilizadas na pesquisa

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